

DESAFIOS DO SUS

Eugênio Vilaça Mendes



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DESAFIOS DO SUS

Eugênio Vilaça Mendes

Brasília-DF

2019

© 2019 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 – 2019 – 3.000 exemplares

Elaboração:
Eugênio Vilaça Mendes

Revisão Técnica:
René José Moreira dos Santos

Revisão Ortográfica:
Aurora Verso e Prosa

Capa e Diagramação:
Marcus Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

M538d Mendes, Eugênio Vilaça.
Desafios do SUS / Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF:
CONASS, 2019.
20 x 25 cm

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-8071-050-5

1. Atenção à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Redes de atenção à
saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 362.11

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

AGRADECIMENTOS

Para professores e professoras que me ensinaram como aprender e que moldaram as minhas vidas acadêmica e profissional.

No Grupo Escolar Torquato de Almeida de Pará de Minas: Profa. Conceição Me-
nezes e Profa. Lourdes Vilaça Ferreira de Melo.

No Ginásio São Francisco de Pará de Minas: Prof. Osvaldo Ribeiro Lage.

No Colégio Santo Agostinho de Belo Horizonte: Prof. Alúcio Pimenta.

Na graduação e no doutorado na Faculdade de Odontologia da UFMG: Prof.
Edgar Carvalho Silva.

Na especialização em planejamento de saúde na Escola Nacional de Saúde Pública:
Prof. Mário Magalhães Chaves.

No mestrado em administração na Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG:
Prof. Edison Durão Júdice.

Para o Dr. Jurandi Frutuoso Silva pelo estímulo à elaboração deste livro e para o
Dr. René José Moreira dos Santos pela leitura atenta e paciente de todos os capítulos.
Para Marcus Vinicius de Carvalho pelo excelente trabalho de editoração deste livro.

SUMÁRIO

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	21
APRESENTAÇÃO	23
PREFÁCIO	25
INTRODUÇÃO	27
CAPÍTULO 1. OS FUNDAMENTOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE 33	
1. O CONCEITO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	34
2. OS OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	35
3. OS VALORES SOCIETÁRIOS E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	38
4. AS SINGULARIDADES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	44
4.1. As singularidades gerais dos sistemas de atenção à saúde	44
4.2. A singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde	47
4.3. A singularidade administrativa dos sistemas de atenção à saúde	49
4.4. A singularidade econômica dos sistemas de atenção à saúde	51
5. AS LEIS E OS PRINCÍPIOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	57
5.1. A Equação de Evans	57
5.2. A Lei de Wildavsky	59
5.3. A Lei de Roemer	60
5.4. A primeira Lei de Hart	61
5.5. A segunda Lei de Hart	62
5.6. A Lei da Caneta do Médico	63
5.7. A Lei da Concentração dos Gastos com Serviços de Saúde	64
5.8. A dialética da concentração e da dispersão na organização dos sistemas de atenção à saúde	66
REFERÊNCIAS	67
CAPÍTULO 2 – OS AVANÇOS DO SUS	77
1. GESTÃO DA SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA E EM OPINIÃO	77
2. OS AVANÇOS DO SUS RECONHECIDOS POR EVIDÊNCIAS PROVINDAS DE ESTUDOS E PESQUISAS CIENTÍFICAS	81
2.1 Recursos e produção do SUS	82
2.2 Os avanços do SUS no acesso aos serviços de saúde	82
2.3 As políticas de saúde exitosas do SUS	83
2.3.1 O SUS e as políticas de saúde reprodutiva, materna e infantil	83
2.3.2 O SUS e o controle das doenças transmissíveis	84
2.3.3 O programa de vigilância, prevenção e controle do HIV/Aids	85

2.3.4 O controle da doença de Chagas	86
2.3.5 Controle da raiva humana e da hanseníase	86
2.3.6 As políticas de promoção da saúde	87
2.3.7 O SUS e os transplantes de órgãos e tecidos	89
2.3.8 O SUS e as políticas de vigilância sanitária	89
2.3.9 O SUS e as políticas de assistência farmacêutica	90
2.3.10 O SUS e a atenção primária à saúde	93
3. PESQUISAS DE OPINIÃO SOBRE O SUS	105
4. UM BALANÇO DAS AVALIAÇÕES DO SUS	113
REFERÊNCIAS	116

CAPÍTULO 3 – O DESAFIO NA ORGANIZAÇÃO MACROECONÔMICA DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: SEGMENTAÇÃO OU UNIVERSALIZAÇÃO?	129
1. OS DILEMAS DO SUS	129
2. OS MODELOS INSTITUCIONAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE	130
3. O SUS: SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL?	133
4. SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O DESAFIO DA SUSTENTABILIDADE	134
5. OS CAMINHOS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE BRASILEIRO	141
REFERÊNCIAS	145

CAPÍTULO 4 – O DESAFIO NA ORGANIZAÇÃO MICROECONÔMICA DO SUS: DO SISTEMA FRAGMENTADO PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	151
1. O DILEMA DO SUS NO PLANO MICROECONÔMICO: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?	151
2. A SITUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	152
3. OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	166
4. O CONCEITO E OS ELEMENTOS COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	170
5. AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	180
REFERÊNCIAS	182

CAPÍTULO 5 – O DESAFIO NO MODELO DE GESTÃO: DA GESTÃO DA OFERTA À GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	191
1. AS DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS DE GESTÃO DA OFERTA E DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	191
2. O MODELO DE GESTÃO DA OFERTA	192
3. O MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	196
4. A MACROFUNÇÃO DE REGULAÇÃO NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	203
5. O SISTEMA DE ACESSO REGULADO À ATENÇÃO À SAÚDE	205
6. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	207

6.1 O conceito de regulação assistencial	207
6.2 Os lugares da regulação assistencial nas redes de atenção à saúde	208
7. A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	210
7.1 O problema da falta da coordenação da atenção à saúde	210
7.2 A importância da coordenação da atenção à saúde.	212
7.3 O conceito de coordenação da atenção à saúde	213
7.4 Os mecanismos de coordenação da atenção à saúde	214
7.4.1 A normalização das habilidades	217
7.4.2 A normalização dos processos de trabalho	217
7.4.3 A normalização dos resultados	217
7.4.4 O ajustamento mútuo por comunicação informal	217
7.4.5 O ajustamento mútuo por grupos de trabalho	218
7.4.6 O ajustamento mútuo por postos de enlaçamento.	218
7.4.7 O ajustamento mútuo por comitês permanentes	219
7.4.8 O ajustamento mútuo por matriciamento	219
7.4.9 O ajustamento pelo sistema de informação clínica	220
7.4.10 O ajustamento mútuo pela supervisão direta.	220
8. A MUDANÇA DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO SUS: DA REGULAÇÃO COM BASE NA GESTÃO DA OFERTA PARA A REGULAÇÃO COM BASE NA GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.	221
8.1. O modelo da regulação assistencial com base na gestão da oferta e seu esgotamento	221
8.2 A regulação assistencial com base na saúde da população	223
8.3 A aplicação da regulação assistencial com base na saúde da população nas referências entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada	225
8.4 O enfrentamento do problema das filas no SUS.	231
REFERÊNCIAS.	232
CAPÍTULO 6 – O DESAFIO NO MODELO DE GESTÃO: DA GOVERNANÇA HIERÁRQUICA PARA A GOVERNANÇA EM REDE	243
1. O CONCEITO DE GOVERNANÇA	243
2. A GOVERNANÇA EM REDES	246
3. A GOVERNANÇA EM REDES E A GESTÃO PÚBLICA.	249
4. UM MODELO DE GOVERNANÇA EM REDES	251
5. O CONCEITO DE GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	253
6. OS PRINCÍPIOS E AS CARACTERÍSTICAS DA BOA GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	253
7. OS COMPONENTES DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .	255
8. OS MODELOS DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	258
9. O FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO E A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS.	259
10. O SUS E O PRINCÍPIO DA DESCENTRALIZAÇÃO	263
11. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA BRASILEIRA E O FEDERALISMO MUNICIPAL.	267
12. UM NOVO PARADIGMA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COLABORATIVA	270

13. A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	274
14. O PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO	277
REFERÊNCIAS.	285

CAPÍTULO 7 – O DESAFIO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS	293
1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS	293
2. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.	296
3. OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS	296
4. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.	298
5. O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA	300
6. O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS	305
7. AS RAZÕES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS	310
8. O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE DAHLGREN E WHITEHEAD.	310
9. UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS	313
10. O MACC E AS ABORDAGENS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.	319
11. O MACC E UMA NOVA CLÍNICA	321
12. O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS NA PRÁTICA.	345
REFERÊNCIAS.	348

CAPÍTULO 8 – O DESAFIO DO MODELO DE FINANCIAMENTO: A SUPERAÇÃO DO SUBFINANCIAMENTO	367
1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	367
2. OS GASTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	368
2.1 O histórico do financiamento do SUS.	368
2.2 O financiamento do SUS na perspectiva internacional.	369
3. A PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NA ECONOMIA BRASILEIRA	379
4. GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS	380
5. A DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DO GASTO DO SUS EM ASPs.	386
6. OS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE.	391
REFERÊNCIAS.	395

CAPÍTULO 9 – O DESAFIO DO MODELO DE FINANCIAMENTO: DO PAGAMENTO POR VOLUME (FEE-FOR-SERVICE) PARA O PAGAMENTO POR VALOR (FEE FOR VALUE)	397
1. O SISTEMA DE FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	397
2. UMA REVOLUÇÃO NO SISTEMA DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS: DO PAGAMENTO POR VOLUME AO PAGAMENTO PELO VALOR GERADO PARA AS PESSOAS.	398
3. AS MODALIDADES DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	406
3.1 O pagamento por procedimentos (<i>fee-for-service</i>)	406

3.2. O pagamento por performance	411
3.3. O pagamento por pacote, por episódio ou pelo modelo <i>bundled services</i>	417
3.4. O pagamento por capitação	421
REFERÊNCIAS	424

CAPÍTULO 10 – O DESAFIO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 433

1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 433

1.1 Uma breve história da APS	433
1.2 As interpretações da atenção primária à saúde na prática social	435
1.3 Os atributos e as funções da atenção primária nas redes de atenção à saúde	436
1.4 Os modelos de atenção primária à saúde	438

2. UMA NOVA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS: A CONSOLIDAÇÃO DO CICLO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 439

3. A DEMANDA E A OFERTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 443

3.1 A atenção primária à saúde não é simples	443
3.2 Os problemas que se apresentam na APS	444
3.3 A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	445
3.4 A demanda na APS	446
3.4.1 A demanda na APS é quantitativamente muito ampla	446
3.4.2 A APS tem alta capacidade de resolução dos problemas	447
3.4.3 A demanda na APS é concentrada em mulheres, crianças, adultos e pessoas idosas	447
3.4.4 A demanda na APS envolve um amplo espectro de problemas, motivos de consulta ou condições de saúde	447
3.4.5 A demanda na APS é concentrada em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde	447
3.4.6 Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada	451
3.4.7 Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas	452
3.4.8 A demanda na APS envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos	453
3.4.9 A demanda na APS é concentrada nas pessoas hiperutilizadoras	454
3.4.10 A demanda na APS é concentrada em enfermidades	457
3.4.11 A demanda na APS apresenta variações sazonais e temporais	459
3.4.12 A demanda administrativa é significativa na APS	459
3.4.13 A demanda por cuidados preventivos é significativa na APS	460
3.4.14 A demanda por atenção domiciliar é significativa na APS	461
3.4.15 A demanda por cuidados paliativos é importante na APS	461
3.5 Os diferentes perfis de demanda na APS	462
3.6 O ajuste entre a estrutura da demanda e da oferta na APS	464

4. AS BASES OPERACIONAIS E EDUCACIONAIS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 466

4.1 A construção social da APS como mudança cultural	466
4.2 O projeto colaborativo	472
4.3 O modelo de melhoria	474

4.4 A gestão por processos	480
4.5 A estratégia educacional da construção social da APS.....	482
5. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A METÁFORA DA CASA	486
5.1 A construção do alicerce da casa: as intervenções na estrutura e nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS.....	487
5.1.1 As intervenções na estrutura.....	487
5.1.2 Os macroprocessos e os microprocessos básicos da APS	487
5.2 Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos	488
5.3 Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades.....	489
5.4 Os macroprocessos da atenção preventiva	489
5.5 Os macroprocessos das demandas administrativas	491
5.6 Os macroprocessos da atenção domiciliar	491
5.7 Os macroprocessos do autocuidado apoiado.....	492
5.8 Os macroprocessos cuidados paliativos.....	493
5.9 O resultado do processo da construção social da APS: o equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta	495
6. A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	496
REFERÊNCIAS.....	499
CAPÍTULO 11 – O DESAFIO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	511
1. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	511
2. UNIVERSALISMO, ACESSO E BARREIRAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	515
3. O IMPACTO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	519
4. O ACESSO, A OFERTA E A DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E OS BACKLOGS	519
5. OS TEMPOS DE ESPERA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	520
6. AS RESTRIÇÕES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	521
7. AS CARACTERÍSTICAS SINGULARES DO ACESSO EM DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	522
8. A COMPATIBILIZAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA	524
9. A APLICAÇÃO DE UM ENFOQUE SISTÊMICO PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	527
10. PONTOS FUNDAMENTAIS A SEREM CONSIDERADOS NA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	529
11. OS PROBLEMAS DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	530
12. O TAMANHO DO PAINEL E O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE... ..	530
13. OS ENFOQUES ALTERNATIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	531
13.1 O enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento	531

13.2 O enfoque da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares	533
13.3 O enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial	538
13.4 O enfoque do acesso avançado	541
14. ROTEIRO METODOLÓGICO PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	558
14.1 Os princípios do acesso aos serviços de saúde.	558
14.2 Os tipos de agendamentos na atenção primária à saúde.	560
14.3 Os microsistemas clínicos.	561
14.4 Análise situacional do acesso em uma equipe de saúde da família	563
14.5 Faça hoje o trabalho de hoje	565
14.6 O manejo dos backlogs	566
14.7 O tamanho do painel	568
14.8 O agendamento por blocos de hora.	570
14.9 A agenda aberta.	570
14.10 A ordem de atendimento	571
14.11 O tempo estendido nas unidades de atenção primária à saúde.	572
14.12 As tecnologias de alisamento dos fluxos de atendimento	573
14.13 O ciclo de tempo do atendimento	574
14.14 O planejamento dos atendimentos	575
14.15 A coinstalação	576
14.16 A padronização dos consultórios e dos equipamentos e materiais	576
14.17 A identificação e a remoção de gargalos	577
14.18 A remoção de passos intermediários	577
14.19 O uso de processamento <i>just-in-time</i>	578
14.20 O processamento de tarefas em paralelo.	579
14.21 O balanceamento da oferta e da demanda	580
14.22 A medição e a compreensão da oferta e da demanda	580
14.23 A medição da demanda diária	581
14.24 A medição da oferta diária.	582
14.25 A medição de atendimentos a novas pessoas usuárias	582
14.26 A estratificação de risco das condições crônicas não agudizadas	582
14.27 A identificação e a atenção adequada das pessoas hiperutilizadoras	583
14.28 A programação dos atendimentos de retorno	583
14.29 A redução do absenteísmo.	584
14.30 O reforço de uma política de atender mais de um problema durante um atendimento	585
14.31 A construção de alternativas aos atendimentos presenciais face a face	586
14.32 O gerenciamento das variações da demanda e da oferta: os planos de contingência	587
14.33 O gerenciamento do tempo dos profissionais	588
14.34 O aumento da oferta por novos investimentos	589
14.35 A autoavaliação da satisfação das equipes	589
14.36 A divisão de tarefas nas equipes	590

14.37 O <i>cross-training</i> da equipe	591
14.38 A redução da variação nos estilos e nos tempos de atendimentos entre os profissionais	592
14.39 As reuniões da equipe	592
14.40 A avaliação da longitudinalidade do cuidado pelas pessoas usuárias	593
14.41 A avaliação do acesso	593
14.42 Avaliação do tempo de espera por atendimento	594
REFERÊNCIAS	594

CAPÍTULO 12 – O DESAFIO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: UM NOVO MODELO DE INTEGRAÇÃO EM REDE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 613

1. A ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)	613
1.1 O conceito de atenção ambulatorial especializada	613
1.2 A atenção ambulatorial especializada no SUS	615
1.3 A governança da atenção ambulatorial especializada	621
2. OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS NA ATENÇÃO À SAÚDE	622
3. O PROBLEMA: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE SAÚDE OU O MODELO SILOS	630
4. UMA PROPOSTA INOVADORA DE SOLUÇÃO: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA INTEGRADA EM REDES COORDENADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OU O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL (MODELO PASA).	634
5. OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS	644
6. OS FUNDAMENTOS DO MODELO PASA	650
6.1 O princípio da suficiência	650
6.2 As diferenças e a complementaridade entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada	651
6.3 A estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas	653
6.4 A superação do conluio do anonimato	653
7. A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	654
7.1 Quem se beneficia da atenção ambulatorial especializada?	654
7.2 A vinculação entre a atenção ambulatorial especializada e a atenção primária à saúde	656
7.3 As mudanças para implantação do modelo Pasa	658
7.4 A implantação do modelo Pasa no SUS	658
REFERÊNCIAS	659

CAPÍTULO 13 – O DESAFIO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS DO SUS 673

1. A INEFICIÊNCIA E OS DESPÉRCIOS NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM PROBLEMA GLOBAL	673
--	------------

2. A DIMENSÃO JURÍDICA DA EFICIÊNCIA NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	675
3. A DIMENSÃO ECONÔMICA DA EFICIÊNCIA NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	677
4. A REDE HOSPITALAR DO SUS	679
5. CONCEITOS DE EFICIÊNCIA	681
5.1 A eficiência alocativa	681
5.2 A eficiência técnica	683
5.3 A economia de escopo	686
6. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DA EFICIÊNCIA HOSPITALAR	687
6.1 A análise envoltória de dados	687
6.2 O <i>benchmarking</i>	688
7. ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA DOS HOSPITAIS DO SUS	689
7.1 Análise da eficiência técnica dos hospitais do SUS utilizando a análise envoltória de dados	689
7.2 Análise da eficiência interna dos hospitais do SUS utilizando o <i>benchmarking</i>	696
8. O AUMENTO DA EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS DO SUS	699
8.1 Uma agenda de eficiência interna dos hospitais do SUS	699
8.1.1 A gestão de pessoas	700
8.1.2 A gestão de suprimento e logística	702
8.1.3 A gestão financeira e de custos	703
8.1.4 A contratualização dos serviços hospitalares	706
8.1.5 A gestão dos fluxos assistenciais	712
8.2 A eficiência de escala dos hospitais do SUS	720
8.2.1 A importância da escala nos hospitais	720
8.2.2 A integração horizontal dos hospitais	721
8.2.3 A relação entre volume e resultados sanitários na atenção à saúde	723
8.2.4 O tamanho ótimo dos hospitais	726
8.2.5 A escala ótima na atenção hospitalar: o caso da Índia	728
8.2.6 Os hospitais de pequeno porte	730
REFERÊNCIAS	744

CAPÍTULO 14 – O DESAFIO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE: DO CUIDADO POBRE PARA O CUIDADO CERTO	763
1. A SINGULARIDADE DA TECNOLOGIA DE SAÚDE	763
2. O PARADOXO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE	769
3. A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE	777
3.1 A questão das evidências	777
3.2 As variações no uso das tecnologias de saúde	778
3.3 Os desperdícios no uso das tecnologias de saúde	783
3.4 Alguns conceitos básicos sobre o cuidado em saúde na perspectiva do uso da tecnologia de saúde	785

3.5 O cuidado pobre e suas causas	786
3.6 As evidências da sobreutilização dos serviços de saúde.	788
3.7 As evidências da subutilização de serviços de saúde	794
4. UM MOVIMENTO FUNDAMENTAL NO SUS: DO CUIDADO POBRE PARA O CUIDADO CERTO	798
4.1 A gestão da clínica	798
4.1.1 As origens e o conceito de gestão da clínica	798
4.1.2 As diretrizes clínicas	800
4.1.3 A gestão da condição de saúde.	806
4.1.4 A gestão de caso	815
4.1.5 A auditoria clínica.	819
4.1.6 As listas de espera	824
4.2 Iniciativas que estimulam o cuidado certo	825
4.3 A Aliança para o cuidado certo	825
4.4 O movimento do menos é mais na atenção à saúde	826
4.5 A reversão médica	827
4.6 A exnovação.	828
4.7 O <i>overdiagnosis</i>	829
4.8 A medicina sem pressa	830
4.9 A prevenção quaternária	832
4.10 A iniciativa da atenção perfeita	833
4.11 A iniciativa <i>Choosing Wisely</i>	835
4.12 As recomendações "Do not do"	837
REFERÊNCIAS.	837

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1:	Os componentes e as relações nos sistemas de atenção à saúde	34
Figura 2:	O modelo da tripla meta	37
Figura 3:	A lei da metade de Hart	62
Figura 4:	A dinâmica dos processos decisórios nos sistemas de atenção à saúde	78
Figura 5:	Os grandes dilemas do SUS	129
Figura 6:	A cobertura universal em saúde	132
Figura 7:	Os componentes dos sistemas de atenção à saúde	152
Figura 8:	As 10 principais causas de morte em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades	163
Figura 9:	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS	177
Figura 10:	A estrutura operacional das RAS	178
Figura 11:	A regulação assistencial na atenção aos eventos agudos e na atenção às condições crônicas não agudizadas	208
Figura 12:	O modelo institucional do SUS	275
Figura 13:	A dinâmica do planejamento regional integrado	280
Figura 14:	O ciclo da contratação em saúde	282
Figura 15:	O modelo de atenção aos eventos agudos	297
Figura 16:	O Modelo de Atenção Crônica	302
Figura 17:	O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas	306
Figura 18:	O Modelo da Pirâmide de Riscos	307
Figura 19:	O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead	311
Figura 20:	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas	314
Figura 21:	A metodologia dos 5 A's para o autocuidado apoiado	336
Figura 22:	A linha do tempo do financiamento da saúde no Brasil	369
Figura 23:	Os atributos e as funções da atenção primária à saúde	436
Figura 24:	A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	445
Figura 25:	Os diferentes perfis de demanda na APS	463
Figura 26:	Os perfis de oferta e de demanda na APS	466
Figura 27:	O Modelo de Melhoria	475
Figura 28:	A metáfora da casa na construção social da atenção primária à saúde	486
Figura 29:	As barreiras ao acesso aos serviços de saúde	516
Figura 30:	O diagrama de um microsistema clínico	563
Figura 31:	Fluxo normalizado da atenção às condições crônicas não agudizadas na atenção primária à saúde	574
Figura 32:	O modelo da coordenação do cuidado	638
Figura 33:	O conceito de relações entre volume e resultados sanitários	725
Figura 34:	Distribuição espacial dos HPP brasileiros – 2013.	734
Figura 35:	As tecnologias de gestão da clínica	799
Figura 36:	A gestão da condição de saúde	807
Figura 37:	O ciclo da auditoria clínica	821

QUADROS

Quadro 1:	Valores societários que influenciam a dinâmica interna dos sistemas de atenção à saúde	40
Quadro 2:	As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das RAS	168
Quadro 3:	As diferenças entre os modelos de gestão da oferta e da gestão da saúde da população	191
Quadro 4:	Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde	216
Quadro 5:	As características da regulação assistencial da gestão da oferta	221
Quadro 6:	A regulação assistencial com base na gestão da saúde da população	223
Quadro 7:	Matriz de regulação da demanda e da oferta nos sistemas de atenção à saúde	226
Quadro 8:	Enfoques da teoria interorganizacional	247
Quadro 9:	As diferenças entre as condições agudas e crônicas	296
Quadro 10:	O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS	464
Quadro 11:	O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na atenção primária à saúde	495
Quadro 12:	Instrumento ciclo da pessoa usuária	575
Quadro 13:	Instrumento de atividades não planejadas	579
Quadro 14:	Instrumento de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe	590
Quadro 15:	Instrumento de distribuição da função e suas tarefas pela equipe da atenção primária à saúde	591
Quadro 16:	As relações entre a estrutura da demanda e da oferta no modelo Silos de atenção ambulatorial especializada	633
Quadro 17:	O equilíbrio entre a estrutura da demanda e da oferta no modelo PASA de atenção ambulatorial especializada	642
Quadro 18:	As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada	646
Quadro 19:	As diferenças entre as clínicas da atenção primária à saúde e da atenção especializada	652

BOXES

Boxe 1:	O manejo da dor nas costas nos Estados Unidos	405
Boxe 2:	Planilha do Modelo de Melhoria	477
Boxe 3:	Utilização de um ciclo PDSA na APS	479
Boxe 4:	O caso da Sra. G.	631
Boxe 5:	O caso da Sra. H.	643

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2003	162
Gráfico 2:	Carga de doenças em anos de vida perdidos por morte precoce. Brasil, 2015	163
Gráfico 3:	Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Brasil, 2015	164
Gráfico 4:	As 10 principais causas dos anos vividos com incapacidade em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades	164
Gráfico 5:	Os 10 principais riscos que contribuem para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades	165
Gráfico 6:	A relação entre gastos públicos em saúde como percentual do PIB e gastos de desembolso direto em saúde como percentual do gasto total em saúde	377
Gráfico 7:	Gastos do SUS total e das três esferas de governo em ASPS em valores per capita em R\$ reais de 2017 – 2003 a 2017	382
Gráfico 8:	Gastos percentuais em ASPS da União, estados e municípios em relação ao gasto total do SUS – 2003 a 2017	383
Gráfico 9:	Gastos do SUS em ASPS total e dos três entes federados em percentuais do PIB – 2003-2017	384
Gráfico 10:	Gasto público total em ASPS por regiões e habitantes, em R\$ de 2017 – 2003 a 2017	386
Gráfico 11:	Gasto federal em ASPS por habitante e grandes regiões em R\$ de 2017 – 2003 a 2017	387
Gráfico 12:	Distribuição do gasto em ASPS das três esferas de governo, por grandes regiões, em percentual do total, em R\$ de 2017 – 2004 e 2017	388
Gráfico 13:	Comparação do valor da despesa com ASPS por habitante nas grandes regiões e as diferenças percentuais em relação à média nacional em R\$ 2017 – 2004 e 2017	389
Gráfico 14:	Eficiência interna, de escala e total dos hospitais de Minas Gerais, por número de leitos, 2005	690
Gráfico 15:	Eficiência interna, de escala e total dos hospitais de Minas Gerais, por níveis de complexidade, 2005	691
Gráfico 16:	Eficiência interna, de escala e total dos hospitais do Brasil, segundo números de leitos, 2002	693

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AAE: Atenção secundária ambulatorial especializada
AC: Atenção contínua
ACIC: Avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas
ACG: Atenção compartilhada a grupo
ACS: Agentes comunitários de saúde
AIH: Autorização de Internação Hospitalar¹
AIS: Ações Integradas de Saúde
ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS: Atenção primária à saúde
ASPS: Ações e serviços públicos de saúde
BSC: Balanced Scorecard
CCM: Modelo da atenção crônica
CEDEPLAR: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CIAP: Classificação Internacional da Atenção Primária
CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CQH: Programa de Controle de Qualidade Hospitalar
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DEA: Análise envoltória de dados
DMU: Decision Making Unit
ESF: Estratégia Saúde da Família
ICSAP: Internações por condições sensíveis à atenção primária
IGL: Índice de giro de leito
IESS: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
HPP: Hospitais de pequeno porte
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
KP: Kaiser Permanente
LIACC: Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas
MACC: Modelo de atenção às condições crônicas
MBE: Medicina baseada em evidência
MM: Modelo de melhoria
MPR: Modelo da pirâmide de riscos
NASF: Núcleos de apoio à saúde da família
NICE: The National Institute for Health and Social Care Excellence
NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB: Normas Operacionais Básicas
OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
P4P: Pagamento por performance
PACIC: Avaliação do usuário sobre o cuidado às condições crônicas
PAM: Posto de Assistência Médica do INAMPS
PAS: Planificação da Atenção à Saúde
PCATool: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde
PIB: Produto interno bruto
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASS: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNI: Programa Nacional de Imunização
PNS: Pesquisa Nacional de Saúde
POP: Procedimentos operacionais padrão
PPP: Paridade do poder de compra
PRI: Planejamento regional integrado
PSF: Programa Saúde da Família
RAS: Redes de atenção à saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TMP: Tempo médio de permanência
UPA: Unidades de pronto atendimento
VCMH: Variação dos custos médico-hospitalares

APRESENTAÇÃO

Desafios do SUS é uma publicação que aborda a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação, ao mesmo tempo que traz reflexões nacionais e internacionais de forma precisa como o sistema de saúde brasileiro vem sendo operacionalizado, tendo como base estudos e acompanhamento *in loco* em diversos municípios do país.

Diante da complexidade de operacionalizar o sistema em um país continental como o Brasil, o mais importante dessa publicação são as sugestões de como enfrentar os problemas e as dificuldades. O livro propõe um singular modelo de atenção às condições crônicas para o SUS e aborda os problemas do financiamento, sugerindo a passagem do sistema de pagamento aos prestadores por valor, por performance, por linhas de cuidado e por capitação.

Aponta avanços, como ampliação do acesso, programas exitosos e uma grande produção de serviços. Entre os desafios, estão a organização macroeconômica do sistema de atenção à saúde, que se expressa no dilema fundamental entre a segmentação e a universalização; o modelo de atenção à saúde totalmente inadequado para a atual situação epidemiológica e demográfica no País; e a competição predatória entre o público e o privado.

Outros pontos importantes desta publicação são a organização das Redes de Atenção à Saúde, que deve ter a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do sistema, e deve estar integrada com a Atenção Ambulatorial Especializada e com a Atenção Hospitalar, de forma regionalizada.

Com relação aos desafios da Atenção Primária à Saúde (APS), constata a evolução positiva da Estratégia Saúde da Família e considera seus êxitos quantitativos e qualitativos. Eugênio Vilaça Mendes faz uma análise dos perfis de demanda e de oferta na APS e propõe uma forma de consolidação da Estratégia Saúde da Família. Metodologicamente, significa operar com modelos de melhoria, gerenciamento de processos e educação permanente de forma ativa, por meio de oficinas e tutorias,

envolvendo equipes multi e interdisciplinares, essenciais para atender as necessidades de saúde da população, razão de ser de qualquer sistema de saúde.

Este livro, portanto, é leitura necessária para gestores, para trabalhadores, e para todos aqueles que estão envolvidos e determinados em aprimorar o SUS.

Alberto Beltrame
Presidente do Conass

PREFÁCIO

A prática de fazer e depois avaliar para tornar o processo efetivo é atributo daqueles que responsabilmente desejam obter bons resultados naquilo que planejam. Melhor ainda quando essa atitude é produto de ações concomitantes entre academia e gestão em busca dos mesmos objetivos. Pensar o futuro e canalizar energias para que a realidade se fixe como obra do sonho são têmpera e luz que constroem e conduzem a inovações transformadoras para o bem das pessoas.

O livro *Desafios do SUS* nasce da responsabilidade de quem necessita manter-se vigilante e preocupa-se cotidianamente em aferir resultados que sustentem sua coerência intelectual, ao tempo que afiança a pujança do sistema ao fazê-lo na prática. Para tal, só a coerência protege.

Como pensador, o prof. Eugênio Vilaça contribui fortemente para a formulação da consciência sanitária nacional e internacional; como colaborador, sua destreza se revela inteira e fortalece as convicções dos que bebem da sua experiência. Foi produzindo intelectualmente e ajudando a fazer que sua capacidade de influenciar tornou-se ainda mais transformadora. Ler e refletir sobre a obra do autor é oportunidade de aprendizado; fazer junto é merecimento de poucos.

A leitura proporciona uma avaliação da política pública de saúde brasileira que lhe desafia a entender as imbricações entre ela e seu cotidiano, independentemente da classe social a que pertença. O Sistema Único de Saúde (SUS) está na sua vida por aquilo que lhe assiste, lhe promove e lhe protege. É assim há 30 anos.

Aqui, o leitor se apropriará dos caminhos percorridos e dos resultados obtidos e entenderá por que o sistema é avaliado positivamente. Por ser um processo em construção, há um forte sentimento de incompletude; e, em especial, por ser política de saúde, é mais complexa e, por pretender-se universal, ampara as dores sociais de um país continental e extremamente desigual. A narrativa permite enxergar da luz da copa à raiz e dá nitidez à corrente que move o sistema construído coletivamente. Os avanços conquistados são alvissareiros, mas os desafios estão à espreita e apontam para as necessidades de reformas estruturais no modelo de gestão e de atenção, passando pelos desafios do modelo de financiamento e da estruturação das redes de atenção à saúde – em especial, a organização do acesso, a construção social da atenção primária à saúde, a integração da atenção ambulatorial especializada e

atenção hospitalar e a incorporação de novas tecnologias em saúde. Mais importante: sustenta convictamente a Atenção Primária à Saúde como base do sistema de saúde aqui e alhures.

Após a leitura de centenas de artigos nacionais e internacionais, o prof. Vilaça conclui que o SUS continua em evolução positiva, apesar dos percalços, sobretudo do 'desfinanciamento' progressivo a que foi submetido ao longo de sua existência. Por isso, convido você a imergir na leitura deste livro, colhendo informações, juntando elementos, formando convicções sobre o sistema de saúde brasileiro, mas, principalmente, para entender por que o autor afirma "ser um otimista baseado em evidência, não um pessimista baseado em opinião" como fazem muitos que dissertam sobre o tema sem dele ter conhecimento, ou dele, sequer, ter feito uso.

Jurandi Frutuoso
Secretário Executivo do Conass

INTRODUÇÃO

Este livro procura abordar alguns desafios fundamentais do SUS 30 anos após sua instituição.

Ele foi construído buscando articular reflexões provindas de experiências internacionais relevantes contidas na vasta bibliografia consultada e em evidências produzidas por estudos realizados em nosso país sobre o SUS.

Quem o escreveu completou 50 anos na saúde pública brasileira, tendo, portanto, militado no nosso sistema público de saúde 20 anos antes da emergência do SUS. Assim, pôde conhecer bem a situação iníqua dos indigentes da saúde que perambulavam, como subcidadãos, em busca de uma atenção à saúde seletiva e inacessível às grandes majorias de brasileiros. Naquela época, a população brasileira vivia segregada em um odioso *apartheid* sanitário que separava os que tinham carteiras de trabalho assinadas dos que não as tinham.

Como exemplo vivenciado pelo autor, pode-se mencionar a situação de saúde da região do norte de Minas no ano de 1972: ela tinha 44 municípios; a população era de 940 mil habitantes; a doença de Chagas constituía um flagelo regional; 42% das crianças apresentavam desnutrição; a mortalidade infantil era de 120 óbitos por mil nascidos vivos com notável subnotificação; metade dos municípios não tinha ambulatório de saúde; havia 115 médicos (1 médico por 8.160 habitantes), 54% concentrados no município de Montes Claros; 21 municípios não tinham médicos residentes; a cobertura de consulta médica era de 12,5% da população; havia 19 enfermeiros (1 enfermeiro por 49.473 habitantes); a cobertura de saúde bucal era de 3,7% da população; um terço das mortes era por doenças infecciosas; 40% das mortes ocorriam sem assistência médica; aproximadamente metade das consultas médicas e das internações hospitalares eram por doenças infecciosas; e o gasto público em saúde era de apenas US\$ 1,25 per capita ao ano. Quem analisa, hoje, o SUS nessa região mineira encontra ainda muitos problemas, mas a situação é inquestionavelmente muito melhor que a situação pré-SUS.

É preciso ressaltar que o SUS terminou com a figura do indigente sanitário e transformou todos os brasileiros em cidadãos portadores da saúde como um direito. Por essa razão, ele constitui, sem dúvida, a mais inclusiva de todas as políticas públicas brasileiras.

Este livro resulta de uma construção processual, ao longo do tempo, de um autor-ator que analisou inúmeras pesquisas nacionais e internacionais, mas que teve a oportunidade, como consultor em saúde pública, de percorrer todos os recantos

brasileiros ao longo de décadas e de adentrar serviços de saúde de diferentes naturezas e tamanhos.

Exercitando incansavelmente a pedagogia da presença, estive, em missões de trabalho, em todos os estados brasileiros e em aproximadamente 500 municípios, desde as megalópoles até as menores cidades. Cheguei aos lugares mais ricos e aos grotões da pobreza. Não fui somente um observador externo. Falei com gestores federais, estaduais e municipais. Vi, por dentro, instituições de saúde públicas e privadas, hospitalares e ambulatoriais, de todos os tipos. Dialoguei com os seus gestores e com os seus trabalhadores. Participei de inúmeros debates acadêmicos. Conversei com pessoas que utilizavam os serviços de saúde, com lideranças comunitárias e com homens e mulheres comuns.

À moda de Saramago, pude olhar amplamente. Não sei se me alcançou ver. Se vi, não tenho a pretensão de ter reparado. Isso é da ordem de uma mineiridade superior só atingível por certos personagens de Guimarães Rosa que, nos sertões das Gerais, conseguem olhar, ver e reparar as três margens de um rio. Aí residem as limitações do autor e de sua obra.

Tantas visitas, tantas conversas, fazem deste livro uma escrita de muitas mãos, mas com uma única responsabilidade. Não há como debitar aos inúmeros coautores as minhas deficiências de olhar, de ver e de reparar. Ele resulta, portanto, de reflexões pessoais que devolvo, como fruto de muitas prosas e de maneira mais ou menos ordenada, a tantos que comigo dialogaram por tanto tempo.

Alguns problemas do SUS, não todos, são aqui definidos na forma de desafios. Esses desafios são analisados; e para todos eles, oferecem-se propostas de soluções.

O livro está construído com base em uma constatação fundamental de que na saúde não há uma bala de prata e que, por consequência, as mudanças relevantes nos sistemas de atenção à saúde exigem um pensamento sistêmico que permita construir e implantar uma agenda ampla de reformas nos âmbitos macro e microeconômico do SUS, o que envolve um conjunto orgânico de mudanças, concomitantes e alinhadas entre si, nos modelos de gestão, nos modelos de atenção à saúde e nos modelos de financiamento.

O livro está estruturado em 14 capítulos.

O Capítulo 1 analisa os fundamentos dos sistemas de atenção à saúde que, em geral, são pouco discutidos e conhecidos. Trata do conceito, dos objetivos, dos valores e das singularidades gerais, organizacional, administrativa, econômica e das leis e princípios que regem esses sistemas. Sem compreender a extrema complexidade desses sistemas, é difícil fazer bons diagnósticos e propor soluções adequadas.

O Capítulo 2 discorre sobre os avanços do SUS após 30 anos de existência. Este capítulo trata de avaliar o SUS por meio de evidências produzidas por pesquisas científicas e por pesquisas qualitativas de opinião da população. Não obstante as inúmeras dificuldades que enfrentou, o SUS apresentou uma grande produção de serviços, promoveu a equidade no acesso, instituiu a cidadania sanitária, desenvolveu políticas e programas de saúde pública positivos e tem sido valorizado internacionalmente. Observaram-se diferenças significativas entre os resultados das pesquisas científicas que avaliam o SUS e as pesquisas de opinião da população. Todos os programas de saúde pública avaliados, sem exceção, apresentaram evoluções muito positivas, o que justifica certo otimismo baseado em evidências com os resultados do nosso sistema público de saúde. O acesso oportuno aos serviços críticos parece ser, na opinião das pessoas usuárias, o grande gargalo e, por esta razão, deve constituir uma alta prioridade estratégica para uma agenda de consolidação do SUS.

O Capítulo 3 trata dos desafios na organização macroeconômica do sistema de atenção à saúde brasileiro que se expressam no dilema fundamental entre a segmentação e a universalização. Ainda que o mandamento constitucional aponte para um sistema público universal, a prática social tem gerado um sistema segmentado com notável competição predatória entre os componentes públicos e privados. Desenvolvem-se três cenários possíveis, mas de diferentes probabilidades, nesse campo para os próximos anos.

O Capítulo 4 lida com os desafios na organização microeconômica do SUS que se materializam no dilema entre a fragmentação e a integração dos sistemas de atenção à saúde. A fragmentação vigente impossibilita o enfrentamento adequado da situação de saúde brasileira que é de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas. A resposta a esses desafios está em organizar o SUS em redes de atenção à saúde e com uma agenda que envolva intervenções nos modelos de gestão, nos modelos de atenção à saúde e nos modelos de financiamento.

Os Capítulos 5 e 6 propõem mudanças profundas nos modelos de gestão. No Capítulo 5, sugere-se um movimento da gestão da oferta prevalente e que é fonte de ineficiência sistêmica para a gestão da saúde da população que estrutura o sistema em função das necessidades de saúde de uma população adstrita a equipes de saúde da família, rompendo com os parâmetros de oferta de recursos e processos. Além disso, indica a importância de superar o modelo de regulação assistencial de oferta presente no SUS, instituindo um sistema regulatório de base populacional que procure superar os desequilíbrios de oferta e demanda por meio de intervenções nesses dois polos, e propõe um modelo de intervenção para o enfrentamento eficaz do grave problema das filas do SUS. No Capítulo 6, estabelece-se a necessidade de transitar da governança hierárquica vigente para uma governança em redes, coerente com a proposta de organização do SUS em redes de atenção à saúde, em que os resultados sanitários e econômicos derivam do incremento da cooperação e da interdependência entre todos os atores sociais presentes na arena sanitária.

O Capítulo 7 busca compreender os desafios do modelo de atenção à saúde, com ênfase especial à atenção às condições crônicas que representa o componente relativo maior na carga de doenças no Brasil. Com base em modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências e de uso regular em diversos países, propõe-se um singular modelo de atenção às condições crônicas para o SUS.

Os Capítulos 8 e 9 abordam os problemas do financiamento do SUS. O Capítulo 8 evidencia o subfinanciamento do SUS comparativamente aos gastos públicos em vários países, incompatível com a construção de um sistema público universal no Brasil. Esse subfinanciamento decorre historicamente de baixos gastos governamentais do governo federal, mas aponta para a iniquidade dos gastos tributários em saúde. O Capítulo 9, com base na experiência internacional, propõe uma passagem do sistema de pagamento aos prestadores por volume para o pagamento por valor. A constatação do fracasso do sistema de pagamento por procedimentos tem gerado propostas de novos sistemas que são discutidos para sua implantação no SUS, como o pagamento por performance, o pagamento por pacotes de serviços e o pagamento por capitação.

Os demais capítulos tratam de pontos de atenção à saúde específicos nas redes e dos desafios da tecnologia de saúde.

Os desafios da atenção primária à saúde são tratados nos Capítulos 10 e 11. O Capítulo 10 constata a evolução formidável da proposta da estratégia saúde da família e considera seus êxitos quantitativos e qualitativos. Faz uma análise dos perfis de demanda e de oferta na atenção primária à saúde e propõe uma forma de consolidação da estratégia saúde da família utilizando a metáfora da construção de uma casa que responda a 11 perfis de demanda por meio de 7 perfis de oferta. Isso implica, metodologicamente, operar com modelos de melhoria, gerenciamento de processos e educação ativa e tutorial. O Capítulo 11 busca oferecer uma saída viável para o acesso aos cuidados primários, problema crítico na opinião da população brasileira. Para isso, utilizam-se modelos de organização dos processos de trabalho na atenção primária à saúde que envolvem a utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares e alguns instrumentos de organização do acesso desenvolvidos com base em estratégias sistêmicas como o Sistema Lean.

O Capítulo 12 indica, com base no modelo de atenção às condições crônicas, uma forma inovadora de organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde. Do ponto de vista operacional, a gestão da saúde da população indica subpopulações vinculadas à estratégia saúde da família que são estratificadas por riscos sociais e sanitários, o que permite identificar as pessoas portadoras de condições crônicas que devem ser atendidas somente pela atenção primária à saúde e aquelas que devem ser referidas aos especialistas em centros de atenção ambulatorial especializada. Essa racionalidade organizativa possibilita uma atenção mais efetiva, mais eficiente e com menor iatrogenia, permitindo aliviar ou superar as filas por atendimento especializado.

O Capítulo 13 fixa-se na atenção hospitalar do SUS e, neste campo, salienta a questão da eficiência dos hospitais, um problema muito crítico que não será resolvido somente com o aporte a mais recursos. Faz-se uma análise econômica que conclui pela grande ineficiência da atenção hospitalar. A partir desse diagnóstico, propõe-se uma agenda de aumento da eficiência interna dos hospitais do SUS que convoca mudanças em vários aspectos da atenção hospitalar, como a gestão de pessoas, a gestão de suprimentos e logística, a gestão financeira e de custos, a contratualização dos hospitais, a gestão dos fluxos assistenciais e as mudanças nos sistemas de pagamentos dos serviços hospitalares. Essa agenda de eficiência dos hospitais envolve, também, intervenções para a melhoria da eficiência de escala dos hospitais que prestam serviços ao SUS.

O Capítulo 14 aborda os desafios das tecnologias de saúde que têm sido considerados um dos principais problemas dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos, especialmente por gerar um cuidado pobre derivado da sobreutilização e/ou subutilização dessas tecnologias. A partir de uma análise desse problema em escala internacional e nacional, avança-se no sentido de propor mecanismos de microgestão da clínica e de indicar um conjunto de movimentos que têm sido utilizados em vários países na busca de um cuidado certo para as pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Este livro reconhece grandes desafios que se colocam para a consolidação do SUS. No entanto, funda-se no reconhecimento de que o campo da saúde pública brasileira necessita de vontade política, de clareza estratégica, de paciência histórica e de competência técnica para fazer avançar nosso sistema público de saúde. Nesse sentido, a síntese desta obra pode ser feita utilizando-se uma expressão cunhada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2006: **“O SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas”**.

CAPÍTULO 1. OS FUNDAMENTOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde apresentam, em todo o mundo, problemas constantes de efetividade, eficiência, qualidade e equidade. Isso decorre de muitos fatores, mas a extrema complexidade das organizações sanitárias e suas singularidades repercutem em sua governança e são, em grande parte, responsáveis por esses problemas.

Alguns números expressam a complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos como a disponibilidade de 13 mil diagnósticos, de 4 mil procedimentos cirúrgicos, de 6 mil medicamentos e de 20 mil procedimentos clínicos (GOBIERNO VASCO, 2010)

Os sistemas de atenção à saúde são peculiares, o que os torna bem diversos de outros sistemas econômicos e sociais. Por consequência, as organizações de saúde são diferentes de outras organizações, como as do setor de educação, da indústria automobilística, da construção civil e das organizações religiosas e militares. Modelos de governança vigentes em organizações desses setores não necessariamente vão funcionar bem no setor de saúde.

Esse desconhecimento dos fundamentos dos sistemas de atenção à saúde empobrece o debate sobre esse sistema social e leva a modelos de governança que são inconsistentes com suas características particulares ou com suas leis e princípios que lhe são próprios. Além disso, quando se analisam os programas de gestão em saúde ofertados no Brasil, verifica-se que se dá pouca atenção à discussão desses fundamentos, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no sistema de saúde suplementar.

O resultado do desconhecimento generalizado dos fundamentos dos sistemas de atenção à saúde estimula a propensão que têm a operar com certas disfunções nos campos da efetividade, da eficiência, da qualidade e da equidade e impede ou dificulta que os gestores desenvolvam e implantem estratégias sólidas para se contraporem a esses movimentos naturais de irracionalidade.

Este capítulo visa identificar e discutir esses fundamentos que marcam os sistemas de atenção à saúde a fim de que os gestores do SUS possam construir e implementar uma agenda de melhoria desse sistema público em nosso país.

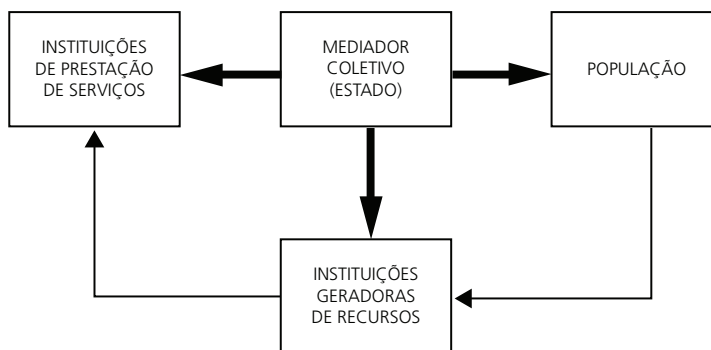
1. O CONCEITO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

Utiliza-se, aqui, a denominação de sistemas de atenção à saúde para diferenciá-la de sistema de saúde, a mais encontrada. A expressão é propositadamente usada para marcar uma diferença entre atenção à saúde, um sistema social temático e unissetorial, e saúde entendida como a manifestação objetiva das condições de vida de uma população singular e resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas econômicos e sociais, mais ou menos complexos. Desse modo, um sistema de saúde é diferente e mais amplo que um sistema de atenção à saúde do qual é parte (MENDES, 2002).

Por se constituírem 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, os sistemas de atenção à saúde movem-se no sentido de dar uma resposta social às condições de saúde da população. A Figura 1, adaptada de Frenk (1994), mostra os componentes e as relações que se estabelecem nos sistemas de atenção à saúde.

Figura 1: Os componentes e as relações nos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2002).

A Figura 1 mostra que os sistemas de serviços de saúde se materializam em uma relação entre instituições prestadoras de serviços e uma população. Contudo, nem as instituições prestadoras de serviços de saúde, nem a população atuam isolada-

mente, tampouco constituem categorias homogêneas. Além disso, as relações entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e a população não são diretas, mas mediadas por um ator coletivo, o Estado. A natureza singular dos sistemas de atenção à saúde – que se examinará à frente – exige a mediação do Estado mesmo nos sistemas privados, o que se faz por meio de agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Brasil.

Os sistemas de atenção à saúde não estão limitados aos três componentes centrais expressos na Figura 1 porque há outros atores sociais de importância presentes na arena sanitária. Especialmente relevantes são as instituições geradoras de recursos: as universidades, geradoras de recursos humanos, de conhecimentos e de tecnologia; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria farmacêutica.

Os diferentes atores sociais em situação nos sistemas de atenção à saúde mantêm conexões entre si, extremamente diferenciadas, como inter-relações de serviços, de recursos, de participação e simbólicas.

2. OS OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas sociais, diferentemente dos sistemas biológicos, não procuram harmonizar suas funções em busca da sobrevivência; ao contrário, movem-se dialeticamente, repletos de conflitos internos e externos.

Os sistemas sociais complexos apresentam uma teleologia, ou seja, sempre buscam a consecução de um ou mais objetivos compartilhados, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada (VON BERTALANFFY, 1968). Assim, como sistemas complexos, os sistemas de atenção à saúde apresentam uma teleologia deliberada, expressa no conjunto de objetivos que perseguem atingir.

Independentemente da forma como organizam seus sistemas atenção à saúde, prevalecem, nos países em geral, duas crenças fundamentais: a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter e prolongar a vida e para aliviar o sofrimento. Por esse motivo que diferentes sociedades apresentam os mesmos objetivos para seus sistemas de atenção à saúde.

Os objetivos dos sistemas de atenção à saúde são: o alcance de um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa, a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, o acolhimento dos cidadãos, a efetividade e a eficiência.

O primeiro objetivo dos sistemas de atenção à saúde é o alcance de um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa de modo a tornar os níveis de saúde da população os melhores possíveis, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos (o componente de bondade do objetivo). Como não se conseguiu, ainda, operacionalizar indicadores positivos de saúde, pode-se avaliar esse objetivo por meio de

indicadores negativos, como os de mortalidade, de morbidade e de incapacidade. Por isso a utilização de indicadores como taxas de mortalidade e morbidade por habitantes, anos de vida ajustados por incapacidade ou expectativa de vida ajustada por incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Além de obter ótimos níveis de saúde, um sistema de atenção à saúde deve reduzir as iniquidades de saúde entre pessoas e grupos sociais (o componente de justiça do objetivo).

O segundo objetivo dos sistemas de atenção à saúde é a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos. Os riscos de adoecer e de morrer não se distribuem igualmente entre os cidadãos, tendendo a ser maiores nos grupos sociais em situação de exclusão. Por essa razão, os sistemas de atenção à saúde devem proteger, por meio de um financiamento justo, aqueles que apresentam maiores riscos.

O terceiro objetivo dos sistemas de atenção à saúde é o acolhimento dos cidadãos. O grau de acolhimento mede as expectativas dos cidadãos em relação à forma como gostariam de ser tratados pelos sistemas de atenção à saúde. O acolhimento pode ser avaliado por: o respeito pela dignidade das pessoas; a confidencialidade, ou seja, o direito de decidir quem pode ter acesso às informações sobre o seu estado de saúde; a autonomia para participar de escolhas relativas à sua própria saúde; o direito a uma atenção pronta; o direito a serviços efetivos e adequados; a liberdade de escolha do prestador dos serviços de saúde; o direito a receber serviços de saúde providos de forma segura, de modo a evitar procedimentos médicos impróprios; e o acesso a redes de proteção social, como amigos e famílias, pelas pessoas que estão sendo acolhidas pelo sistema de atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Recentemente, esse objetivo tem sido expresso por uma atenção centrada no modelo pessoas e famílias (COULTER et al., 2008; STEWART et al., 2010; PICKER INSTITUTE, 2011). Uma forma indireta de medir o acolhimento é verificar o grau de satisfação dos cidadãos, especialmente através de pesquisas qualitativas.

O quarto objetivo é a efetividade dos sistemas de atenção à saúde. A efetividade significa ofertar serviços baseados em evidências científicas, que sejam necessários e úteis para a saúde dos cidadãos, de forma a evitar o sobreuso ou subuso desses serviços. A operacionalização do objetivo da efetividade está na base da medicina baseada em evidência. Uma ampliação desse objetivo surge com a introdução do conceito de efetividade das políticas de saúde buscando sustentá-las por meio de provas, sistematicamente coletadas nas ciências da saúde e nas ciências sociais, sobre os efeitos dos sistemas de atenção à saúde (SACKETT et al., 1997; NIESSEN et al., 2000; GRAY, 2009).

O quinto objetivo é a eficiência dos sistemas de atenção à saúde. O conceito de eficiência dos sistemas de saúde de uma forma simples significa a razão entre os recursos consumidos (os *inputs*) e os valores obtidos (*outputs*) que cria uma métrica genérica que é o recurso consumido por unidade de valor obtida. A teoria econômica mostra que há dois tipos de eficiências: a eficiência técnica e a eficiência alocativa (ANDRADE et al., 2007). A eficiência técnica resulta da multiplicação da eficiência

interna, dependente da capacidade de gestão, pela eficiência de escala que expressa o tamanho da planta. A eficiência alocativa é a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de se produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível, considerando os preços.

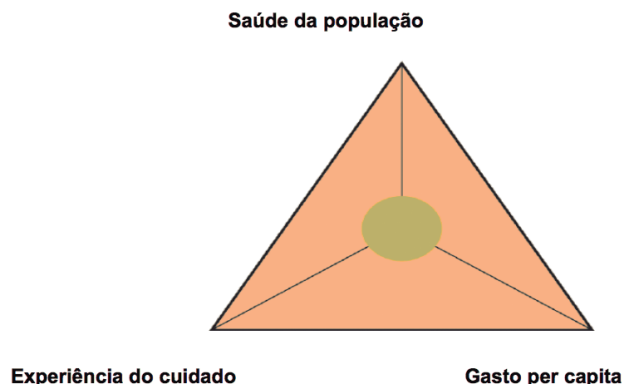
Os sistemas de atenção à saúde são polifinalísticos por apresentarem múltiplos objetivos que devem ser alcançados. Na prática social, esses objetivos nem sempre apresentam complementaridades, não sendo comum poder realizá-los todos, otimamente, ao mesmo tempo. Ao contrário, os diferentes objetivos dos sistemas de atenção à saúde tendem a manifestar, entre si, *trade-offs* (HSIAO, 2000).

Trade-off é uma expressão inglesa sem tradução consagrada em português e cuja palavra mais próxima poderia ser opção. Equivale à ideia de que é necessário sacrificar parte do consumo de um bem caso se pretenda aumentar o consumo de outro (PIOLA; VIANNA, 1995). No caso, significa uma escolha entre objetivos diferentes a atingir.

Os *trade-offs* podem se dar, externamente, nas relações entre o sistema de atenção à saúde com outros sistemas sociais e expressam relações entre os benefícios dos serviços de saúde ante os benefícios que poderiam ser auferidos com serviços de educação, habitação, saneamento, alimentação e nutrição e outros. Os *trade-offs* podem se manifestar, também, internamente ao sistema de atenção à saúde. Nesse caso, há que se escolher entre diferentes objetivos. Assim, são comuns os *trade-offs* entre equidade e eficiência, bem como entre incrementar os níveis de saúde e aumentar a eficiência. Uma outra situação bastante comum está nas opções entre ofertar serviços de melhor qualidade e aumentar a satisfação da população.

Com a finalidade de estabelecer a visão dos sistemas de atenção à saúde, vem-se consolidando no cenário internacional o modelo da tripla meta (*Triple aim*). Esse modelo é mostrado na Figura 2.

Figura 2: O modelo da tripla meta



Fontes: Berwick et al. (2008); Bisognano; Kenney (2012).

Recentemente, vem-se incorporando uma quarta meta que é o envolvimento e a satisfação dos profissionais de saúde.

O projeto da tripla meta foi desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement (2008) em 15 instituições dos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, expandindo-se, em 2010, para vários países do mundo.

Há duas premissas subjacentes à tripla meta que são a interdependência e o balanceamento. A interdependência significa que as metas dependem umas das outras; o balanceamento implica que a autorregulação do sistema de atenção à saúde, na busca simultânea dessas três metas, constitui o desafio maior (DELGADO, 2012).

Para que os objetivos da tripla meta sejam alcançados, é necessário estruturarem-se as entidades macrointegradoras e os microintegradoras (BERWICK et al., 2008). Os macrointegradores são entidades que podem juntar e otimizar os recursos para uma determinada população; e os microintegradores são equipes de saúde que garantem que o cuidado melhor ou mais apropriado será prestado a cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde.

3. OS VALORES SOCIETÁRIOS E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Até o final dos anos 1950, os Estados Unidos e o Canadá, países vizinhos da América do Norte, tinham sistemas de atenção à saúde semelhantes. Por que razão esses países se distanciaram tanto na segunda metade do século XX? Isso ocorreu porque, ao fim das contas, o que provê sentido de direção às reformas sanitárias são os valores, entendidos como os sistemas de crenças que vigem em uma determinada sociedade, em determinado tempo.

A sociedade canadense, bem como boa parte das sociedades da Europa Ocidental, estruturou-se com base em valores solidaristas; e seus sistemas de atenção à saúde são coerentes com esses valores. Isso levou à institucionalização de sistemas públicos universais de atenção à saúde.

Um caso expressivo da importância dos valores societários solidaristas nos sistemas de atenção à saúde é o Reino Unido. A abertura dos Jogos Olímpicos em Londres, no ano de 2012, fez-se com centenas de médicos e enfermeiros representando o Serviço Nacional de Saúde, mostrando-o como orgulho das pessoas dessa nação para bilhões de telespectadores em todo o mundo. As pesquisas de opinião feitas no Reino Unido indicam que o Serviço Nacional de Saúde é a instituição que mais orgulha as pessoas por serem britânicas, superando as forças armadas, a família real e a BBC. Desses, 72% dos britânicos concordam com a afirmação de que o Serviço Nacional de Saúde é um símbolo do que é grande no Reino Unido e que se deve fazer de tudo para mantê-lo; e seu aniversário é tido como a data nacional

mais importante para 54% dessas pessoas (BRITNELL, 2015). Outro caso, na mesma linha, é do Canadá. Nesse país, o *Medicare*, que é o sistema público de atenção à saúde, é muito bem avaliado pelas pessoas que lá vivem. Pesquisa realizada em 2012 mostrou que, para 94% dos canadenses, esse sistema é fonte de orgulho pessoal e coletivo. Não é exagero afirmar que para a maioria das pessoas o *Medicare* significa ser canadense porque melhora a economia, aumenta a coesão social e marca os valores prevalentes na sociedade (MARTIN, 2017).

De outro lado, nos Estados Unidos já se discute, há mais de 60 anos, a alternativa de implantação de um sistema de seguro nacional público de saúde, sem que se consiga avançar em sua implementação. Isso decorre do fato de que, na sociedade americana, os valores solidaristas não são hegemônicos, prevalecendo, ali, valores individualistas e autointeressados (MARMOR; BAR, 1992). Disso resultou a construção social de um sistema segmentado de atenção à saúde com baixa regulação estatal.

Parece ter razão Reinhardt (1992) quando afirma que propor alternativas de reformas sanitárias sem, primeiro, explicitar claramente os valores societários que as referenciam é ineficaz e pode significar uma perda de tempo. Dessa centralidade dos valores em relação às reformas sanitárias, decorre o forte componente ideológico desses processos de mudança que os faz se aproximarem, muitas vezes, como no caso dos Estados Unidos, das disputas teológicas (KRONICK, 1994). Foi assim no Plano Clinton, não aprovado, e no *Affordable Care Act (Obamacare)*, aprovado, implantado parcialmente e em processo de desconstrução pelo Presidente Donald Trump antes mesmo de ter uma proposta de substituição estruturada (OBAMA, 2017).

A estabilidade dos sistemas sociais complexos, em particular, a dos sistemas de atenção à saúde, resulta da coerência entre os valores societários e as estruturas materiais e simbólicas desses sistemas.

As dificuldades que as sociedades democráticas apresentam para reformar os sistemas de atenção à saúde derivam das relações complexas e paradoxais que existem entre os valores da sociedade, as normas que essas sociedades adotam para operacionalizar esses valores e a existência de indivíduos e grupos simultaneamente autônomos e dependentes destas normas e desses valores. Nesse contexto, as reformas sanitárias não podem ser reduzidas a um exercício mecânico de implantação de um plano racional; ao contrário, exigem um difícil processo de negociação entre os diferentes atores sociais em situação, todos determinados por suas histórias, culturas, tradições e interesses singulares (CONTANDRIOPOULOS et al., 1998).

Donabedian (1973), sustentado por Pineault (2016), estabelece duas posições opostas sobre os valores societários: a posição liberalista e a posição igualitarista. Esses posicionamentos diferenciam, fortemente, o papel do Estado nas sociedades contemporâneas.

A posição liberalista enfatiza o autointeresse e a liberdade pessoal diante do poder de coerção derivado das intervenções estatais. A posição igualitarista concentra-se no princípio da igualdade ante as possibilidades oferecidas aos indivíduos; assim, os estes não apresentam chances iguais se requisitos como a educação e a saúde não forem ofertados a todos, independentemente de sua condição socioeconômica (PINEAULT, 2016).

As principais características dessas duas posições estão estabelecidas no Quadro 1.

Quadro 1: Valores societários que influenciam a dinâmica interna dos sistemas de atenção à saúde

Valores	Posição Liberalista (Importância do sucesso pessoal e da liberdade individual em face dos poderes políticos de coerção)	Posição Igualitarista (Importância da igualdade de chances)
1. Responsabilidade pessoal	Toda recompensa deve ser merecida (como os cuidados à saúde).	Determinados bens (como os serviços de saúde e a educação) são direitos, mais que privilégios.
2. Consciência social	A caridade da filantropia são meios de auxiliar aqueles que não obtêm sucesso.	O Estado deve implantar mecanismo para evitar o uso da caridade, que é degradante e imprevisível para o indivíduo.
3. Liberdade	A intervenção do Estado dificulta as liberdades individuais.	O Estado deve garantir que as liberdades individuais possam ser expressas, ou seja, que os indivíduos possam fazer escolhas.
4. Igualdade	Reconhecimento da igualdade perante a lei.	É preciso, primeiramente, que as oportunidades sejam iguais para que os indivíduos possam se realizar.

Fonte: Pineault (2016).

Os defensores da posição liberalista afirmam que não caberia ao Estado interferir no sentido da diminuição das diferenças entre as pessoas, deixando que as soluções decorram da livre escolha dos próprios interessados (GLIED, 1997; PINEAULT, 2016). Essa posição teórica critica os Estados de Bem-Estar que transferem recursos dos que têm para os que não têm, sem exigir destes quaisquer reciprocidades. Ademais, defende que essa ausência de reciprocidade é moralmente inaceitável porque não cria incentivos para que os pobres deixem de ser pobres, tendendo a perpetuar, dessa forma, a pobreza. A liberdade individual só poderia ser limitada legitimamente pelo Estado para reforçar os objetivos de racionalidade e de inteligência social. Dessa forma, os mecanismos redistributivos deveriam estar restritos à renda de modo que, de posse de recursos financeiros, os cidadãos possam exercer sua liberdade individual de escolha e sua inteligência social. É claro que, como fez Spicker (1995), essa crítica é estendida à redistribuição dos serviços de saúde pelos Estados de Bem-Estar. Além disso, a economia neoclássica preconiza que o objetivo de prover as necessidades

dos mais pobres poderia ser mais bem alcançado transferindo a eles uma renda mínima para que pudessem adquirir livremente o que lhes aprouver. Qualquer mecanismo redistributivo que não renda apresentaria efeitos indesejáveis: por exemplo, redistribuir serviços de saúde para os doentes geraria incentivos negativos para a manutenção da saúde (MENDES, 2001).

Especificamente no campo dos sistemas de atenção à saúde, há uma posição um pouco menos radical que sugere uma redistribuição dos serviços de saúde para os pobres, porém limitada a uma carteira mínima de serviços (PAULY, 1986). É o que levou à proposição de cestas básicas de serviços de saúde dirigidas às populações mais pobres.

Diferentemente, a posição igualitarista funda-se na ideia de solidariedade definida como a pretensão de reconciliar autonomia e interdependência nas várias esferas da vida social, incluindo o âmbito econômico (GIDDENS, 1994). A solidariedade implica uma participação diferenciada no financiamento e no acesso às proteções sociais, de acordo com as capacidades econômicas e os níveis de riscos das pessoas. Por isso que o acesso dos mais pobres deveria ser garantido pela progressividade do gasto público e pela estrutura tributária e de subsídios cruzados entre diferentes estratos de grupos de riscos e de renda (CEPAL, 2000).

Os defensores da posição igualitária justificam que ela deveria se impor nos sistemas de atenção à saúde porque os serviços de saúde são universalmente desejados e definidos por critérios objetivos de necessidades, e não por preferências subjetivas. Esses serviços como bens de valor social deveriam ser ofertados a todos porque todos são sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis (DOUGHERTY, 1996). Na prática social, instituir sistemas de atenção à saúde com base em valores igualitaristas implica ofertá-los com base em necessidades e mediante subsídios cruzados dos ricos para os pobres, dos jovens para os adultos, dos saudáveis para os doentes, das pessoas que utilizam menos para as pessoas que utilizam mais os serviços e das regiões ricas para as regiões pobres (EVANS, 1996; TITELMAN et al., 2000).

Os valores societários, em grande parte, determinam as formas como se operam, na prática social, os sistemas de atenção à saúde, se com base na competição ou na cooperação entre os diferentes atores sociais que os compõem (MENDES, 2001).

As sociedades em que predominam os valores liberais tendem a organizar seus sistemas de atenção à saúde predominantemente por meio de regulações mercadológicas. Isso significa introduzir, como elemento fundamental dos sistemas de atenção à saúde, a competição que se deve dar entre operadoras e prestadores de serviços.

Dada uma crescente evidência sobre o funcionamento imperfeito do livre mercado nos sistemas de atenção à saúde, introduziu-se uma variante que é a competição gerenciada. Seus propositores reconhecem que os administradores e os prestado-

res de serviços desenvolvem estratégias competitivas que destroem a eficiência e a equidade e que anulam o poder de barganha das pessoas usuárias (ENTHOVEN, 1988). Por outro lado, indicam que a competição e os mecanismos de mercado são elementos fundamentais para um sistema de atenção à saúde eficiente. A competição gerenciada consiste em substituir a relação bilateral do livre mercado que se estabelece entre financiador/prestador e pessoa usuária por uma relação trilateral em que haja a inserção, no terceiro vértice, de uma agência administradora ou moduladora. Essa agência, ao agregar a demanda e ao comparecer informada em um mercado de oferta competitivo, controlaria as falhas de mercado contrapondo, ao poder monopólico dos prestadores, o poder monopsônico dos administradores. As instituições administradoras também se colocam em situação de competição entre elas, gerando um sistema de duplo mercado. Na América Latina, foi proposta uma variante da competição gerenciada denominada de pluralismo estruturado e aplicada na Colômbia (LONDOÑO; FRENK, 1997).

De modo diverso, as sociedades em que predominam as posições igualitaristas tendem a organizar seus sistemas de atenção à saúde com base na cooperação gerenciada entre os diferentes atores sociais.

A expressão cooperação gerenciada foi cunhada na Noruega (CHRISTIE, 1996). Essa estratégia estimula a eficiência estrutural por meio de uma cooperação planejada dos sistemas de atenção à saúde. A cooperação gerenciada objetiva criar uma racionalidade aberta definida pelo consenso de diferentes atores sociais e obtida em situação de permanente negociação e pactuação realizada por sistemas de planejamento em redes (KICKERT et al., 1999). A organização cooperativa ou colaborativa propõe um arranjo estável, formado por atores que possuem recursos complementares e que dependem uns dos outros para o alcance dos objetivos convergentes. Apesar dessa interdependência, os diferentes atores permanecem funcionalmente autônomos e interagem por meio de negociações recorrentes, marcadas por conflitos de interesses, partem de uma definição ampla de problemas, visões, ideias, planos e regulamentações e são relevantes para amplas camadas da população (MILAGRES et al., 2016).

Uma discussão central nas reformas sanitárias é o caminho que, institucionalmente, tomam os sistemas de atenção à saúde: se optam por sistemas segmentados ou se evoluem para sistemas públicos universais. Esse dilema entre segmentação ou universalização tem a ver com os valores societários praticados em diferentes países (MENDES, 2001). Além disso, essas alternativas de conformação dos sistemas de atenção à saúde no plano da organização macroeconômica são influenciadas pelos posicionamentos políticos perante os serviços de saúde e do papel do Estado em relação a esses sistemas sociais. Na experiência internacional, essa diferença é muito clara. Países com tradição igualitária definiram-se por sistemas públicos universais, como Canadá, Costa Rica, Espanha, França, Reino Unido e outros; e países com marcada posição liberalista, como os Estados Unidos, optaram por sistemas segmentados.

Os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, em que cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular.

De modo diverso, os sistemas públicos universais são aqueles que oferecem a todos, independentemente de sexo, idade, renda e risco, com financiamento público, uma carteira de serviços mais ou menos generosa, a partir da qual os cidadãos podem recorrer a serviços suplementares providos privadamente. Como exemplo, no Canadá, existe um sistema público universal que oferece, indistintamente, a todos os cidadãos uma carteira de serviços sanitariamente necessária. O sistema privado existe, apenas, para prover uma carteira de serviços restrita e verdadeiramente suplementar que não é ofertada pelo Estado.

Na construção social dos sistemas de atenção à saúde, a posição igualitarista está associada às ideias de Bismarck, chanceler alemão que, no século XIX, propôs o sistema bismarckiano de seguridade social. Mais tarde, no período de pós-guerra do século XX, a partir do Relatório Beveridge, desencadeou-se o movimento que universalizou a seguridade social e instituiu os sistemas universais beveridgeanos de atenção à saúde.

Os sistemas bismarckianos de atenção à saúde concebem a saúde como uma responsabilidade social. Esses sistemas são financiados por cotizações sociais pagas pelas empresas e pelos trabalhadores. Supletivamente, o financiamento público advindo de impostos gerais pode subsidiar pessoas e famílias que não têm cobertura e determinados tipos de serviços como de vigilância à saúde. Países como a Alemanha, Áustria, Bélgica e França organizam-se como sistemas bismarckianos. Os sistemas beveridgeanos ou Sistemas Nacionais de Saúde cobrem universalmente todos os cidadãos, independentemente de sua situação funcional, e são financiados por imposto gerais. Em geral, são considerados como sistemas de distribuição de renda mais efetivo. Países como Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Portugal e Reino Unido adotam esse sistema.

Os sistemas públicos de saúde estiveram sustentados, originalmente, pelo princípio do universalismo clássico que preconizava ofertar todos os serviços a todas as pessoas. A OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde de 2000, propôs o novo universalismo que rejeita a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como as políticas de seletividade constituídas pela oferta de uma cesta básica aos mais pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O que o novo universalismo sugere é o oferecimento amplo de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos.

Em seu relatório Mundial da Saúde de 2010, a OMS lançou o conceito de cobertura universal em saúde, definido como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade de que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles. O conceito de cobertura universal abriga três dimensões: a população coberta, a carteira de serviços e a proporção de custos diretos incorridos pelas pessoas e pelas famílias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Há evidências provindas de diferentes países de que os sistemas públicos universais quando comparados com sistemas segmentados tendem a ser mais equitativos e mais eficientes (HSIAO, 1994; MUSGROVE, 1996; HAM, 1997; ALLEYNE, 2000; BERMAN, 2000; EMANUEL, 2000). Isso parece ser confirmado por estudos que comparam o desempenho dos sistemas de saúde em países desenvolvidos.

Uma pesquisa clássica que tem sido feita em diversos períodos, comparando os sistemas de atenção à saúde de 11 países, mostra, consistentemente, que os Estados Unidos, um sistema segmentado, tem o pior desempenho geral em relação aos países que se organizam como sistemas públicos universais, bismarckianos ou beveridgeanos, apesar de apresentar os maiores gastos per capita em saúde. A pesquisa de 2014 mostrou que os Estados Unidos ficaram em 11º lugar; e o Reino Unido, em 1º no *rank* geral; o mesmo ocorreu no *rank* de eficiência. Esse resultado foi obtido mesmo com os Estados Unidos tendo um gasto per capita de US\$ 8.508,00 e o Reino Unido de US\$ 3.405,00, o que corresponde a 40% do gasto americano no ano (DAVIS et al., 2014).

4. AS SINGULARIDADES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde apresentam uma série de características próprias que os tornam singulares em relação a outros sistemas econômicos e sociais. Sem entender essas singularidades, torna-se difícil fazer a governança eficaz desses sistemas. Essas particularidades expressam-se nos planos geral, organizacional, tecnológico, administrativo e econômico. Em vista delas, os sistemas de atenção à saúde apresentam leis e princípios que os governam e que são muito particulares.

4.1. AS SINGULARIDADES GERAIS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde diferenciam-se de outros sistemas econômicos e sociais por algumas singularidades, como o fato de lidar com o corpo humano, de apresentar um padrão especial de qualidade dos serviços e de acompanhar todas as pessoas por toda sua vida.

O sistema de atenção à saúde lida com o corpo humano, o objeto físico, psicológico e social que justifica a sua existência. O corpo humano é algo muito singular.

Tal como foi expresso por Jonathan Miller: *“De todos os objetos do mundo, o corpo humano tem um status peculiar: ele não é somente possuído pela pessoa que o tem, ele também possui e constitui a pessoa que o porta. Nós podemos perder dinheiro, livros e casas e, ainda assim, nos mantemos íntegros, mas não é inteligível a ideia de uma pessoa sem corpo. Ainda que nós consideremos nossos corpos como premissas da vida, isso é uma forma especial de propriedade porque nossos corpos são onde nós podemos sempre ser contatados”* (MILLER, 1978).

A saúde é um bem inalienável que se assemelha a outros bens, também intangíveis, como a educação e a cultura, contribuindo para a acumulação de capital humano; no entanto, singulariza-se de outros bens intangíveis por estar sujeita a riscos imprevisíveis que são, ademais, independentes uns dos outros.

A saúde não pode ser acumulada da mesma forma que os conhecimentos e as habilidades. Esse fato, aliado à impossibilidade de reparar totalmente o corpo humano e à ausência de um valor de mercado, torna o seguro do corpo humano absolutamente único e mais complexo que o seguro de quaisquer outros bens.

O seguro da saúde difere fortemente dos seguros de bens não humanos, como os da habitação e de veículos, nos quais os valores dos bens e os custos dos seguros são bem determinados e estão, geralmente, relacionados com as rendas dos segurados. Outra diferença fundamental é que a atenção à saúde permite prevenir as doenças e curar ou reabilitar os doentes, mas não reparar a totalidade do capital danado, no caso, o corpo humano. O seguro dos bens não humanos tem uma lógica inversa: protege a perda total ou parcial do bem, porém não garante a sua manutenção (MUSGROVE, 1996).

O seguro da saúde sofreu um forte impacto com a predominância das condições crônicas na carga de doenças. De certa forma, o modelo de seguro não faz mais sentido nessa situação epidemiológica de domínio de doenças crônicas. O seguro foi desenvolvido como uma ferramenta de divisão de risco de um evento catastrófico em uma população para garantir que um indivíduo sobreviva financeiramente. Doenças crônicas não são eventos catastróficos que acontecem com uma parcela da população, mas eventos que exigem acompanhamento ao longo dos anos e que, em algumas circunstâncias, agudizam-se. Isso muda a característica do seguro. Do ponto de vista de uma seguradora automotiva, é como se no seguro do carro não estivesse inclusa somente a batida, mas também o consumo da gasolina, a manutenção do carro e todas as despesas relacionadas. As seguradoras de saúde estão pagando pelas doenças crônicas, o que é muito semelhante a pagar pela gasolina do carro. A carga de doenças crônicas aumenta, e torna-se difícil cobrir esse risco populacional. O sistema de atenção à saúde aproxima-se mais de um serviço de assinatura com pagamentos mensais ao longo do tempo do que de um negócio de seguro (FORTUNA, 2019).

Não há diferenças biológicas significativas nos corpos humanos de pobres e ricos, o que faz com que a necessidade de proteção seja a mesma, independentemente de diferenças de classe social, de gênero ou de etnia. Além disso, a integridade e a dignidade dos indivíduos são reconhecidas pelas leis internacionais; e os sistemas de atenção à saúde têm a responsabilidade de assegurar que as pessoas sejam tratadas com respeito, de acordo com os direitos humanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A dimensão qualitativa dos sistemas de atenção à saúde é, também, bastante especial. Quando se lida com sistema de habitação, por exemplo, podem-se estabelecer padrões de qualidade para distintas faixas de renda. Nos sistemas de atenção à saúde, há um único padrão qualitativo, independentemente da renda, do gênero e da etnia. Não pode haver diferenças no medicamento dos pobres e dos ricos e nas cirurgias de despossuídos e de abastados, a não ser em condições externas aos serviços de saúde, como a hotelaria de um hospital. Essa singularidade pressiona fortemente os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A qualidade nesses sistemas implica responder, de maneira adequada, às expectativas das pessoas. Isso significa oferecer serviços efetivos, de uma forma que respeite a dignidade dos indivíduos, sua autonomia e a confidencialidade das informações. Uma política de acolhimento vai, ademais, propiciar unidades de saúde adequadas, atender em lugares e tempos oportunos e dispor de acesso a uma rede de proteção social.

Os sistemas de atenção à saúde acompanham as pessoas por toda sua vida. É simbólico que elas, de modo geral, nasçam e morram em equipamentos desses sistemas, especialmente nos hospitais. Essa ubiquidade desses sistemas lhes confere uma grande capilaridade porque eles se relacionam, mais ou menos intensamente, com todas as pessoas, por toda sua existência, do berço ao leito da morte. Por outro lado, há alta probabilidade de que haja, em um período inteiro de uma vida, algum momento em que os sistemas de atenção à saúde possam não atender bem às pessoas. Isso implica um sistema de julgamento da opinião pública bastante singular e, em geral, mais severo em relação a outros sistemas sociais.

Outra singularidade geral dos sistemas de atenção à saúde é a possibilidade de ocorrência de situações de riscos catastróficos. Uma vez que a saúde é uma precondição para o usufruto adequado de todos os outros bens e serviços – o que a torna imprescindível –, a busca por serviços de saúde, em determinadas circunstâncias, pode afetar a qualidade da vida das famílias, configurando situações de riscos catastróficos.

Tradicionalmente, há três maneiras alternativas de definir um evento catastrófico em saúde: quando faz parte de uma lista preestabelecida pela comunidade médica; quando o custo de um evento ou de uma soma de eventos, em um período, é maior que um limite de gasto previamente determinado; e/ou quando o custo de

um evento ou de uma soma de eventos representa uma proporção substancial da renda das pessoas e/ou das famílias.

Ainda que as três formas de definição sejam úteis, é interessante utilizar a terceira forma porque ela introduz a variável renda familiar, sendo mais adequada em uma perspectiva de bem-estar social. Há que se considerar que, para as famílias muito pobres, o acesso a uma parte significativa dos serviços de saúde, se pago, pode representar uma carga financeira substancial. Por isso que os riscos catastróficos não são, apenas, aqueles determinados por serviços de saúde de alto custo, mas podem decorrer da utilização intensiva de tecnologias de menores custos.

O reconhecimento da existência de riscos catastróficos vai além da identificação de situações que signifiquem pressão financeira indevida sobre os orçamentos familiares; constitui, também, um elemento de combate à pobreza.

Há diferentes critérios para identificar os eventos catastróficos na perspectiva do impacto sobre a renda familiar. Um estudo do Banco Mundial, realizado no Chile, adotou como critério de definição de risco catastrófico o custo que excedeu a uma renda familiar anual (WORLD BANK, 2000).

A OMS diz que o financiamento justo dos sistemas de atenção à saúde ocorre quando a razão dos gastos totais com serviços de saúde em relação ao total de gastos não alimentares é idêntica para todos os cidadãos, independentemente de sua renda, de seu estado de saúde e de sua utilização dos serviços de saúde. Essa razão, se apropriada, expressaria um sistema de atenção à saúde justo em que pobres e ricos são tratados igualmente, em que a pobreza não constitui uma incapacidade e a riqueza não é uma vantagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Estudos realizados em vários países em desenvolvimento, como Brasil, Bulgária, Jamaica, México, Nepal, Índia, Paraguai, Rússia, Vietnã e Zâmbia, mostraram que muitas famílias pobres gastam mais de metade de sua renda familiar total, excluídos os gastos com alimentação, em serviços de saúde; e que esses gastos excessivos com serviços de saúde são um fator importante na estimulação de um círculo vicioso de empobrecimento dessas famílias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

4.2. A SINGULARIDADE ORGANIZACIONAL DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A teoria das organizações é uma disciplina que evoluiu da concepção de organizações como sistemas programáveis à maneira das máquinas a sistemas complexos, permanentemente mutáveis e adaptáveis. Assim, a visão racionalista e positiva das organizações foi substituída por outra que reconhece a complexidade, a multicausalidade, a indeterminação e a inexistência de uma ordem natural.

Morgan (1986) tenta explicar o funcionamento das organizações por meio do uso de metáforas: a organização como máquina, como organismo, como cérebro, como cultura, como sistema político, como presidio psíquico, como fluxo e transformação e como instrumento de dominação.

Uma estratégia alternativa de explicação do funcionamento das organizações trata de considerá-las em termos de configurações que expressem sistemas típicos de relações entre atributos. Isso permite estabelecer para cada organização-tipo características, modos de funcionamento e problemas específicos.

Mintzberg sugere que as organizações são constituídas por operadores: os que produzem bens e serviços; por um centro de decisões; por gerentes; por uma tecnoestrutura de especialistas que planeja o trabalho dos operadores; e por pessoal de apoio. Essas diferentes estruturas estão ligadas por um sistema crenças, representações e tradições que compõem a cultura organizacional. Em função das singularidades de composição dessas estruturas, as organizações são codificadas por esse autor em sete configurações principais: empreendedora, mecanicista, profissional, diversificada, inovadora, missionária e política (MINTZBERG, 1979; MINTZBERG, 1989).

As organizações de atenção à saúde são, na tipologia mintzberguiana, organizações profissionais. Isso significa que são organizações que dependem fundamentalmente, para operar bem, de seus operadores. O trabalho de produção exige qualificações de alto nível e não se presta bem à formalização; o mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações; o saber e as habilidades são formalizados por meio do processo de formação; as normas são definidas pelas associações de profissionais; e devido à complexidade e à variabilidade do seu trabalho, os profissionais têm alta liberdade nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços. Como consequência, os papéis da tecnoestrutura, dos gerentes e dos centros de decisões, nessas organizações profissionais, são limitados. Os profissionais precisam de serviços de apoio, mas eles podem produzir quase sem os outros componentes da organização. O ambiente dessas organizações é complexo com tendências para a estabilidade. A autonomia relativa dos profissionais segmenta a organização em distintos grupos de interesses divergentes, o que dificulta as mudanças organizacionais mais integrais e o trabalho multiprofissional. Contraditoriamente, a autonomia dos profissionais facilita as micromudanças (DUSSAULT, 1992).

Nas organizações profissionais, há dificuldades para a formalização e o controle dos processos de trabalho, por isso, a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de qualidade.

Nas organizações profissionais de atenção à saúde, agregam-se outras singularidades: elas atendem a necessidades complexas e variáveis, o que implica autonomia dos operadores para adaptar os serviços às características especiais das pessoas usuárias; há um grande desequilíbrio de informação entre os profissionais e as pessoas usuárias dos serviços; os resultados da atenção à saúde são difíceis de estabelecer

e medir; a atenção à saúde comporta uma dimensão ética e moral inquestionável; e os profissionais de saúde tendem a ser mais leais à sua profissão que à sua organização (DUSSAULT, 1992).

Como resultado da singularidade organizacional da atenção à saúde, suas instituições, especialmente as públicas, apresentam uma série de características: não funcionam mecanismos de coordenação autoritários ou excessivamente centralizados; devem ser organizações flexíveis e adaptáveis às mudanças externas; a autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum tipo de controle; a autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade; a participação da população usuária nas decisões é desejável; há de existirem mecanismos de decisão por consenso; devem ser estabelecidos mecanismos de controle dos interesses corporativos; e os profissionais devem trabalhar por responsabilidade. Em síntese, as organizações dos sistemas de atenção à saúde, enquanto organizações profissionais, não devem ser muito burocratizadas.

As organizações de atenção à saúde operam com um número monumental de decisões. No Reino Unido, para cada milhão de pessoas usuárias, o Serviço Nacional de Saúde produz algumas milhares de decisões gerenciais e mais de 50 milhões de microdecisões clínicas a cada ano (GRAY, 2009).

Ocorre que as microdecisões clínicas, devido às leis e aos princípios do sistema de atenção à saúde, estão longe de serem racionais, especialmente no que concerne à variabilidade dos procedimentos de saúde ofertados à população. Por essa razão, instala-se uma permanente contradição: como organizações profissionais, as organizações de atenção à saúde não podem controlar demasiadamente as ações de seus operadores, mas, por outro lado, não podem deixar que atuem com total autonomia. Por esse motivo que a gestão dessas organizações sempre se fará com algum grau de conflito entre os profissionais operadores e os gerentes da tecnoestrutura.

As organizações de atenção à saúde, como organizações profissionais, apresentam uma propensão natural à ineficiência e à inefetividade. Isso coloca a necessidade de uma gestão em sintonia fina que permita aos profissionais sentirem-se responsáveis pelos serviços, mas que lhes imponha algum tipo de constrangimento; o que significará a construção de uma organização dialógica em que os profissionais da ponta participem das decisões estratégicas e operacionais e em que os instrumentos de constrangimento da liberdade clínica sejam pactuados com esses profissionais.

4.3. A SINGULARIDADE ADMINISTRATIVA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde singularizam-se por apresentarem uma alta complexidade administrativa, o que inclui complicados fluxos nos processos assistenciais e a fragmentação do financiamento determinados, em boa parte, pela complexidade clínica (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Essa complexidade administrativa leva a perdas nos tempos clínicos, interferindo no cuidado das pessoas usuárias, aumentando os custos da atenção e gerando impactos adversos nos resultados sanitários. Estudos demonstraram que 35% do tempo dos profissionais de saúde são desperdiçados em atividades não clínicas (WALLACE; SAVITZ, 2008).

Até mesmo o ato de realizar uma prescrição de medicamento pode trazer complicações. Observou-se que em um centro médico uma prescrição pode ser feita de 786 diferentes formas, envolvendo diferentes profissionais de saúde e diversos canais tecnológicos (THOMPSON et al., 2003). Em um hospital, verificou-se que práticas ineficientes de assistência farmacêutica fizeram os enfermeiros perder até 50 minutos procurando as chaves dos armários em que se guardavam medicamentos controlados (SPEAR; SCHIMIDHOFER, 2005). Os resultados dessa complexidade administrativa são atrasos na medicação, erros potenciais, desperdícios e maiores custos.

Os fluxos de atenção ineficientes determinam uma diminuição nos tempos que os profissionais de saúde dedicam ao trabalho direto com as pessoas usuárias. Pesquisas feitas em hospitais mostraram que os enfermeiros despendem somente 30% do seu tempo de trabalho diretamente com as pessoas usuárias (HENDRICH et al., 2008). Pesquisa realizada nos serviços de medicina geral e familiar de Portugal mostrou que 21,5% do total dos motivos de consultas médicas foram para pedidos de renovação de prescrições nos capítulos geral e inespecífico, circulatório, endócrino, psicológico, metabólico e nutricional, musculoesquelético e visão da Classificação Internacional de Atenção Primária (RODRIGUES, 2000). Estudo exploratório realizado com médicos de família de Portugal encontrou que tarefas realizadas fora das consultas médicas presenciais chegavam a ocupar 23% das tarefas diárias desses profissionais (GRANJA; PONTE, 2011). Estudo feito com 155 médicos de família portugueses que trabalhavam 8 horas diárias constatou que eles gastaram uma média de 143,6 minutos por dia em tarefas extraconsulta, como renovação de prescrições, ensino médico, reuniões, tarefas de gestão e coordenação e comunicação com outros profissionais, o que representava 33,4% da sua carga laboral. Uma média de 10,8 tarefas diferentes foi executada por dia; e despenderam-se 73,0 minutos em tarefas extraconsultas clínicas, e não clínicas, 74,3 minutos (GRANJA et al., 2014).

Fluxos inadequados na atenção hospitalar são causas de resultados negativos em indicadores como taxa média de permanência, giro de leitos, volume de pacientes dia e de saídas hospitalares e taxa de ocupação, o que gera ineficiência. No Hospital Israelita Albert Einstein, o intervalo entre a alta médica e a alta final já foi de aproximadamente três horas, mas a aplicação de tecnologias de racionalização dos fluxos assistenciais permitiu baixar este tempo para 1 hora, o que implicou ganhos de eficiência e um incremento virtual de grande número de leitos (LASELVA et al., 2016).

A complexidade administrativa manifesta-se, também, na fragmentação do financiamento dos sistemas de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, 60% das pessoas com menos de 65 anos de idade adquirem planos de saúde de mais de 1.200

operadoras. Em média, a cada ano, 20% delas mudam de planos. Essas mudanças frequentes têm implicações nos resultados econômicos e sanitários. Enquanto muitas operadoras ofertam serviços preventivos e de gestão de condições crônicas, esses movimentos de troca de planos tendem a diminuir os incentivos para investir nessas ações que podem reduzir os custos da atenção à saúde no longo prazo (CUNNINGHAM; KOHN, 2000; CEBUL et al., 2008).

O manejo de questões administrativas em relação aos planos de saúde consome uma carga de tempo significativa dos profissionais de saúde. Pesquisa verificou que os médicos gastaram três semanas por ano em atividades administrativas relativas aos planos de saúde. Em termos monetários, as organizações de saúde despenderam, em 2006, uma média de US\$ 68.274 por médico por ano, o equivalente a US\$ 31 bilhões, na interação com os planos de saúde (CASALINO et al., 2009).

Estudos reportaram que uma das principais causas de desperdício de recursos financeiros gastos na saúde nos Estados Unidos foram os custos administrativos excessivos, estimados em US\$ 190 bilhões em 2009 (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

A fragmentação do financiamento compromete a longitudinalidade do cuidado. Um estudo observou que uma pessoa, ao trocar de plano de saúde, tem uma probabilidade de 50% de mudar de médico da atenção primária (CHERNEW et al., 2004). Isso é problemático porque se sabe que a longitudinalidade do cuidado está associada a menores internações e maiores acessos aos serviços de urgência (VAN WALRAVEN et al., 2010). Outro estudo mostrou que, à medida que o sistema de financiamento se fragmenta, há um aumento das hospitalizações (PIZER; GARDNER, 2011).

4.4. A SINGULARIDADE ECONÔMICA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A natureza econômica singular dos sistemas de atenção à saúde foi identificada a partir do trabalho seminal de Arrow (1963).

A primeira diferença fundamental na economia dos sistemas de atenção à saúde está na imprevisibilidade das doenças, o que gera incerteza e transforma informação e conhecimento em mercadorias. A informação, sob a forma de cuidados especializados, é o que é adquirido dos profissionais de saúde. O caráter fugidivo da informação como mercadoria sugere que ela se afasta de forma considerável das premissas usuais acerca de sua comercialização, o que impacta a prestação privada dos serviços de saúde.

A demanda por serviços de saúde costuma ser irregular e imprevisível, ao contrário da demanda por outros bens, e está associada a um ataque à integridade pessoal. Assim, a doença não constitui, apenas, um risco, mas está associada a um custo, expresso pela diminuição ou pela perda de capacidade de trabalho.

Os serviços de saúde constituem atividades em que o produto e a atividade de produção são idênticos e coetâneos. Nesses casos, a mercadoria adquirida não pode ser testada pelo consumidor antes de comprá-la, e isso introduz necessariamente um elemento de confiança entre prestador e consumidor. O comportamento dos profissionais de saúde é supostamente governado por uma preocupação com o bem-estar do consumidor, o que não é um comportamento esperado do vendedor de outros produtos, e é regido por uma relação ética e de confiança.

A orientação para a coletividade distingue os serviços de saúde de outros negócios em que o autointeresse ou a motivação individual egoísta dos participantes é a norma aceita.

Para Andrade (2018), um primeiro aspecto que diferencia a saúde é a natureza da demanda por bens e serviços de saúde, que é uma demanda derivada, e não uma demanda direta. Isso ocorre porque o objetivo primário das pessoas é obter um nível mais elevado de estado de saúde, mas não existe um mercado de saúde disponível em que se transacione saúde já que o que existe é um mercado de bens e serviços de saúde que as pessoas demandam esperando que esses possam restaurar o seu estado de saúde. Além disso, nem sempre o consumo dos bens e serviços de saúde se traduz em saúde. Existem incertezas relativas ao consumo desses bens, como sobre quando se irá adoecer e precisar dos serviços, sobre o que é preciso consumir e sobre a efetividade desse consumo. Em relação à escolha de bens e serviços de saúde, um aspecto importante é que o consumidor, diferentemente dos demais bens, não é soberano. Para o conjunto de bens e serviços da economia, parte-se do pressuposto de que o consumidor sabe o que é mais relevante para ele e, portanto, tem capacidade de escolher o que consumir observando os preços de mercado e suas preferências. No caso da saúde, o consumidor não tem essa soberania: quem faz a escolha do que ele vai consumir, na maior parte das vezes, são profissionais de saúde, especialmente os médicos.

Há outras diferenças entre os serviços de saúde e outros negócios: a propaganda e a competição por preços são praticamente inexistentes; os cuidados prescritos pelos profissionais de saúde seriam supostamente destituídos de autointeresse; os cuidados deveriam ser orientados pelas necessidades das pessoas, e não limitados por considerações financeiras. Dessa forma, a alocação de recursos nos sistemas de atenção à saúde sofre uma grande influência de compulsões éticas. Há enorme incerteza em relação ao produto. A recuperação de uma doença, portanto, é tão imprevisível quanto sua incidência.

Há uma forte assimetria de informação entre os profissionais de saúde e as pessoas que demandam seus cuidados, e as duas partes são conscientes dessa assimetria. A assimetria de informação ocorre quando um tomador de decisão detém mais informações que outras partes envolvidas também nesse processo decisório. Há um descompasso entre os beneficiários que conhecem suas condições de saúde e os profissionais que estão capacitados a diagnosticar e a prescrever exames e a realizar

exames e tratamentos. Em geral, as agências que operam o sistema de atenção à saúde não dispõem de informações adequadas para julgar se os procedimentos prescritos ou realizados são efetivos e se farão mais bem que mal às pessoas usuárias (AZEVEDO et al., 2016). Ademais, os beneficiários têm poucas condições para avaliar se os serviços prestados pelas agências operadoras estão de acordo com suas necessidades presentes e futuras (ARAUJO, 2004).

A assimetria de informação, conjuntamente com a urgência de alguns serviços de saúde, está na base de um fenômeno especial dos serviços de saúde: a indução da demanda pela oferta.

A elasticidade da demanda induzida não está rigorosamente estabelecida, mas o governo dos Estados Unidos fixou um valor de 0,5 para efeitos de planejamento. Para países em desenvolvimento, essa elasticidade é muito mais alta que nos Estados Unidos, dada a fragilidade regulatória neles vigente. A ação discricionária dos profissionais de saúde, nesses países, decorrente da quase inexistência de aplicação dos instrumentos de gestão da clínica, eleva a elasticidade da demanda induzida a 1,0. Em síntese, a elasticidade da demanda induzida é comparativamente maior que a elasticidade preço da demanda (HSIAO, 2000).

A possibilidade de os profissionais de saúde induzirem a demanda está associada ao fato de que esses profissionais vão receber mais dinheiro ao oferecer mais serviços. No entanto, pode ocorrer que os profissionais de saúde podem não receber incentivos financeiros para prestar mais serviços, mesmo quando eles têm a capacidade de fazê-lo (RICE, 1998). É por isso que se colocam, como alternativos, os sistemas de pagamento que facilitam a indução da demanda pela oferta, como o pagamento por unidade de serviço, e os sistemas que a dificultam, como o pagamento por valor gerado, conforme se discute no Capítulo 10.

O fenômeno da indução da demanda pela oferta é um dos elementos que tornam as medidas de racionalização da oferta, como pagamento por capitação, revisão de uso, avaliação tecnológica em saúde, orçamentos globais e outras tão importantes no controle dos custos dos sistemas de atenção à saúde (RICE, 1998).

Os problemas informacionais na economia dos sistemas de atenção à saúde podem gerar relações imperfeitas de agência, quando examinados sob o ângulo da teoria principal-agente. Os profissionais de saúde podem agir como agentes, simultaneamente, das pessoas e das organizações de saúde. A teoria econômica adverte que há problemas na relação principal-agente quando o agente é levado a perseguir seus objetivos próprios em detrimento do principal. Em certo sentido, esses problemas podem ser aliviados criando incentivos apropriados para os agentes e monitorando e sancionando o comportamento deles. Contudo, os problemas tornam-se particularmente agudos quando há múltiplos principais para um único agente, colocando-os em diferentes direções (MILLS et al., 2001). Por exemplo, um médico em um hospital pode ser visto como um agente para a pessoa a que

atende, tentando prestar o melhor cuidado possível, ou como um agente para o administrador hospitalar que pode ter um objetivo, como o controle de custos, às vezes incompatível com as necessidades da pessoa que utiliza o hospital.

As relações entre agentes são complexas (AZEVEDO et al., 2016). Vários pagamentos monetários não estão de acordo com o consumo dos serviços, uma vez que a relação entre beneficiário e prestadores de serviços é intermediada por administradoras de saúde. Além disso, algumas decisões são tomadas por agentes que não arcam com os custos, por exemplo, prescrição de exames e de procedimentos que não são de responsabilidade financeira dos prestadores de serviços ou que, às vezes, trazem benefícios a eles. Ou seja, os mecanismos de mercado costumam ser incapazes de coordenar a alocação eficiente dos recursos.

Quanto à oferta, a entrada não é livre, o que restringe o suposto da completa mobilização dos fatores de produção. Os custos da educação nas profissões de saúde são altos, e há necessidade de certificação para o exercício profissional e de educação permanente.

A determinação de preços não é a usual da teoria econômica. Há uma extensiva discriminação de preço de acordo com a renda, com o extremo de custo zero para pessoas que utilizam os sistemas públicos. A competição por preços não é muito encontrada no cotidiano da prestação de serviços de saúde.

Há a presença da indivisibilidade. Na teoria econômica, existe indivisibilidade quando um bem ou serviço, ao ser oferecido, beneficia, da mesma forma, a um ou a inúmeros consumidores. Os serviços de saúde constituem indivisibilidades muito importantes.

Os seguros contra os riscos sanitários apresentam sérios problemas na sua prática social, decorrentes, principalmente, do fato de que o seguro é um contrato em que um terceiro, o segurador, assume os riscos e concorda em pagar pelos serviços de saúde prestados à pessoa usuária. Os problemas mais importantes decorrentes de comportamentos oportunistas por parte dos agentes que atuam nos sistemas de atenção à saúde são o risco moral (*moral hazard*), a seleção adversa e a seleção de riscos (*cream skimming*).

O risco moral implica que as pessoas tendem a sobreutilizar os serviços de saúde por estarem cobertas por um seguro. Como observa Pauly (1968), isso não resulta de um desvio moral, mas de um comportamento racional do consumidor. Teoricamente, o risco moral pode apresentar dois grandes problemas. O primeiro é que as pessoas, além de tenderem a consumir mais serviços, podem, também, sobreutilizar os serviços mais caros em relação à sua efetividade, levando a baixos ganhos por unidade monetária invertida. O segundo é que pode haver um incentivo para que as pessoas descuidem das atividades promocionais e preventivas porque não incorrerão em custos de tratamento, se ficarem doentes. Uma vez que os profissionais

que decidem sobre os procedimentos sanitários não são os agentes que se responsabilizam pelos custos, podem ocorrer incentivos para a sobreutilização, muitas vezes desnecessárias, dos serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2016). Há tempo, Illich (1977) chamava atenção para os perigos da iatrogênese clínica. Livros e artigos publicados abandonando a visão culturalista illichiana e pautando-se em evidências científicas alertam para certos exageros da medicina contemporânea (BROWNLEE, 2008; WELCH et al., 2011; WELCH, 2015; PRASAD; CIFU, 2015; GAWANDE, 2015; BOBBIO, 2016; BROWNLEE et al., 2017; MORAES, 2018) analisam evidências da sobreutilização injustificada de procedimentos médicos no mundo.

Há quem indique que o risco moral pode determinar, nos seguros públicos universais de saúde, uma perda de recursos decorrentes da sobreutilização de serviços de custo zero, denominadas de perda do sistema de bem-estar (*welfare loss*). Essa posição decorre de análises realizadas sobre o clássico experimento realizado pela Rand Corporation nos Estados Unidos que permitiram a Feldman e Dowd (1991) quantificar essas perdas. Para controlá-las, devem ser introduzidas estratégias de copagamento para desestimular a demanda excessiva (PHELPS, 1995), mas essas estratégias podem aumentar a iniquidade dos sistemas de atenção à saúde (PINEAULT, 2016). Rice (1998) contrapõe-se fortemente a esse posicionamento das perdas do sistema de bem-estar, tanto no aspecto metodológico quanto político. Do ponto de vista metodológico, questiona a generalização dos dados a partir da amostra do estudo. Do ponto de vista das políticas de saúde, ratifica as constatações de Starr (1994) de que as distorções do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos são determinadas por incentivos que expandem, incontrolavelmente, as práticas médicas, determinando uma sobreoferta dos serviços.

A seleção adversa dá-se pela ação racional das pessoas usuárias de seguros saúde e expressa a possibilidade de que essas pessoas tenham custos médios maiores que a seguradora pode pagar. A demanda por serviços de saúde tende a se concentrar em grupos de pessoas que utilizam mais frequentemente esses serviços em relação à população total. Isso ocorre porque a quantidade de cobertura que uma pessoa adquire depende do autoconhecimento de sua saúde e de seus riscos. Nessas condições, as pessoas mais jovens e mais saudáveis tenderão a não adquirir o seguro por considerarem seus riscos menores do que aqueles implícitos no prêmio a pagar. Por outro lado, os consumidores de maior risco terão maior interesse em participar do seguro. A seleção adversa pode levar a que pessoas idosas e portadoras de patologias crônicas tendam a pagar prêmios muito altos que os impossibilitem de participar do seguro saúde (PEREIRA, 1995).

Com a finalidade de se protegerem da combinação de baixos prêmios e custos potenciais elevados, os seguradores utilizam-se da seleção de riscos. Aumentam seus custos administrativos para refinar os mecanismos de controle e criam barreiras para a filiação de pessoas de maiores riscos ou portadoras de patologias de alto custo e/ou desenvolvem mecanismos para a desfiliação dessas pessoas. A seleção de riscos é facilitada pela extrema concentração da severidade e dos custos das doenças em

um número relativamente pequeno de pessoas. Os seguradores, não raro, dividem os segurados em grupos, por critérios de riscos, e cobram prêmios diferenciados que gravam, fortemente, os de maiores riscos. Ademais, muitas vezes, a competição entre seguradores se dá mais pela capacidade de selecionar riscos que por qualidade e preço dos serviços de saúde (ENTHOVEN, 1988).

A presença de danos morais e de seleção adversa, do lado dos segurados, e da seleção de riscos, do lado dos seguradores, cria uma contradição quase insuperável, que torna os seguros privados de saúde de difícil governança. Uma equação de solução muito difícil que exige um refinamento dos instrumentos de governança.

Certos serviços de saúde constituem bens públicos, ou seja, o consumo por uma pessoa não reduz a quantidade disponível para os outros consumirem. Esses serviços são, tipicamente, bens em relação aos quais nenhum consumidor pode ser excluído: se são disponíveis para alguém, devem ser disponíveis para todos, no mínimo, localmente e temporariamente. Se os bens públicos devem estar disponíveis, eles devem ser financiados pelo Estado ou por alternativas não mercadológicas (MUSGROVE, 1996).

Os serviços de saúde são carregados de externalidades entendidas como efeitos de um agente econômico que gera benefícios ou prejuízos a outros agentes e que não são contabilizados na formação de preços. Nesses casos, o consumidor pode adquirir uma intervenção e beneficiar-se dela, mas não pode impedir não consumidores de, também, retirar, dela, algum benefício (MUSGROVE, 1996). Um exemplo é o controle de tuberculose. Uma pessoa, ao se tratar, melhora individualmente, mas também impede que a sua doença infecte outras pessoas. Por outro lado, os custos econômicos e sociais do tratamento e o fato de que os sintomas desaparecem precocemente podem levar ao abandono do tratamento com consequências para o doente e para outras pessoas que poderá contaminar. Assim, os sistemas de atenção à saúde apresentam externalidades positivas uma vez que seus efeitos ultrapassam os benefícios às pessoas que tiveram acesso a eles e diminuindo a possibilidade de outras pessoas da população também se beneficiarem. Por essa razão, esses sistemas devem instituir uma estrutura de incentivos adequada para evitar que, ao desconsiderar no seu cálculo privado as externalidades positivas sobre o bem-estar da população geral, termine por não realizar investimentos subótimos nos serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2016).

Em termos de poder de mercado, os sistemas de atenção à saúde tendem a ser mais eficientes promovendo uma redução do número de empresas e sua integração vertical. A assimetria de informação implica a criação de instrumentos para evitar o risco moral e a seleção de caso que contribuem para a concentração de mercado, bem como o controle do risco moral leva ao aumento das despesas administrativas. Os custos fixos dos sistemas de atenção à saúde são pressionados pela seleção adversa, pelo risco moral e pelas inovações tecnológicas; o que, por sua vez, favorece as economias de escala no setor (AZEVEDO et al., 2016). Observou-se que algum

nível de concentração protege as operadoras privadas de saúde dos riscos de insolvência (ALMEIDA, 2009).

Os mercados de produtos farmacêuticos e de equipamentos biomédicos estão protegidos pela legislação de patentes. Na prática, essa legislação gera monopólios de medicamentos e de tecnologias por um número considerável de anos, o que perturba a competitividade e a eficiência desses mercados.

Em seu conjunto, essas características econômicas dos serviços de saúde levam à configuração de um mercado imperfeito, gerando as falhas de mercado. Elas, na teoria econômica, representam um desequilíbrio entre o que o mercado oferta e o que consumidores racionais, plenamente informados, deveriam demandar. As falhas de mercado levam a um desbalanceamento entre as necessidades das pessoas e a oferta ou a demanda por serviços de saúde e significam a ausência de requisitos para o funcionamento de um mercado competitivo (MUSGROVE, 1996).

A existência das falhas de mercado nos sistemas de atenção à saúde torna precária a regulação mercadológica e convoca a ação regulatória do Estado. Azevedo et al. (2016) afirmam que a existência dessas falhas compromete o funcionamento eficiente do mercado, convocando a intervenção na economia por meio da regulação.

5. AS LEIS E OS PRINCÍPIOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Além de apresentar características muito singulares, os sistemas de atenção à saúde guiam-se por alguns princípios e obedecem a algumas leis. Por isso, há que se conhecer essas características, essas leis e esses princípios e, também, suas implicações práticas na cotidianidade do fazer saúde para que se possa exercitar uma boa gestão desses sistemas sociais de altíssima complexidade.

Infelizmente, há um desconhecimento quase generalizado dessas especificidades dos sistemas de atenção à saúde, o que contribui para dificultar, ainda mais, sua gestão e, conseqüentemente, o alcance de seus objetivos.

5.1. A EQUAÇÃO DE EVANS

Essa equação expressa uma lei e diz que, em qualquer sociedade e em qualquer tempo, o total das receitas disponíveis para a atenção à saúde deve ser igual ao total de rendas recebidas pelos prestadores de serviços e, ambas, devem ser iguais ao valor total de bens e serviços utilizados na atenção à saúde. Em outros termos: total de receitas = total de rendas = total de despesas (EVANS, 1996).

As receitas podem provir de impostos e taxas (T), de prêmios de seguros (R) e de encargos diretos para os usuários dos serviços (C). Essas receitas financiam a prestação

de serviços (Q), que têm preços explícitos ou implícitos (P). Entretanto, os profissionais de saúde fazem jus a rendas que dependem dos tipos e das quantidades dos serviços que eles ofertam (Z) e dos índices de pagamentos daqueles recursos (W). O custo total da atenção à saúde será o produto do volume de serviços ofertados (Q) e o preço desses serviços (P). Todavia, eles serão iguais às rendas totais recebidas pelos que ofertam serviços para a atenção à saúde (EVANS, 1996).

$$\text{Assim, } T + C + R = P * Q = W * Z$$

Qualquer mudança em uma dessas variáveis agregadas deve ser equilibrada por uma mudança compensadora em outra variável do mesmo lado do sinal de identidade ou pela equalização das mudanças de cada um dos outros termos na identidade. Um aumento no índice salarial dos trabalhadores hospitalares (W), por exemplo, poderia ser compensado pela redução do número de empregados (Z), ou pela redução no pagamento de outros trabalhadores do sistema de serviços de saúde (outros componentes de $W * Z$). Se isso não ocorrer, então a despesa total vai aumentar. O preço implícito dos serviços hospitalares (P) deve aumentar, bem como alguns componentes da receita. Quando os sistemas de atenção à saúde são financiados por impostos, o resultado será um aumento explícito dos impostos ou da cota da tributação total que é usada para financiar esses sistemas. O aumento poderia ser passado adiante por meio de encargos diretos para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde.

Da mesma forma, um aumento grande da oferta de médicos no mercado (aumento de Z) – na metáfora de Reinhardt, admitindo novos convidados para o banquete da saúde – pode levar a uma necessidade de aumentar as receitas, via incremento dos impostos, ou compensar os maiores gastos com a diminuição do salário médio dos médicos (diminuição de W). Isso ocorre porque, tal como gostam de mencionar os economistas, não há banquete de graça, e, portanto, alguém tem de pagar por ele. Ambos os ajustes são politicamente desconfortáveis.

A Equação de Evans constitui um referencial para as políticas distributivas nos sistemas de atenção à saúde (EVANS, 1996). A forma expandida da expressão de igualdade da equação mantém-se apenas quando agregada entre todos os indivíduos na sociedade. Para qualquer indivíduo, tomado isoladamente, os três componentes vão ser muito desiguais.

Essa equação, ao fim, permite definir quem são os perdedores e os ganhadores, segundo as implicações distributivas dos sistemas de atenção à saúde. A maioria das pessoas vai contribuir muito mais para a receita que para a despesa e vai retirar ainda menos em rendas. Elas são as pessoas saudáveis, a maior parte do tempo, e empregadas fora do setor saúde. Um grupo muito menor é bastante doente, especialmente os portadores de doenças graves ou de comorbidades avançadas. Os gastos dessas pessoas vão superar suas contribuições para a receita, e os valores recebidos pela prestação de serviços é próximo de zero. Um terceiro grupo, os que

ganham a vida através da prestação de serviços de saúde, vai ter rendimentos que excedem suas contribuições para a receita e contribuições que excedem os gastos com os serviços de saúde.

Os membros desses diferentes grupos – contribuintes, pessoas usuárias e prestadores de serviços – são, obviamente, afetados, de forma muito diferenciada, pelas mudanças no financiamento e nos modos de prestação dos serviços de saúde. Assim, podem ser identificadas quatro dimensões de redistribuição nas políticas de serviços de saúde: entre os contribuintes, entre contribuintes e prestadores de serviços, entre pessoas usuárias e entre prestadores de serviços.

5.2. A LEI DE WILDAVSKY

A Lei de Wildavsky, conhecida como a lei da despesa médica, foi formulada há mais de 20 anos da seguinte forma: os gastos dos sistemas de atenção à saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis, de modo que esse nível deve ser limitado para manter os custos controlados (EVANS, 1996).

Em uma linguagem mais popular, a Lei de Wildavsky poderia ser denominada de lei do saco sem fundo dos sistemas de atenção à saúde. Ela decorre do fato de que esses sistemas não dispõem de mecanismos internos de equilíbrio e tendem a crescer, sem limites, se permitidos. Essa propensão ao crescimento incontrolado dos gastos dos serviços de saúde deriva da constatação de que as necessidades em saúde são potencialmente infinitas.

Dada a Lei de Wildavsky, os gestores da saúde devem introduzir estratégias que permitam conter o crescimento tendencial dos gastos dos sistemas de atenção à saúde. Para isso, há diferentes estratégias que podem ser manejadas, com maior ou menor eficiência. Tais estratégias variam segundo o posicionamento de diferentes correntes ante a crise dos sistemas de atenção à saúde: racionalistas, sistêmicos e estruturalistas (MENDES, 2001). Essas estratégias não são excludentes entre si.

Para a corrente racionalista, a tendência ao crescimento dos gastos deriva das ineficiências internas do setor, determinadas, inexoravelmente, por um conjunto de forças expansivas, perante as quais os mecanismos de contenção criados são insuficientes (ABEL-SMITH, 1996). A resposta racionalista consiste na definição de medidas de contenção de custos, desenvolvidas tanto do lado da oferta como do lado da demanda. Uma análise das reformas racionalistas mostra que as mudanças feitas no lado da oferta, como instituição de pagador único, imposição de orçamentos globais, definição de pacotes de serviços pagos por capitação, redução da variabilidade dos procedimentos médicos por meio de protocolos clínicos, tendem a ser mais eficientes que as medidas do lado da demanda (SALTMAN; FIGUERAS, 1997).

Para a corrente sistêmica, os desequilíbrios verificados nos sistemas de atenção à saúde são determinados por incentivos que expandem as estruturas e as práticas

médicas e que estão entranhados no coração desses sistemas. Para os sistêmicos, o foco das mudanças nos sistemas de atenção à saúde não estaria na simples racionalização econômica da oferta e da demanda, mas na mudança da lógica interna do sistema mediante soluções mais profundas, como a instituição da cooperação gerenciada (ENTHOVEN, 1988) e a criação de seguros universais de saúde (STARR, 1994).

Para a corrente estruturalista, os desequilíbrios dos sistemas de atenção à saúde são consequência de uma crise medular da prática sanitária hegemônica. Essa não é uma crise conjuntural, já que se inscreve na ordem de um processo autorreprodutivo de uma singular concepção e prática de serviços. É, pois, uma crise estrutural que só poderá ser solucionada mediante a transformação da prática sanitária vigente. Isso significará superar o paradigma flexneriano, instituindo, com base em uma concepção positiva de processo saúde-doença, o paradigma da determinação social da saúde (EVANS et al., 1994).

5.3. A LEI DE ROEMER

Milton Roemer, estudando as taxas de ocupação de hospitais, verificou que essas taxas eram semelhantes em regiões com distintas relações entre leitos e habitantes. Observou que sempre os leitos ofertados tendiam a ser utilizados e que, isso, expressava um caso particular da indução da demanda pela oferta, característica dos sistemas de atenção à saúde.

Com base em suas verificações empíricas, a Lei de Roemer diz que se há leitos hospitalares disponíveis, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população (ROEMER, 1993).

Desde uma perspectiva estrutural, a Lei de Roemer significa que a capacidade instalada determina o uso. Essa inferência é plausível porque a ênfase em atender às necessidades é ilimitada em relação ao uso total, enquanto a escolha informada é remota na realidade dos sistemas de atenção à saúde. O julgamento profissional pode muito bem ditar, ou pelo menos influenciar fortemente, os tipos particulares de atenção à saúde que são oferecidos às pessoas. Outrossim, os encargos para as pessoas usuárias claramente influenciam a disponibilidade das pessoas ou sua capacidade de contactar os prestadores de serviços e de cumprir suas recomendações. Entretanto, no nível agregado, essas influências são esmagadas pelos efeitos da capacidade instalada.

Dada a existência da Lei de Roemer, os gestores de serviços de saúde devem saber identificá-la para anular seus efeitos. Uma forma eficaz de contrapor-se a essa lei é utilizar mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços que desincentivem a sobreprestação de serviços hospitalares. Por exemplo, o pagamento por capitação de um pacote de serviços ou por orçamento global podem anular os efeitos da Lei de Roemer.

Além da Lei de Roemer, manifestam-se, nos sistemas de atenção à saúde, outros casos particulares de indução da demanda pela oferta. Evans (1996) mostrou que, em diferentes sistemas de atenção à saúde, o uso de serviços médicos expandiu com aumentos na oferta de médicos, de forma suficiente para mantê-los lucrativamente empregados. Enthoven e Singer (1996) afirmam que o número de cirurgias realizadas em um sistema de atenção à saúde varia na razão direta do número de cirurgiões. Poder-se-ia sugerir uma abordagem mais ampla da Lei de Roemer de que, se há tecnologia de saúde, ela tende a ser usada (MENDES, 2001).

5.4. A PRIMEIRA LEI DE HART

A Lei de Hart, também conhecida como Lei da Atenção Inversa, deve seu nome ao seu formulador, o cientista inglês Julian Tudor Hart, que a propôs.

Hart se baseou em hipóteses levantadas por Titmuss sobre o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido: as pessoas de maior renda sabem fazer melhor uso dos serviços; tendem a receber atenção mais especializada; ocupam mais leitos em hospitais mais bem equipados; recebem mais cirurgias eletivas; e têm melhor atenção materna e psiquiátrica.

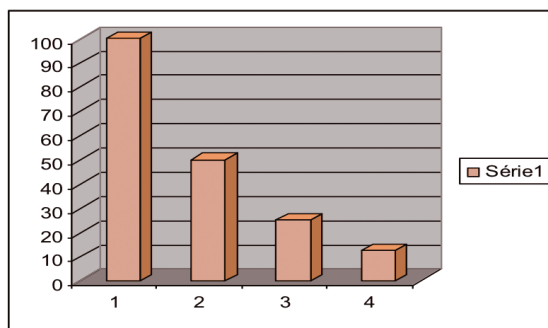
A primeira Lei de Hart diz que a disponibilidade de boa atenção à saúde tende a variar na razão inversa das necessidades da população. O autor a explica: *“A força que cria e mantém a Lei da Atenção Inversa é o mercado e suas superestruturas culturais e ideológicas que tem permeado o pensamento e dirigido as ambições de nossa profissão, durante toda sua história moderna. Quanto mais os serviços de saúde forem retirados do domínio do mercado, mais bem sucedidos seremos em distribuir a atenção para além de sua distribuição natural em uma economia de mercado”* (HART, 1971).

A primeira Lei de Hart apresenta duas dimensões. A primeira, mostra que os sistemas de atenção à saúde tendem a oferecer seus serviços na razão inversa das necessidades da população. Isso reflete uma tendência natural desses sistemas para a iniquidade, manifestada mesmo em um sistema público universal, como do Reino Unido. Nesse sentido, os gestores da saúde devem, permanentemente, preocupar-se em diagnosticar as iniquidades de seus sistemas e tratar de gerar soluções que permitam diminuí-las. Essa tem sido, cada vez mais, uma preocupação que tem levado a questão da equidade para o centro da agenda das reformas sanitárias contemporâneas. A segunda, menos conhecida e menos propalada, é a constatação de que as iniquidades são mais prováveis de acontecer em sistemas de atenção à saúde assentados em mecanismos de mercado. Isso significa que os sistemas de atenção à saúde estruturados pelo livre mercado irão gravar, fortemente, os mais pobres, os mais doentes e os mais idosos.

5.5. A SEGUNDA LEI DE HART

A segunda Lei de Hart, formulada em 1992, diz respeito à atenção à saúde das doenças crônicas. Essa lei diz que, do total de pessoas portadoras de uma doença crônica, somente 50% têm diagnóstico; dessas pessoas que têm diagnóstico, somente 50% estão estabilizadas; e dessas pessoas que estão estabilizadas, somente 50% estão utilizando regularmente serviços efetivos de promoção da saúde e de prevenção das doenças (HART, 1992). É o que se mostra na Figura 3.

Figura 3: A lei da metade de Hart



Fonte: Hart (1992).

1. Pessoas com doença crônica
2. Pessoas com doença crônica e com diagnóstico
3. Pessoas com doença crônica e com diagnóstico estabilizadas
4. Pessoas com doença crônica e com diagnóstico estabilizadas e inscritas em programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças

A segunda Lei de Hart demonstra as dificuldades que mesmo países desenvolvidos como o Reino Unido, onde foi formulada, têm em manejar adequadamente as doenças crônicas que já constituem aproximadamente 80% da carga de doenças. A razão disso está no fato de que as doenças crônicas têm sido manejadas com o modelo de atenção às condições agudas, desenvolvido no século passado e que respondem socialmente a essas enfermidades com um sistema reativo, descontínuo e fragmentado.

A contraposição à segunda Lei de Hart convoca modelos de atenção à saúde que sejam proativos, contínuos e integrados em redes. Dentre esses modelos, destacam-se, internacionalmente, o Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998), o modelo da pirâmide de risco (LEUTZ, 1999; PORTER; KELLOGG, 2008). No Brasil, Mendes (2011) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o ser utilizado no SUS. Esses modelos devem ser conhecidos pelos gestores de saúde para que, bem aplicados, melhorem a eficiência e a efetividade de suas organizações.

5.6. A LEI DA CANETA DO MÉDICO

Os médicos ocupam um papel muito central nos sistemas de atenção à saúde. A principal razão é que, como se viu anteriormente, as instituições sanitárias são organizações baseadas no conhecimento; e, nesse tipo de organização, há uma grande transferência do poder decisório para os trabalhadores da ponta; e os trabalhadores da ponta que mais exercitam o poder decisório nas instituições de saúde são os médicos.

O poder decisório mais relevante é o de ordenar as despesas do sistema de atenção à saúde. São os médicos que tomam as decisões de internar as pessoas, de prescrever medicamentos, de fazer exames complementares, de realizar cirurgias etc. Para ter uma ideia do poder médico, basta verificar que as internações hospitalares consomem entre 50% e 70% dos recursos totais dos sistemas de atenção à saúde (EDWARDS et al., 1998; LAFORGIA; COUTTOLENC, 2009) e que os medicamentos gastam outros 10% a 20% (MOSSIALOS, 1998); e as internações hospitalares e a utilização de medicamentos derivam de atos médicos.

Os médicos tomam suas decisões nos sistemas de atenção à saúde e as concretizam por meio de registros escritos por suas canetas (ou computadores). Por isso que se costuma denominar de Lei da Caneta do Médico a tendência universal de que a parte mais significativa dos gastos dos sistemas de atenção à saúde é realizada pelos médicos, com sua autorização escrita (DOWLING, 1997).

Um estudo de caso, realizado nos Estados Unidos, revelou que uma empresa de seguro saúde teve um prejuízo de US\$ 1,7 milhão em um ano e que, deste total, US\$ 1,5 milhão foi devido a cinco médicos cujos gastos excediam a dois desvios-padrões acima da média ajustada por idade e sexo das pessoas (CONRAD, 1997).

Para contrapor-se à Lei da Caneta do Médico, devem ser introduzidos certos constrangimentos, especialmente por meio dos instrumentos da gestão da clínica, o que gera, na governança cotidiana dos sistemas de atenção à saúde, uma situação de tensão permanente entre os gestores e os médicos.

Isso ocorre porque, nos sistemas de atenção à saúde, a responsabilidade de decidir sobre as necessidades das pessoas usuárias deveria ser entregue a um grupo de técnicos desinteressados, independentes e competentes, cuja *proxy* social são os médicos. Ocorre que os médicos são treinados sob a tradição hipocrática de oferecer todos os tipos de intervenções a todas as pessoas. Essa ética individual ou hipocrática conflita com uma ética social que deriva da necessidade de somente ofertar serviços medicamente necessários e de comprovada efetividade àquelas pessoas que mais se beneficiarão com os escassos recursos dos sistemas de atenção à saúde. A constatação desse conflito ético, inerente aos sistemas de atenção à saúde contemporâneos, levou Maynard (2000) a observar que a ética hipocrática, muitas vezes, por gerar ineficiências derivadas da alta concentração de gastos em

procedimentos muito intensivos, nega a pessoas usuárias potenciais que deixam de ter acesso ao sistema os serviços que as poderiam beneficiar; o que conformaria uma situação antiética. Em outros termos, esse importante economista da saúde inglesa considera a ineficiência médica, determinada pela ética individualista e autorizada pela caneta do médico, antiética.

5.7. A LEI DA CONCENTRAÇÃO DOS GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE

Essa lei sustenta-se em abundante evidência empírica.

O trabalho original foi o clássico experimento da Rand Corporation, que verificou que 1% dos americanos gastavam 28% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde (NEWHOUSE et al., 1981).

Posteriormente, Berk et al. (1988), estudando os gastos do sistema de atenção à saúde norte-americano no período de 1928 a 1980, observaram que 5% da população gastava mais de 50% dos recursos e que mais de 50% da população despendia, apenas, 5% dos recursos. Em outro trabalho, Berk e Monheint (1992), trabalhando os gastos com serviços de saúde nos Estados Unidos, no ano de 1987, chegaram aos seguintes resultados: 1% da população gastou 30% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde; 2% da população gastou 41%; 5% da população gastou 58%; 20% da população gastou 72%; 30% da população gastou 91%. De outro lado, 50% da população gastou apenas 3%; e 25% da população nada gastou no ano. Os dados evidenciaram, ainda, que a concentração está aumentando relativamente, ao longo dos anos, ainda que com menor força nos últimos anos. Evans (1996) calculou que o 1% dos norte-americanos que mais gastaram com serviços de saúde tiveram um dispêndio médio anual de US\$ 90.000,00 contra US\$ 180,00 para os 50% que menos gastaram. Vários estudos realizados posteriormente confirmaram a alta concentração dos gastos com serviços de saúde. Eichert et al. (1996) encontraram que 5% da população de uma seguradora de saúde foram responsáveis por 60% de seus gastos anuais. Hsiao (2000) apresenta dados da Pesquisa Nacional de Gastos em Saúde, de 1999, que mostraram que 1% da população norte-americana gastou 29% do total dos gastos com serviços de saúde; 5% da população gastou 60%; e 10% da população gastou 74%.

Evans (1996) afirma que esse padrão de gastos se observa em quaisquer sistemas de atenção à saúde contemporâneos, e Hsiao (2000) garante que ele se encontra tanto nos países ricos quanto nos países pobres.

Com base nessas evidências, Roos et al. (1989) formularam a Lei da Concentração dos Gastos com Serviços de Saúde da seguinte forma: uma pequena minoria é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e se mostrado consistente ao longo do tempo.

A Lei da Concentração dos Gastos com Serviços de Saúde tem importantes implicações na governança dos sistemas de atenção à saúde. Uma implicação importante está nas conclusões do trabalho de Berk et al. (1988) e significa que os esforços de contenção de custos do sistema de atenção à saúde, se dirigidos à média da população, sem discriminar aqueles que despendem mais recursos, não terá um impacto significativo sobre os gastos totais. Outra implicação importante está nas políticas redistributivas. Tanto as necessidades de saúde como os recursos para fazer frente a elas estão distribuídos muito desigualmente, em qualquer sociedade. Além disso, estão negativamente correlacionados, como se depreende da primeira Lei de Hart. O resultado é que, para dar atenção àqueles que mais necessitam, grande parte dos custos de um sistema de atenção à saúde deve ser pago por outras pessoas. Ou seja, em um sistema de atenção à saúde justo, deve haver um esforço redistributivo dos mais saudáveis (os que menos gastam) para os menos saudáveis (os que mais gastam). Isso pode ser conseguido, mais facilmente, por um sistema de financiamento baseado em impostos gerais.

Recorrendo à Equação de Evans, verifica-se que, em quaisquer níveis dados de gastos totais, diferentes escolhas em relação a como a receita deve ser aumentada significam diferentes distribuições do ônus. Quanto mais se apoia em financiamento por impostos, maior o ônus sobre as pessoas com renda mais altas; quanto maior a dependência de encargos diretos para o uso, maior a carga para aqueles que estão doentes (EVANS, 1996).

Essas proposições, bastante óbvias a princípio, foram confirmadas por Rasell et al. (1993) quando estudaram os ônus dos gastos dos serviços de saúde por classes de renda. Desagregando receitas para serviços de saúde em três categorias – impostos, gastos diretos dos bolsos e prêmios de seguros –, descobriram que a proporção da renda paga por meio de impostos cresce com o aumento da renda, mas a proporção paga por intermédio dos gastos dos bolsos e dos prêmios de seguros privados cai bruscamente com o aumento da renda. Os gastos diretos dos bolsos dos 10% dos norte-americanos mais pobres consumiram 12,5% de sua renda familiar anual, contra 2,5% dos 10% mais ricos; relações bem próximas se dão nos gastos com prêmios de seguros saúde. Ao contrário, os gastos com impostos consumiram em torno 7,5% dos 10% mais pobres, o mesmo percentual também encontrado para os 10% mais ricos. Por isso, as operadoras de seguros privados são bastante eficazes em vincular os valores dos prêmios ao uso esperado.

Uma outra significativa implicação dessa lei na governança dos sistemas de atenção à saúde foi constatada por Aaron (1991), que notou que a concentração dos gastos com serviços de saúde cria um enorme incentivo para as operadoras de seguros privados de saúde identificarem as pessoas usuárias de alto custo e tentar minimizar seu número, de modo a garantir a lucratividade da empresa e a controlar os valores dos prêmios pagos.

Em outras palavras, a Lei da Concentração dos Gastos com Serviços de Saúde estimula as operadoras privadas de seguro saúde a exercitarem a seleção de riscos, identificando, para não deixar afiliar ou para desfiliar, aquele baixo percentual de pessoas portadoras de doenças mais graves ou de lesões preexistentes. Isso, muitas vezes, significa que a competição das operadoras de seguros privados, ao invés de fazer-se por preço e qualidade, faz-se, em boa parte, pela eficácia em excluir os usuários de maior custo por meio da seleção de riscos.

Estudo feito em uma operadora privada de seguro saúde mostrou que 22% das pessoas com asma, classificadas como portadoras de asma severa, foram responsáveis por 85% dos gastos com essa doença, o que representou US\$ 4.347,00 por doente/ano; diferentemente, os portadores de asma leve, 60% do total de doentes filiados à operadora, representaram menos de 10% dos gastos com a doença, em média, US\$ 115,00 doente/ano (ZITTER, 1996). Em outra operadora, 4,9% das pessoas com diabetes graves foram responsáveis por 91,9% dos gastos com essa doença (HANCHAK, 1995).

A Lei da Concentração dos Gastos com Serviços de Saúde pode ser controlada nos sistemas de atenção à saúde, pela utilização da tecnologia da gestão da clínica, em especial pela tecnologia da gestão de casos. Isso é necessário porque a concentração dos gastos com serviços de saúde se dá, fortemente, nas condições crônicas de muito alta complexidade.

Com base nessas evidências da concentração dos gastos e da severidade das condições crônicas, inicialmente, algumas organizações de atenção gerenciada americanas e, depois, os sistemas públicos de países desenvolvidos, ao invés de excluírem as pessoas portadoras de doenças graves e custosas, instituíram a gestão de casos que permite identificar essas pessoas para fazer sua advocacia e acompanhá-las, por meio de um gestor de casos, em todos os pontos de atenção à saúde e durante toda sua vida, para propiciar a atenção no lugar certo e com o custo e a qualidade certos.

5.8. A DIALÉTICA DA CONCENTRAÇÃO E DA DISPERSÃO NA ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde (APS) devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem de alta densidade tecnológica etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar os serviços de saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores perante outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de

diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Economia de escala e de escopo, grau de escassez de recursos de maior densidade tecnológica ou de maior concentração cognitivo-tecnológica e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam a lógica fundamental da organização racional da oferta de serviços de saúde. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011).

REFERÊNCIAS

AARON, H. **Serious and unstable condition**: financing America's health care. Washington: The Brookings Institution, 1991.

ABEL-SMITH, B. The escalation of health care costs: how did we get there? In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health care reform**: the will to change. Paris: OECD, 1996.

ALLEYNE, G. A. O. A vision for health system reform in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 1-2, p. 1-6, 2000.

ALMEIDA, S. F. **Poder compensatório e política de defesa da concorrência**: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. 2009. Tese de Doutorado – EESP da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

ANDRADE, M. V. **Consensus entrevista**. Consensus. 2018; 28.

ARAÚJO, A. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil**: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

AZEVEDO, P. F. et al. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil**: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: INSPER, Centro de Estudos de Negócios, 2016.

BERK, M. L.; MONHEIT, A. C.; HAGAN, M. M. How U.S. spent its health care dollar, 1929-1980. **Health Affairs**, v. 7, n. 4, p. 46-60, 1988.

BERK, M. L.; MONHEIT, A. C. The concentration of health expenditures: an update. **Health Affairs**, v. 11, n. 4, p. 145-149, 1992.

BERMAN, P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 6, p. 791-802.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BISOGNANO, M., KENNEY, C. **Pursuing the triple aim**: seven innovators show the way to better care, better health, and lower costs. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2012.

BOBBIO, M. **O doente imaginado**. São Paulo: Bamboo Editorial, 2016.

BRITNELL M. **In search of the perfect health system**. London: Palgrave, 2015.

BROWNLEE, S. **Overtreated**: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York: Bloomsbury USA, 2008.

BROWNLEE, S. et al. Evidence for overuse of medical services around the world. **The Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 156-168, 2017. Disponível em: [http://www.dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://www.dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5). Acesso em: 13 set. 2018.

CASALINO, L. P. et al. What does it cost physician practices to interact with health insurance plans? **Health Affairs**, v. 28, W533-W543, 2009. supplement 1.

CEBUL, R. et al. **Organizational fragmentation and care quality in the U.S. health care system**. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2008.

CEPAL. **Equidad, desarrollo y ciudadanía**. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

CHERNEW, M. E. et al. Overlap in HMO physician network. **Health Affairs**, v. 23, n. 2, p. 91, 2004.

CHRISTIE, W. Keynote address. In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health care reform: the will to change**. Paris: OECD, 1996.

CONRAD, D. A. Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES. **Integrated delivery systems: creation, management and governance**. Chicago: Health Administration Press, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Values, norms and the reforms of health care systems. In: FIGUERAS, M. et al. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

COULTER, A.; PARSONS, S.; ASKHAM, J. **Where are the patients in decision-making about their own care?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

CUNNINGHAM, P. J.; KOHN, L. Health plan switching: choice or circumstance? **Health Affairs**, v. 19, n. 3, p. 158, 2000.

DAVIS, K. et al. **Mirror, mirror on the world 2014, updated: how the US health system compares internationally**. Washington: The Commonwealth Fund, 2014.

DELGADO, P. En búsqueda de la triple meta: una invitación en la exploración conjunta. **Via Salud**, v. 16, n. 1, p. 4-11, 2008.

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; 2005a.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DOUGHERTY, C. J. **Back to reform: values, markets and the health care system**. New York: Oxford University Press, 1996.

DOWLING, W. L. Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES. **Integrated delivery systems: creation, management and governance**. Chicago: Health Administration Press, 1997.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 9-16, 1992.

EDWARDS N, HENSHER M, WERNEKE U. Changing hospital systems. In: SALTMAN RB, FIGUERAS J, SAKELLARIDES C. Critical challenges for health care reform in Europe. **Bukingham**: Open University Press; 1998.

EICHERT, J. H. et al. The disease management process. In: TODD, W. E.; NASH, D. (eds.). **Disease management**: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc, 1996.

EMANUEL, E. Political problems. **Boston Review**, v. 15, p. 2514, 2000.

ENTHOVEN, A. Managed competition of alternative delivery systems. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 13, n. 2, p. 305-321, 1988.

ENTHOVEN, A.; SINGER, S. J. Managed competition and California's health care economy. **Health Affairs**, v. 15, p. 39-57, 1996.

EVANS, R. G. Marketing markets, regulating regulators: who gains? Who loses? What hopes? What scopes? In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health care reform**: the will to change. Paris: OECD, 1996.

EVANS, R. G. et al. (eds.). **Why are some people healthy and others not?** The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

FELDMAN, R.; DOWD, B. A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. **American Economic Review**, v. 81, n. 1, p. 297-301, 1991.

FORTUNA, F. O modelo de seguros não faz mais sentido para as doenças crônicas. **Informa Markets**, 2019. Disponível em: <https://saudebusiness.com/noticias/o-modelo-de-seguro-nao-faz-mais-sentido-para-doencas-cronicas/>. Acesso em: 03 jun. 2019.

FRENK J. Dimensions of health system reform. **Health Policy**. 1994; 27: 19-34.

GAWANDE, A. **Mortais**: nós, a medicina e o que importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GIDDENS, A. **Beyond left and right**: the future of radical politics. Stanford: Stanford University Press, 1994.

GLIED, S. **Chronic condition**: why health reform fails. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GOBIERNO VASCO. **Estrategias para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi**. Vitoria, Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

GRANJA, M. PONTE, C.; CAVADAS, L. F. What keeps family physicians busy in Portugal? a multicentre observational study of work other than direct patient contacts. **British Medical Journal**, v 4, e005026, 2014.

GRANJA, M.; PONTE, C. O que ocupa os médicos de família? Caracterização do trabalho médico para além da consulta. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 4, p. 388-396, 2011.

GRAY, M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.

HAM, C. The background. In: HAM, C (ed.). **Health care reform**: learning from international experience. Buckingham: Open University Press, 1997.

HANCHAK, N. A. The epidemiology of costs of diabetes mellitus. **Quality Monitor**, v. 2, p. 1-5, 1995.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

HART, J. T. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropouts for future workloads and prescribing costs in primary care. **British Medical Journal**, v. 42, n. 356, p. 116-119, 1992.

HENDRICH, A. et al. A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? **Permanente Journal**, v. 12, n. 3, p. 25-34, 2008.

HSIAO, W. Marketization: the illusory magic pill. **Health Economic**, v. 3, p. 351-357, 1994

HSIAO, W. **What should macroeconomists know about health care policy?** A primer. Washington: International Monetary Fund, IMF Working Paper WP/00/136, 2000.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **The triple aim**. 2008. Disponível em: www.ihl.org. Acesso em: 23 mar. 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Best care at lower cost**: the path to continuously learning health care in America. Washington: The National Academies Press, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The healthcare imperative**: lowering costs and improving outcomes. Washington: The National Academies Press, 2010.

KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. F. M. **Managing complex networks**: strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1999.

KRONICK, R. Redistributing health care resource without redistributing income. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 19, n. 3, p. 543-553, 1994.

LAFORGIA GM, COUTTOLENC BE. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. Belo Horizonte: IBEDESS; 2009

LASELVA, C. R. et al. Abordagem sistêmica para criar valor ao paciente. **Harvard Business Review**, v. 94, p. 65-72, 2016.

LEUTZ, W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. **The Milbank Quarterly**, v. 77, n. 1, p. 77-110, 1999.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. **Health Policy**, v. 41, p. 1-36, 1997.

MARMOR, T. T.; BAR, M. S. Making sense of the national health care reform debate. **Yale Law and Policy Reviews**, v. 10, p. 228-282, 1992.

MARTIN, D. **Better now**: six big ideas to improve health care for all Canadians. Allen Lane/Penguin Random House, 2017.

MAYNARD, A. Racionamiento de la atención a la salud: inmoral o políticamente poco atractivo? **Informando y Reformando**, v. 4, p. 1-3, 2000.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MILAGRES, R.; SILVA, S. A. G.; REZENDE, O. Governança colaborativa. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2016.

MILLER, J. **The body in question**. New York: Random House, 1978.

MILLS, A. BENNETT, S.; RUSSELL, S. **The challenge of health sector reform: what must governments do?** Houndmills: Palgrave Publishers Ltd, 2001.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Practice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H. **Inside our strange world of organizations**. New York: The Face Press, 1989.

MORAES, E. N. **A arte da (des)prescrição no idoso**: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MORGAN, G. **Images of organization**. Beverly Hills, Sage, 1986.

MOSSIALOS, E. Regulating expenditure on medicines in European Union countries. In: SALTMAN, R. B. et al. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

MUSGROVE, P. **Public and private roles in health**: theory and financing patterns. Washington: World Bank, World Bank Discussion Paper nº 339, 1996.

NEWHOUSE, N. E. Is competition the answer? **Journal of Health Economics**, v. 1, n. 1, p. 109-116, 1982.

NIESSEN, L. W.; GRIJSEELS, E. W.; RUTTEN, F. F. **The evidence-based approach in health policy and health care delivery**. Rotterdam: Institute of Medical Technology, 2000.

OBAMA, B. H. Repealing the ACA without a replacement: the risks to American health care. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 4, p. 297-299, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

PAULY, M. V. Taxation, health insurance and market failures. **Journal of Economic Literature**, v. 24, n. 2, p. 629-675, 1986.

PAULY, M. V. The economics of moral hazard: comments. **The American Economic Review**, v. 58, n. 3, p. 531-537, 1968.

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

PHELPS, C. E. Welfare loss from variations: further considerations. **Journal of Health economics**, v. 14, n. 2, p. 253-260, 1995.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care**. 2011. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles>.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

PIZER, S.; GARDNER, J. Is fragmented financing bad for your health? **Inquiry**, v. 48, n. 2, p. 109-122, 2011.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovacion Sanitaria y Atencion Integrada**, v. 1, p. 1, 2008.

PRASAD, V. K.; CIFU, A. S. **Ending medical reversal**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015.

RASELL, E. et al. **The impact of health care financing on family budgets**. Washington: Economic Policy Institute Briefing Paper, 1993.

REINHARDT, E. U. Reflections on the meaning of efficiency: can efficiency be separated from equity? **Yale Law and Policy Review**, v. 10, p. 302-315, 1992.

RICE, T. **The economics of health reconsidered**. Chicago: Health Administration Press, 1998.

RODRIGUES, G. J. Por que consultam os utentes o seu médico de família? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 16, n. 6, p. 442-452, 2000.

ROEMER, M. I. **National health systems of the world: the issues**. New York: Oxford University Press, Volume Two, 1993.

ROOS, N. P.; SHAPIRO, E.; TATE, R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? a sixteen-year perspective. **The Milbank Quarterly**, v. 67, n. 3, p. 347-369, 1989.

SACKETT, D. L. et al. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. New York: Churchill Livingstone, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1997.

SPEAR, S. J.; SCHIMIDHOFER, M. Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. **Annals of Internal Medicine**, v. 142, n. 8, p. 627-630, 2005.

SPICKER, S. F. Going off the role: a prudential and ethical critique of the welfare state. In: SEEDHOUSE, D. **Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform**. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.

STARR, P. **The logic of health care reform: why and how the President's Plan will work**. New York: Penguin Books, 1994.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

THOMPSON, D. N.; WOLF, G. A.; SPEAR, S. J. Driving improvement in patient care: lessons from Toyota. **Journal of Nursing Administration**, v. 33, n. 11, p. 585-595, 2003.

TITELMAN, D.; UTHOFF, A.; JIMÉNEZ, L. F. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 112-116, 2000.

VAN WALRAVEN, C. et al. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, n. 5, p. 947-956, 2010.

VON BERTALANFFY, L. **General system theory: foundations, development, applications.** New York: George Braziller, 1960.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WALLACE, C. J.; SAVITZ, L. Estimating waste in frontline health care worker activities. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 14, n 1, p. 178-180, 2008.

WELCH, H. G. **Less medicine, more health: 7 assumptions that drive too much medical care.** Boston: Beacon Press, 2015.

WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L. M.; WOLOSHIN, S. **Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.** Boston: Beacon Pres, 2011.

WORLD BANK. **Chile health insurance issues: old ages and catastrophic health costs.** Washington: Human and Social Development Group, Report n° 19940, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems: improving performance.** Geneva: World Health Organization, 2000.

ZITTER, M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W. E.; NASH, D. (eds.). **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes.** Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

CAPÍTULO 2 – OS AVANÇOS DO SUS

O SUS está completando 31 anos de existência. É tempo de celebrar e de refletir.

Há muito que comemorar. O SUS constitui a política pública mais inclusiva realizada no Brasil porque instituiu a cidadania em saúde e acabou com a figura odiosa do indigente sanitário vigente antes de 1988; outrossim, vem contribuindo significativamente, ao longo dos anos, para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira. Além disso, pratica políticas e programas que são referências internacionais.

Este capítulo trata de avaliar o SUS por meio de evidências produzidas por pesquisas científicas e por pesquisas qualitativas de opinião das pessoas usuárias desse sistema público de atenção à saúde. O objetivo é analisar e confrontar esses dois enfoques para entender a trajetória do SUS nos seus 31 anos de existência.

1. GESTÃO DA SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA E EM OPINIÃO

John Maynard Keynes escreveu que não há nada que os governos odeiem tanto quanto serem bem informados porque isso torna o processo decisório mais complicado e mais difícil (DAVIES, 2004). Em sentido contrário à advertência do importante economista, contemporaneamente, as evidências foram-se incorporando, como critérios decisórios, nas políticas públicas.

Especialmente, nos países desenvolvidos, a partir da segunda metade dos anos 1990, as políticas públicas passaram a ser formatadas, crescentemente, em função de evidências. De acordo com o Gabinete do Primeiro Ministro do Reino Unido, as políticas públicas de qualidade devem olhar para o futuro, ser criativas e inovadoras, ser baseadas em evidência, ser inclusivas, ser monitoradas e avaliadas e ser construídas com base no que funciona na prática social (CAMPBELL et al., 2007).

No campo setorial da saúde, tem-se postulado a atenção à saúde baseada em evidência. Essa expressão retirada do livro clássico de Gray (2009) pode ser encontrada na literatura internacional com outras denominações, como política de saúde baseada em evidência (NIESSEN et al., 2000; SUTCLIFFE; COURT, 2007; CAMPBELL et al., 2007), atenção à saúde informada por evidência (FAFARD, 2008), saúde pública baseada em evidência (VICTORA et al., 2004), saúde pública informada por evidência (CILISKA et al., 2008) ou, mais globalmente, governo baseado em evidência (DAVIES, 2004).

Esse movimento, ainda que tenha surgido mais proximamente da medicina baseada em evidência e tenha se consolidado como disciplina na última década do século XX, tem um longo percurso que pode ser descrito em etapas (GRAY, 2009).

Etapa 1. Fazendo as coisas indicadas pelos profissionais de saúde – Foi o momento dos países desenvolvidos na década de 1960. Caracterizou-se pela primazia da indicação dos profissionais, especialmente dos médicos. A lógica era a de que, se existiam recursos e uma indicação médica, os procedimentos deveriam ser ofertados.

Etapa 2. Fazendo as coisas mais baratas – Foi o momento dos anos 1970 nos países desenvolvidos no qual a ênfase da gestão dos sistemas de atenção à saúde esteve no aumento da eficiência e da produtividade dos fatores em relação aos objetivos alcançados.

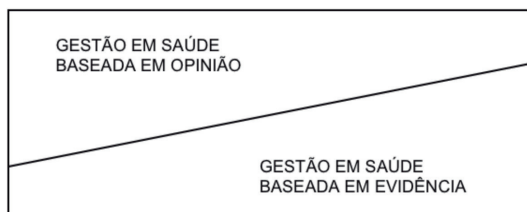
Etapa 3. Fazendo as coisas de forma melhor – Foi o momento típico dos anos 1980 nos países desenvolvidos no qual se focou no imperativo da melhoria da qualidade. Foi a época de glória da gestão de qualidade e do atendimento às expectativas crescentes das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Etapa 4. Fazendo as coisas certas – Foi o momento típico dos anos 1990 nos países desenvolvidos expresso em uma junção dos dois momentos anteriores. Era preciso fazer as coisas de forma eficiente e com qualidade.

Etapa 5. Fazendo as coisas certa de forma certa – É o desafio que se coloca para os gestores dos sistemas de atenção à saúde, neste início do século XXI. Já não basta ser eficiente e prover serviços de qualidade, mas também adotar os procedimentos que fazem mais bem que mal às populações ou a grupos populacionais, afastar os procedimentos que fazem mais mal que bem e afastar os procedimentos de efeitos desconhecidos até que pesquisas científicas rigorosas os indiquem ou os contraindiquem.

Essas etapas sugerem que há uma nova dinâmica no processo decisório dos sistemas de atenção à saúde, mostrada na Figura 4, adaptada de Gray (2009), em que as decisões baseadas em especulações opinativas vão sendo, gradativamente, substituídas por um novo enfoque baseado em evidências.

Figura 4: A dinâmica dos processos decisórios nos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Gray (2009).

As decisões sobre grupos de população ou sobre a população nos sistemas de atenção à saúde fazem-se com base em três fatores: os valores, os recursos e as evidências. Autores como Davies (2004) e Bowen e Zwi (2005) agregam outros importantes fatores presentes no processo decisório dos sistemas de atenção à saúde baseada em evidência: o contexto, a experiência, o expertise e a capacidade de julgamento dos gestores; os hábitos e as tradições; os lobistas, os grupos de pressão e os consultores; a velocidade da inovação; e os fatores contingenciais.

Os valores prevaletentes em uma sociedade, como se viu no Capítulo 1, são fatores importantes no processo decisório já que ele se dá em um contexto de expressão ideológica e de crenças políticas. A ideologia política é um fator relevante e se apresenta na arena decisória das sociedades democráticas contemporâneas em permanente tensão com as evidências empíricas. Essa tensão está longe de ser superada pelo advento da atenção à saúde baseada em evidência.

Os recursos são fundamentais porque a elaboração e a implementação de políticas de saúde se dão em ambientes de recursos limitados. Isso significa que as decisões não podem ser soberanamente tomadas em função exclusiva de evidências de pesquisas científicas, mas devem ser constrangidas pelo volume dos recursos disponíveis, o que requer uma sadia evidência dos custos das políticas, além de seus custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade e que convoca, para a atenção à saúde baseada em evidência, a disciplina da avaliação econômica dos serviços de saúde.

Em geral, as decisões são tomadas com base em valores e recursos, e esse processo decisório pode ser descrito como atenção à saúde baseada em opinião. Nele, pouca atenção é dada à aplicação, como critério decisório, de evidências produzidas por pesquisas científicas ou por estudos avaliativos rigorosos. É a forma mais comum de processo decisório praticado nos sistemas de atenção à saúde.

O crescimento contínuo das pressões de diferentes atores sociais sobre os recursos escassos dos sistemas de atenção à saúde, acelerado pelas demandas de grupos informados de pessoas usuárias, da mídia, dos profissionais de saúde e de outros grupos de interesses, força os gestores a tomar decisões mais abertas e a prestar conta dessas decisões. Dessa forma, à medida que a pressão aumenta, haverá uma transição da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência.

As inter-relações entre os fatores de tomada de decisão baseada em evidência manifestam-se, também, nos encontros entre dois fatores isoladamente. As inter-relações entre valores e recursos expressam o custo de oportunidade das decisões; as inter-relações entre recursos e evidências mostram o custo/efetividade das decisões; e as inter-relações entre os valores e as evidências expressam as preferências da sociedade (FERRAZ, 2008; GRAY, 2009).

As evidências virão de estudos que analisem as evidências científicas, organizacionais e políticas.

A evidência científica foi incorporada à rotina da clínica por meio da medicina baseada em evidência. A consolidação da medicina baseada em evidência levou a um questionamento crescente e de que as políticas de saúde, como intervenções sobre conjuntos de pessoas, deveriam obedecer à mesma lógica das intervenções sobre indivíduos e, portanto, deveriam ter o suporte de pesquisas científicas (KLEIN, 2000; SCHEEL et al., 2003). Contudo, há diferenças significativas entre a medicina baseada em evidência e a atenção à saúde baseada em evidência. A principal diferença está no objeto porque a medicina baseada em evidência tem foco na clínica e, portanto, em indivíduos; diferentemente, a atenção baseada em evidência tem seu foco em processos decisórios mais gerais e, por consequência, centra-se em uma população ou em grupos populacionais. Por essa razão, a disciplina de maior importância na atenção à saúde baseada em evidência é a epidemiologia, já que essa disciplina tem como objeto o estudo de condições ou doenças em relação a populações ou grupos populacionais (SPASOFF, 1999).

A atenção à saúde baseada em evidência coloca-se em contraposição à atenção à saúde baseada em opinião, ainda fartamente hegemônica e que se alicerça no uso seletivo de evidências ou nas visões subjetivas de indivíduos ou grupos, frequentemente inspiradas pela defesa de posicionamentos ideológicos, por expressões de senso comum ou por manifestações de interesses. Esse tipo de atenção à saúde está ancorado nas definições pouco claras de objetivos, em desenhos de pesquisas frágeis, em debilidades metodológicas, em relatórios estatísticos inadequados, no uso seletivo de dados e em conclusões que não estão suportadas por informações robustas (DAVIES; BORUCH, 2001).

A proposta da atenção à saúde baseada em evidência tem sido submetida a críticas, principalmente pela hierarquização das evidências que tende a maximizar as contribuições das pesquisas quantitativas, como ensaios clínicos randomizados, e a minimizar as pesquisas qualitativas (VAN MEIJEL et al., 2004). Por isso, há quem proponha uma atenção à saúde informada pela evidência, e não baseada em evidência (FAFARD, 2008). A atenção à saúde informada pela evidência permite que o mundo real em que as decisões se produzem se manifeste no processo decisório da saúde, incorporando variáveis de contexto, os valores e os conflitos de interesses situados na arena sanitária.

A atenção à saúde baseada em evidência foi definida como a disciplina centrada na decisão baseada em evidência sobre uma população ou sobre grupos populacionais e que se desdobra em políticas articuladas por essa evidência (GRAY, 2009). Ela se estrutura para reformar a forma convencional de tomada de decisões em saúde, lastreada na opinião pública prevalecente, nas considerações eleitorais, nas preferências dos gestores, nos interesses dos prestadores e na gestão da crise momentânea (WILLISON; STUART, 1999).

Não há dúvida de que a atenção à saúde baseada em evidência está fortemente ancorada em evidências científicas, ou seja, aquelas que provêm de pesquisas

científicas rigorosas. Contudo, Klein (2000) adverte que a atenção à saúde baseada em evidência não deve restringir as decisões às evidências científicas, incorporando, ademais, as evidências organizacionais e políticas.

A razão é que as pesquisas científicas, nem sempre, são bem compreendidas ou internalizadas por políticos ou gestores de saúde. Costuma haver certo preconceito com essas pesquisas por serem consideradas muito densas ou excessivamente acadêmicas e destituídas de consequências práticas. Além disso, um problema adicional para a evidência científica reside na incerteza do conhecimento propiciado pela ciência. Há conhecimentos científicos que estão bem estabelecidos e aceitos, mas há outros que são novos e necessitam ser validados pela comunidade científica.

A evidência organizacional procura responder à questão: é factível? Inclui considerações como a disponibilidade de recursos humanos, a existência de capacidade institucional e a realidade orçamentária.

A evidência política procura responder à questão: é viável? Engloba a informação de como diferentes atores sociais – políticos, gestores, prestadores de serviços, produtores de insumos, mídia, movimentos sociais e pessoas usuárias – vão reagir diante da nova política.

A incorporação na atenção baseada em evidência, portanto, das evidências organizacional e política exige, além das pesquisas científicas, outros insumos decisórios como documentos de posição, análises de informações, análises de tendências, pesquisas de opinião, estudos de custos etc. No entanto, sem dúvida, a evidência científica ocupa uma posição de centralidade na atenção à saúde baseada em evidência.

Há diferentes tipos de evidências, como a evidência de impacto, a evidência de implementação, a evidência de análise descritiva, a evidência de atitudes da população, a evidência de modelagem estatística, a evidência econômica e a evidência ética (DAVIES, 2004).

2. OS AVANÇOS DO SUS RECONHECIDOS POR EVIDÊNCIAS PROVINDAS DE ESTUDOS E PESQUISAS CIENTÍFICAS

Para sustentar a celebração dos avanços da saúde, podem ser feitas avaliações baseadas em evidências produzidas por pesquisas realizadas em nosso País.

Não obstante inúmeras dificuldades que enfrentou nos últimos 30 anos, o SUS apresentou uma grande produção de serviços, promoveu a equidade no acesso, incluiu as pessoas e desenvolveu políticas e programas de saúde pública exemplares.

2.1 RECURSOS E PRODUÇÃO DO SUS

O total de estabelecimentos do SUS era, em 2017, de 129.544 unidades, das quais 6.794 eram hospitais, e 38.812 eram Unidades Básicas de Saúde localizadas em 5.543 municípios (BOUSQUAT et al., 2017; VIACAVA et al., 2018). Além disso, há 36 mil salas de imunização distribuídas por todo o País (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Em relação aos recursos humanos, em 2017, os médicos eram 447 mil, os enfermeiros eram 230 mil e os odontólogos eram 127 mil. A razão de médicos por mil habitantes, que era de 0,84 em 1980, passou a 2,15 em 2017. Ademais, 75% dos médicos e 88% dos enfermeiros participam do SUS (MARTINS, 2014; VIACAVA et al., 2017). Em anos recentes, o SUS, por meio da instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incorporou novas categorias na APS (CARVALHO et al., 2014). Da mesma maneira, há 260.700 agentes comunitários de saúde (ACS) atuando nos cuidados primários.

Ainda que haja problemas na distribuição dos recursos humanos da saúde nas diversas regiões do País, políticas recentes, têm permitido aliviar esta situação (MOLINA et al., 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

A produção anual de serviços pelo SUS é exuberante, e os números falam por si mesmos: 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 150 milhões de vacinações, 19 milhões de procedimentos oncológicos e 3,1 milhões de procedimentos quimioterápicos.

Essa profusão de produtos teve impacto significativo no acesso da população brasileira aos serviços de saúde propiciado pelo SUS, ainda que permaneçam desigualdades entre regiões e entre estratos de renda.

2.2 OS AVANÇOS DO SUS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso à consulta médica nos 12 meses avançou de 54,7% em 1981 para 71,2% em 2013. O acesso aos serviços odontológicos no último ano variou de 17,3% em 1981 a 44,4% em 2013. O percentual de pessoas que relataram utilizar as Unidades Básicas de Saúde como serviços de uso regular cresceu de 41,8% em 1998 para 53,7% em 2013.

Em relação ao tipo de demanda aos serviços, verificou-se, em 2013, que o motivo doença foi de 52,8% do total, mas o motivo controle ou prevenção atingiu 23,1%. Em 2013, 61,7% dos atendimentos de saúde no Brasil foram financiados com recursos públicos e 29,6% pelo sistema de saúde suplementar.

Da população brasileira, 7% referem ter sido internada em um ano, e os valores absolutos de internações hospitalares atingiram 12,1 milhões. A atenção hospitalar no SUS é fortemente equitativa já que as pessoas com menores índices de escolaridade apresentam percentuais superiores de internação hospitalar comparada com aquelas com maiores índices. Em 2013, 67% do total de internações hospitalares no Brasil foram feitas com recursos públicos (MARTINS, 2014; VIACAVA et al., 2018).

2.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE EXITOSAS DO SUS

O SUS propiciou o desenvolvimento de várias políticas de saúde bastante exitosas.

2.3.1 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E INFANTIL.

As políticas de saúde reprodutiva, materna e infantil praticadas pelo SUS, em geral, apresentaram resultados positivos. Esses resultados decorrem, em grande parte, da estruturação do SUS que levou à ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e às políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção da saúde e de assistência e cuidados básicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

As variações relativas ao período de 1990/1995 a 2015 atestam essa afirmativa (LEAL et al., 2018): taxa de fecundidade total de 2,89 para 2,72; percentual de uso de contraceptivo moderno entre mulheres que vivem com seus parceiros de 64,2% para 77,0%; percentual de gestantes sem atenção pré-natal de 10,9% para 2,2%; percentual de mulheres com 7 ou mais consultas pré-natais de 49,0% para 66,9%; percentual de partos hospitalares de 96,1% para 98,5% com grande redução na iniquidade do acesso hospitalar por quintos de riqueza; percentual de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de 2,9% para 36,6%; percentual de aleitamento aos 12 meses de idade de 22,7% para 45,4%; percentual de óbitos infantis informados ao sistema de informações de mortalidade (SIM) de 52,0% para 88,5%; percentual de óbitos com causa mal definida de 18,2% para 5,7%; cobertura do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) de 82,4% para 96,4%; taxa de mortalidade na infância por mil nascidos vivos de 53,7 para 15,6; percentual de óbitos em menores de 5 anos por doenças infecciosas intestinais de 10,8% para 1,4%; percentual de óbitos em menores de 5 anos por infecções respiratórias agudas de 10,3% para 4,5%; taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos de 47,1 para 13,5; taxa de mortalidade pós-neonatal por mil nascidos vivos de 24,0 para 4,0; taxa de mortalidade neonatal precoce por mil nascidos vivos de 17,7 para 7,3; taxa de mortalidade neonatal tardia por mil nascidos vivos de 5,4 para 2,2; razão de mortalidade materna por mil nascidos vivos de 143,2 para 59,7. Além disso, 60% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência para a internação para o parto; e, destas, 84,5% pariram na maternidade de vinculação enquanto 16% procuraram mais de uma maternidade (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2016).

Não obstante, permanecem ainda problemas a serem superados, como a persistência da sífilis congênita, a alta taxa de prematuridade (11,1%), o crescimento da taxa de cesarianas (55%); a prevalência de baixo peso ao nascer; a alta taxa de mortalidade materna; e as variações desses indicadores entre regiões e grupos sociais (LEAL et al., 2018). Por outro lado, a queda da mortalidade na infância permitiu que o Brasil atingisse a meta 4 dos objetivos do milênio.

2.3.2 O SUS E O CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

O SUS tem contribuído significativamente para o controle das doenças transmissíveis em nosso país e para a transição epidemiológica que levou a uma situação de tripla carga de doença em função da redução expressiva da morbimortalidade por estas enfermidades (MENDES, 2011; LEITE et al., 2015).

Uma experiência exitosa do SUS no campo das doenças transmissíveis é o Programa Nacional de Imunização (PNI) que pode ser considerada uma das melhores do mundo. O PNI oferta um amplo conjunto de imunobiológicos disponíveis gratuitamente à população: 45 imunobiológicos, sendo 28 vacinas, 13 soros hiperimunes e 4 imunoglobulinas.

Os investimentos na aquisição dos produtos imunobiológicos cresceram de R\$ 95 milhões em 1995 para R\$ 4 bilhões em 2018, ampliando o volume de doses ou acrescentando novas vacinas: rotavírus em 2006, meningococo C em 2010, pneumococos em 2010, pólio inativada em 2012, HPV em 2014, hepatite A em 2014 e varicela em 2014 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Desde os anos 1980, o PNI ofertava vacinas contra coqueluche, difteria, poliomielite, sarampo e tétano neonatal que constituíam importantes problemas de saúde pública. A incidência média do conjunto dessas doenças, de 1981 a 1990, era de 68,2/100.000 habitantes, e a maioria dos casos e óbitos ocorria na população menor de 5 anos de idade. Nos períodos seguintes (1991 a 2000 e 2001 a 2010), esse indicador foi de 9,9 e 0,6/100.000, respectivamente. Isso significa que, em 20 anos de SUS, a incidência média entre o primeiro e o terceiro período decresceu 99,1% em função das elevadas coberturas vacinais obtidas pelo nosso sistema público de atenção à saúde.

Além disso, a circulação do vírus selvagem da poliomielite foi eliminada, o tétano neonatal também está praticamente eliminado, a difteria está controlada porque ocorrem menos de 15 casos por ano, a rubéola e a síndrome de rubéola congênita foram eliminadas, a vacina contra a influenza B determinou uma redução de 72% na incidência de pneumonias e meningites em menores de 5 anos e de 90% em menores de 2 anos e a vacina contra o rota vírus permitiu uma redução de 40 mil hospitalizações por essa doença entre 2008 e 2009 (CARMO et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2018).

Pesquisa de opinião dos brasileiros sobre saúde mostrou, entre os domicílios em que residem crianças até 6 anos de idade, que mais de 85% consideraram fácil o acesso às vacinas, e 92% utilizaram serviços públicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

2.3.3 O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DO HIV/AIDS

Outra experiência exitosa do SUS em relação às doenças transmissíveis é a de vigilância, prevenção e controle do HIV/Aids.

O Brasil tem um dos melhores programas de HIV/Aids do mundo – reconhecido por premiações internacionais como da Fundação Bill & Melinda Gates – porque revolucionou o tratamento e reduziu a velocidade de disseminação da epidemia mundial ao adotar, em 1996, uma política de distribuição gratuita de medicamentos. Se essa política não tivesse sido adotada, o Brasil teria hoje 18 milhões de brasileiros infectados, ao invés dos 860 mil que existem atualmente (VARELLA, 2018).

Do ponto de vista institucional, desenvolveu-se um sistema singular de articulação do estado, nos três níveis federativos, mas em articulação com atores não governamentais, como organizações da sociedade civil, instituições religiosas, movimentos sociais, universidades e setor privado. Isso não seria possível sem uma liderança forte do SUS nesse campo e sem uma política transversal de promoção, de prevenção e de assistência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Os primeiros casos dessa doença foram diagnosticados em 1982; entre 1991 e 2000, foram identificados 24.514 casos em grandes centros urbanos. Nos anos seguintes, a epidemia se espalhou pelo interior do País, e entre 1991 e 2000, diagnosticaram-se 226.456 casos; entre 2007 e 2016, manteve-se constante o número de casos anuais, em torno de 32.321 casos, o que significa uma taxa de detecção média de 20,7 por mil habitantes (DOURADO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2018).

A garantia do acesso gratuito e universal aos medicamentos retrovirais levou a resultados muito positivos, como o aumento de sobrevivência, a redução da transmissão vertical, da letalidade e da taxa de mortalidade por essa grave doença; além disso, entre 1997 e 2003, foram evitados cerca de 6 mil casos de transmissão vertical (DOURADO et al., 2006; BRITO et al., 2006).

Estimativas do Ministério da Saúde mostraram que, em 2015, havia aproximadamente 827 mil pessoas vivendo com HIV no País, sendo que, destes, 82% tinham realizado pelo menos um teste de carga viral ou contagem de linfócitos T CD4 ou tinham pelo menos uma receita de antirretroviral dispensada, e 55% do total estavam utilizando a terapia antirretroviral (TEIXEIRA et al., 2018).

O escopo do programa não se limita ao tratamento dos casos diagnosticados, ofertando, ademais, intervenções de vigilância e controle que englobam: notificação

universal dos casos de Aids, de gestantes soropositivas e de crianças expostas ao HIV; vigilância sorológica em populações-sentinela; inquéritos sorológicos e comportamentais em populações específicas; e manutenção de uma rede de centros de testagem e aconselhamento (TEIXEIRA et al., 2018).

2.3.4 O CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

Bons resultados foram alcançados pelo SUS no controle da doença de Chagas.

Durante os anos de 1950 e 1951, foi desenvolvida a primeira Campanha de Profilaxia da Doença de Chagas no Brasil, conduzida pelo então Serviço Nacional de Malária, alcançando com ações de controle vetorial químico 74 municípios na divisa dos estados de Minas Gerais e São Paulo. A área com risco de transmissão vetorial para doença de Chagas no Brasil conhecida no final dos anos 1970 incluía 18 estados, com mais de 2.200 municípios, nos quais se comprovou a presença de triatomíneos domiciliados (DIAS et al., 2016).

Desde então, com a intensificação das ações de controle, a transmissão vetorial de *Triatoma cruzi* no Brasil tem apresentado redução significativa e sistemática. Isso ocorreu a partir do desenvolvimento de ações sistematizadas de controle químico de populações domiciliadas do vetor (SILVEIRA, 2011). Esse processo, de forma integrada, culminou com a Certificação da Interrupção da Transmissão da Doença de Chagas pelo principal vetor domiciliado *Triatoma infestans*, concedida em 2006, pela Organização Pan-Americana da Saúde – OpaS/OMS, dentro da Iniciativa dos Países do Cone Sul (DIAS, 2007).

Um inquérito sorológico nacional realizado entre 1975 e 1980 revelou que 4,2% dos brasileiros residentes nas áreas rurais (6,5 milhões de pessoas) consideradas de transmissão natural do *Triatoma cruzi* apresentavam infecção. Em 1996, foi estimada para o Brasil a prevalência de infecção por *T. cruzi* em 3,1% para 1978 e em 1,3% para 1995, chegando-se a um número estimado de 1,96 milhão de pessoas infectadas (AKHAVAN, 1998). Outro inquérito conduzido de 2001 a 2008 evidenciou soroprevalência de 0,03% em crianças menores de 5 anos residentes em área rural, sendo que 0,02% delas eram filhos de mães também positivas, indicando que a maioria das infecções havia sido por transmissão congênita. A mortalidade pela forma crônica desta protozoose vem declinando ao longo das duas últimas décadas (BARRETO et al., 2011).

2.3.5 CONTROLE DA RAIVA HUMANA E DA HANSENÍASE

O SUS tem sido muito eficaz no controle da raiva humana.

O programa de controle da raiva humana atua por meio de intervenções de vacinação de animais e do tratamento antirrábico humano pós-exposição. Os resultados têm sido muito bons, levando a uma redução muito elevada de casos

humanos dessa doença de alta letalidade: entre 1981 e 1990, foram confirmados, em média, 76,4 casos por ano, na década de 1991 a 2000, essa média foi de 36,4 (redução de 52,4%), e entre 2001 e 2010, foi de 14 casos, uma redução de 81,7% (DATASUS, 2018).

Da mesma forma, há bons resultados a celebrar no controle da hanseníase. Em 1987, havia aproximadamente 450 mil pessoas com hanseníase no Brasil, o que colocava o nosso país como o segundo mais endêmico do mundo (TEIXEIRA et al., 2018).

Várias ações foram tomadas pelo SUS como capacitação intensiva de profissionais de saúde, campanhas de comunicação social massivas e, especialmente, a descentralização do programa vertical para a APS.

Dados de 1994 a 2016 mostram resultados positivos: redução de 300% na detecção de casos de hanseníase; redução em 94,3% na prevalência, indo de 19,5 por 10 mil habitantes para 1,1 caso por 10 mil habitantes; redução de 281.605 pessoas em tratamento para 22.631 pessoas; redução da taxa de detecção geral em 38,7%; diminuição da taxa de detecção em menores de 15 anos (DATASUS, 2018). Em 2016, 71,1% dos casos novos (17.935) foram notificados pelos serviços de APS; 19,9%, por serviços de atenção ambulatorial secundária; e 9,0%, pelos serviços de atenção terciária, o que marca a efetividade da política de descentralização do manejo da hanseníase para a APS (TEIXEIRA, 2018).

2.3.6 AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na promoção da saúde, os avanços do SUS podem ser destacados em duas políticas principais: a política nacional de controle do tabaco e no desenvolvimento de intervenções de estímulo às atividades físicas.

O Brasil construiu uma política nacional de controle do tabaco que é considerada uma das mais eficazes no mundo, o que envolveu uma significativa contribuição do SUS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em geral, as políticas de prevenção dos fatores de riscos proximais, no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), para serem eficazes, devem ser feitas com base em populações, em comunidades e em indivíduos. Como consequência, as intervenções sobre esses determinantes proximais da saúde devem estruturar ações concomitantes e alinhadas em três grandes dimensões: a dimensão macro, a dimensão meso e a dimensão micro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Foi o que ocorreu no controle do tabaco em nosso país. No plano macro, instituíram-se intervenções com o a elaboração de legislação específica para os fatores; no plano meso, as intervenções ocorreram em comunidades, nos ambientes de trabalho e nos ambientes escolares; e no plano micro, as intervenções se deram

nas unidades de saúde, como hospitais, ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde (MENDES, 2012).

A política brasileira de controle do tabaco tem sido exitosa porque combina um elenco de ações efetivas tomadas em tempos diversos (LEE et al., 2010). Na perspectiva da redução da demanda de tabaco, podem ser relacionados os reajustes periódicos dos impostos e o estabelecimento de um preço mínimo de venda de cigarros que aumentaram as receitas governamentais e diminuíram o número de fumantes (IGLESIAS, 2016). Além disso, instituíram-se ambientes livres de tabaco em ambientes públicos coletivos fechados e estabeleceram-se advertências sobre os malefícios do seu uso nas embalagens e na publicidade dos maços de cigarro. Outras medidas importantes foram as campanhas de controle do tabaco, as ações educativas nas escolas, as restrições à publicidade e propaganda de produtos de tabaco e a proibição de eventos culturais e esportivos por empresas de tabaco.

No âmbito micro, desde 2004, instituíram-se programas de apoio à cessação do tabaco no SUS. Em 2013, 1.308 unidades de saúde ofereceram atendimentos a 154.207 fumantes, sendo que 71.327 deixaram de fumar; as taxas de abandono e cessação chegaram a 28% e 53%, e houve notável expansão de medicamentos facilitadores do abandono do tabaco atingindo 77% dos casos (PORTES et al., 2018).

Com relação às intervenções de diminuição da oferta do tabaco, definiram-se as ações de combate ao comércio ilícito e a diversificação de produção em áreas plantadas de fumo. Ações de pesquisa e vigilância dão suporte à política de controle do tabaco, como o inquérito vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel). Esse inquérito realizado nas 27 capitais brasileiras, em 2017, mostrou uma frequência de adultos fumantes de 10,1%, sendo maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (7,5%), o que representa um resultado muito favorável em termos internacionais (BRASIL, 2018).

Houve sucesso, também, nas políticas de incentivo às atividades físicas. A inatividade física constitui uma pandemia que afeta crianças e adultos em todos os países e que é responsável por 5,3 milhões de mortes anuais (KOHL et al., 2012; LEE et al., 2012). Não é diferente no Brasil. Por essa razão, na promoção das atividades físicas, o SUS desenvolveu o programa de academia de saúde. As academias de saúde tiveram base comunitária e uma articulação muito próxima com a ESF, em especial com os NASF.

Há avaliações positivas desse programa do SUS. Em Belo Horizonte, verificou-se uma diminuição das desigualdades no acesso à atividade física, uma maior participação das mulheres, um fortalecimento das redes de coesão social, um incremento de novos vínculos e da convivência entre vizinhos e uma melhoria das condições de saúde. Além disso, verificou-se que a prevalência de ativos no lazer entre os não usuários foi de 30,2%, sendo maior entre os indivíduos do sexo masculino, com idade menor que 29 anos e escolaridade acima de 9 anos; entre os usuários, a pre-

valência total de ativos foi de 53,7% e apresentou uma distribuição por sexo, idade e escolaridade distinta da população geral, sendo mais frequente entre mulheres, com idade igual ou acima de 60 anos e não diferindo entre os níveis de escolaridade (FERNANDES et al., 2017). Em Pernambuco, após 3 anos de implantação das Academias da Saúde em 134 municípios, encontrou-se um efeito positivo significativo de atividades físicas no lazer entre as mulheres (SIMÕES et al., 2017).

2.3.7 O SUS E OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Uma política de muito sucesso do SUS é o Sistema Nacional de Transplantes que foi instituído em 1997 e que constitui o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo.

Há 400 unidades e mais de mil equipes preparadas para realizar transplantes. O número de transplantes realizados pelo SUS cresceu de 10.422 em 2001 para 27.474 em 2017, um aumento de 58% nesse período. Dos transplantes realizados em 2017, 8.669 foram por órgãos sólidos (coração, pulmão, rim, pâncreas e fígado) e 18.805 de córnea e medula óssea. O número de doadores potenciais foi de 10.614 em 2017, o que representa 51,5 doadores por milhão de brasileiros; o número de doadores efetivos representados por aqueles que tiveram órgãos transplantados em outras pessoas vem crescendo seguidamente, chegando a uma taxa de 16,6 doadores efetivos por milhão de pessoas.

Outrossim, o Decreto nº 9.175/2017 que regulamenta e detalha os critérios de notificação de morte encefálica deverá produzir um aumento das doações no País.

2.3.8 O SUS E AS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária teve grandes avanços após a criação do SUS.

Especialmente importante foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da Lei nº 9.782/1999 em um movimento mais amplo de reforma do Estado e de criação das agências reguladoras. A agência incorporou as ações desenvolvidas por uma secretaria na estrutura do Ministério da Saúde, criou mecanismos de financiamento mais sustentáveis e estabeleceu articulações mais adequadas entre os três entes federativos. Silva et al. (2018) afirmam que, com a criação da Anvisa, houve uma melhoria da atuação dos entes do sistema nacional de vigilância sanitária, programas bem-sucedidos de qualificação de recursos humanos, melhoria na infraestrutura física e aperfeiçoamento dos recursos de controle e fiscalização que puseram fim a uma série de situações calamitosas ocorridas no Brasil na década de 1990.

Estudo estimou de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares por ano, e essa situação levou à formulação de um Programa

Nacional de Segurança do Paciente, instituído com a Portaria Ministerial nº 529, de 01 de abril de 2013, seguida da Resolução da Anvisa.

2.3.9 O SUS E AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica constitui um campo em que houve grandes avanços produzidos pelo SUS, tanto no campo da regulação desse mercado quanto no fornecimento às pessoas usuárias do nosso sistema público de atenção à saúde.

Pesquisa estimou um crescimento do mercado global de medicamentos de 30% entre 2015 e 2020 quando chegará ao valor de US\$ 1,3 trilhão; nesse ano, o Brasil ocupará o quinto lugar nesse mercado internacional (UNITED STATES OF AMERICA, 2017). As vendas de medicamentos no varejo no País registraram crescimento acumulado de 82,2% entre 2007 e 2011 (PWC BRASIL, 2013). Em 2015, o mercado farmacêutico brasileiro era constituído por 209 indústrias farmacêuticas, que comercializaram 13.523 apresentações de medicamentos e tiveram faturamento de R\$ 53,9 bilhões (BRASIL, 2017).

Durante a vigência do SUS, houve um fortalecimento normativo constante da assistência farmacêutica em que se destacam: a Lei Orgânica da Saúde de 1990 que definiu a assistência farmacêutica integral; o Decreto 2.283/97 que extinguiu a Central de Medicamentos; a instituição do Programa Farmácia Básica em 1997; a Portaria MS/GM 3.916/98 que instituiu a Política Nacional de Medicamentos; a Portaria MS/GM 176/99 que tratou da descentralização da assistência farmacêutica; a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003; o Decreto 3.555/2000 que regulamentou as licitações de medicamentos; a criação do Farmácia Popular em 2004; e a Resolução Conselho Nacional de Saúde que definiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 com base na cooperação interfederativa, na descentralização, no financiamento e na logística (BERMUDEZ et al., 2018).

Ações educacionais no campo da assistência farmacêutica foram expandidas, especialmente na capacitação de farmacêuticos (EMMERICK et al., 2014). Para operacionalizar o conceito da integralidade na assistência farmacêutica, estabeleceu-se a adoção e revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, ao que se seguiu com a Relações Estaduais de Medicamentos e as Relações Municipais de Medicamentos (CASTRO et al., 2017).

Ações importantes foram tomadas no âmbito do uso racional de medicamentos: a normatização de boas práticas de dispensação, a criação do Comitê Nacional para a promoção do uso racional de medicamentos, a atualização das normas de propaganda e publicidade; o estabelecimento das Boas Práticas Farmacêuticas; a harmonização do conteúdo das bulas; e as normativas para o controle da prescrição/comercialização de antimicrobianos (BERMUDEZ et al., 2018).

Outras iniciativas foram importantes para a melhoria da assistência farmacêutica no SUS: Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS; o Programa Nacional de Segurança do Paciente; a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados; a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; a Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde; o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde; e as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Um aspecto positivo foi a organização da assistência farmacêutica no SUS em componentes básico, estratégico e especializado. O componente estratégico da assistência farmacêutica destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis. Esse componente disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas. Os medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos aos estados e ao Distrito Federal.

Como exemplo do sucesso do programa estratégico da assistência farmacêutica, está o de tratamento da hepatite C, considerado um dos melhores do mundo (BARONI, 2018). Ainda que caro, o Brasil oferece atualmente um dos melhores tratamentos do mundo para os seis genótipos da hepatite C; e, desde julho de 2017, os medicamentos sofosbuvir, daclatasvir ou simeprevir, com eficiência de cura de cerca de 90%. Com a meta de eliminar a doença até 2030, o Ministério da Saúde ampliou o tratamento gratuito a todos os pacientes, independentemente do dano no fígado.

A instituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) aperfeiçoou o processo de revisão periódica dos medicamentos essenciais e fortaleceu o processo de avaliação tecnológica em saúde, visando à incorporação de tecnologias no SUS e à adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de certas doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). Entre 2012 e 2016, das 485 submissões à Conitec, 267 (55%) referiam-se a solicitações de incorporação de produtos farmacêuticos, tendo sido incorporados 93 medicamentos (54%) das 171 solicitações encerradas com decisão de plenário (CAETANO et al., 2017).

Ainda que permaneçam problemas de acesso inequitativo aos medicamentos, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 evidenciaram que 21,8% dos adultos com 18 anos ou mais que faziam uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial obtiveram-nos exclusivamente por meio do programa; 22,7%,

por meio das farmácias do SUS; 18,7%, de fonte mista; e 29,5% ainda o obtinham de farmácias comerciais (MENGUE et al., 2015).

O gasto do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016; entre 2010 e 2016, registrou-se crescimento de 30% em função dos gastos federais. A participação do gasto com medicamentos no gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) do governo federal, considerando os valores liquidados, aumentou de 11% para 16% entre 2010 e 2016. O gasto com medicamentos do Ministério da Saúde aumentou, em termos reais, 52,9% (de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 15,5 bilhões), e o seu gasto com ASPS aumentou 6,3% (de R\$ 93,3 bilhões para R\$ 99,2 bilhões) no mesmo período (VIEIRA, 2018).

No Brasil, o SUS tem promovido avanços importantes na garantia do acesso a medicamentos desde o final dos anos 1990. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, realizada de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, entre os que tiveram acesso a todos os medicamentos prescritos para tratamento de doenças crônicas, 47,5% conseguiram todos eles gratuitamente, 20,2%, algum medicamento gratuito, e 32,4% pagaram por todos os medicamentos. A prevalência de acesso gratuito foi maior entre os mais pobres, destacando-se o acesso a medicamentos para tratamento do diabetes e da hipertensão arterial (TAVARES et al., 2016). Tendo em vista o peso do gasto com medicamentos no orçamento das famílias, especialmente sobre as famílias mais pobres, esses resultados mostram impactos positivos da assistência farmacêutica do SUS no manejo das condições crônicas que representam os principais problemas de saúde de nosso país (GARCIA et al., 2013; BOING et al., 2014).

O Programa Farmácia Popular atingiu, em 2016, 34.627 farmácias e drogarias credenciadas em 4.467 municípios e 517 unidades da rede própria em 410 municípios e envolveu o atendimento de aproximadamente 40 milhões de pessoas entre fevereiro de 2011 e setembro de 2016 (VIEIRA, 2018).

Avaliações de impacto desse programa evidenciaram sua efetividade na redução de internações e óbitos por doenças crônicas; as taxas de mortalidade por doenças circulatórias e dislipidemias diminuíram em média 1,35 morte por 100 mil habitantes para cada farmácia popular (FERREIRA, 2015). Ademais, o incremento do acesso aos medicamentos indicados para o tratamento de doenças crônicas levou a uma redução significativa das internações hospitalares e das mortes relacionadas à hipertensão arterial e ao diabetes, respectivamente, 27,6% e 8%, na média do período de 2006 a 2016 (ALMEIDA et al., 2017).

Não obstante esses resultados positivos, o Programa Farmácia Popular tem sido considerado uma solução mais cara do que a dispensação nas unidades do SUS, e sugeriu-se que alguns valores de referência praticados em relação aos medicamen-

tos poderiam ser reduzidos (SILVA; CAETANO, 2016; GARCIA et al., 2017). Outro ponto a aprofundar é o efeito de substituição desse programa sobre a assistência farmacêutica na APS e o valor efetivamente pago pelas pessoas usuárias para os medicamentos que têm coparticipação (VIEIRA, 2018).

2.3.10 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Provavelmente, o avanço mais significativo do SUS foi na APS. Pode-se afirmar que o modelo de APS praticado constitui a joia da coroa do SUS.

O modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado singular, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não se instituir como uma proposta exclusiva de medicina familiar, e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família e da comunidade. A ESF se distanciou dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido que, em geral, se articulam em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família. Como exemplo, no modelo de medicina familiar do Canadá, apenas 32% dos médicos trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde, e somente 22% trabalham juntamente com enfermeiros (STATISTICS CANADA, 2009). Diversamente, a ESF tem na sua origem o trabalho interdisciplinar de uma equipe de cuidados primários com presença de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, equipes de saúde bucal e outros profissionais articulados em NASF.

Além disso, alguns modelos internacionais de medicina de família e comunidade tendem a valorizar a liberdade de escolha dos médicos pelas pessoas usuárias, independentemente da adstrição geográfica, com o objetivo de obter ganhos de competitividade derivada da construção de mercados internos. Diferentemente, a ESF brasileira optou por um modelo de base populacional e territorial que se articula em função de mecanismos de cooperação, e não de competição, que tem compromisso com a saúde da população além do cuidado dos indivíduos, que reconhece o espaço de abrangências das unidades de cuidados primários como importantes microespaços de produção social da saúde como ensina a epidemiologia espacial (DUBOIS et al., 2008; DUNCAN; KAWACHI, 2018) e que identifica esse espaço local como lugar privilegiado de controle social por meio de Conselhos Locais de Saúde.

A ampliação do acesso à APS no País pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017. Considerando-se uma cobertura média por equipe de 3.450 pessoas, a cobertura nominal de pessoas cadastradas pelas equipes de Saúde da Família nesse período passou de 4,4% (7 milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões). Destacam-se os municípios do interior do País, que passaram no mesmo período de 4,4% para 76,5% de cobertura, enquanto as capitais ampliaram de 4,2% para 45,5% (PINTO,

GIOVANELLA, 2018). Essas estimativas são próximas dos resultados do inquérito populacional da PNS que, em 2013, constatou cobertura da ESF de 56,2%, ano em que estavam implantadas 35 mil equipes (MALTA et al., 2016).

Há que se ressaltar que, além das equipes de ESF, existem equipes de APS que operam com sistemas convencionais de prestação de cuidados primários, especialmente com o sistema Semachko em que estão presentes três médicos especialistas: ginecologista e obstetra, clínico geral e pediatra. Estima-se que essas equipes possam cobrir 20% ou mais da população, o que levaria a uma grande cobertura de APS no SUS (MENDES, 2012).

Uma cobertura da ESF de 143 milhões de pessoas torna essa política de APS a mais extensiva do mundo. A cobertura da ESF no SUS corresponde a quase quatro vezes a população total do Canadá e a mais de duas vezes a população total do Reino Unido, dois países que desenvolveram bons sistemas de atenção à saúde baseados na APS.

Um dos aspectos positivos da introdução da ESF foi o aumento do interesse de acadêmicos em pesquisar a APS no Brasil. No período de 1980 a 2017, foram publicados no Brasil 2.475 artigos sobre APS ou atenção básica, número superior aos artigos publicados em países como Itália, França e Portugal (MACINKO, 2018). Essas pesquisas permitiram produzir evidências científicas sobre os impactos que a ESF teve na saúde dos brasileiros em diversas dimensões.

Vários estudos trataram de fazer comparações entre os modelos convencionais de APS e o modelo ESF. Em geral, utilizaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde versão brasileira (*Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil*) que permite medir os atributos essenciais e derivados da APS que foi validado para o nosso País em 2010 (BRASIL, 2010).

Em todas as pesquisas realizadas no SUS, em diferentes partes do Brasil, verificaram-se resultados positivos da ESF quando comparada com os modelos convencionais de APS. Isso significa que nos cumprimentos dos atributos essenciais e derivados da APS, a ESF mostrou-se mais virtuosa que esses modelos convencionais. Portanto, há evidências robustas que sustentam a ESF como a política mais adequada de praticar a APS no SUS.

Harzheim (2004) comparou o desempenho das unidades de ESF e das unidades tradicionais na saúde infantil, na região Sul de Porto Alegre. Observou-se uma extensão significativamente maior dos atributos da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar e do valor geral da APS para as crianças que frequentavam as unidades de ESF.

Macinko et al. (2004) compararam a ESF com o modelo tradicional de APS, verificando que a ESF apresentou: em termos de acessibilidade, um acesso melhor; em

termos de primeiro contacto, um escore maior; em termos de longitudinalidade, a ESF tinha uma população adscrita e dava maior oportunidade às pessoas usuárias para discutirem suas dúvidas sobre a atenção prestada; em termos de integralidade, a ESF provia melhor atenção pré-natal, tratamento de tuberculose, aconselhamento em violência doméstica, educação em saúde, prevenção ao uso excessivo de álcool e ao tabagismo; a ESF utilizava mais as diretrizes clínicas para orientação das condutas clínicas e as linhas-guia para o referenciamento a outros níveis do sistema; em termos de orientação familiar, a ESF utilizava mais instrumentos de abordagem familiar; e em termos de orientação comunitária, a ESF trabalhava mais com pesquisas populacionais, ofertava mais atenção domiciliar e se envolvia mais com trabalhos intersetoriais.

Elias et al. (2006) compararam as unidades tradicionais e as unidades de ESF no município de São Paulo, por estratos de exclusão social, utilizando o instrumento PCATool, aplicado a gerentes, a profissionais de saúde e a pessoas usuárias. Os resultados mostraram que as estimativas dos índices de atenção primária nas unidades de ESF foram mais altos do que os das unidades tradicionais, sempre com diferenças estatisticamente significantes, em todos os estratos.

Facchini et al. (2006) fizeram uma avaliação da APS em 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Essa pesquisa revelou que as unidades de ESF apresentaram em relação às unidades convencionais de APS: maior tempo para as consultas médicas; maior oferta de ações programáticas para o cuidado integral e de atividades de grupo; e maior frequência de realização do pré-natal em suas unidades de adscrição territorial. As unidades de ESF ofertaram mais serviços em relação às unidades tradicionais de: atendimentos odontológicos a grupos prioritários, promoção do aleitamento materno, puericultura, manejo dos agravos infantis mais graves, consultas pré-natais, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero, diagnóstico e tratamento da tuberculose, diagnóstico e tratamento da hanseníase, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, diagnóstico e tratamento do diabetes, recomendação de atividades físicas e cuidado domiciliar a pessoas idosas. Em termos de processos de trabalho, as unidades de ESF utilizaram mais protocolos clínicos que as unidades tradicionais. A conclusão dos autores foi que O desempenho da ESF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste.

Ibañez et al. (2006) desenvolveram um estudo avaliativo realizado por meio do PCATool em 62 municípios do estado de São Paulo que comparou as unidades ESF e convencionais de APS a partir das opiniões dos profissionais de saúde. De modo geral, os dados demonstraram que os profissionais que trabalhavam na ESF avaliaram o seu desempenho como sendo melhor, o que se reflete em escores médios maiores. Além disso, sempre que houve diferença estatística entre os dois tipos de unidades, esta foi favorável às unidades de ESF.

Van Stralen et al. (2008) compararam a APS praticada em nove municípios da Região Centro-Oeste do Brasil (Goiás e Mato Grosso), nas formas de unidades de ESF e unidades convencionais, utilizando o instrumento do PCATool. Os resultados, medidos pelo índice de atenção primária, apontaram para uma melhor avaliação dos serviços prestados pelas unidades de ESF em relação às unidades convencionais, tanto para profissionais quanto para pessoas usuárias.

Chomatas (2009) avaliou a presença e extensão dos atributos da APS utilizando o PCATool, nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, comparando as unidades convencionais e de ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Evidenciou-se que, para todos os atributos, os escores médios alcançados pelas equipes de ESF superaram aqueles das unidades convencionais. Além disso, as unidades de ESF também apresentaram maior percentual de alto escore (igual ou maior que 6,6) da atenção primária, tanto nos atributos individuais quanto nos escores essenciais, derivados e geral. Além disso, nas unidades de ESF, as ações educativas, as visitas domiciliares e as discussões de caso são mais frequentes, sugerindo maior possibilidade de mudar o modelo para enfrentar o desafio das condições crônicas. Há que se acrescentar que esses resultados foram obtidos mesmo considerando que as unidades de ESF encontram-se, em geral, localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social do que as unidades convencionais.

Várias pesquisas demonstram o impacto favorável da ESF na equidade e no acesso mostrando que ela teve uma orientação para os mais pobres (MORRIS et al., 2004; GUANAIS, 2010; WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Giovanella et al. (2009) desenvolveram estudos de caso sobre a ESF em quatro municípios brasileiros: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Os resultados mostraram que foi na ESF que se deu, prioritariamente, o primeiro contacto e, a partir dele, que se estruturava o acesso aos serviços especializados. A proporção das opiniões concordantes dos médicos e enfermeiros de família com a afirmativa “a população procura primeiro a unidade de saúde da família quando necessita de atendimento” foi de 92,6% em Aracaju, 89,1% em Belo Horizonte, 87,8% em Florianópolis e 83,5% em Vitória.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 sobre saúde, investigou a ESF no Brasil. Observou-se que quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar per capita, menor era a proporção de domicílios cadastrados na ESF. Entre aqueles com rendimento de até dois salários mínimos, 54,0% foram declarados cadastrados, enquanto para aqueles com rendimento acima de cinco salários mínimos, 16,3% assim se declararam, o que mostra que o programa está chegando aos mais pobres. Entre os domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% estavam cadastrados na ESF. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo, esse percentual foi de 33,5%. A pesquisa constatou que 77,2% da população de rendimento mensal

até um quarto do salário-mínimo utilizou centros ou postos de saúde que, na maior parte, operam com equipes da ESF; esse percentual caiu para 67,1% na população de renda de meio a 1 salário-mínimo, para 50,4% na população de renda de mais de 1 a 2 salários-mínimos e para 4,8% na população de renda de mais de 5 salários-mínimos. Os dados da PNAD 2008, trabalhados segundo a cobertura de ESF por anos de escolaridade das pessoas usuárias, mostraram que supera a cobertura de não ESF nos grupos de menor escolaridade: relação de 40% a 29% no grupo de menos de 3 anos de escolaridade; de 26% a 22% no grupo de 4 a 7 anos de escolaridade; o equilíbrio só se dá no grupo de 8 a 10 anos de escolaridade; a partir daí, predomina o acesso a não ESF. Esses dados atestam que ESF atinge os brasileiros de menor escolaridade.

Travassos (2011), verificando os dados PNAD/2008, mostrou resultados importantes sobre a ESF em relação aos atributos e à equidade. A população brasileira foi dividida em três segmentos de demanda: SUS com ESF, 42,2% de cobertura; SUS sem ESF, 31,9% da cobertura; e planos de saúde, 25,9% da cobertura. A renda familiar per capita de cada segmento foi de: SUS com ESF, R\$ 326,00; SUS sem ESF, R\$ 458,00; e planos de saúde, R\$ 1.396,00. O percentual de cobertura de pessoas analfabetas foi de: SUS com ESF, 23,5%; SUS sem ESF, 17,1%; e planos de saúde, 8,6%. O percentual de cobertura de pessoas com ocupação agrícola foi de: SUS com ESF, 25,4%; SUS sem ESF, 14,8%; e planos de saúde, 3,1%. Esses dados evidenciam que o SUS com ESF, relativamente, cobre a população mais vulnerável do ponto de vista econômico e social. Tomando-se como indicador de acesso o uso regular dos serviços, verificou-se que foi de: SUS com ESF, 76,0%; SUS sem ESF, 66,0%; e planos de saúde, 77,2%; Isso coloca o acesso ao SUS com ESF bem próximo ao acesso aos planos de saúde e bem maior que o acesso ao SUS sem ESF. Do ponto de vista da porta de entrada, os resultados foram: SUS com ESF, 77,6% com entrada em postos ou centros de saúde; SUS sem ESF, 66,7% com entrada em postos ou centros de saúde; planos de saúde, 67,3% em consultórios/clínicas que, na maioria das vezes, não são de cuidados primários, mas de atenção especializada. Aqui, pode-se concluir que o SUS com ESF é superior no atributo de acesso com entrada pela APS. A prevalência do uso de consultas médicas por 100 habitantes foi de: SUS com ESF, 64,4%; SUS sem ESF, 61,8%; e planos de saúde, 80,4%. Nota-se um maior uso de consultas médicas no SUS com ESF que no SUS sem ESF. A prevalência de internações hospitalares foi de: SUS com ESF, 7,3%; SUS sem ESF, 6,0%; planos de saúde, 8,2%. Aqui, também, as internações hospitalares foram maiores no SUS com ESF que no SUS sem ESF e foram próximas às hospitalizações dos planos de saúde. O percentual de consultas médicas com prescrição de medicamentos foi de: SUS com ESF, 61,8%; SUS sem ESF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. O acesso a todos os medicamentos prescritos nas consultas médicas foi de: SUS com ESF, 43,2%; SUS sem ESF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. Esses dados mostram que os maiores acessos a todos os medicamentos foram do SUS com ESF. Dado que o pagamento por desembolso direto é muito regressivo e gerador de iniquidades, verificou-se que ele é menor no SUS com ESF que no SUS sem ESF. Além disso, constatou-se que 13,5% dos usuários de planos de saúde tiveram seus serviços custeados pelo SUS, o mesmo percentual

de usuários do SUS com ESF que fizeram pagamentos por desembolso direto. Os resultados desse estudo da PNAD/2008 evidenciam uma superioridade do SUS com ESF em relação ao SUS sem ESF em todas as variáveis analisadas.

Andrade et al. (2011), comparando as PNAD 1998 e 2008 em Minas Gerais, constataram que o acesso a consultas médicas anuais no SUS aumentou significativamente no período, tanto nos homens quanto nas mulheres. As chances de uma criança de até 1 ano de idade ter acesso a uma consulta médica anual foi de 90%. Quando comparados os acessos a consultas médicas por ano, na população SUS e na população com planos privados, verificou-se que, embora a probabilidade de consultar o médico seja menor entre indivíduos SUS, a análise temporal revela um aumento do acesso na população SUS muito mais expressivo nessa probabilidade entre os indivíduos desse grupo em relação àqueles com planos privados. O acesso a consultas médicas nos indivíduos de 0 a 5 anos e de mais de 50 anos estava se aproximando do grupo com planos privados. Tudo isso se deve, principalmente, ao importante incremento da ESF no estado, no período analisado.

Macinko (2018), analisando a PNS de 2013, verificou que a ESF foi a fonte regular de serviço para 79% das pessoas usuárias. Nesse estudo, o autor observou, a partir de dados das PNAD e da PNS, que apenas 0,61% da população referiu não ter procurado os serviços de saúde nos últimos 15 dias em função de não ter dinheiro, o que revela uma situação muito confortável em termos de barreiras financeiras. Ou seja, no SUS, apesar de atender às pessoas mais pobres do País, as barreiras financeiras ao acesso são muito baixas, e isso está ligado à capilaridade da APS. Além disso, verificou que a probabilidade de conseguir uma ou mais consultas médicas entre os mais pobres em 2013 superou o valor dos mais ricos em 1998 e 2003 e, em algumas regiões, em 2008, o que atesta o incremento temporal da equidade no acesso aos serviços de saúde. Constatou, também, que no quintil de renda mais pobre, 60,9% das pessoas têm sua cobertura de saúde na ESF; e apenas 7,2%, no sistema de saúde suplementar, o que mostra que esse modelo de APS chega efetivamente aos mais pobres. A cobertura da ESF passou a 56,6% no segundo quintil, a 50,8% no terceiro quintil, a 43,9% no quarto quintil e a 23,2% no quinto quintil mais rico. Nos primeiros quatro quintis de renda, a cobertura da ESF superou a do sistema de saúde suplementar; somente no quintil mais rico a cobertura da saúde suplementar superou a da ESF, atingindo, mesmo aí, 54,2% da população brasileira. Esses dados desmentem um posicionamento muito comum de que a APS no SUS é uma atenção prestada somente aos mais pobres. Esse estudo constatou que, em 2004, 17% das consultas na APS do SUS foram para pessoas com 60 anos ou mais; em 2015, chegaram a 27%. Isso coloca um papel fundamental da ESF no cuidado das pessoas idosas, o que é fundamental em função da transição demográfica brasileira.

A ampliação da APS no SUS, em especial a expansão da ESF, tem sido responsável pela melhoria dos resultados sanitários, seja na avaliação do estado de saúde, seja na redução da morbimortalidade, na melhoria de desfechos clínicos e até mesmo em outros setores socioeconômicos.

Macinko et al. (2006) avaliaram a ESF de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso à água e ao saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes. Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no País foi a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta da ESF. O estudo demonstrou que um aumento de 10% na cobertura do ESF foi responsável por uma diminuição de 4,56% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso à água foi responsável por uma diminuição de 2,92% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda per capita apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

Uma pesquisa sobre a saúde da família no Brasil, apresentada no período de 1998 a 2004, mostrou que a cobertura de ESF esteve associada com a melhoria de alguns indicadores de saúde (BRASIL, 2006). Os dados sobre a proporção média anual de crescimento na homogeneidade de cobertura vacinal por tetraavalente em menores de 1 ano de idade revelaram que quanto mais elevada a cobertura de ESF, maior foi o aumento do indicador entre 1998 e 2003. O indicador cresceu 5,73% para o estrato de menos de 20% de cobertura por ESF, 6,85% para o de 20% a 50% de cobertura, 7,80% para o de 50% a 70% de cobertura e 10,97% para o de 70% ou mais de cobertura. A variação média de queda na proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal cresceu com o aumento da cobertura de ESF nos estratos, revelando um gradiente. Os estratos de menos de 20% de cobertura e de 20% a 50% de cobertura apresentaram queda média anual de 7,95% e de 13,47%, e os estratos de 50% a 70% e de mais de 70% tiveram reduções de 15,45% e 19,04%. Verificou-se que a proporção de óbitos em menores de 1 ano por causas mal definidas caiu relativamente nos estratos de maior cobertura de ESF. A mesma tendência verificou-se na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e nas taxas de internações da população de 40 anos e mais por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva.

Aquino et al. (2009) estudaram o impacto da ESF sobre a mortalidade infantil em 721 municípios brasileiros no período de 1996 a 2004. Para isso, os municípios foram subdivididos em três categorias: cobertura de ESF incipiente, menor que 30% da população; cobertura de ESF intermediária, entre 30,0% e 69,9% da população; cobertura de ESF com valor igual ou maior que 70% da população e duração da ESF de menos de quatro anos; e cobertura consolidada de mais de 70% da população e duração igual ou maior de quatro anos. A expansão da ESF variou de 1% dos municípios em 1996 para 80% em 2004; a expansão de cobertura intermediária cresceu no mesmo período de 0,1% para 39,3%. Nesse período, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 26,6 para 16,1 mortes em crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil diminuíram, no período, em 16% para os municípios de cobertura incipiente, 23% nos municípios de cobertura intermediária e 22% nos municípios de cobertura consolidada. O efeito

da ESF foi maior na mortalidade pós-neonatal que na neonatal e nos municípios com altas taxas de mortalidade infantil e com baixo índice de desenvolvimento humano. Alguns processos críticos na mortalidade infantil cresceram com a implantação da ESF, como número de consultas médicas por habitante, percentual de mulheres com uma ou mais consultas pré-natais e coberturas vacinais de pólio, sarampo e difteria.

Reis (2009) analisou a influência da ESF na saúde infantil comparando períodos anteriores e posteriores à introdução dessa estratégia de APS em municípios brasileiros. As variáveis da saúde infantil foram estado de saúde autorreportado, número de dias de atividades restritas, número de dias de internações hospitalares, prevalência de vômito ou diarreia e número de vezes que as crianças receberam atenção médica. Os resultados indicaram que, para a maioria dos indicadores de saúde infantil utilizados na análise empírica, as crianças para as quais a ESF estava disponível no município durante o período pré-natal e nos primeiros anos de vida foram mais saudáveis que aquelas em que a ESF não era disponível.

Rocha (2009) avaliou políticas públicas organizadas em torno de intervenções nos níveis familiar e comunitário procurando estudar o impacto da ESF na mortalidade, no trabalho infantil, na frequência escolar e na oferta de trabalho adulto; para isso, compararam-se municípios que tinham e não tinham ESF. Nas regiões Norte e Nordeste, os municípios que estiveram há três anos na ESF reduziram a taxa de mortalidade infantil na ordem de 1,81 por mil a mais que os municípios que não estiveram no programa. Isso significa que, apenas por causa da ESF, um município que tivesse a mortalidade infantil igual à média brasileira em 1993 (que era de 27 por mil) e estivesse há três anos no programa reduziria, em média, 6,7% a taxa de mortalidade infantil a mais que um município que não estivesse no programa. Além disso, quanto maior o período que o município estivesse no programa, maior seria este efeito, com as estimativas chegando a ser de 20,0% quando o município estivesse há oito anos na ESF. Em relação à taxa de mortalidade de 1 a 4 anos, o impacto foi de uma redução de 0.07 por mil na taxa de mortalidade dos municípios que estiveram há três anos no programa maior que nos municípios que não estiveram no programa, o que significa uma redução de 6.2% da taxa de mortalidade se o município tivesse mortalidade igual à média brasileira em 1993. Esse efeito passaria a ser de 22,1% se o município estivesse no programa há oito anos. Note que o efeito na mortalidade infantil (até 1 ano) e de criança (de 1 a 4 anos) cresceu bastante com a duração do programa. O efeito da ESF sobre a taxa de mortalidade adulta do programa também foi importante. O impacto para os municípios que estiveram há três anos na ESF foi de uma redução da taxa de mortalidade de 0,11 por mil. Isso significa uma redução de 3,25% da taxa para os municípios que estiveram há três anos no programa. Esse efeito subiu para uma redução de 11,24% da taxa de mortalidade nos municípios que estiveram no programa há oito anos. A ESF impactou a frequência escolar. Quantitativamente, uma criança de um município que estivesse há quatro anos na ESF teve uma probabilidade 2,1% maior de frequentar a escola do que uma criança que estivesse em um município sem o programa. Já uma criança em um município que estivesse há oito anos teve uma probabilidade de 4,5% maior

de estar frequentando a escola na mesma comparação. Com relação aos resultados dos impactos da ESF sobre oferta de trabalho e emprego adultos, verificou-se que a ESF teve efeito positivo e significativo em ambos. Quantitativamente, uma pessoa que residia em um município que estava no programa há cinco anos teve 5,6% a mais de probabilidade de estar empregado, número este que sobe para 6,8% nos municípios que estivesse há oito anos no programa.

Rasella et al. (2010) procuraram verificar o impacto da ESF na mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em municípios brasileiros, no período de 2000 a 2006, decompondo seus efeitos em mortes por causas mal definidas e por outras causas. Os municípios foram divididos em categorias: sem cobertura de ESF; com baixa cobertura, menos de 30% da população; com cobertura intermediária, de 30,0% a 69,9% da população; e com alta cobertura, igual ou mais de 70,0%. No período analisado, a mortalidade em menores de 5 anos diminuiu de 24,7 para 19,3 por mil nascidos vivos. A mortalidade por causas mal definidas diminuiu de 2,1 para 0,4 por mil nascidos vivos. Contrariamente, no período, o número de municípios sem ESF diminuiu de 2.483 em 2000 para 367 em 2006, ao tempo em que os municípios com alta cobertura (igual ou maior que 70%) aumentaram de 851 para 3.432. Os resultados mostraram que a ESF teve sucesso em melhorar a qualidade das informações sobre as causas de morte e de reduzir o número de registros de mortes mal definidas, o que reforça achados de outros estudos (FRIAS et al., 2005; SZWARCOWALD, 2008).

Silva et al. (2010) fizeram uma avaliação econométrica dos efeitos da ESF sobre a mortalidade infantil no estado do Ceará e indicaram que a adoção dessa estratégia determinou uma diminuição de 4,3 pontos na taxa de mortalidade infantil. O coeficiente estimado para esse efeito, além de possuir o sinal correto, é estatisticamente significativo. Do ponto de vista da avaliação econômica, assumindo que a taxa de desconto empregada e a taxa de crescimento da renda individual futura possuem a mesma magnitude de forma a se anularem, sob a análise dos índices empregados, a ESF apresentou-se viável do ponto de vista econômico.

Schmidt et al. (2011), a partir da realização de análises ecológicas, sugerem que a ESF pode ter produzido uma diminuição de 8% nas mortes de adultos no Brasil, oito anos após sua introdução e que esta estratégia pode estar associada à diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares no País.

Marty (2011), comparando as unidades de ESF e as unidades convencionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, mostrou que, dos 17 indicadores de saúde selecionados, 7 (41%) apresentaram melhores resultados com o modelo ESF em relação com o convencional, sendo que 5 desses indicadores compõem o atributo acessibilidade. Na avaliação por atributos, a coordenação, a longitudinalidade e a integralidade evidenciaram uma tendência de melhores desempenhos nas unidades de ESF. As unidades convencionais não obtiveram melhores resultados em nenhum dos indicadores.

Cabral et al. (2012) compararam a incidência de doenças cardiovasculares recorrentes ou fatais em pessoas que usaram a ESF e as que usaram modelo convencionais de APS no município de Joinville, Santa Catarina. Foram acompanhadas, entre 2005 e 2010, 103 pessoas que utilizavam a ESF e 138 pessoas que utilizaram modelos convencionais. Acidentes vasculares cerebrais e infartos agudos do miocárdio ocorreram em 30,1% das pessoas usuárias no grupo da ESF e em 36,2% das pessoas usuárias do modelo convencional. 37,9% das pessoas usuárias da ESF e 54,3% das pessoas usuárias do modelo convencional faleceram no período. Seis anos após acidentes vasculares cerebrais, indivíduos atendidos pela ESF tiveram risco de morte 42% menor que pessoas sem ESF. A ESF reduziu a risco absoluto de morte em 16,4%. A conclusão dos autores é que a ESF é mais efetiva que os modelos convencionais de APS para prevenir mortes de acidentes vasculares cerebrais e de infartos agudos do miocárdio secundários.

Macinko (2011), após analisar vários estudos avaliativos da ESF no Brasil, considera que essa estratégia influiu positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros. As evidências analisadas mostraram: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos, o impacto na morbidade, a melhoria no acesso, a melhoria na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos, uma orientação “pró-pobres”, a melhoria do desempenho do SUS e a criação de um grupo de pesquisadores excelentes em várias partes do País.

Rasella et al. (2014) concluíram que a cobertura de ESF está associada à redução da mortalidade em doenças cardíacas e cerebrovasculares e que esse efeito aumenta com o tempo de implantação dessa estratégia nos municípios. Verificaram que a amplitude de cobertura tem um forte impacto com efeitos de curto prazo.

Guanais (2015), pesquisando um painel de dados de 4.583 municípios brasileiros entre 1998 e 2010, evidenciou que a ESF contribuiu para a mortalidade pós-neonatal no Brasil, mas que apresenta efeitos combinados com o Programa Bolsa Família, tornando-o, ao mesmo tempo, mais eficaz e se beneficiando de seus resultados.

Andrade et al. (2016) fizeram uma avaliação quantitativa e qualitativa da ESF no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais o que envolveu, inclusive, pesquisa de amostra domiciliar. Os resultados foram muito positivos: a cobertura de universal da população pela ESF, incluindo 91% das pessoas que tinham planos de saúde privados; 95% da população recebeu visita regular do ACS; 73% de estado de saúde autodeclarado muito bom ou bom; 100% da população esperada de pessoas com diabetes com diagnóstico; 89% das pessoas com diabetes com consulta médica regular; 85% das pessoas com hipertensão com consulta médica regular; 100% das gestantes com cartão pré-natal em dia; 94% das gestantes com captação precoce (menos de 3 meses); 96% das gestantes com 6 ou mais consultas; 100% das gestantes com exames de sangue e urina realizados; 99% das crianças com todas as vacinas recebidas; e redução das internações por diabetes e hipertensão arterial.

Bastos et al. (2017) encontraram 14 pesquisas em que houve uma associação entre alta cobertura de ESF e baixa mortalidade pós-neonatal. Quando o programa Bolsa Família foi considerado, o efeito da ESF na mortalidade de crianças foi maior. Houve uma associação entre alta cobertura de ESF e menor mortalidade em 92% dessas pesquisas. Essa pesquisa mostrou que houve associação entre o tempo de implantação da ESF no município e do grau de cobertura dessa estratégia. A mortalidade por doenças cerebrovasculares foi 31% menor; e por doenças isquêmicas e outras doenças cardiovasculares, foi 36% menor nos municípios com cobertura de ESF igual ou superior a 70% da população. O mesmo ocorreu com as internações por doença cerebrovasculares e por doenças cardiovasculares que foram muito menores nos municípios com cobertura de ESF igual ou maior de 70% da população.

Macinko (2018) encontrou que a ESF consolidada (mais de 70% de cobertura para 4 anos) esteve associada com reduções de taxas de mortalidade em crianças: na mortalidade neonatal, de 11% a 44%; na mortalidade pós-neonatal, de 17% a 31%; e na mortalidade em menores de 5 anos, de 12% a 13%.

A ESF tem impacto na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). As ICSAP foram propostas por Billings et al. (1996) tendo sido sua primeira aplicação feita no Brasil, sob inspiração da Prof.^a Bárbara Starfield (2002), por Alfradique (2001).

Perpétuo e Wong (2006) avaliaram as ICSAP em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 em que a cobertura de ESF, na média do estado, subiu de 13,8% para 51,6%. Nesse período, essas internações evitáveis ou desnecessárias tiveram uma queda de 12,6%. Estratificando por idade, as quedas foram: no grupo de 5 a 14 anos, 21,8%; no grupo de menores 1 ano, 19,3%; no grupo de 25 a 34 anos, 17,7%; no grupo de 45 a 54 anos, 17,0%; no grupo de 55 a 64 anos, 14,3%; no grupo de 15 a 24 anos, 8,9%; e no grupo de 65 anos ou mais, 8,6%.

Macinko et al (2010) analisaram as ICSAP no Brasil, por doenças crônicas, no período de 1999 a 2007, procurando associar com a ESF. Nesse período, essas internações declinaram em 14% para os homens e em 7% para as mulheres. As reduções nessas internações estiveram associadas com a cobertura populacional na ESF medidas por quintis. Os municípios com os quintis de cobertura pela ESF maiores (quintis 5) apresentaram internações 13% menores que os municípios com quintis de cobertura pela ESF menores (quintis 1). Altos níveis de cobertura pela ESF estiveram associados com quedas de 23% nas internações por asma. Acidente vascular encefálico e outras doenças cardíacas mostraram uma diminuição das internações menor, mas ainda significativa.

Junqueira (2011), trabalhando dados de Minas Gerais relativos às ICSAP entre 2007 e 2010, período em que a ESF teve prioridade significativa nas políticas de saúde estaduais, que revelam impactos positivos sobre essas condições de saúde: internações hospitalares por desidratação em menores de 5 anos: de 6.810 em 2007

para 2.560 em 2010, queda de 62,4% no período; internações por pneumonias em menores de 5 anos de idade: de 12.426 em 2007 para 6.378 em 2010, queda de 48,7% no período; nascidos vivos com menos de 2.500 gramas: de 21.365 em 2007 para 12.435 em 2010, queda de 41,8% no período; e óbitos em menores de 1 ano por infecções respiratórias agudas: de 613 em 2007 para 158 em 2010, queda de 74,2% no período.

Mendonça et al. (2012) estudaram as ICSAP no município de Belo Horizonte após a implantação, em larga escala, da ESF. Em um período de quatro anos, essas internações caíram 17,9%; no mesmo período, a queda das ICSAP foi bem menor, de 8,3%. As ICSAP diminuíram 22% nas mulheres moradoras de áreas de alta vulnerabilidade social, enquanto esse decréscimo foi de apenas 9% nas áreas de baixa vulnerabilidade social.

Hone et al. (2017) evidenciaram que, entre 2000 e 2013, as ICSAP caíram 37,9% na população parda/negra e 34,9% na população branca. A mortalidade diminuiu anualmente em 3,4% na população parda/negra e 2,9% na população branca. A expansão da ESF estava associada com uma redução de 15,4% na mortalidade por ICSAP na população parda/negra e de 6,8% na população branca. O mesmo fenômeno foi observado em relação a doenças específicas, como doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e diabetes.

Pinto e Giovanella (2018) examinaram a tendência histórica, no período de 2001 a 2016, das taxas padronizadas de ICSAP que passaram de 120 para 66 internações por 10 mil habitantes, o que representou uma redução de 45%. Analisando por municípios, houve uma redução de ICSAP de 48,6% nos municípios das capitais e de 24,0% nos municípios de capitais. As taxas padronizadas foram calculadas para as internações não sensíveis à atenção primária verificando-se que a redução nas ICSAP foi muito maior que nestas internações não sensíveis. Parece claro que a redução das ICSAP esteve associada ao aumento da cobertura da ESF.

O SUS, especialmente na sua política de APS, tem obtido reconhecimento nacional e internacional. No plano nacional, a ESF, 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.

Macinko (2014) considera que a política do SUS de consolidação da ESF significou uma contribuição à prática, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento do interesse pela APS no mundo.

Um editorial da importante revista médica *British Medical Journal*, de novembro de 2010 afirma: *“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. A ascensão política e econômica do Brasil no mundo deve englobar seu papel de liderança na atenção primária à saúde. Todos temos muito que aprender, façam o sistema funcionar corretamente e os resultados virão, mesmo com recursos limitados. Os formuladores de políticas em saúde no Reino Unido têm um histórico em observar os Estados Unidos na busca de exemplos de inovação na prestação de atenção à saúde, apesar de seus resultados relativamente fracos e dos altos custos. Eles poderiam aprender muito voltando seus olhares para o Brasil” (HARRYS; HAINES, 2011).

3. PESQUISAS DE OPINIÃO SOBRE O SUS

Outra forma de avaliar o SUS é por meio de pesquisas de opinião, especialmente das pessoas usuárias do SUS.

Cabe ressaltar que a saúde constitui o principal problema do País na opinião dos brasileiros, variando de 29% em 2008 a 45% em 2014 e a 49% em 2018 (DATA-FOLHA, 2014; DATAFOLHA, 2018).

Travassos (2005) fez uma comparação das PNAD 1998 e 2003 que apontou dados positivos em relação ao SUS, ainda que mantidos alguns padrões indesejados de desigualdade social na saúde. Na autoavaliação do estado de saúde, houve um pequeno decréscimo entre os dois anos na avaliação do estado de saúde como ruim ou muito ruim, mas uma diminuição muito significativa na população de maior idade. Esse decréscimo foi maior nas pessoas de mais baixa renda familiar. Na população idosa de mais de 65 anos, a queda foi de 18%. No que se refere ao acesso a serviços de saúde de uso regular, houve um aumento médio de 71,2% em 1998 para 79,3% em 2003. O acesso a serviços de saúde de uso regular variou, positivamente, no período, de 41,8% para 52,4% na APS e de 21,5% para 16,9% na atenção em ambulatorios hospitalares, o que pode ser efeito de aumento da cobertura dos cuidados primários. A proporção de pessoas que realizaram consultas médicas no ano anterior à entrevista variou de 54,7% para 62,8%, sendo significativa para todas as classes de rendimento familiar, para todos os serviços e para a população rural e urbana. Quanto ao uso de serviços de saúde, medido pela proporção de pessoas que procuraram esses serviços nas duas semanas anteriores à entrevista, houve um

incremento, entre 1998 e 2003, de 13,0% para 14,6% que derivou do uso por todos os grupos etários. O aumento do uso se deu nos dois sexos e em todas as classes de rendimento familiar; o maior aumento no uso se deu na APS; a melhoria no acesso foi acompanhada por maior procura e maior utilização; e houve redução das barreiras geográficas e financeiras para o consumo dos serviços de saúde. O que explicou o aumento do uso foi a utilização dos serviços que variou de 49,3% a 57,2% no período.

Zils et al. (2009), em um estudo realizado em Porto Alegre, compararam a satisfação dos usuários segundo os escores alto e baixo de APS, medidos pelo PCATool, mas agregando um questionário aplicado na última consulta. Os resultados mostraram diferenças significativas nas 12 variáveis que indicam a satisfação da atenção, sendo a satisfação de 95,6% na APS de alto escore e de 73,5% nas de baixo escore.

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa em 2011 (BRASIL, 2011) entrevistando 26.662 pessoas sobre a experiência no SUS em três áreas: APS, atenção odontológica e urgência e emergência. A consulta médica foi o atendimento mais procurado pelos entrevistados nos últimos 12 meses com 78,66%, seguida de medicamentos com 52,74%, exames de laboratório e vacinação, curativos e orientações com 44,81%. A atenção odontológica teve a menor procura (14,57%). A maioria dos entrevistados respondeu que foi atendida na APS: 62,02% na região Nordeste, 58,39% na região Sul, 53,80% na região Centro-Oeste, 53,76% na região Norte e 49,92% na região Sudeste. As visitas domiciliares dos ACS ou outros membros da equipe de APS nos últimos 6 meses foi de 50,27% na região Nordeste, 47,33% na região Norte, 43,83% na região Centro-Oeste, 40,16% na região Sul e 34,05% na região Sudeste. Entre os entrevistados que receberam visita do ACS, 72,73% consideraram sua atuação boa ou muito boa, 20,35% consideraram regular; e 5,97%, ruim ou muito ruim. Mais de 80% dos entrevistados procuraram uma Unidade Básica de Saúde nos últimos 12 meses. Dos entrevistados, 86,72% responderam que o tempo gasto para chegar à unidade de APS foi de até 30 minutos, o que está de acordo com as políticas de descentralização dos cuidados primários para a proximidade das residências das pessoas usuárias. Dos entrevistados, 34,02% esperaram até 30 minutos entre o momento da chegada à unidade de APS e o momento do atendimento; 19,26% aguardaram até 1 hora; 19,78%, até 2 horas; 12,80% até 4 horas; 7,69%, mais de 4 horas; e 5,06% não foram atendidos. Ademais, 50,92% dos entrevistados foram atendidos no mesmo dia pelo médico; 6,90%, no dia seguinte; 12,23%, em até uma semana; 5,93%, em até duas semanas; 9,10%; em até um mês; e 12,82%, em mais de um mês. Dos respondentes, 71,9% avaliaram o atendimento do médico como bom e muito bom; 17,29%, como regular; e 9,92%, como ruim ou muito ruim. Ainda, 62,96% dos respondentes avaliaram o atendimento da equipe de enfermagem como bom ou muito bom, 25,93% consideraram regular e 10% avaliaram como ruim ou muito ruim. Além do mais, 79,68% avaliaram o atendimento do dentista como bom ou muito bom; 11,73%, como regular, e apenas 7,58% consideraram o atendimento ruim e muito ruim. Dos entrevistados, 84,67% responderam que sua demanda foi resolvida ou parcialmente resolvida; e

14,25%, não foi resolvida. Entre os entrevistados que receberam encaminhamento para exames, 69,65% conseguiram realizá-los integralmente ou parcialmente, e 30,36% não realizaram. Em relação às consultas com especialista, 65,12% realizaram integralmente ou parcialmente, e 34,87% não realizaram. Entre os entrevistados encaminhados para unidades de urgência, 72,79% foram atendidos. Entre os respondentes que receberam encaminhamento para internação hospitalar, 75,64% conseguiram ser internados, e 24,36% não foram internados. Dos entrevistados, 56,75% buscaram a medicação na Unidade de APS, 18,66% compraram na rede privada, 9,88% não receberam a medicação, 7,41% buscaram na Rede Farmácia Popular, 3,69% receberam no hospital e 1,15 recebeu na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Apenas 17,92% dos entrevistados buscaram atendimento odontológico nos últimos 12 meses. Quase 40% dos respondentes procuraram serviços de urgência, e 39,48% dos entrevistados procuraram unidades de urgência nos últimos 12 meses. Dos atendimentos de urgência, 55,34% foram em prontos-socorros; 21,84%, em unidades 24 horas; e 21,04%, em UPA. Dos entrevistados, 38,83% esperaram até 30 minutos para serem atendidos nas unidades de urgência; 16,85% esperaram até 1 hora; 16,75% esperaram até 2 horas; 12,13%, até 4 horas; 9,59%, mais de 4 horas, e 4,52% não foram atendidos. Se tomarmos o critério adotado no Reino Unido para atendimento de urgência que deve ser feito em um prazo de 4 horas (MORRIS, 2018), pode-se inferir que a situação do SUS é bastante confortável. Dos entrevistados, 51,75% avaliaram o atendimento nas unidades de urgência como bom ou muito bom; 25,50%, como regular; e 21,75%, como ruim ou muito ruim. Dos pesquisados, 69,42% recomendariam a unidade de urgência onde foram atendidos para um amigo ou familiar. Dos entrevistados, 58,77% realizaram integralmente as consultas com especialistas, 7,64% realizaram parcialmente, e 33,59% não realizaram. Dos entrevistados que utilizaram o SUS nos últimos 12 meses, 76,74% não possuem planos privados de saúde, e 23,26% os possuem. Dos entrevistados, 36,16% avaliaram o SUS como bom e muito bom, 34,04% avaliaram como regular, e 28,64%, como ruim ou muito ruim.

O Sistema de Indicadores de Percepção Social, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), é uma pesquisa domiciliar realizada com as famílias brasileiras, com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas. O IPEA fez, em 2011, uma pesquisa sobre a saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011). A percepção da população sobre o SUS considera aspectos relacionados com a experiência pessoal, com as expectativas de atendimento e com as informações recebidas por meio de diferentes meios de comunicação. A avaliação da ESF foi de 80,7% muito bom ou bom, 14,0% regular e 5,4% ruim ou muito ruim. A avaliação da distribuição de medicamentos foi de 69,6% muito bom ou bom, 19,4% de regular e 11% ruim ou muito ruim. A avaliação dos médicos especialistas foi de 60,6% de muito bom ou bom, 20,7% regular e 18,8% ruim ou muito ruim. Avaliação dos serviços de urgência e emergência foi de 48,1% de muito bom ou bom, 20,5% regular e 31,4% ruim ou muito ruim. Há variações nas avaliações entre as regiões do País. Na opinião de 28,9% dos entrevistados, os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS são muito bons

ou bons; 42,6%, regulares; e 28,5%, ruins ou muito ruins. Comparada a percepção sobre os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, de maneira geral, entre os entrevistados que relataram ter utilizado ou acompanhado alguém de sua família na utilização de pelo menos um dos serviços pesquisados e aqueles que declararam não ter utilizado serviços do SUS; entre os primeiros, ou seja, aqueles que tiveram alguma experiência com os serviços do SUS nos últimos 12 meses, a proporção de opiniões de que esses serviços são muito bons ou bons foi maior (30,4%) do que entre os segundos (19,2%). A proporção de opiniões de que os serviços prestados pelo SUS são ruins ou muito ruins foi maior entre os entrevistados que não tiveram experiência com algum dos serviços pesquisados (34,3%), em comparação com aqueles que tiveram (27,6%). Essa é uma característica que aparece nas pesquisas de opinião sobre o SUS e que nesta pesquisa se confirma. Os percentuais das avaliações como muito bom ou bom para todos os serviços pesquisados, de maneira isolada, foram mais elevados que os percentuais deste mesmo tipo de avaliação a respeito dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, de maneira geral, para o Brasil. Isso se explica pelo fato de que a avaliação dos serviços específicos foi realizada apenas pelos entrevistados que haviam utilizado ou acompanhado algum familiar na utilização do serviço em questão. Isso é corroborado pela observação de que a proporção de avaliações positivas dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS foi maior entre os entrevistados que haviam utilizado ou acompanhado algum familiar na utilização, pelo menos uma vez, de um dos serviços pesquisados. Ou seja, as pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam. Os principais problemas do SUS na perspectiva de quem o utilizou foram: falta de médicos, 57,9%; demora para ser atendidos nos postos de saúde, centros de saúde ou hospitais, 35,9%; e demora para conseguir uma consulta com especialista, 34,9%. Ou seja, o problema do acesso aos serviços constitui, na perspectiva das pessoas usuárias do SUS, o principal problema; e uma das formas sugeridas para resolvê-lo é o aumento do número de médicos. O principal ponto positivo do SUS, de acordo com a percepção dos entrevistados, é o acesso gratuito aos serviços de saúde prestados por esse sistema (52,7%), o atendimento universal (48,0%) e a distribuição gratuita de medicamentos (32,8%). Esses valores são muito próximos aos dos entrevistados que não utilizaram o SUS. Isso significa um apoio geral de todos os entrevistados a um sistema público e universal de atenção à saúde. Entre os entrevistados que têm ou tiveram plano de saúde, as principais razões para se incorporarem ao sistema de saúde suplementar foram maior rapidez para realizar consulta ou exame (40,0%), benefício fornecido gratuitamente pelo empregador (29,2%); a maior liberdade para escolha do médico (16,9%). Os principais problemas do sistema de saúde suplementar foram preço da mensalidade (39,8%), não cobertura de procedimentos ou doenças (35,2%), não cobertura de procedimentos necessários (21,9%), demora para conseguir consulta com especialista (18,5%), rede de atendimento restrita (15,8%) e demora do atendimento em clínicas ou hospitais (15,3%).

A pesquisa Datafolha (2014) sobre a saúde no Brasil foi feita entrevistando 2.109 pessoas em 140 municípios. A percepção da saúde como ótima ou boa foi de 6%

para a população total, 3% para quem tinha plano de saúde e 7% para quem não tinha plano de saúde. A percepção da saúde como regular foi de 32% na população total, 27% para quem tinha plano de saúde e 33% para quem não tinha plano de saúde. A percepção da saúde como ruim ou péssima foi de 62% na população total, 70% para quem tinha plano de saúde e 59% para quem não tinha plano de saúde. Ou seja, a percepção da saúde como ruim ou péssima foi muito superior entre os que tinham planos de saúde em relação aos que não os tinham. Nas maiores cidades, a avaliação dos que perceberam a saúde como ruim ou péssima atingiu 70% da população total. As razões para a má saúde para a população total foram: poucos médicos e enfermeiros, 45%; atendimento ruim, 40%; falta de recursos, 23%; má gestão do governo, 16%; má qualidade dos médicos, 9%; e poucos hospitais e postos de saúde, 6%. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde foram mencionadas por 63% dos que não tinham planos de saúde e por 58% dos que tinham, sendo, portanto, alta no SUS e na saúde suplementar. Na população que não tem plano de saúde, 10% avalia o SUS como ótimo ou bom; e na população que tem plano de saúde, isso baixa para a metade, 5%. Dos que não têm plano de saúde, 44% avaliam os planos privados como ótimos ou bons, o mesmo percentual dos que têm plano de saúde. A utilização de serviços pela população total foi de 54% na consulta médica, de 53% na busca de medicamentos gratuitos, de 44% em exames laboratoriais, de 40% em serviços de urgência ou emergência, de 15% em internações clínicas, de 12% em atenção domiciliar e de 10% em internação cirúrgica. A avaliação desses serviços no SUS, em uma nota de 0 a 10, foi: consulta médica, 6,2; medicamentos gratuitos, 7,2; exames laboratoriais, 6,7; serviços de urgência e emergência, 5,7; internações clínicas, 6,6; atendimento domiciliar, 6,2; internação cirúrgica, 6,4. Diante da frase é preferível pagar menos impostos ao governo e contratar serviços particulares de saúde, responderam sim 56% dos que têm plano de saúde e 44% dos que não têm esses planos privados; diante da frase é preferível pagar mais impostos ao governo e receber serviços gratuitos de saúde, responderam sim 36% dos que têm plano de saúde e 46% dos que não os têm. A avaliação dos entrevistados que possuem planos privados de saúde foi de 69% de ótimo e bom, 26% de regular e 3% de ruim ou péssimo.

A PowerPoder360 (2017) fez uma pesquisa telefônica sobre a saúde no Brasil com 4.133 entrevistas em 178 municípios brasileiros. Essa pesquisa não discriminou pessoas que utilizavam o SUS e os planos privados de saúde. Com relação à saúde pessoal, 18% se consideraram muito saudáveis; 62%, mais ou menos saudáveis; 6%, pouco saudáveis; e 7%, nem um pouco saudáveis. Em relação aos serviços de saúde, a avaliação foi para médicos e profissionais de saúde: 39% positiva, 45% regular e 10% negativa; para os planos privados de saúde: 15% positiva; 41% regular e 26% negativa; para os hospitais: 11% positiva, 27% regular e 39% negativa; sobre o futuro da saúde no Brasil: 32% acham que vai melhorar, 32% acham que não vai melhorar e 24% acham que vai ficar igual.

O Datafolha (2018), por encomenda do Conselho Federal de Medicina, fez uma pesquisa de opinião dos brasileiros sobre o sistema público de saúde nacional no

ano de 2018. Foram realizadas 2.087 entrevistas com brasileiros de 16 ou mais anos de idade. A saúde foi considerada a primeira prioridade do governo federal para 39% dos usuários do SUS e para 40% dos não usuários do SUS, seguida de educação (21%), combate à corrupção (14%), combate ao desemprego (14%), segurança (6%), moradia (3%), transporte (1%), custo de vida (1%) e meio ambiente (0,3%). Em uma escala de 0 a 10, a avaliação dos serviços públicos e privados foi de 10% bom ou excelente, 34% regular e 55% ruim ou péssimo. No período de 2014 a 2018, a avaliação bom ou excelente variou de 7% a 10%, a avaliação regular variou de 32% a 34% e a avaliação ruim ou péssima variou de 60% a 55%, mostrando uma melhoria nesse tempo. A utilização de serviços nos últimos dois anos variou: consulta médica em posto de saúde, 78%; atendimento em posto de saúde, 72%; exame laboratorial, 62%; acesso gratuito a medicamento, 62%; atendimento em urgência em pronto-socorro ou UPA, 54%; exames de imagem como raios X, tomografia, ultrassom e ressonância magnética, 47%; consulta com médico especialista, 42%; internações hospitalares em leitos comuns, 28%; atendimentos de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais não médicos, 26%; realização de cirurgias, 20%; internações em leitos de UTI, 13%; e atendimentos domiciliares por médicos, 11%; e procedimentos específicos como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e outros, 9%. A facilidade de acesso aos serviços de saúde apresentou variações significativas. Acesso a vacinas: muito fácil 5%, fácil 82%, difícil 11% e muito difícil 2%; acesso a exames laboratoriais: muito fácil 2%, fácil 63%, difícil 28% e muito difícil 6%; atendimentos nos postos de saúde: muito fácil 2%, fácil 60%, difícil 30% e muito difícil 7%; acesso gratuito a medicamentos: muito fácil 3%, fácil 59%, difícil 30% e muito difícil 8%; acesso a atendimento em urgência em pronto-socorro ou UPA: muito fácil 2%, fácil 54%, difícil 33% e muito difícil 10%; internações hospitalares em leitos comuns: muito fácil 1%, fácil 44%, difícil 39% e muito difícil 13%; acesso à atenção médica domiciliar: muito fácil 2%, 39%, difícil 35% e muito difícil 17%; acesso a consultas médicas em postos de saúde: muito fácil 2%, fácil 44%, difícil 40% e muito difícil 13%; acesso a procedimentos específicos como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e outros: muito fácil 1%, fácil 32%, difícil 41% e muito difícil 18%; acesso a atendimentos por nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais não médicos: muito fácil 1%, fácil 37%, difícil 44%, muito difícil 15%; acesso a exames de imagem: muito fácil 1%, fácil 34%, difícil 42% e muito difícil 21%; acesso a internações em leitos de UTI: muito difícil 1%, fácil 31%, difícil 39% e muito difícil 25%; acesso a cirurgias: muito fácil 1%, fácil 30%, difícil 45% e muito difícil 23%; acesso a consultas com médicos especialistas: muito fácil 2%, fácil 23%, difícil 44% e muito difícil 30%. A avaliação geral dos entrevistados da satisfação com os serviços utilizados no SUS foi de 39% bom ou excelente, 38% regular e 22% ruim ou péssimo. Essa avaliação variou entre diferentes serviços utilizados. Para vacinas: 66% bom ou excelente, 26% regular e 8% ruim ou péssimo; para atendimentos de profissionais não médicos: 44% bom ou excelente, 41% regular e 14% ruim ou péssimo; para exames de laboratório: 52% bom ou excelente, 33% regular e 14% ruim ou péssimo; para procedimentos específicos, como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e outros: 45% bom ou excelente, 36% regular e 16% ruim ou péssimo; para me-

dicamentos gratuitos: 49% ótimo ou excelente, 33% regular e 18% ruim ou péssimo; para atendimento médico domiciliar: 51% ótimo ou excelente, 31% regular e 18% ruim ou péssimo; para consulta médica em posto de saúde: 41% ótimo ou excelente, 41% regular e 18% ruim ou péssimo; para realização de cirurgias: 53% ótimo ou excelente, 28% regular e 19% ruim ou péssimo; para internações hospitalares em leitos comuns: 41% ótimo ou excelente, 31% regular e 18% ruim ou péssimo; para exames de imagem: 46% ótimo ou excelente, 32% regular e 21% ruim ou péssimo; para atendimentos nos postos de saúde: 42% ótimo ou excelente, 37% regular e 22% ruim ou péssimo; para consultas com médicos especialistas: 38% ótimo ou excelente, 37% regular e 23% ruim ou péssimo; para atendimento de urgência em pronto-socorro ou UPA: 36% ótimo ou excelente, 40% regular e 23% ruim ou péssimo; para internações em leitos de UTI: 44% ótimo ou excelente, 27% regular e 29% ruim ou péssimo. Para os entrevistados, as principais causas de mau atendimento do SUS foram: o tempo de espera é demorado, 24%; faltam recursos financeiros para o SUS, 15%; má gestão do SUS, 12%; falta de médicos, 10%; dificuldades de marcar ou agendar consultas ou procedimentos, 10%; dificuldade de realizar cirurgias, 8%; dificuldade de conseguir exame de imagem, 6%; insuficiência de leitos de UTI, 5%; falta de profissionais não médicos, 3%; falta de medicamentos e materiais, 3%; número de leitos comuns insuficiente 2%; e dificuldade de obter exames laboratoriais, 1%. Os principais motivos para o bom atendimento do SUS foram: o tempo de espera para o atendimento é curto, 17%; há médicos suficientes para atender, 17%; é fácil conseguir exame de laboratório, 10%; é fácil saber como usar os serviços do SUS, 10%; é fácil marcar ou agendar os procedimentos e consultas, 7%; a boa gestão do SUS, 7%; há profissionais não médicos em número adequado, 5%; há materiais e medicamentos, 5%; o número de leitos de UTI é suficiente, 5%; é fácil conseguir exame de imagem, 3%; os recursos financeiros são suficientes, 3%; é fácil conseguir uma cirurgia, 2%; e o número de leitos comuns é suficiente, 1%. Os entrevistados fizeram uma avaliação dos atendimentos do SUS, e houve variações: para qualidade do atendimento de emergência: 27% ótimo ou excelente, 34% regular e 34% ruim ou péssimo; para obtenção de medicamentos gratuitos: 29% ótimo ou excelente, 30% regular e 37% ruim ou péssimo; para facilidade de ser atendido por médicos em postos de saúde: 26% ótimo ou excelente, 33% regular e 38% ruim ou péssimo; para facilidade de ser atendido em hospitais e postos de saúde: 25% ótimo ou excelente, 34% regular e 40% ruim ou péssimo; para tempo de espera para realizar exames laboratoriais: 24% ótimo ou excelente, 31% regular e 40% ruim ou péssimo; para qualidade das instalações de hospitais, postos de saúde e outras unidades de saúde: 21% ótimo ou excelente, 34% regular e 42% ruim ou péssimo; para quantidade de hospitais e postos de saúde: 21% ótimo ou excelente, 34% regular e 42% ruim ou péssimo; facilidade para ser atendidos pelos profissionais de saúde: 18% ótimo ou excelente, 30% regular e 45% ruim ou péssimo; qualidade da administração das unidades de saúde: 20% ótimo ou excelente, 32% regular e 45% ruim ou péssimo; para facilidade para internação em leitos comuns: 16% ótimo ou excelente, 28% regular e 48% ruim ou péssimo; para facilidade de internação em leito de UTI: 11% ótimo ou excelente, 23% regular e 52% ruim ou péssimo; para facilidade para ser aten-

dido por médico especialista: 16% ótimo ou excelente, 27% regular e 52% ruim ou péssimo; para tempo de espera para conseguir uma consulta: 15% ótimo ou excelente, 27% regular e 55% ruim ou péssimo; tempo de espera para realizar exames de imagem: 13% ótimo ou excelente, 24% regular e 58% ruim ou péssimo; e para tempo de espera para fazer cirurgias: 9% ótimo ou excelente, 18% regular e 61% ruim ou péssimo. A pesquisa procurou medir as expectativas de atendimentos comparando os anos de 2014, 2015 e 2018: para a marcação ou realização de consultas, exames, procedimentos ou cirurgias: 30%, 29% e 39%; para expectativa de tempos de espera para marcação ou realização de consultas, procedimentos e cirurgias: até 1 mês, 24% 19% e 16%; de 1 a 6 meses, 47%, 39% e 39%; de 6 a 12 meses, 13%, 16% e 16%; de mais de 12 meses, 16%, 25% e 29%. Para os entrevistados, as prioridades para os políticos e gestores aperfeiçoarem o SUS foram: combater a corrupção na saúde, 26%; reduzir o tempo de espera por consultas, exames, cirurgias eletivas e outros procedimentos, 18%; fiscalizar a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, 13%; construir mais postos de saúde, hospitais e UPA, 11%; oferecer melhores condições de trabalho e de remuneração aos médicos, 9%; manter a oferta de serviços gratuitos no SUS de todos os tipos e prestados a todas as pessoas, 8%; ampliar o acesso aos medicamentos gratuitos, 6%; aumentar o número de leitos comuns e de UTI nos hospitais, 5%; e oferecer práticas alternativas no SUS, 1%.

Há algumas pesquisas de opinião realizadas exclusivamente sobre os cuidados primários.

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG (2011) realizou uma pesquisa em Belo Horizonte para monitorar desempenho, resultados e satisfação das pessoas usuárias com a ESF, construída com base em seis atributos da APS e aplicada a 512 equipes de saúde da família que apresentou os seguintes percentuais de satisfação em relação aos atributos definidos: 86,6% para a integralidade, 86,0% para a orientação comunitária, 84,9% para o primeiro contacto, 78,4% para a orientação familiar, 75,2% para a longitudinalidade e 61,4% para a coordenação da atenção.

Macinko (2018), utilizando dados da PNAD 2003 e da PNS 2013, procurou verificar a qualidade e satisfação das pessoas usuárias do SUS com os serviços recebidos. Os dados estão na Tabela 1.

Tabela 1: Qualidade e satisfação com serviços de saúde, usuários do SUS, 2003 e 2013

Porcentual que avalia como boa/muito boa	2003	2013
Médico fornece explicações claras	80,1%	91,1%
Limpeza das instalações	79,2%	83,4%
Custos de transporte	68,8%	72,2%
Médico dá tempo para fazer perguntas	65,9%	85,0%
Espaço físico suficiente	63,9%	82,6%
Tempo de espera	45,4%	61,6%
Atendimento médico	90,3%	89,0%
Acolhimento	86,0%	84,6%
Privacidade adequada	83,3%	79,3%
Equipamentos e suprimentos disponíveis	87,7%	78,8%

Fonte: Macinko (2018).

O exame da Tabela 1 revela que os itens avaliados alcançam percentuais elevados de avaliação boa e muito boa. O único item, em 2013, com avaliação inferior a 72% foi o tempo de espera pelos serviços. Essa tabela mostra que as variações entre 2003 e 2013 foram favoráveis em seis itens, estável em padrões altos em três itens e desfavorável no item de equipamentos e suprimentos disponíveis.

4. UM BALANÇO DAS AVALIAÇÕES DO SUS

Como se viu, há diferenças significativas entre os resultados das pesquisas científicas que avaliam o SUS e as pesquisas de opinião.

As opiniões da população brasileira, captadas em pesquisas de opinião realizadas em tempos distintos e por diferentes entidades, expressam uma percepção mais negativa do SUS.

O exame das pesquisas de opinião permite fazer algumas conclusões gerais: a saúde é o setor prioritário para as ações governamentais no nosso país; em geral, as avaliações da população obtidas nessas pesquisas não é muito positiva, nem no SUS, nem no sistema privado de saúde suplementar; as avaliações do sistema privado de saúde suplementar são melhores que as do SUS; o grande problema do SUS, na opinião dos entrevistados, está no acesso oportuno aos serviços de saúde que se manifesta em tempos de espera exagerados e em filas muito grandes e demoradas, ainda que haja grandes diferenças entre os diversos serviços ofertados; os serviços mais críticos em termos de acesso oportuno são o acesso a médicos especialistas, a

exames especializados, a leitos de UTI e a cirurgias; e as opiniões de quem efetivamente utiliza o SUS são mais favoráveis do que as das pessoas que não o utilizam, em geral usuários do sistema privado de saúde suplementar.

Em realidade, o acesso oportuno aos serviços críticos parece ser, na opinião das pessoas usuárias, o grande gargalo do SUS e, por essa razão, deve constituir uma alta prioridade estratégica para a consolidação de nosso sistema público de atenção à saúde.

Isso será tratado nos capítulos que discutem a organização microeconômica do SUS, especialmente por meio da racionalização do acesso às unidades de saúde e do manejo das filas. Para isso, será fundamental integrar o SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), fortalecer a APS como coordenadora dos fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dessas redes, implantar novos modelos de atenção à saúde, especialmente os modelos de atenção às condições crônicas e mudar, radicalmente, o modelo de regulação da oferta praticado atualmente e que se esgotou, instituindo um modelo alternativo de regulação da saúde da população.

Em parte, a avaliação rigorosa do SUS pela população decorre de relatos de aspectos negativos do SUS presentes, cotidianamente, na mídia nacional. Raramente, essa mídia divulga os aspectos positivos do SUS, o que influencia a construção social de uma percepção negativa da população, usuária ou não desse sistema, em relação a ele.

Sem querer negar que esse Sistema tem muitos problemas a superar, pode-se constatar que a imagem difundida pela mídia tende a mostrar um SUS que é bem pior que na sua realidade objetiva. O bordão de que a saúde pública brasileira é um caos não condiz com a realidade dos serviços prestados pelo SUS em todo o País e, nem mesmo, com as opiniões das pessoas usuárias.

Quando se analisa o SUS a partir de evidências produzidas por pesquisas científicas, verifica-se que há uma grande diferença em relação aos resultados apresentados pelas pesquisas de opinião.

Os avanços do SUS analisados nas perspectivas das evidências sobre seus recursos, sobre sua produção e sobre as políticas e programas de excelência desenvolvidos mostram uma realidade bem favorável. Definitivamente, o SUS real captado por avaliações rigorosas que geram evidências em termos de seus resultados não corresponde ao SUS inscrito nas percepções da população e cuja imagem negativa é difundida diariamente na mídia nacional, em todos os cantos de nosso país.

O conflito entre a racionalidade objetiva e as percepções subjetivas – tal como manifesto na avaliação do SUS – é explicado por Youval Harari, professor de história da Universidade Hebraica de Jerusalém (HARARI, 2018). Segundo esse autor, o campo da racionalidade que se expressa em o que se pensa difere do campo da opinião em que prevalece o que se sente. Pesquisas de opinião, contrariamente

às pesquisas que produzem evidências científicas, dizem respeito a sentimentos, e não à racionalidade humana. Ademais, são esses sentimentos, e não a razão, que se expressam fortemente nas eleições democráticas e nas pesquisas de opinião de programas e políticas públicas.

O caso dos Estados Unidos é interessante nesse aspecto. Ainda que as evidências produzidas demonstrem que os gastos em saúde nessa nação são muito maiores que os de outros países desenvolvidos, as pesquisas de opiniões feitas com a população daquele país mostraram que 69% dos entrevistados consideraram que esses gastos eram muito baixos (BLENDON et al., 2019).

De outra forma, Guimarães Rosa se manifesta magistralmente sobre o tema das opiniões: “Enfim, cada um o que quer que aprove, o senhor sabe: pão ou pães, é questão de opiniões” (ROSA, 1986).

Cabe aqui ressaltar que um dos problemas críticos do SUS, pouco mencionado, é da ausência de uma política de comunicação. Essa falha manifesta-se no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. É preciso, sem negar os graves problemas que o SUS apresenta, desvelar muitas de suas qualidades e compartilhá-las com a população brasileira, de forma constante e profissional.

Michael Marmot, uma das maiores autoridades no mundo em determinação social da saúde, ao analisar o que vem ocorrendo em escala mundial com as desigualdades em saúde, utilizando pesquisas científicas robustas que produziram evidências inquestionáveis sobre sua redução, falou de um otimismo baseado em evidência (MARMOT, 2018).

Da mesma forma, é possível, a partir das evidências produzidas pelo SUS em seus 30 anos em termos de resultados sanitários, falar-se de um otimismo baseado em evidência para contrapor-se ao pessimismo baseado em opiniões, vigente em nosso país.

Isso não significa negar os graves problemas que o SUS tem de superar em sua caminhada futura. Além disso, não se deve imaginar que o SUS é um sistema de atenção à saúde cujo único problema é o seu desfinanciamento. É certo que o SUS é subfinanciado, mas há vários outros problemas que devem e podem ser superados. Ou seja-se, fala-se aqui de um otimismo responsável e realista. Alguns desses problemas críticos do SUS serão analisados nos próximos capítulos.

Parece útil ouvir a advertência de Martin (2017) feita em livro em que propõe seis ideias para melhorar o sistema de atenção à saúde canadense: “devemos destinar menos tempo em discutir quão bom é o nosso sistema de saúde e canalizar nossas energias em descobrir caminhos para torná-lo melhor”.

É o que se pretende fazer nos próximos capítulos.

REFERÊNCIAS

AKHAVAN, D. **Análise de custo-efetividade do programa de controle da doença de Chagas no Brasil**: relatório final. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1998.

ALFRADIQUE, M. E. **As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS**. Belo Horizonte: mimeo, 2001.

ALMEIDA, A. T. C et al. **Avaliação econômica do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: Ipea, 2017.

ANDRADE, M. V. et al. **Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1999-2008**: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares. Belo Horizonte: CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

ANDRADE, M. V. et al. **Pesquisa de avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais/Universidade Federal de São João del Rei, 2016.

AQUINO, R. OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

BARONI, L. L. UOL Notícias. **6 programas de saúde pública do Brasil considerados referências no mundo**. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/06/05/6-programas-de-saude-publica-do-brasil-considerados-referencia-no-mundo.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 15 abr. 2018.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BASTOS, M. L. et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **PLoS One**, v. 12, n. 8, e0182336, 2017. Doi: 10.1371/journal.pone.0182336. eCollection 2017.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018.

BILLINGS, J. ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BLENDON, R. J. et al. The upcoming US health care cost debate: the public's views. **New England Journal of Medicine**, v. 380, n. 26, p. 2487-2492, 2019. Disponível em: DOI: 10.1056/NEJMp1905710. Acesso em: 12 ago. 2019.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BOUSQUAT, A. et al. Tipologia de unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33. N. 8, e00037316, 2017.

BOWEN, S.; ZWI, A. B. Pathways to evidence in informed policy and practice: a framework for action. **PLoS Medicine**, v. 2, n. 7, e166, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2015**. Brasília: Anvisa; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de avaliação da atenção primária à saúde**: PCATool-Brasil. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados e no Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018.

BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 18-22, 2006. Suplemento.

CABRAL, N. L. et al. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 12, e90-95, 2012. doi:10.2105/AJPH.2012.301024.

CAETANO, R. et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2513-25-25, 2017.

CAMPBELL, S. M. et al. **Anlysis for policy**: evidence-based policy in practice. London: Government Social Research Unit, 2007.

CARMO, G. M. I. et al. Decline in diarrhea mortality and admissions after routine childhood rotavirus Immunization in Brazil: a time-series analysis. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 4, e1001024, 2011.

CARVALHO, M. N et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016.

CASTRO, C. G. S. O. et al. Policy change and the National Essential Medicines List development process in Brazil between 2000 and 2014: has the essential medicine concept been abandoned? **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 122, n. 4, p. 402-412, 2017.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CILISKA, D. et al. **An introduction to evidence-based public health and a compendium of critical appraisal tools for public health practices**. Hamilton: National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2008.

COURA, J. R.; DIAS, J. C. Epidemiology, control and surveillance of Chagas disease: 100 years after its discovery. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 104, p. 31-40, 2009. Suplemento 1.

COUTO, R. C. et al. **Erros acontecem, a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**: construindo um sistema de saúde mais seguro. Belo Ho-

rizonte: Faculdade de Medicina da UFMG/Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, 2016.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Health Future, 1991.

DATAFOLHA. **A saúde no Brasil**. São Paulo: Datafolha/Interfarma, 2014.

DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde**. São Paulo: Datafolha/Conselho Federal de Medicina, 2018.

DATASUS. **Mural Datasus**. 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/multimedia/comunicacao/mural-datasus/991-mural-datasus>. Acesso em: 14 maio 2019.

DAVIES, P. **Is evidence-based government possible?** London: Cabinet Office, Prime Minister's Strategy Unit, 2004.

DAVIES, P.; BORUCH, R. The Campbell Collaboration. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7308, p. 294-295, 2001.

DIAS, J. C. P. Southern Cone Initiative for the elimination of domestic populations of *Triatoma infestans* and the interruption of transfusion Chagas disease: historical aspects, present situation, and perspectives. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 102, p. 11-8, 2007. Supplement 1,

DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 7-86, 2016. Número especial,

DOMINGUES, R. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive Health**, v. 13, p. 115, 2016. Supplement 3.

DOURADO, I. et al. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 9-17, 2006. Suplemento.

DUBOIS, C. A. SINGH, D.; JIWANIET, I. The human resource challenge in chronic care. In: NOLTE, E.; McKEE, M. (eds.). **Caring people with chronic conditions: a health system perspective**. Maindehead: Open University Press, 2008.

DUNCAN, D. T.; KAWACHI, I. **Heighborhoods and health**. New York: Oxford University Press, Second edition, 2018.

ELIAS, P. E. 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**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

EMMERICK, I. C. et al. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. **Human Resources for Health**, v. 12, p. 34, 2014.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAFARD, P. **Evidence and healthy public policy: insights from health and political sciences**. Ottawa: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, 2008.

FERNANDES, A. P. et al. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3903-3914, 2017.

FERRAZ, M. B. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde: economia da saúde ou saúde da economia?** Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica, 2008.

FERREIRA, P. A. A. **Efeitos do co-pagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular**. 2015. Tese de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, s43-s51, 2005. Suplemento 1.

GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

GARCIA, M. M.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GRAY, M. **Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health**. Edinburgh: Churchill Livingstone, Third Edition, 2009.

GUANAIS, F. C. Health equity in Brazil. **British Medical Journal**, v. 341, c6542, 2010.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998–2010. **American Journal of Public Health**, v. 105, S593-S599, 2015. Supplement 4.

HARARI, Y. N. **21 lições para o século XXI**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

HARRYS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme: Editorial. **British Medical Journal**, v. 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: Universidad de Alicante/Departamento de Salud Pública, 2004.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 5, e1002306, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 17 jul. 2018.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-74, 2006.

IGLESIAS, R. M. Increasing excise taxes in the presence of an illegal cigarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 40, n. 4, p. 243-249, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de indicadores de percepção social**: saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

JUNQUEIRA, M. G. **Regulamentação da Emenda 29**: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais, 2011.

KLEIN, R. From evidence-based medicine to evidence-based policy? **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 5, n. 2, p. 65-66, 2000.

KOHL, H. W. 3rd et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1918, 2018.

LEE, K. et al. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, e1000232, 2010.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.

MACINKO, J. A. **Atenção primária à saúde**: estratégia chave para a sustentabilidade do SUS no Brasil. Brasília: Seminário sobre atenção primária à saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

MACINKO, J. A. **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. A. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 139-149, 2006.

MACINKO, J. A. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MACINKO, J. A. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MALTA, D. C. et al. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARMOT, M. Desigualdades sociais e desafios para superá-las. Rio de Janeiro: **Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**, 2018.

MARTIN, D. **Better now: six ideas to improve health care for all Canadians**. Toronto: Penguin Canada, 2017.

MARTINS, L. O. O segmento da medicina diagnóstica no Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 3, p. 139-145, 2014.

MARTY, I. K. **O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS**. 2011. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **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.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalization for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012. Doi:1093/heapol/czr043.

MENGUE, S. S. et al. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 192-203, 2015. Suplemento 2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doação de órgãos: estatísticas**. 2018. Disponível em: portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos. Acesso em: 28 abr. 2019.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUAREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2925-2933. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>. Acesso em: 17 fev 2019.

MORRIS, J. **Access and waiting times**. London: The Nuffield Trust, 2018.

MORRIS, S. S et al. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gains of preschool children on northeast Brazil. **Journal of Nutrition**, v. 134, n. 9, p. 2336-2341, 2004.

NIESSEN, L. W.; GRIJSEELS, E. W.; RUTTEN, F. F. **The evidence-based approach in health policy and health care delivery**. Rotterdam: Institute of Medical Technology, 2000.

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: Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS/OPAS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030? Síntese**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, 2018.

PERPÉTUO, I. H. O; WONG, L. R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Departamento de Demografia /CEDEPLAR/UFMG, 2006.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PORTES, L. H. et al. A política de controle do tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018.

POWERPODER360. **A saúde dos brasileiros**. São Paulo: INTERFARMA, 2017.

PWC BRASIL. **O setor farmacêutico no Brasil: panorama de mercado e tendências**. São Paulo: PwC Brasil, 2013.

RASELLA, D. AQUINO, R.; BARRETO, M. L. 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**, v. 10, p. 388; 2010.

REIS, M. C. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. Foz de Iguaçu: **31º Congresso Brasileiro de Econometria**; 2009.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. 36. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

SCHEEL, I. B. et al. The unbearable lightness of healthcare policy making: a description of a processo aimed at giving it some weight. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 2003; 57: 483-487.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-73, 2011. DOI:10.1016/50140-6736(11)60135-9.

SILVA, J. A. A., COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 74, p. 1-11, 2016.

SILVA, V. H. M. C. et al. **Uma avaliação econômica do programa de saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará**. Fortaleza: Instituto de Pesquisa Estratégia Econômica do Ceará, 2010.

SILVEIRA, A. C. et al. O controle da transmissão vetorial. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, p. 52-63, 2011. Suplemento 2.

SIMÕES, E. J. et al. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: a natural experiment. **Preventive Medicine**, v. 103, S66-S72, 2017.

SPASOFF, R. **Epidemiologic methods for health policy**. New York: Oxford University Press, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STATISTICS CANADA. **Health in Canada**. 2009. Disponível em: <http://www.stacan.gc.ca>. Acesso em 11/9/2011

SUTCLIFFE, S.; COURT, J. **Toolkit for progressive policy markers in developing countries**. London: Research and Policy in Development Programme, 2007.

SZWARCWALD, C. L. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 738-744, 2008.

TAVARES, N. U. L. et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 7s, 2016. Suplemento 2.

TEIXEIRA, M. G. et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018.

TRAVASSOS, C. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: primeiros resultados do suplemento saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro: DIS/CICT/FIOCRUZ, 205.

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.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Commerce. **2016 top markets report pharmaceuticals**. Washington: ITA, 2017. Disponível em: http://trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Executive_Summary.pdf. Acesso em: 8 mar. 2018.

VAN MEIJEL, B. et al. The development of evidence based nursing interventions: methodological considerations. **Journal of advanced nursing**, v. 48, n. 1, p. 84-92, 2004.

VAN STRALEN, C. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, s148-s158, 2008. Suplemento 1.

VARELLA, D. **“O Brasil tem um dos melhores programas de HIV/Aids do mundo”, diz Drauzio Varella**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-brasil-tem-um-dos-melhores-programas-de-hivaids-do-mundo-diz-drauzio-varella>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos no Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, sup., S85-S100, 2014.

VICTORA, C. G. HABICHT, J. P.; BRYCE, J. et al. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 3 p. 400-405, 2004.

WEHRMEISTER, F. C.; PERES, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1839-1852, 2010.

WILLISON, D. J.; STUART, M. M. The role of research evidence in pharmaceutical policy-making: evidence when necessary but not necessarily evidence. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 5, p. 243-249, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services**: interim report. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017**: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: WHO, 2017.

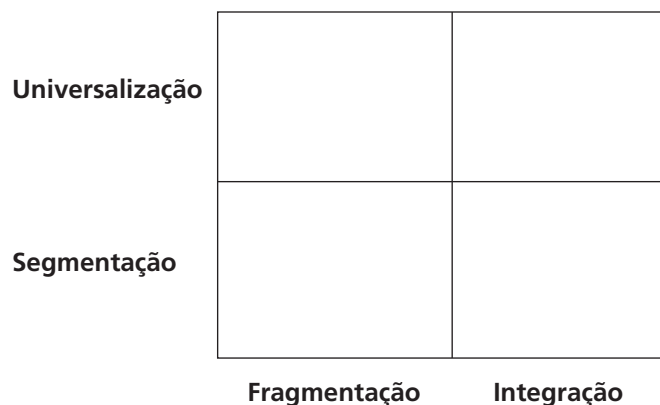
ZILS, A. A. et al. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 270-276, 2009.

CAPÍTULO 3 – O DESAFIO NA ORGANIZAÇÃO MACROECONÔMICA DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: SEGMENTAÇÃO OU UNIVERSALIZAÇÃO?

1. OS DILEMAS DO SUS

O SUS se defronta com dois grandes dilemas conforme mostra A Figura 5: o dilema no plano macroeconômico entre a segmentação e a universalização e o dilema no plano microeconômico entre a fragmentação e a integração (MENDES, 2001).

Figura 5: Os grandes dilemas do SUS



Fonte: Mendes (2001).

Esses dois dilemas se dão em contextos e planos distintos, mas uma agenda para o SUS deve contemplá-los concomitantemente e de forma alinhada.

No plano macroeconômico, o dilema dá-se entre a segmentação e a universalização do sistema de atenção à saúde brasileiro. É, aqui, que se coloca a questão fundamental de nosso sistema público de saúde: avançar para ser um sistema público universal Beveridgeano como se propõe na Constituição Federal de 1988 ou inserir-se como um subsistema para certas populações em um sistema segmentado, convivendo de forma predatória, com os subsistemas de saúde suplementar e de pagamento direto dos bolsos das famílias.

2. OS MODELOS INSTITUCIONAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Uma análise da experiência internacional permite identificar alguns modelos institucionais de sistemas de atenção à saúde, definidos, fundamentalmente, pelos modos como se combinam as três macrofunções e quem as executa: financiamento, regulação e prestação de serviços. Os principais modelos institucionais são o modelo do monopólio estatal, o modelo público *beveridgeano*, o modelo público universal *bismarckiano*, o modelo da competição gerenciada e o modelo do livre mercado (REID, 2009).

No modelo do monopólio estatal, o Estado é, ao mesmo tempo, regulador, financiador e prestador de serviços. O modelo de mercado caracteriza-se pela pluralidade de reguladores, financiadores e prestadores de serviços, que se apresentam competindo entre si, com ou sem regulação estatal. O modelo público *beveridgeano* caracteriza-se por financiamento público por meio de impostos gerais, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por *mix* público-privado. O modelo público *bismarckiano* expressa-se em um sistema de atenção à saúde financiado por cotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores que aportam recursos para um fundo público de seguridade que faz a gestão do sistema. O modelo da competição gerenciada caracteriza-se pela estruturação de mercado trilateral, articulado entre consumidores, operadoras de planos de saúde e patrocinadores que convivem em situação de competição estruturada (ENTHOVEN; SINGER, 1995; REID, 2009; KUTZIN, 2011).

Uma discussão central nos estudos de sistemas comparados de atenção à saúde, no plano macroeconômico, é o caminho que, institucionalmente, tomam na prática social: optam por sistemas universais ou se segmentam seus sistemas em diferentes modelos institucionais recortados segundo variados tipos de demandantes.

Essas alternativas de conformação dos sistemas de atenção à saúde são definidas a partir dos valores vigentes em uma sociedade, dos posicionamentos políticos e ideológicos diante dos serviços de saúde e do papel do Estado em relação a esses serviços. São esses fatores que fazem diferentes os sistemas universais vigentes em países como Alemanha, Canadá, Dinamarca, Espanha, França, Itália, Japão, Reino Unido, Suécia e outros que se organizam como sistemas universais, de países como os Estados Unidos que instituem subsistemas para atendimento de clientela distintas (pobres, idosos, veteranos de guerra e subpopulações que podem pagar planos privados por si ou por empregadores).

Os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles em que cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Esses sistemas marcam-se, em geral, pela presença

concomitante de diferentes matrizes institucionais para subpopulações singulares e pela concomitância de subsistemas públicos e privados que atuam com pouca sinergia entre eles.

Os sistemas segmentados de atenção à saúde, não raro, são justificados por um suposto aparentemente magnânimo: o de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar uma melhor atenção aos pobres. As evidências indicam que esse suposto é falso porque, ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado e, portanto, a ofertar serviços de menor qualidade (LONDOÑO; FRENK, 1997). Disso resulta a principal crítica aos sistemas segmentados que é sua intrínseca iniquidade (EMANUEL, 2000).

Os sistemas segmentados caracterizam-se, em geral, pela presença concomitante de diferentes matrizes institucionais para diferentes subpopulações e pela concomitância de subsistemas públicos e privados que não cooperam entre si.

Do ponto de vista do financiamento, os sistemas segmentados identificam-se por um alto percentual de gasto privado em relação ao gasto total em saúde. O baixo percentual de gasto público está associado com o aumento do gasto direto dos bolsos das famílias, o que estimula a iniquidade (MOLINA et al., 2000). A segmentação pode afetar a proteção de riscos financeiros que são indicados pela proporção de famílias que tiveram despesas catastróficas e pela incidência de famílias que empobreceram devido a pagamentos diretos para obter serviços de saúde. Os pagamentos realizados diretamente nos pontos de atenção à saúde pelas pessoas e suas famílias é a forma mais iníqua de financiar os sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

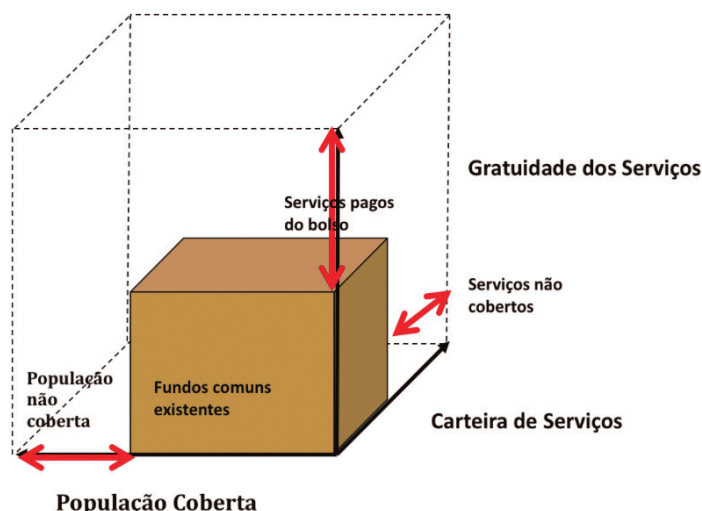
Diferentemente da segmentação os sistemas universais são aqueles que oferecem a todos, independentemente de sexo, idade, renda ou risco, uma cobertura universal para os serviços de saúde.

Originariamente, os sistemas universais foram identificados com os sistemas públicos universais – monopólio estatal, sistema público beveridgeano ou sistema público bismarckiano – e operavam por meio do universalismo clássico capaz de ofertar todos os serviços a todas as pessoas. Esse universalismo original surgiu das ideias do socialismo e depois foi incorporado pelo movimento desencadeado na Europa Ocidental pelo Relatório Beveridge que, no pós-guerra, conduziu à universalização da seguridade social e, por consequência, à instituição dos sistemas públicos universais de saúde como partes de Estados de Bem-Estar Social (BEVERIDGE, 1942). Assim, em um ambiente de reconciliação, reconstrução e solidariedade social, emergiram as ideias de cidadania e de crença em um Estado eficaz e benevolente que, por meio do universalismo clássico, seria capaz de garantir o livre acesso de todas as pessoas a todos os serviços sociais. Anos depois, a OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde

de 2000, propôs um novo universalismo que rejeita a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como a política de construção seletiva constituída pela oferta de uma cesta básica de serviços de saúde aos pobres (BANCO MUNDIAL, 1993). O que o novo universalismo sugere é a oferta universal de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade, custos e equidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Mais recentemente, a OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde de 2010, propôs o conceito de cobertura universal em saúde, definido como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). É o que se representa na Figura 6.

Figura 6: A cobertura universal em saúde



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2010).

A cobertura universal em saúde traz em si dois conceitos inter-relacionados. Em um deles, as pessoas são capazes de utilizar um amplo espectro de serviços de saúde sanitariamente necessários de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; em outro, em uma vertente mais econômica, o uso da expressão significa a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto com serviços de saúde. Além disso, essa proposta abriga três dimensões: a população coberta, a carteira de serviços e a proporção de custos diretos incorridos pelas pessoas e pelas famílias. A primeira dimensão da cobertura universal está constituída pela cobertura populacional que se expressa no percentual da população que está coberta por serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários. A terceira dimensão diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos ou dos bolsos nos pontos de

atenção à saúde fora, portanto, dos fundos comuns existentes. O cubo que representa a cobertura universal em saúde é uma representação dinâmica em que as três dimensões se sobrepõem e interferem umas com as outras, o que indica que a universalidade em saúde só é possível mediante um processo gradual e progressivo (JAMISON et al., 2013; TASCA, 2014).

Para alguns autores, sistemas públicos universais e cobertura universal em saúde não são conceitos iguais (NORONHA et al., 2013). Nos sistemas públicos universais, a saúde é um direito decorrente de condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY et al., 2008); mais que um direito social, há uma tendência de considerar o direito à saúde como um direito humano (BARROS, 2014). Isso não necessariamente ocorre em algumas propostas de cobertura universal em saúde, formatadas pelo seguro universal, em que as funções de regulação, financiamento e prestação de serviços estão separadas entre setores públicos e privados e em que há diferenças entre os planos de saúde, os subsídios públicos e os custos de transação (HEREDIA et al., 2016).

Ainda que os estudos de saúde comparada apresentem limitações, em geral, há uma tendência de que os sistemas públicos universais sejam mais efetivos, eficientes e equitativos que os sistemas segmentados. Pesquisas realizadas em diversos países desenvolvidos e em diversos períodos pelo *The Commonwealth Fund* sempre colocam os sistemas públicos universais em melhores colocações no ranking geral que os Estados Unidos, um caso típico de sistema segmentado (SCHNEIDER et al. 2017).

3. O SUS: SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL?

A saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS, em sua concepção pelo movimento sanitário e em sua instituição constitucional, foi concebido como um sistema público Beveridgeano, à semelhança de alguns sistemas europeus que apresentam esse perfil de universalização. Contudo, ao longo do tempo, o objetivo da universalização foi dando lugar a uma segmentação crescente do sistema de saúde brasileiro; e o sonho da universalização transformou-se no pesadelo da segmentação.

Vários problemas contribuíram para a segmentação do sistema de saúde brasileiro, mas o mais significativo foi o financiamento. A generosidade dos constituintes na instituição de um sistema público universal Beveridgeano não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. Como consequência, o SUS vem-se transformando em um subsistema

público que convive em um modelo segmentado com dois subsistemas privados, o subsistema de saúde suplementar e o subsistema de desembolso direto ao qual recorrem eventualmente todos os brasileiros. O SUS só é universal ou quase universal em algumas áreas, como a vigilância à saúde, as políticas de sangue e os sistemas nacionais de imunizações e de transplantes de órgãos e tecidos. Esse sistema segmentado brasileiro é disfuncional porque nele se manifestam falta de sinergia entre os subsistemas público e privado, ineficiência sistêmica, subsídios cruzados injustos e iniquidades.

Um elemento central na segmentação do sistema de saúde brasileiro é a composição do financiamento que é detalhada no Capítulo 8.

Dados da OMS publicados em 2015 mostram que o Brasil despendeu em saúde 8,9% do produto interno bruto (PIB), um valor próximo aos dos países desenvolvidos. Contudo, o gasto público brasileiro em saúde representou apenas 3,8% do PIB e 42,8% do gasto total em saúde, enquanto o gasto privado representou 5,1% do PIB e 56,5% do gasto total em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Esses números indicam uma estrutura regressiva do gasto em saúde no Brasil.

Como decorrência dos baixos investimentos públicos em saúde, a concepção do SUS como um sistema beveridgeano não pôde se concretizar porque as evidências internacionais mostram que os sistemas públicos universais só foram instituídos em países que despendem 70% ou mais de gastos públicos em saúde como porcentual do gasto total em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A iniquidade desse sistema segmentado de saúde brasileiro manifesta-se nos fatos de que grande parte dos gastos totais em saúde são gastos diretos dos bolsos das famílias que gravam fortemente os mais pobres e que os gastos tributários representam 30,5% dos gastos federais em saúde, com forte presença de renúncias fiscais de impostos de renda de pessoas físicas e jurídicas (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2017).

4. SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O DESAFIO DA SUSTENTABILIDADE

As mudanças no plano macroeconômico afetam, fundamentalmente, dois subsistemas componentes do sistema brasileiro de atenção à saúde: o SUS e o subsistema de saúde suplementar.

Este livro tem como objeto o SUS, e sobre ele se desenvolvem todas as mudanças no plano microeconômico, mas, neste capítulo em particular, há que se considerar mudanças em diferentes cenários nos planos privados de saúde que constituem o segmento da saúde suplementar.

Por essa razão, torna-se necessário compreender como ele se estrutura e ter uma ideia de seus problemas, especialmente de sua sustentabilidade sanitária e financeira em prazos mais longos.

Como se viu no Capítulo 2, as comparações que se fazem, a partir de pesquisas de opinião, entre o SUS e o sistema de saúde suplementar são muito favoráveis a esse sistema privado. Não raro, a percepção da população resvala para considerar o SUS um sistema ruim, e o sistema de saúde suplementar, bom, um desejo da maioria dos brasileiros. Isso pode obscurecer os problemas que se apresentam na saúde suplementar e que são muito grandes e profundos e que, no limite, colocam em risco sua sustentabilidade sanitária e econômico-financeira.

O sistema de saúde suplementar compõe-se de cinco modalidades assistenciais: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde.

Em 2017, havia 773 operadoras com beneficiários e 945 operadoras com registro na ANS. Esses números eram, respectivamente, de 1.497 e 1.251 em 2006, o que significa uma diminuição muito expressiva de operadoras no período. Em 2017, a rede de serviços da saúde suplementar envolvia 121.105 estabelecimentos ambulatoriais, 2.348 estabelecimentos hospitalares, 18.473 estabelecimentos de apoio diagnóstico e terapêutico e 2.108 estabelecimentos de emergência (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018d). A partir de 2010, manifestou-se uma forte tendência de consolidação no mercado de planos de saúde, com o número de operadoras de planos privados de saúde caindo aproximadamente 3,7% por ano (FIORENTINO et al., 2016).

O número de beneficiários de planos privados de assistência médico-hospitalar passou de 50,1 milhões em 2014 para 47,2 milhões em 2017, o que significou uma perda de aproximadamente 3 milhões de beneficiários (redução de 5,8%). No entanto, essa queda não ocorreu igualmente para todas as faixas etárias. O número de vínculos entre os beneficiários com 59 anos ou mais cresceu em todos os anos desde 2000. Já o número de beneficiários entre 0 e 18 anos e de 19 a 58 anos está caindo desde 2014 (MINAMI, 2018).

Em agosto de 2018, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares era de 47.290.160, o que representava uma taxa de cobertura nacional de 22,6%. Na mesma época, o número de beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos era de 23.704.969, uma cobertura nacional de 11,3%. Os beneficiários dos planos médico-hospitalares variaram segundo modalidades assistenciais: autogestão, 4.750.186 beneficiários, 10,0%; cooperativa médica, 17.379.468 beneficiários, 36,9%; filantropia, 980.634 beneficiários, 2,1%; medicina de grupo, 18.122.935 beneficiários, 38,2%; e seguradora especializada em saúde, 6.056.937 beneficiários, 12,8% (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018b).

Dados de agosto de 2018 mostraram que os números de beneficiários de planos médico-hospitalares variaram significativamente entre regiões do País: Centro-Oeste, 3.150.586 beneficiários, 6,7%; Nordeste, 6.621.895 beneficiários, 14,0%; Norte, 1.731.405 beneficiários, 3,7%; Sudeste, 28.770.752 beneficiários, 60,8%; e Sul, 6.980.642, 14,8%. Ou seja, três quartos dos usuários de planos de saúde suplementar encontram-se nas regiões Sudeste e Sul. Em relação às taxas de cobertura dos planos médico-hospitalares nas regiões do País, houve variações considerando-se a taxa média nacional de 22,6%: Centro-Oeste, 19,9%; Nordeste, 11,6%; Norte, 9,7%; Sudeste, 33,2%; e Sul, 23,6% (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018b). Isso significa que a cobertura mais baixa se concentra no Norte e no Nordeste.

Esses movimentos de saída ou perda de beneficiários de planos de saúde são principalmente reflexos da economia brasileira que, durante os três últimos anos, reduziu o número de empregos formais (MINAMI, 2018).

A contratação de planos de saúde coletivos empresariais é diretamente influenciada pelo mercado de trabalho com carteira assinada. O aumento da informalidade no mercado de trabalho é uma consequência da crise econômica devido a qual muitos perdem o emprego com carteira assinada e, com ele, muitos benefícios, sendo um dos mais importantes o plano de saúde (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018a).

É interessante notar que o sistema de saúde suplementar que teve origem nos anos 1960, apresentou notável crescimento na década de 1980. Em 1989, os beneficiários desse sistema eram 31.400.000 brasileiros, o que correspondia a 22% da população total (MENDES, 1995). Isso significa que, nas últimas três décadas, a cobertura do sistema de saúde suplementar em proporção da população total manteve-se no patamar de 22%. Projeções recentes mostraram que a cobertura do sistema de saúde suplementar será de 51.600.000 em 2030, um crescimento de apenas 4.309.840 usuários em relação a 2018 (REIS, 2017a). Isso significará uma cobertura de 24,8% da população brasileira total em 2030, um crescimento de 2,2% entre 2018 e 2030. Essa projeção mostra que não se pode querer resolver os problemas de saúde do Brasil, desconsiderando o SUS, que é e continuará sendo a garantia única para três quartos da população brasileira.

Em termos de beneficiários de planos médico-hospitalares por tipo de contratação, em setembro de 2018, existiam 9.105.104 planos individuais ou familiares (19,2%) e 38.087.203 planos coletivos (80,5%). Dos planos coletivos, 31.656.173 (66,9%) eram empresariais, e 6.429.699 (13,6%) eram por adesão (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018e). Planos individuais tendem a continuar perdendo espaço enquanto os reajustes permitidos pela ANS forem menores do que a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) (FIORENTINO et al., 2016).

Com relação aos beneficiários por grupos etários, em setembro de 2018, 11.321.106 (23,9%) tinham de 0 a 18 anos, 29.137.270 (61,5%) tinham de 19 a

58 anos e 6.881.898 (14,6%) tinham 59 anos ou mais. Chama atenção o fato de que o percentual de pessoas de mais de 59 anos de idade é a mesma (14,6%) da população de 60 ou mais anos de idade no Brasil calculada pelo IBGE para 2017 (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

A análise dos planos médico-hospitalares permite algumas inferências: possuir ensino superior completo aumenta a probabilidade de ter plano de saúde individual em 9,18%, em relação a quem é classificado como sem instrução; residir na região Sudeste aumenta a probabilidade de possuí-lo em 3,20%, e na região Nordeste, diminui em 2,06%, quando comparados aos residentes da Região Sul; possuir uma ou mais doenças crônicas aumenta a probabilidade de ter plano de saúde individual em 1,22%; ter internado nos últimos 12 meses (0,69%) e ter idosos no domicílio (0,18%) são fatores que aumentam a probabilidade do indivíduo querer se proteger contra eventos adversos em saúde contratando um plano de saúde individual; um ano a mais de idade aumenta a probabilidade de possuir plano de saúde individual em 0,13%; possuir um plano de saúde de outro tipo (coletivo empresarial, por exemplo) diminui a probabilidade de possuir plano individual em 27,53% (REIS, 2017b).

Em termos de produção assistencial, nos anos de 2011 a 2017, deram-se as seguintes variações: consultas médicas de 266.865.714 para 270.304.926, crescimento de 1,3%; outros atendimentos ambulatoriais de 112.578.203 para 214.317.411, crescimento de 39,5%; exames complementares de 798.836.976 para 816.903.529, crescimento de 2,3%; terapias de 51.042.101 para 77.216.239, crescimento de 51,3%; e internações hospitalares de 7.315.725 para 7.977.131, crescimento de 9,0%. Em relação ao número médio de procedimentos de assistência médico-hospitalar por beneficiário, nos anos de 2011 e 2017, deram-se as seguintes variações: consultas médicas de 5,8 para 5,7; outros atendimentos ambulatoriais de 2,4 para 3,3; exames complementares de 17,4 para 17,3; terapias de 1,1 para 1,6; internações hospitalares de 15,9% para 17,3%. Esses números mostram uma tendência de estabilização em consultas médicas e de crescimento dos outros procedimentos assistenciais. A variação no total de procedimentos foi de 7,5% entre 2011 e 2017 (MINAMI, 2018). O número médio de consultas médicas por beneficiário, em 2017, foi de 5,9 no total, mas apresentou variações entre as modalidades assistenciais: 6,1 na cooperativa médica, 6,0 na filantropia e medicina de grupo, 5,7 na autogestão e 5,3 na seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2018a).

Um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) verificou que, no período de 2014 a 2017, o número de beneficiários do sistema de saúde suplementar que perderam os planos de saúde foi de 5,8%, enquanto as despesas assistenciais sofreram um aumento de 34,4%. No mesmo estudo, constatou-se que o número de procedimentos de exames complementares, terapias e internações – os procedimentos de maior impacto nas despesas assistenciais da saúde suplementar – apresentaram um crescimento ao longo dos anos, mesmo após a queda do número de beneficiários médico-hospitalares (LARA (2018). Fiorentino et al. (2016) estimaram que as despesas assistenciais do sistema de saúde suplementar têm aumentado em

média 16% ao ano desde 2010, enquanto as receitas de contraprestações aumentaram à taxa de 14%.

Reis (2017a) projetou as despesas assistenciais do sistema de saúde suplementar entre 2018 e 2030. Nesse período, a cobertura desse sistema variará, como se viu anteriormente, de 47,3 milhões para 51,6 milhões, um crescimento de 9,0%. Ao mesmo tempo, o crescimento das despesas assistenciais será muito maior do que os R\$ 149,9 bilhões de 2017. O autor construiu dois cenários. No cenário 1, projeção do impacto isolado do crescimento populacional e do envelhecimento da população sobre as despesas assistenciais da saúde suplementar, as despesas atingiriam R\$ 190,7 bilhões, o que representa um crescimento de 27,9% no período. No cenário 2, impacto do envelhecimento, do crescimento populacional e da variação de custos médico-hospitalares sobre os gastos assistenciais da saúde suplementar, o cenário mais provável, as despesas chegariam a R\$ 383,5 bilhões, o que representa um aumento de 157,3% no período. Os cenários, especialmente o cenário 2, indicam que o setor de saúde suplementar terá que dar grande atenção ao equilíbrio atuarial das operadoras, já que o envelhecimento da população continuará, bem como o incremento da VCMH em valores superiores à inflação de preços da economia.

A VCMH é uma medida da variação do custo médico-hospitalar de operadoras de planos de saúde suplementar. O cálculo é feito para um conjunto de planos individuais de operadoras de abrangência nacional pelo IESS. A VCMH foi de 16,9% para o período de 12 meses, encerrado em março de 2018, e ela se manteve superior à variação da inflação geral medida pelo IPCA, que foi de 2,7% para o mesmo período. A VCMH é composta principalmente pela variação dos custos de: internações, 61%; exames complementares, 13%; terapias, 11%; consultas, 9%; e outros serviços ambulatoriais, 6% (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018c).

Segundo estimativas da Associação Brasileira de Planos de Saúde, os gastos do sistema de saúde suplementar deveriam atingir R\$170 bilhões no ano de 2018. Os avanços nos custos da saúde suplementar decorrem, em um âmbito mais geral, das falhas de mercado presentes nos sistemas de atenção à saúde examinadas no Capítulo 1. Tome-se como exemplo a assimetria de informações na cadeia que dificulta as comparações e concorrências e não torna claros os critérios de formação de preços de insumos como materiais e medicamentos. Além disso, a incorporação de novas tecnologias sem evidências de efetividade e desprovidas de estudos de custo efetividade pressiona os custos do sistema. Some-se a isso as ineficiências, os desperdícios, as fraudes e a expansão desordenada das redes de serviços. O resultado é que o sistema de saúde suplementar não tem instrumentos eficazes para inverter essa tendência de incremento descontrolado dos seus custos (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018f).

Um dos motivos para esse aumento incontrolável dos custos do sistema de saúde suplementar brasileiro está na incorporação de centenas de novas tecnologias, como cirurgias e medicamentos. Por outro lado, as falhas de mercado presentes no sistema

de saúde suplementar levam a variações de preços de próteses de joelho que podem oscilar de R\$ 2.000,00 a R\$ 18.000,00 (FIORENTINO et al., 2016).

O sistema de saúde suplementar convive com problemas de ineficiência muito sérios. Lara (2018), considerando os gastos assistenciais de planos de saúde de assistência médico-hospitalar de 2017 divulgados pela ANS, criou um cenário em que, de acordo com o estudo realizado pela Funenseg, 18% dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% dos pedidos de exames laboratoriais não são necessários ou são fraudes (MARQUES, 2006). Esse cenário apontou gastos da saúde suplementar em fraudes ou desperdícios de R\$ 15,7 bilhões em contas hospitalares e de R\$ 12,0 bilhões em exames laboratoriais fraudulentos ou não necessários.

Há que se ressaltar que, conforme mostraram dados referentes ao mês de setembro de 2016, de cada R\$ 100,00 pagos às operadoras como contraprestação pelo plano de saúde, R\$ 86,17 são devolvidos aos beneficiários na forma de serviços de saúde (sinistralidade); do restante, R\$ 11,23 são gastos em despesas administrativas, como tributos, e apenas R\$ 2,60 ficam para a operadora como resultado (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017). Esses dados demonstram uma combinação perigosa de sinistralidade alta (86,16%) e baixos resultados financeiros (2,6%).

Outro ponto a ser considerado na análise do sistema de saúde suplementar que guarda relação com sua sustentabilidade sanitária e financeira é o modelo de atenção à saúde predominante nas operadoras de planos de saúde. Trata-se de um modelo fragmentado em que não há comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, nem um lugar de coordenação assistencial. Além disso, os planos privados de saúde, em geral, operam com entrada direta aos especialistas, o que gera inefetividade e ineficiência. É a cultura do especialista que está enraizada na saúde suplementar. Ademais, esses planos costumam operar com o modelo do consultório que já foi totalmente rompido por estar em inteiro descompasso com a natureza da assistência à saúde dominada pelas condições crônicas (CHRISTENSEN et al., 2009).

A literatura internacional, conforme se analisa no Capítulo 4, tem demonstrado que esses sistemas fragmentados têm fracassado em todos os países, sejam desenvolvidos, sejam em desenvolvimento, principalmente no manejo das condições crônicas que constituem os principais problemas de saúde em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; MENDES, 2011; HAM, 2018).

Especialmente, o sistema de saúde suplementar brasileiro ainda não incorporou os modelos de atenção às condições crônicas que têm evidências de que são efetivos no manejo destas condições conforme se destaca no Capítulo 7. Os modelos de atenção à saúde praticados na saúde suplementar são obsoletos em relação ao manejo adequado das condições crônicas porque não estão estruturados para dar conta dos três pilares fundamentais da atenção a essas condições e que são a estratificação, o autocuidado apoiado e a estabilização representada em desfechos clínicos favoráveis (MENDES, 2012). O resultado é uma evolução das condições crô-

nicas que leva a resultados clínicos e econômicos desastrosos. É o caso do Senhor Sedentário, relatado como um paciente típico de operadoras da saúde suplementar: aos 40 anos, apresenta obesidade, estresse e história familiar de diabetes; aos 45 anos, tem diagnóstico de hipertensão arterial; aos 50 anos, diagnóstico de diabetes tipo 2; aos 60 anos, diagnóstico de insuficiência coronariana que leva à cirurgia de revascularização do miocárdio; aos 65 anos, diagnóstico de insuficiência renal crônica com indicação de hemodiálise; aos 70 anos, úlcera no pé e amputação de membro; e aos 75 anos, diagnóstico de acidente vascular encefálico com hemiplegia seguido de internação em UTI e morte (CAMPOS et al., 2008).

Além disso, o sistema de saúde suplementar não costuma operar com modelos de APS capazes de resolver mais de 90% dos problemas mais comuns a custos mais baixos e de coordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de todo o contínuo de cuidados (WAGNER, 1998; PORTER; KELLOGG, 2008). Nesse aspecto tão fundamental, o SUS encontra-se, inquestionavelmente, mais avançado que o sistema de saúde suplementar que apresenta problemas estruturais de difícil solução para organizar-se em RAS coordenadas pela APS (MENDES, 2011).

Problemas de qualidade da atenção à saúde são comuns no SUS e no sistema de saúde suplementar. A prevalência de pacientes com eventos adversos gerais foi de 6,4% no SUS e de 7,1% na saúde suplementar, com mortalidade de 22,8% e de 12% respectivamente; a prevalência de eventos adversos graves foi de 1,9% no SUS e de 1,4% na saúde suplementar, com mortalidade de 37% e de 28,8% respectivamente; o aumento no tempo médio de permanência determinado pelos eventos adversos graves foi de 16,4 dias no SUS e de 10,5 dias na saúde suplementar. A fração da mortalidade atribuível aos eventos adversos graves que é prevenível, entre os pacientes com óbito determinado por estes eventos, foi de 30,5% no SUS e de 36,1% na saúde suplementar (COUTO et al., 2018). Assim, ainda que o desempenho da saúde suplementar seja superior ao do SUS em termos de segurança do paciente, seus resultados não são muito virtuosos.

A sustentabilidade econômico-financeira do sistema de saúde suplementar está ameaçada, nos médio e longo prazos, pelo seu aumento de seus custos. Estudos mostraram que os gastos em saúde suplementar representaram, em 2017, 11% no total da folha salarial das empresas brasileiras e que este valor pode chegar a 16% em 2025, algo que não tem como ser absorvido por essas empresas (PATRUS, 2017).

Sabe-se que o incremento dos gastos com serviços de saúde ameaça a competitividade das empresas. A respeito, Martin (2017) adverte que, em anos recentes, a General Motors e a Ford pagaram em serviços de saúde US\$ 1.500; enquanto a BMW pagou US\$ 450 na Alemanha; e a Honda, US\$ 150 no Japão. Segundo essa autora, esses dados levaram o investidor Warren Buffet a ironizar que a General Motors é uma empresa de benefícios em saúde com uma companhia de produção de veículos associada (MARTIN, 2017).

O sistema de saúde suplementar vive um dilema de difícil equacionamento. O mesmo modelo de gestão e de atenção à saúde que garante as opiniões muito favoráveis de seus clientes ameaça sua sustentabilidade econômica e sanitária nos médio e longo prazos.

5. OS CAMINHOS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE BRASILEIRO

Os caminhos do sistema de atenção à saúde no Brasil apontam para duas alternativas principais: consolidar-se como um sistema segmentado desestruturado como hoje ocorre ou avançar para um sistema de cobertura universal em que se abrem diferentes perspectivas em termos de modalidades institucionais. Essas alternativas básicas permitem a construção de cenários prováveis, mas com possibilidades distintas. Por serem menos prováveis, deixa-se de considerar, neste documento, o cenário de criação de um sistema de monopólio estatal e o cenário de um sistema público universal bismarckiano.

Os diferentes cenários deveriam se construir tendo como regra para a garantia da sustentabilidade econômico-financeira do sistema de atenção à saúde o patamar atual.

Como se viu, o Brasil não gasta pouco em saúde, considerando-se o gasto total com todos os segmentos que compõem nosso sistema de atenção à saúde. Assim, os cenários alternativos de cobertura universal em saúde implicarão movimentos entre os recursos destinados ao SUS, à saúde suplementar e ao sistema de desembolso direto. A manutenção do cenário atual certamente levará ao aumento do gasto total, o que provocaria problemas sistêmicos na economia brasileira.

A dinâmica dos gastos em saúde, especialmente entre gastos públicos e privados podem produzir resultados diferenciados. Deve-se observar que os gastos públicos em saúde no Brasil em relação aos gastos totais são muito baixos, sendo inferiores a 50%. Sabe-se que uma diminuição dos gastos públicos relativamente aos gastos privados tende a produzir iniquidade. Da mesma forma, o aumento dos gastos privados de desembolso direto conduz a uma estrutura de gastos muito regressiva, aumentando a iniquidade. Por outro lado, dados de 2017 demonstram que os gastos per capita do sistema de saúde suplementar foram de R\$ 3.183,00, enquanto o gasto público per capita foi de R\$ 1.275,00, uma relação de 2,49 vezes maior no gasto da saúde suplementar em relação ao SUS (BRASIL, 2018b; PIOLA, 2018). Dessa forma, um cenário que induza uma transferência de pessoas do SUS para a saúde suplementar irá desbalancear ainda mais a relação entre gastos privados e públicos aumentando a iniquidade e/ou pressionar fortemente os gastos totais que não deveriam ser aumentados.

O primeiro cenário pode ser denominado de Cenário Lampedusa, o autor de um clássico da literatura italiana que trata de mudanças sociais na Sicília e que pode ser resumido pela frase “Algo deve mudar para que tudo continue como está”. Esse é o cenário mais provável nos curto e médio prazos porque apresenta menores custos políticos ao acomodar melhor a diversidade de interesses conflitantes na arena política da saúde. Nesse cenário, continuarão a ser feitas reformas incrementais lentas, de forma descoordenada, no SUS e no sistema de saúde suplementar. Além disso, ele é estimulado pelo crônico subfinanciamento do SUS que parece ter poucas possibilidades de ser revertido. Mais ainda, a Lei nº 13.097/2015, que libera a participação internacional nos serviços de saúde, tende a incorporar novos e agressivos atores privados no sistema de saúde brasileiro, o que poderia levar a uma maior segmentação. A tendência para os próximos anos será de aumento do número de aquisições no setor saúde por meio da atividade de private equity.

Esse cenário vai consolidar, gradativamente, a segmentação do sistema de atenção à saúde de nosso país, levando-o a uma americanização à brasileira. Nele, a segmentação vai se aprofundar, e o SUS tenderá a ser um sistema público para os pobres e um sistema de resseguro para procedimentos de alto custo para parte dos beneficiários da saúde suplementar. Políticas erráticas no setor privado, como o surgimento de clínicas populares (walk-in clinics) com pagamento direto dos bolsos, a oferta de planos de saúde com carteira de serviços reduzida e preços mais baixos, a revisão dos preços dos serviços para pessoas idosas e a difusão de mecanismos de coparticipação, não serão capazes de solucionar a crise estrutural desse modelo segmentado. Em 2011, 45% das operadoras de planos de saúde adotaram políticas de coparticipação para reduzir custos, inibindo o uso exagerado do benefício e garantindo um desconto à empresa de 5% na renovação da apólice. Até meados de 2015, 66% das empresas recorriam à coparticipação para enfrentar a crise, e 81% destas cobravam coparticipação desde o primeiro evento (FIORENTINO et al., 2016). Martin (2017) considera que a coparticipação é um dos zumbis da atenção à saúde, uma ideia de senso comum que se mostrou desastrosa em países como os Estados Unidos e Canadá. Verificou-se que a coparticipação reduz tanto os cuidados desnecessários quanto os cuidados necessários; para os pagadores, a coparticipação reduziu em 15% os seus gastos, mas para os usuários, a redução dos serviços foi de 40%, muitos dos quais com evidências de que seriam efetivos. Isso foi maior em pessoas de menor renda, o que atesta outro lado da coparticipação que é aumentar a iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

Certamente, a competição predatória que é determinada pela segmentação desestruturada entre o SUS e os subsistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto se aprofundará, e os problemas de inefetividade, de ineficiência e de iniquidade aumentarão. Na saúde suplementar, a incorporação de novos beneficiários deverá ser baixa nos próximos anos, o que dificulta ganhos de escala e ameaça a sustentabilidade deste subsistema. Além disso, os problemas estruturais de ineficiência deverão pressionar os custos das folhas salariais que poderão repercutir na competitividade das empresas.

O Cenário Lampedusa não parece ser sustentável no longo prazo quando os custos de não mudar poderão ser maiores que os custos de mudar, diferentemente do que se apresenta nos curto e médio prazos. Isso poderá levar a transformações mais profundas expressas em outros dois cenários que se constituem sob a proposta da cobertura universal em saúde: o Cenário de um Sistema Público Beveridgeano e o Cenário de um Sistema de Cobertura Universal pela Via da Competição Gerenciada.

O cenário de um Sistema Público Universal Beveridgeano implicaria um movimento de resgate da proposta do movimento sanitário brasileiro de implantação de um sistema público universal de corte beveridgeano.

Temporão (2014), ao propor uma reforma da reforma na saúde brasileira, coloca alguns pressupostos: o SUS não pode ser um sistema para atender somente aos pobres porque isso levaria a uma fragilidade institucional; o SUS é um componente central para a consolidação da democracia no País; o SUS deve ser olhado como fator importante para o desenvolvimento da ciência, da inovação e de uma base produtiva nacional; essa reforma deverá considerar o sistema como um todo, não apenas o SUS, mas também suas interfaces e a interdependência com o subsistema de saúde complementar.

Esse cenário levaria à consolidação de um sistema público universal beveridgeano brasileiro caracterizado por, pelo menos, duas especificidades: a incorporação de um papel verdadeiramente complementar dos planos privados de saúde e a manutenção de um sistema federativo com a coparticipação da União, dos estados e dos municípios. De certa forma, isso aproximaria o SUS do sistema canadense que é um sistema federativo e que oferece serviços privados suplementares àqueles prestados pelo sistema público, o Medicare.

Nesse sistema, o SUS seria responsável pela prestação, gratuita e integral, de uma carteira de serviços sanitariamente necessários a todos os cidadãos brasileiros, sem os constrangimentos determinados pelas políticas de seletividade; ou seja, não se trataria de uma cesta básica de serviços. As operadoras privadas de planos de saúde ofertariam serviços suplementares, aprovados pelos agentes públicos, mas estariam proibidas de competir com o SUS na oferta dos serviços que comporiam a carteira pública.

O cenário do sistema público universal beveridgeano tem a estimulá-lo a falta de sustentabilidade, no longo prazo, do sistema segmentado vigente. Contudo, apresenta dificuldades, como a necessidade de superar, ainda que gradativamente, o baixo patamar dos gastos públicos em saúde vigente no Brasil e o apoio que o sistema de saúde complementar tem entre as pessoas que o utilizam e, até mesmo, o desejo que setores que utilizam o SUS têm de migrar para o sistema privado. Pesquisa recente mostrou que 80% das pessoas que tinham planos de saúde consideravam-se satisfeitas ou muito satisfeitas, e 74% das pessoas que não tinham planos de saúde gostariam de tê-los (IBOPE INTELIGÊNCIA, 2017). Esses dados demonstram

que a crise econômica e sanitária do sistema de saúde suplementar ainda não foi percebida pelos seus usuários e que a posse de um plano de saúde é um desejo de dois terços de usuários exclusivos do SUS. Mais, esse cenário certamente levaria a uma diminuição relativa das receitas do sistema de saúde suplementar e de seus prestadores de serviços.

Além disso, esse cenário implica um crescimento forte do gasto público em saúde no Brasil de forma a atingir um valor próximo a 6% do PIB, conforme se discute no Capítulo 8 e que não é uma tarefa fácil de concretizar nos curto e médio prazos.

O cenário de um Sistema de Cobertura Universal pela via da atenção à saúde com base na doutrina da competição gerenciada, em sua versão latino-americana do pluralismo estruturado.

Esse cenário tem como pano de fundo a proposta da competição gerenciada que reconhece que o livre mercado permite que os administradores e prestadores de serviços de saúde desenvolvam estratégias competitivas que destroem a eficiência e a equidade e que anulam o poder de barganha dos usuários. Por outro lado, indicam que a competição e os mecanismos de mercado são elementos fundamentais para a construção de um sistema de saúde efetivo e eficiente (ENTHOVEN, 1988). A competição gerenciada consiste em substituir a relação bilateral do livre mercado que se estabelece entre financiador e prestador e usuário por uma relação trilateral em que haja a inserção, no terceiro vértice, de uma agência administradora ou moduladora. As instituições prestadoras também se colocam em situação de competição entre elas, gerando um sistema de duplo mercado.

Medici (2014) propôs um modelo operativo desse cenário para o Brasil que envolveria vários passos a serem implementados no longo prazo: O SUS seria estruturado em modelos de gestão e de prestação de serviços; a rede própria de serviços do SUS seria convertida em operadoras públicas; todas as pessoas deveriam ter um cartão saúde unificado e deveriam afiliar-se a uma operadora pública ou privada; o financiamento seria público, mas passaria a ser feito por meio de subsídios à demanda, ou seja, a transferência de recursos às operadoras, na forma de per capita, a partir da preferência dos indivíduos por operadoras públicas ou privadas; uma vez realizada a escolha, os indivíduos teriam de permanecer, pelo menos, cinco anos na operadora para que esta tenha incentivos para a promoção da saúde ou para a prevenção das doenças; todas as operadoras deveriam ser acreditadas para iniciar sua operação e ser reavaliadas a cada dois anos; cada operadora deveria se organizar em redes regionais com coordenação por equipes de APS; e as operadoras deveriam estruturar-se de forma a prestar contas à sociedade e de ter uma participação da sociedade em sua gestão.

A competição gerenciada foi implantada em países como Holanda e Suíça; e na América Latina, foi proposta uma variante denominada de pluralismo estruturado, aplicada como um laboratório na Colômbia (LONDOÑO; FRENK, 1997). A experiência

colombiana, apesar de ter aumentado a cobertura de serviços de saúde naquele país, criou dois regimes: o contributivo e o subsidiado que foi causa de uma crise crônica. A aplicação desse modelo, tanto na Holanda quanto na Colômbia, causou graves problemas nos componentes da promoção da saúde e da prevenção das doenças.

Esse cenário tem a alimentá-lo, no longo prazo, a insustentabilidade sanitária e econômica do modelo segmentado vigente. Além disso, setores da saúde suplementar mais modernos poderiam ver nessa proposta uma saída para sua crise. Contudo, trata-se de uma engenharia organizacional de extrema complexidade que não tem sido motivo de discussão tanto no setor público como no setor privado em nosso país.

Esses diferentes cenários dependem, para sua consolidação, de sua coerência com os valores societários prevalentes, como se viu no Capítulo 1. As dificuldades que as sociedades democráticas apresentam para reformar os sistemas de atenção à saúde derivam das relações complexas e paradoxais que existem entre os valores da sociedade, as normas que essas sociedades adotam para operacionalizar esses valores e a existência de indivíduos e grupos simultaneamente autônomos e dependentes destas normas e destes valores. Nesse contexto, as reformas sanitárias não podem ser reduzidas a um exercício mecânico de implantação de um plano racional; ao contrário, exigem um difícil processo de negociação entre os diferentes atores sociais em situação, todos determinados por suas histórias, culturas, tradições e interesses singulares (CONTANDRIOPOULOS et al., 1998).

Ao fim e ao cabo, os diferentes cenários dependem dos valores societários que prevalecerem no nosso país. É possível afirmar que, nesse aspecto, a sociedade brasileira não fez, ainda, uma opção definitiva, porque dessa opção depende estabelecer que sistema de atenção à saúde os brasileiros desejam e como e quanto estão dispostos a pagar por ele.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **População com 60 anos ou mais cresce quase 19% em cinco anos. 2018.** Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-04/populacao-com-60-anos-ou-mais-cresce-quase-19-em-cinco-anos>. Acesso em: 12 set. 2018.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993.** Washington: Oxford University Press, 1993.

BARROS, F. P. C. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa**, v. 13, p. 87-90, 2014.

BEVERIDGE, W. **Social insurance and allied services**. Report by Sir William Beveridge. London: HMSO, 1942.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Mapa assistencial da saúde suplementar 2017**. Rio de Janeiro: ANS, 2018a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Dados gerais**. Rio de Janeiro: ANS, 2018b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAMPOS, E. F. et al. **Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Editora Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2009.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão em saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Values, norms and the reforms of health care systems. In: FIGUERAS, M. et al. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

COUTO, R. C. et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais**. Belo Horizonte: IESS; 2018.

EMANUEL, E. **Political problems**. Boston Review, v. 25, p. 14-15, 2000.

ENTHOVEN, A. C.; SINGER, S. J. **Market-based reform: what to regulate and by whom**. Health Affairs, v. 14, n. 1, p. 105-119, 1995.

ENTHOVEN, A. Managed competition of alternative delivery systems. **Journal of Health, Politics, Policy and Law**, v. 12, n. 2, p. 305-321, 1988.

FIORENTINO, G. et al. **Tendências do setor de saúde no Brasil**. São Paulo: Bain & Company, 2016.

FLEURY, S. et al. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade na saúde pública no Brasil**. Brasília: Banco Mundial, 2017

HAM, C. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organizations in the NHS in England. London: **The King's fund**, 2018. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>. Acesso em: 24 mar. 2018.

HART, J. T. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. **British Medical Journal**, v. 42, n. 356, p. 116-119, 1992.

HEREDIA, N. et al. El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? **Medic Review**, v. 17, n. 1, S16-S17, 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Contraprestação, sinistralidade e resultados, Blog**. São Paulo: IESS, 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Conjuntura da saúde suplementar**. 38. ed. Rio de Janeiro: IESS, 2018a.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota de acompanhamento dos beneficiários**. 27. ed. Rio de Janeiro: IESS, 2018b.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de custos médico-hospitalares**. São Paulo: IESS, 2018c.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Números do setor**. São Paulo: IESS, 2018d.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota de acompanhamento dos beneficiários**. 28. ed. Rio de Janeiro: IESS, 2018e.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Escalada de custos**. 2018f. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=804>. Acesso em: 12 nov. 2018.

JAMISON, D. T. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. **The Lancet**, v. 382, n. 9908, p. 1898-955, 2013.

KUTZIN, J. **Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? Paris**: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, 2011.

LARA, N. C. **Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da saúde suplementar**: estimativa 2017. São Paulo: IESS, 2018.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. **Health Policy**, v. 41, n. 1, p. 1-36, 1997.

MARQUES, L. **A Fraude no Seguro: alvos e formas de combate**. Estudos Funenseg 10. Rio de Janeiro: Funenseg, Estudos Funeseng 10, 2006.

MARTIN, D. **Better now: six big ideas to improve health care for all Canadians**. Toronto: Penguin Canada, 2017.

MEDICI, A. C. Uma nova via é possível? In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate: caminhos da saúde no Brasil**. Brasília, CONASS, 2014.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **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, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.

MINAMI, B. **Análise especial do mapa assistencial de saúde suplementar no Brasil entre 2011 e 2017**. São Paulo: Instituto de Estados de Saúde Suplementar, 2018.

MOLINA, R. et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. **Revista Panamericana Salud Pública**, v. 8, p. 71-83, 2000.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PATRUS, F. M. P. **Cuidando de quem cuida**. São Paulo: Congresso Internacional de Saúde Corporativa, 2017.

PIOLA, S. F. Financiamento do SUS: trajetória recente e cenários para o futuro. In: Seminário de 30 anos do Hospital das Clínicas de USP de Ribeirão Preto, 2018. **Anais [...]**. Ribeirão Preto, 2018.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovacion Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

REID, T. R. **The healing of America**: a global quest for better, cheaper, and fairer health care. New York: Penguin Books, 2009.

REIS, A. **Projeção das despesas assistenciais da saúde suplementar (2018-2030)**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Texto para discussão 70, 2017a.

REIS, A. **Determinantes da posse de plano de saúde**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Texto para discussão nº 63-2017, 2017b.

SCHNEIDER, E. C. et al. **Mirror, mirror 2017**: international comparison reflects flaws and opportunities for better US health care. Washington: The Commonwealth Fund, 2017.

TASCA, R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate**: caminhos da saúde no Brasil. Brasília: CONASS, 2014.

TEMPORÃO, J. G. Para onde vai o SUS? In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate**: caminhos da saúde no Brasil. Brasília: CONASS, 2014.

WAGNER, H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Current health expenditures as percentage of gross domestic product**: data by country. Geneva: Global health observatory data repositior, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services**: what and why? Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2017**. Geneva: WHO, 2017.

CAPÍTULO 4 – O DESAFIO NA ORGANIZAÇÃO MICROECONÔMICA DO SUS: DO SISTEMA FRAGMENTADO PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. O DILEMA DO SUS NO PLANO MICROECONÔMICO: FRAGMENTAÇÃO OU INTEGRAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

O dilema do SUS, no plano microeconômico expresso em fragmentação ou integração, decorre da transição das condições de saúde, especialmente das transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica que têm sido profundas e rápidas. Essas transições contextuais levaram, no Brasil, a uma situação de saúde expressa em uma tripla carga de doença, com predominância relativa das condições crônicas (veja o conceito de condições crônicas no Capítulo 7) que respondem por aproximadamente 80% dessa carga no Brasil (LEITE et al., 2015).

O problema é que as respostas sociais a essa situação de saúde continua a ser feita por um sistema fragmentado de saúde que foi desenvolvido na metade do século passado para o enfrentamento de eventos agudos. Uma situação de saúde do século XXI não pode ser respondida por um sistema de saúde do século XX. Há um consenso universal de que os sistemas fragmentados fracassaram no manejo das condições crônicas e devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde (HART, 1992; WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; THE LUCIEN LEAPE INSTITUTE, 2012; WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013; THE EUROPEAN FRAMEWORK FOR ACTION IN INTERNATIONAL HEALTH SERVICES DELIVERY, 2016; WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2016; AMELUNG et al., 2017; NHS ENGLAND, 2017; HAM, 2018).

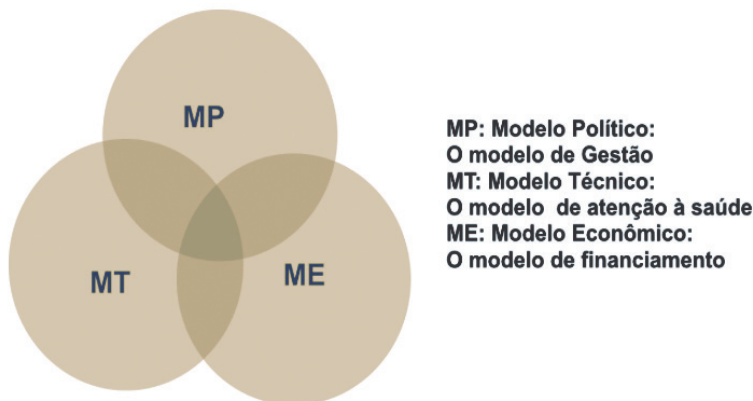
Não é diferente no Brasil, tanto no SUS quanto no sistema de saúde suplementar (MENDES 2011).

O dilema do SUS, no plano microeconômico, convoca mudanças que devem se expressar em uma agenda de inovações orientadas por um movimento de integração crescente do SUS em RAS (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Essa agenda deve ser implementada por inovações que articulem, sincrônicas e alinhadas entre si, ações nos três componentes dos sistemas de atenção à saúde: no modelo político ou modelo de gestão, no modelo técnico ou modelo de atenção à

saúde, e no modelo econômico ou modelo de financiamento (TOBAR, 2002). Esses componentes estão representados na Figura 7.

Figura 7: Os componentes dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Tobar (2002).

Cada um dos componentes expressa um conjunto de definições singulares, mas existem problemas comuns entre eles. Assim, pode-se pensar os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de combinações que admite a interseção dos seus três componentes.

Para chegar a resultados positivos nos sistemas de atenção à saúde, há que construir uma agenda ampla de inovações que se manifestam nos três componentes. A razão é simples e foi expressa magistralmente por Paul Batalden com a frase: “Cada sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que alcança” (IHI MULTIMEDIA TEAM, 2015). Dessa óbvia constatação, pode-se concluir que, caso se deseje mudar os resultados dos sistemas de atenção à saúde, haverá que se promoverem mudanças nesses sistemas que quebrem sua inércia e promovam inovações disruptivas.

Neste capítulo, trata-se dos aspectos conceituais e metodológicos das RAS. Nos demais capítulos do livro, discutem-se, com o referencial teórico dessas redes, as mudanças nos modelos de gestão, de atenção à saúde e de financiamento, na APS, na atenção secundária ambulatorial especializada (AAE), nos hospitais e na tecnologia médica.

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

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela OMS como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma

população para atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas, nutricionais e epidemiológicas singulares (MENDES, 2002).

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

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

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

Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso está dando certo nos países em desenvolvimento.

Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde explica-se por fatores históricos, culturais e técnicos. Ham (2007) fez uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. Ademais, afirma que, nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. As razões estão resumidas em uma citação que faz: *“O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um*

agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas”.

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

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

Mito 1. As doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda. Isso não é verdade porque quatro de cada cinco mortes por doenças crônicas acontecem em países em desenvolvimento.

Mito 2. Os países de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas. Isso não é verdade porque esses países apresentam uma dupla ou tripla carga das doenças e estão no centro de antigos e novos desafios de saúde pública.

Mito 3. As doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas. Isso não é verdade porque, em geral, as pessoas mais pobres, mais provavelmente que as ricas, irão desenvolver doenças crônicas e é mais possível que morram em consequência disso.

Mito 4. As doenças crônicas afetam as pessoas de idade. Isso não é verdade porque quase metade das mortes causadas por doenças crônicas ocorre prematuramente, em pessoas com menos de 70 anos de idade, e um quarto das mortes são em pessoas de menos de 60 anos de idade.

Mito 5. As doenças crônicas afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino. Isso não é verdade porque as doenças crônicas, inclusive as doenças cardiovasculares, afetam mulheres e homens de maneira praticamente igual.

Mito 6. As doenças crônicas resultam de estilos de vida não saudáveis. Isso não é verdade porque leva a uma vitimização das pessoas portadoras de doenças crônicas, e a responsabilização individual só pode ter efeito total quando as pessoas têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões saudáveis.

Mito 7. As doenças crônicas não podem ser prevenidas. Isso não é verdade porque as principais causas das doenças crônicas são conhecidas; e, se esses fatores de risco fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas e do diabetes de tipo 2 poderiam ser evitados e 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos.

Mito 8. A prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais. Isso não é verdade porque há uma gama de intervenções sobre as doenças crônicas que são economicamente viáveis e propiciam um ótimo retorno para os investimentos, mesmo nas regiões mais pobres.

Mito 9. Meu avô fumou e viveu acima do peso até os 90 anos de idade. Isso não é verdade porque em qualquer população haverá certo número de pessoas que não demonstra os padrões típicos observados na grande maioria, o que não significa que tabagismo e excesso de peso deixem de ser fatores de risco importantes nas doenças crônicas.

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

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

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

Por tudo isso, é imprescindível mudar radicalmente essa lógica implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

As situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico, determinadas pelas mudanças demográficas, pelas mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, pela urbanização acelerada e pelas estratégias mercadológicas.

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (CHAIMOVICZ, 1997). A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas; e, à medida que cresce a população idosa incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes. A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão-se impondo e incrementando as condições crônicas. Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos duplicou, e a dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno da urbanização, de um lado, acelerou a transição demográfica, mas, de outro, pressionou os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias

dos grandes centros urbanos. Por isso, é comum mencionar-se que as condições crônicas são doenças da urbanização. Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolveram-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde. Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado.

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

Em 2005, dos 58 milhões de óbitos por todas as causas ocorridos no mundo, estima-se que 35 milhões (60,3%) ocorreram por doenças crônicas (25 milhões por doenças cardiovasculares e câncer), o dobro de mortes causadas por doenças infecciosas, incluindo HIV/Aids, tuberculose e malária; desses, 80% aconteceram em países de renda baixa ou média. Nos próximos dez anos, 388 milhões de pessoas morrerão, no mundo, por doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Em 1995, havia 135 milhões de portadores de diabetes no mundo, três quartos dos quais localizados nos países em desenvolvimento. As projeções indicam que haverá 300 milhões de portadores de diabetes no ano de 2025 (KING et al., 1998). Em relação aos distúrbios mentais, há, atualmente, mais de 400 milhões de pessoas portadoras dessas condições no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Essas considerações são muito pertinentes para examinar a situação brasileira em termos da transição das condições de saúde que se apresenta em múltiplas dimensões e de forma rápida e profunda: a transição demográfica, a transição nutricional, a transição tecnológica e a transição epidemiológica. A transição tecnológica, expressa no paradoxo da tecnologia de saúde, é tratada no Capítulo 14.

O processo de transição demográfica caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime, em que ambas as taxas se situam em patamares relativamente mais baixos.

O Brasil passou por uma transição demográfica acelerada, principalmente devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. Isso vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e pessoas idosas. Até a década de 1950, a estrutura etária do País se assemelhava a uma pirâmide – base larga, com muitas

crianças e jovens, e cume estreito, com poucos idosos – em decorrência das taxas de fecundidade de mais de 6 filhos por mulher. Hoje, com uma taxa de fecundidade abaixo de 2 filhos por mulher, a longevidade aumenta continuamente. A proporção de pessoas com menos de 15 anos de idade, que se situava em torno de 30% em 2000, chegará a 17,6% em 2030. Já se observou no Brasil, inclusive, uma diminuição do número absoluto de crianças, passando de 52,1 milhões em 2000 para 49,9 milhões, em 2010, podendo alcançar 39,3 milhões em 2030. A população jovem de 15 a 29 anos de idade apresentou uma diminuição contínua na sua participação relativa na população brasileira, passando de 28,2% em 2000 para 26,7% em 2010, devendo alcançar 21,0% em 2030. A população brasileira de 30 a 59 anos de idade apresentou crescimento, tanto na participação relativa quanto em valores absolutos, em todo o período de 2000 a 2030. Esses adultos, que correspondiam a 59,2 milhões de pessoas em 2000, representando 33,6% da população, devem alcançar 95,4 milhões em 2030, 42,7% da população. O segmento populacional que mais cresce na população brasileira é o de pessoas idosas, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões em 2000 para 19,6 milhões em 2010, para 28,3 milhões em 2019, devendo atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades (ERVATTI et al., 2015). É o que se vê na Tabela 2. A população de mais de 80 anos que era de pouco mais de 3 milhões de pessoas em 2016, será de 19 milhões em 2060 (GOVERNO DO BRASIL, 2017).

Tabela 2: População de pessoas de mais de 60 anos no Brasil, em anos selecionados

Ano	Número de pessoas em milhões
2000	14,2
2010	19,6
2019	28,3
2030	41,5
2060	73,5

Fonte: Ervatti et al. (2015).

A transição demográfica brasileira é profunda e rápida. Ela traz consequências para a transição epidemiológica porque aponta para uma população composta cada vez mais por pessoas adultas e idosas que tendem a apresentar mais doenças crônicas.

Os resultados da PNAD/2008 mostraram que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significou 59,5 mi-

lhões de brasileiros. Da população, 5,9% declarou ter três ou mais doenças crônicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A PNS, 2013, constatou que do total de entrevistados, a prevalência de indivíduos que referiram ter, pelo menos, uma doença crônica foi de 45,1%, sendo que, para os indivíduos do sexo feminino, tal prevalência foi de 50,4%, e para o sexo masculino, de 39,2%. Estima-se que são mais de 66 milhões de brasileiros com diagnóstico prévio de alguma doença crônica (MALTA et al., 2015).

A transição nutricional tem sido, também, profunda e rápida. Ela se liga a uma complexa rede de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde, envolvendo fatores como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais (POPKIN, 2002).

Nas últimas décadas, verificou-se, no Brasil, uma tendência muito clara de redução das desigualdades sociais na distribuição da desnutrição na infância (MONTEIRO et al., 2002). Contudo, a redução da desnutrição veio acompanhada por outros problemas nutricionais, como o aumento do sobrepeso e da obesidade (MALTA et al., 2014) e das doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011). Nesse sentido, o processo de transição nutricional no Brasil veio com o desafio de atualização da agenda de alimentação e nutrição no SUS porque ela a aproximou dos serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo, o entendimento dos modelos de determinação social da saúde que marcam as formas como a população se alimenta e os riscos relativos ao estado nutricional convoca a necessidade de respostas que vão além do SUS por meio de ações intersetoriais (JAIME et al., 2018).

Malta et al. (2014) analisaram o excesso de peso e a obesidade em adultos moradores de capitais e do Distrito Federal. A prevalência de excesso de peso aumentou de 43,2% em 2006 para 51,0% em 2012, sendo de 1,37% o incremento anual médio calculado para o período. Essa prevalência aumentou significativamente em homens e mulheres, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de escolaridade. Nesse mesmo período, a prevalência da obesidade aumentou de 11,6% para 17,4%, representando um incremento médio de 0,89% ao ano. Aumentos significativos foram observados para homens e mulheres, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de escolaridade.

Malta (2011) analisou as mudanças nas prevalências de excesso de peso e de obesidade em adultos e crianças de 5 anos a 9 anos, comparando resultados de inquéritos realizados entre 1974/1975 e 2008/2009. O excesso de peso aumentou na população adulta de 18,5% para 50,1% no sexo masculino e de 28,1% para 48% no sexo feminino. Nos adultos, a obesidade aumentou de 2,8% para 12,4% no sexo masculino e de 8,0% para 16,9% no sexo feminino. O excesso de peso nas crianças aumentou de 10,9% para 34,8% no sexo masculino e de 8,6% para

32,0% no sexo feminino. Nas crianças, a obesidade aumentou de 2,9% para 16,6% no sexo masculino e de 1,8% para 11,8% no sexo feminino.

Dados do Vigitel 2016 mostraram que, na população geral, o excesso de peso foi de 57,7% nos homens e de 50,5% nas mulheres; na obesidade, foi de 18,1% nos homens e de 19,6% nas mulheres. O crescimento da obesidade foi de 62% no período de 2006 a 2015 (BRASIL, 2016).

Esses aumentos exagerados do sobrepeso e da obesidade contribuirão, prospectivamente, para o incremento relativo das doenças crônicas na carga de doenças (SARTORELLI; FRANCO, 2003). O crescimento do diabetes no período de 2006 a 2015 foi de 61,8% no diabetes e de 14,2% na hipertensão arterial, e parte desse aumento deveu-se à transição nutricional (BRASIL, 2016).

Ademais, a transição epidemiológica no Brasil faz-se com grande rapidez e profundidade. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM et al., 2004).

Em poucas décadas, o predomínio relativo das doenças infecciosas foi substituído pela hegemonia das condições crônicas. Como se discute no Capítulo 7, as condições crônicas abarcam todas as doenças crônicas e mais um grande conjunto de condições que exigem uma resposta contínua, proativa e integrada por parte dos sistemas de atenção à saúde.

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

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

Há estudos que dimensionam o custo econômico das condições crônicas em diferentes países. Coeficientes de prevalência de HIV/Aids de 10% a 15%, que são bastante comuns atualmente, podem se traduzir em uma redução na taxa de crescimento do PIB per capita de até 1% ao ano; a tuberculose produz encargos econômicos equivalentes a US\$ 12 bilhões por ano; os custos do tratamento da asma em Singapura constituem 1,3% dos custos totais da saúde nesse país; a perda

de produtividade por doenças cardíacas nos Estados Unidos está estimada em US\$ 6,45 bilhões por ano; o custo do diabetes é de, aproximadamente, US\$ 2,2 bilhões por ano na Índia; o custo anual estimado de HIV/Aids chega a 1% do PIB na Índia; as despesas médicas com hipertensão nos Estados Unidos foram, em 1998, de US\$ 108,8 bilhões, o que representou 12,6% do gasto sanitário do país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). No período de 2005 a 2015, as perdas econômicas da China, decorrentes de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e diabetes, terão sido de, aproximadamente, US\$ 558 bilhões; na Rússia, deveriam atingir US\$ 300 bilhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

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

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

Por tudo isso, um importante epidemiologista afirma que as doenças crônicas constituem um problema considerável que tenderá a ser maior no futuro e que constituem a “epidemia real” que enfrenta os sistemas de atenção à saúde em todo o mundo (SPASOFF, 2011).

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

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

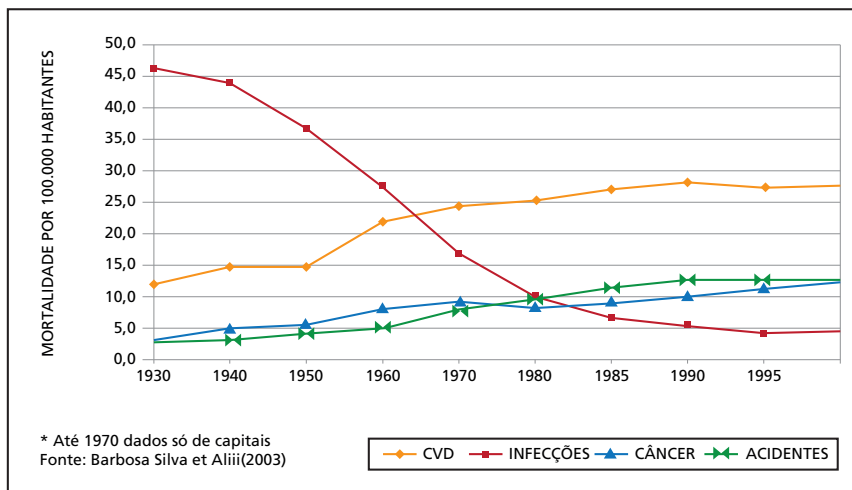
Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgir-

mento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição em um sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As doenças crônicas se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, já que 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. Essas doenças são a principal fonte da carga de doença; e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição (SCHMIDT et al., 2011).

A transição epidemiológica singular do País, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no Gráfico 1, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares, que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

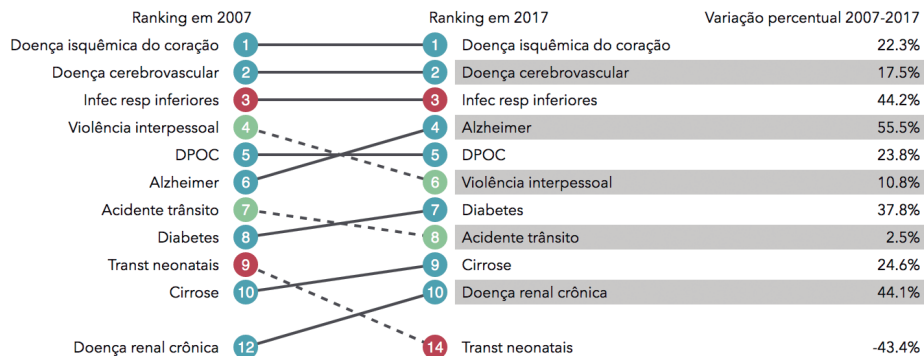
Gráfico 1: Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2003



Fonte: Silva et al. (2006).

Figura 8: As 10 principais causas de morte em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades

O que causa a maioria das mortes?

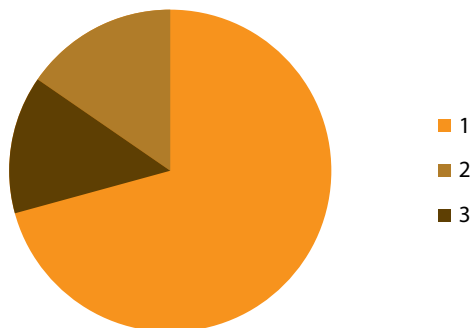


Fonte. GDB Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>

Na Figura 8, chama atenção o crescimento significativo, no período, de mortes por doença de Alzheimer, diabetes, cirrose e doença renal crônica e a queda importante da violência interpessoal, dos acidentes de trânsito e dos transtornos neonatais.

Do ponto de vista da carga de doenças em termos de anos de vida perdidos por morte precoce, como se mostra no Gráfico 2, dados de 2015 mostraram os seguintes percentuais em relação à carga total: doenças crônicas foram responsáveis por 78,5%; infecções, desnutrição e condições maternas e neonatais, 12,4%; e causas externas, 11,8%.

Gráfico 2: Carga de doenças em anos de vida perdidos por morte precoce. Brasil, 2015



Grupo 1. Doenças crônicas (75,8)

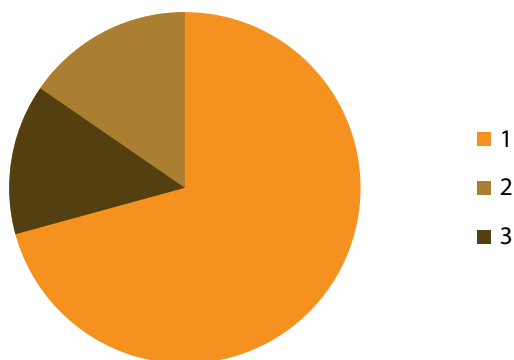
Grupo 2. Doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e neonatais (12,4%)

Grupo 3. Causas externas (11,8%)

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (2015).

Em termos da carga de doenças medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, como se vê no Gráfico 3, evidenciaram os seguintes percentuais em relação à carga total: doenças crônicas, 70,8; doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e neonatais, 13,8%; e causas externas, 15,4%.

Gráfico 3: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Brasil, 2015

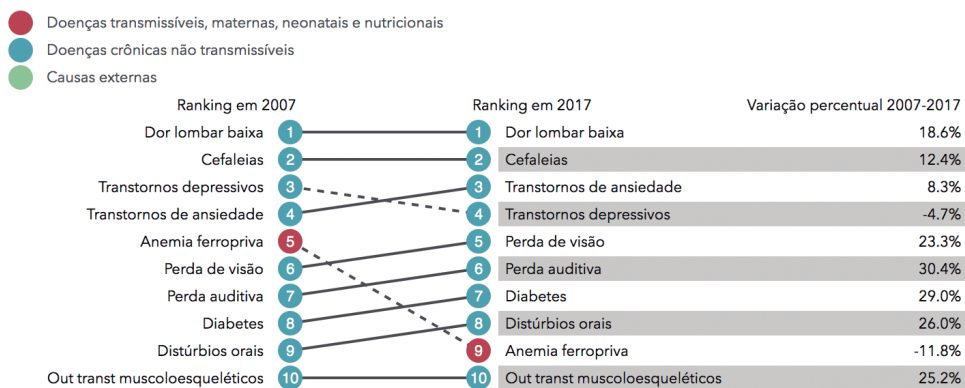


Grupo 1. Doenças crônicas (70,8)
 Grupo 2. Doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e neonatais (13,8%)
 Grupo 3. Causas externas (15,4%)
 Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (2017).

As principais causas dos anos de vida vividos com incapacidade são mostradas no Gráfico 4.

Gráfico 4: As 10 principais causas dos anos vividos com incapacidade em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades

Quais são os problemas de saúde que causam mais deficiência?



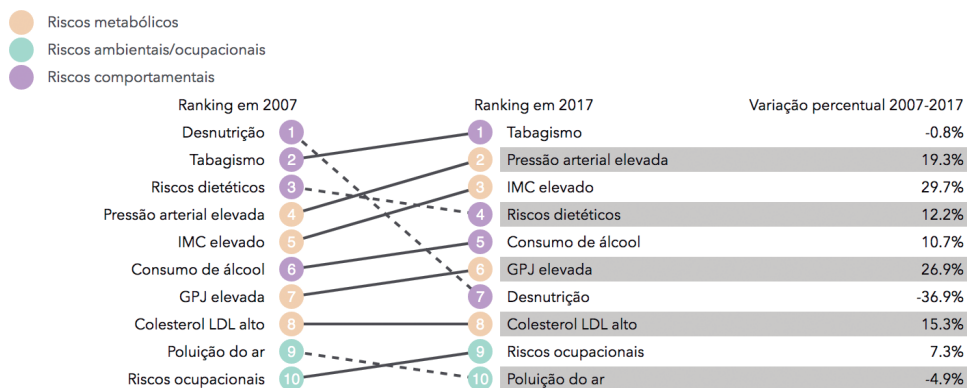
Fonte: GDB Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>

Deve-se ressaltar o crescimento, no período, dos transtornos de ansiedade, perda de visão, perda auditiva, diabetes e distúrbios orais e a diminuição dos transtornos depressivos e da anemia ferropriva.

Os principais riscos que contribuem para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade estão definidos no Gráfico 5.

Gráfico 5: Os 10 principais riscos que contribuem para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades

Quais os fatores de risco provocam a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada?



Fonte: GDB Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>

Houve, no período, um aumento do tabagismo, da pressão arterial elevada, do IMC elevado, do consumo de álcool, da GPJ elevada e dos riscos ocupacionais; ao contrário, houve uma diminuição da desnutrição, dos riscos dietéticos e da poluição do ar.

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

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde. A mudança fundamental está em transitar de um sistema fragmentado para um sistema integrado em redes.

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

Os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração.

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

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

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia.

Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a APS é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma desvalorização da APS e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se em uma relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de se

adaptarem, oportunamente, às mudanças contextuais das transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica.

Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para os eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo.

Bengoa (2008) assinala com propriedade: *“O paciente está mudando, o padrão de enfermidades está mudando, as tecnologias mudaram; contudo, o sistema de saúde não está mudando. Existe evidencia crescente de que a forma atual de organização, financiamento e prestação de serviços de saúde não é compatível com um controle ótimo das doenças crônicas”* (BENGOA, 2008).

Os resultados de sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas, são muito negativos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos. Em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que corresponde a 32% do total (NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2007). Um estudo mostrou que: 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias; 58%, doenças cardiovasculares; e 30% a 70%, neuropatias; os portadores de diabetes tiveram 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade; havia 144 mil mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhão de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era US\$ 7 mil menor em pessoas com diabetes em relação às que não tinham diabetes; uma pessoa com diabetes tinha o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que outra sem diabetes; e uma pessoa com diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, US\$ 11.157 comparado com US\$ 2.604 para pessoas sem diabetes (BARR et al., 1996). Um estudo do National Committee for Health Assurance (2006) sobre a atenção ao diabetes pelos planos de saúde americanos concluiu que, apesar dos altos custos do controle dessa doença, a hemoglobina glicada era usada em menos de 90% das pessoas usuárias para controle glicêmico; que 30% das pessoas com diabetes não estavam controladas; que menos de 70% das pessoas com diabetes apresentaram valores de LDL inferiores a 130mg/dl; e que pouco mais de 50% das pessoas com diabetes realizaram o exame oftalmológico anual. Outros programas de controle de condições crônicas nos Estados Unidos apresentaram sérias deficiências. No controle da asma, 48% dos portadores da doença tomaram medicação regularmente, e 28% inalaram esteroides; 65% das pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio fizeram uso de estatina, e 33% conheceram o resultado de seu último exame de colesterol; uma pesquisa com 16 mil pessoas mostrou que 27%

tinham hipertensão, que 15% a 24% tinham a hipertensão controlada, que 27% a 41% não sabiam que tinham hipertensão, que 25% a 32% estavam tratando a hipertensão, mas sem controlá-la, e que 17% a 19% sabiam que eram hipertensos, mas não buscavam tratamento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Esses resultados mostram uma situação ruim e custosa no controle das condições crônicas nos Estados Unidos.

O contraste entre os recursos investidos na nação americana e os resultados sanitários levou uma importante instituição daquele país a concluir que o sistema de atenção à saúde americano não funcionava e que a solução de fazer mais do mesmo não era a saída. Ao contrário, era preciso mudar radicalmente a forma como o sistema tem operado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

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

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

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

Há diferenças fundamentais entre os sistemas fragmentados e as RAS, conforme se indica no Quadro 2.

Quadro 2: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das RAS

Característica	Sistema fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes

Característica	Sistema fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adstrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde s e intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Sistema de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adstrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção multiprofissional interdisciplinar

Característica	Sistema fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Conhecimento e ações clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das RAS	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes das RAS
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento baseado em valor e voltado para toda a RAS
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes (2011).

4. O CONCEITO E OS ELEMENTOS COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A ideia de RAS surgiu da busca da integração dos sistemas de atenção à saúde, com vistas à superação da fragmentação vigente. Por essa razão, utiliza-se, com maior frequência, especialmente nos países europeus, a denominação de sistemas integrados de atenção à saúde. Outras denominações são encontradas para expressar soluções de incremento da integração dos cuidados em saúde, tais como cuidados integrados, cuidados coordenados, cuidados colaborativos e cuidados gerenciados (NOLTE; PITCHFORTH, 2014).

Essas diferentes denominações expressam variadas dimensões de integração dos sistemas de atenção à saúde catalogadas por tipo, por amplitude, por grau e por processo de integração (NOLTE; McKEE, 2008).

A integração por tipo admite quatro formas: a integração funcional das funções de apoio como planejamento estratégico, gestão financeira e gestão de pessoas; a integração organizacional que se dá por meio de fusões, alianças estratégicas e contratualizações; a integração profissional que se faz por grupos de práticas ou alianças estratégicas de profissionais dentro e dentre organizações; e a integração clínica dos diferentes componentes dos processos clínicos tais como as diretrizes clínicas (SHORTELL et al., 1994; DELNOIJ et al., 2002).

Esses tipos de integração ocorrem com amplitudes diferentes descritos como integração horizontal e vertical. A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço e assim por diante. No desenvolvimento das RAS, os dois conceitos se aplicam. A integração horizontal faz-se por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, fundem-se em um só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize em uma carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá, também na aliança estratégica, por meio de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a rede da Kaiser Permanente nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, em que podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada em uma comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los mediante sistemas logísticos potentes.

Com relação ao grau de integração (LEUTZ, 1999; GOODWIN et al., 2004), o cuidado pode ser integrado em diferentes graus desde uma integração completa em que a organização integrada é responsável por todo o contínuo de atenção. Leutz (1999) propôs três níveis de integração: a articulação em que organizações autônomas nos critérios de financiamento e operacionalidade, mas com algum grau de ações articuladas; a coordenação que vai além da articulação criando mecanismos comuns de ação coordenada como compartilhamento de informações e ações de planejamento que envolve diferentes pontos de atenção à saúde e sistemas logísticos; a integração completa em que o sistema/organização integrada assume as responsabilidades por todos os serviços, recursos e financiamento com base em contratualização entre as diferentes instituições participantes.

Um enfoque alternativo para classificar a integração dos sistemas de atenção à saúde distingue a integração normativa, na qual os valores compartilhados cumprem a parte central na coordenação dos cuidados, da integração sistêmica, em que as regras e políticas são coerentemente implementadas nos vários níveis da organização (FULOP et al., 2005). Ao mesmo tempo, é importante sublinhar que o processo de

integração requer ações simultâneas em diferentes níveis, envolve várias funções e desenvolve-se em fases distintas (MINKMAN, 2011).

Em uma tentativa de estruturar a pesquisa nos sistemas integrados de atenção à saúde, foram descritas quatro categorias gerais: a integração da saúde e da assistência social, a integração entre a APS e a atenção hospitalar, a integração dentro de cada ponto de atenção à saúde e a integração entre serviços preventivos e curativos (SCHRIJVERS; GOODWIN, 2010):

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

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

Tapscott (2011) entende que as redes são uma característica fundamental das sociedades pós-industriais: *“Na era industrial, tudo é feito para a massa. Criamos a produção de massa, a comunicação de massa, a educação de massa, a democracia de massa. A característica central da sociedade industrial é que as coisas começam com um (aquele que tem o conhecimento) e chegam a muitos (aqueles que não têm o conhecimento)... O fluxo é sempre no sentido de um para muitos. No sistema de saúde eu sou o médico, porque tenho o conhecimento, e os outros são os pacientes, não apenas porque estão doentes, mas porque não têm o conhecimento. De novo, é de um para muitos... Na sociedade pós-industrial, o conhecimento será transmitido não mais de um para muitos, mas de um para um ou de muitos para muitos. Será a era da inteligência em rede, num sistema de colaboração de massa”.*

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 1990, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, em um contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. As organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides hierárquicas e por um modo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídas por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OOVERNEY, 2008).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; em que há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; em que se manifesta uma crescente demanda

por benefícios e por participação cidadã (FLEURY; OUVÉNEY, 2007). A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF; LINDSAY, 1983).

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

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY; PAGE, 1998). Por outro lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (*accountability*); o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

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

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

A OMS considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de

integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades, produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como *“a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

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

No Reino Unido, os sistemas integrados de atenção à saúde foram definidos como *“as iniciativas que melhoram os resultados para as pessoas com necessidades e problemas crônicos complexos pela superação da fragmentação por meio da articulação ou coordenação dos serviços de diferentes prestadores ao longo de todo o contínuo de cuidados”* (NOLTE; PITCHFORTH, 2014).

O WHO Regional Office for Europe (2016) conceitua os sistemas integrados de saúde como *“um conjunto coerente de métodos e modelos em financiamento, em organização administrativa, em prestação de serviços e em níveis clínicos para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e dentre os pontos de atenção à saúde”*.

O Ministério da Saúde explicita os atributos de uma RAS: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados. Com base nesses atributos, define RAS como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2010).

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos, nas conceituações e nos atributos anteriormente referidos, agregando características operacionais temáticas, pode-se definir as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade –, e com responsabilidades sanitária e econômica de modo a gerar valor para a população.

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 coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

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

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

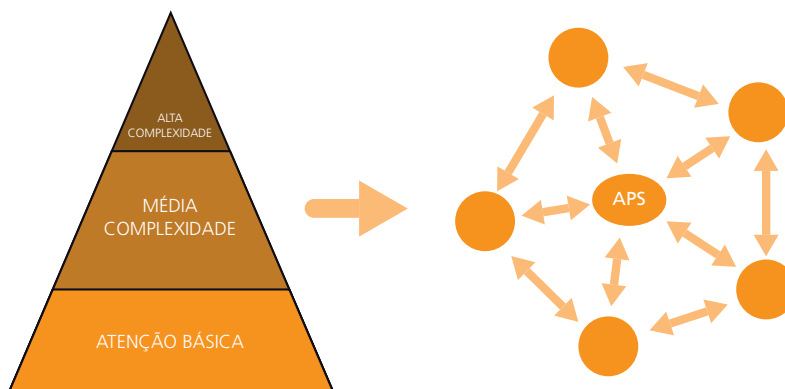
A concepção ainda presente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não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

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

de saúde e a população a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. É o que se vê na Figura 9.

Figura 9: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS



Fonte: Mendes (2011).

As RAS, contudo, apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS.

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

A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adstrita que é a ela vinculada na APS. Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. Elas constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A questão da população das RAS é tratada no Capítulo 5.

O segundo elemento é constituído pelos modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. Ele é analisado detalhadamente no Capítulo 7.

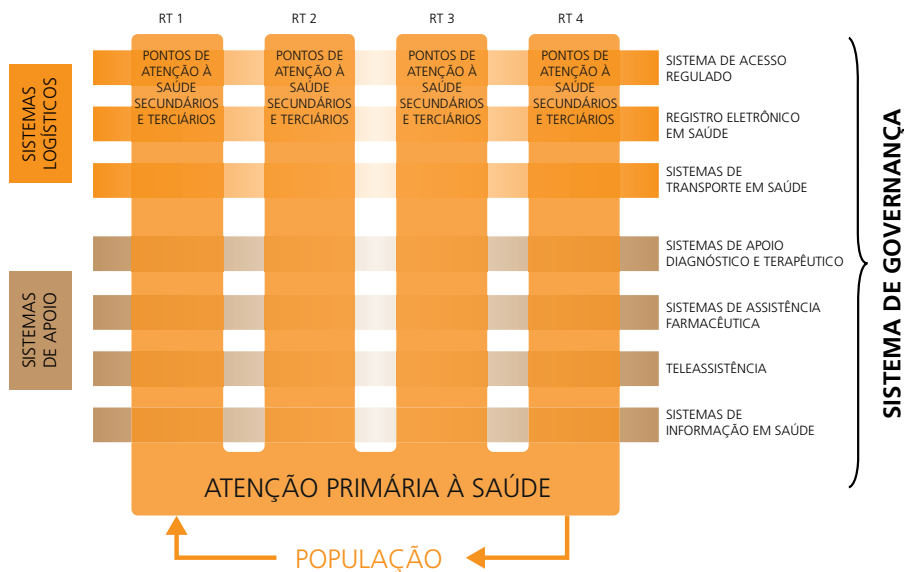
O terceiro elemento das RAS é a estrutura operacional, que é constituído pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

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

A estrutura operacional das 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 (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.

Os três primeiros correspondem aos nós das redes; e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 10.

Figura 10: A estrutura operacional das RAS



Fonte: Mendes (2011).

A observação detalhada da Figura 10 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, as redes de atenção às doenças respiratórias e outras.

Cabe observar que essa visão de RAS temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais, que são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, um programa vertical de tuberculose já se organizou, tempos atrás, com um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose etc. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; CRUZ et al., 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN et al., 2008). De qualquer forma, as RAS, ainda que estruturadas tematicamente, são incompatíveis com os programas verticais, já que, nelas, conforme se vê na Figura 10, somente os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são verdadeiramente temáticos. Diferentemente, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas RAS.

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

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS manifesta-se em uma parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das RAS, como 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.

Este livro trata da APS nos seus Capítulos 10 e 11; dos pontos de atenção secundários ambulatoriais, a AAE, no Capítulo 12; dos pontos de atenção hospitalares no Capítulo 13; e da governança das RAS no Capítulo 6.

5. AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

Weingarten et al. (1985) evidenciaram que a atenção integrada a crianças portadoras de asma promoveu a melhoria da capacidade respiratória. McInnes e McGhee (1995), em um ensaio randomizado feito com 554 portadores de hipertensão, mostraram que a integração da atenção primária e especializada proporcionou serviços mais custo/efetivos que a forma convencional. Osman et al. (1996) mostraram que a atenção integrada diminuiu as referências de portadores de asma para os especialistas. Bernabei et al. (1998), em um ensaio randomizado feito com 200 idosos frágeis, constataram que a atenção integrada levou a menos internações hospitalares, a menos consultas na APS, a melhor capacidade funcional dessas pessoas e a um sistema mais custo/efetivo. McCulloch et al. (1998) analisaram 200 sistemas de atenção ao diabetes que atendiam a 15 mil usuários e verificaram que a provisão de suporte integrado para a APS melhorou a satisfação das pessoas usuárias e o uso dos recursos. Byng et al. (1998) verificaram que os sistemas integrados determinaram uma maior satisfação das pessoas usuárias com os serviços de saúde mental. Reuben et al. (1999), em um ensaio randomizado feito com 363 pessoas idosas, mostraram que a integração diminuiu as incapacidades funcionais e melhorou a qualidade de vida dessas pessoas. Wagner et al. (1999) avaliaram 72 sistemas que utilizaram alguma forma de integração e concluíram que os programas que integravam a APS com os outros níveis e que tinham uma população adstrita foram mais efetivos e que seus usuários estavam mais satisfeitos. Malcolm et al. (2000) sugeriram que a integração entre a APS e a AAE permitiu a identificação de pessoas com alto risco de hospitalização e reduziu o uso de serviços especializados. Simon et al. (2001), em um ensaio clínico randomizado, mostraram que a integração dos cuidados da depressão crônica melhorou a qualidade da atenção a custos moderados. Wagner et al. (2001) estudaram a atenção ao diabetes em 23 centros e concluíram que a integração do cuidado propiciou melhorias nos processos e nos resultados da atenção. Doughty et al. (2002), em um ensaio clínico randomizado feito com 197 portadores de insuficiência cardíaca, concluíram que a integração da APS com a AAE permitiu reduzir as reinternações hospitalares. Unutzer et al. (2002), em um ensaio clínico randomizado realizado em 18 serviços integrados, concluíram que a integração contribuiu para a redução dos sintomas depressivos e sua severidade, melhorou a adesão aos tratamentos, aumentou a satisfação com a atenção recebida e incrementou a qualidade de vida. Gilbody et al. (2003), em uma revisão sistemática de 36 estudos, identificaram que a integração da APS em rede melhorou a atenção à depressão. Polonsky et al. (2003), em um ensaio randomizado feito em 167 portadores de diabetes com pobre

controle glicêmico, verificaram que o grupo que recebeu atenção integrada obteve melhores resultados que os que foram manejados de forma fragmentada. Griffin e Kinmonth (2004), em uma revisão Cochrane feita em 1.058 pessoas, verificaram que uma atenção integrada ao diabetes, com base na APS, diminuiu os índices glicêmicos mais fortemente que a atenção centrada no hospital. Katon et al. (2004), em um ensaio clínico feito em 329 portadores de diabetes e depressão, concluíram que os modelos de atenção integrada melhoraram resultados selecionados em pessoas portadoras de comorbidades. Smith et al. (2004), em um estudo randomizado em 30 sistemas de atenção ao diabetes, verificaram que os mecanismos de integração determinaram significativas melhorias na prestação dos serviços e nos resultados psicossociais. Vetter et al. (2004), em um ensaio clínico, constataram que o efeito da integração entre os enfermeiros e os trabalhadores comunitários produziu melhores resultados clínicos no diabetes. Singh (2005), analisando 14 revisões sistemáticas e 29 ensaios randomizados, encontrou evidências de que as RAS melhoraram o uso dos recursos e alguns resultados clínicos selecionados e reduziram os custos da atenção. Nuño (2008) afirmou que existem evidências sólidas de que os enfoques e intervenções dos sistemas integrados mostraram resultados positivos em vários âmbitos e patologias. Rosen e Ham (2008) afirmaram que a integração de gestores e prestadores de serviços melhoraram a cooperação entre eles, deram uma maior atenção à gestão de caso e incentivaram a utilização de tecnologia de informação e que tiveram algum impacto sobre os custos da atenção à saúde. Maciejewski et al. (2009), em uma revisão sistemática de pesquisa em pessoas com asma, concluíram que houve melhorias clínicas e de qualidade de vida. Steffen et al. (2009), em uma metanálise de pesquisas em pessoas adultas com transtornos mentais, concluíram que houve melhoria do estado mental dessas pessoas. Pimouguet et al. (2010), em revisão sistemática com pessoas com demência, constataram redução das rehospitalizações. Althaus et al. (2011), em uma revisão sistemática de usuários frequentes de emergências hospitalares, encontraram redução na utilização de álcool e outras e diminuição de problemas sociais. De Bruin et al. (2011), em uma revisão sistemática feita com pessoas com diabetes, depressão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, verificaram uma diminuição dos gastos hospitalares. Nolte e Pitchford (2014) encontraram melhorias na utilização de serviços em 17 dos 19 estudos examinados.

O Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra adotou em seu plano estratégico o objetivo de utilizar nos próximos anos o maior movimento nacional de integração dos serviços de saúde de todos os países desenvolvidos ocidentais (NHS ENGLAND, 2018). Isso tem sido feito por parcerias entre as autoridades nacionais e locais para desenvolver sistemas integrados de atenção à saúde (CHARLES et al., 2018). As experiências-piloto implantadas em 10 áreas já mostraram resultados favoráveis na eficiência, na experiência das pessoas e em resultados sanitários (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2017). Os modelos de integração utilizados incorporam a gestão da saúde da população (ALDERWICK et al., 2015). A APS é considerada fundamental na arquitetura dos sistemas integrados de saúde e está calcada no desenvolvimento de modelos de cuidados primários robustos e sustentáveis. Além disso, várias políticas

estão sendo implantadas: trabalho interdisciplinar na APS, estratificação da população e atenção especial às pessoas de alto risco, compartilhamento de informações, gestão da saúde da população, foco na prevenção e reconfiguração da atenção aos eventos agudos (CHARLES et al., 2018).

REFERÊNCIAS

AGRANOFF, R.; LINDSAY, V. A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. **Public Administration Review**, v. 43, n. 3, p. 227-238, 1983.

ALDERWICK, H.; HAM, C.; BUCK, D. **Population health systems: going beyond integrated care**. London: The King's Fund, 2015.

ALTHAUS, F. et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. **Annals of Emergency Medicine**, v. 58, n. 1, p. 41-52.e42, 2011.

AMELUNG, V. et al. **Handbook Integrated Care**. Gewerbestrasse: Spring International Publishing, 2017.

ATUN, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Europe, 2004.

BARR, C. E. et al. Disease state considerations. In: TODD, W. E.; NASH, D. (eds). **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing, 1996.

BENGOA, R. Curar y cuidar. In: BENGOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

BERNABEI, R. et al. Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. **British Medical Journal**, v. 316, n. 7141, p. 23-27, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel BRASIL, 2016**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BYNG, R. et al. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 501, p. 259-266, 2004.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Ed. Cultrix, 2002.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, Volume I, 2000.

CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHARLES, A. et al. **A year of integrated care systems: reviewing the journey so far**. London: The King's Fund, 2018.

CRUZ, V. K. O. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. **Journal of International Development**, v. 15, n. 1, p. 67-86, 2003.

DE BRUIN, S. et al. Impact of disease management programs on health-care expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature. **Health Policy**, v. 101, n. 2, p. 105-121, 2011.

DELNOIJ, D.; KLAZINGA, N.; GLASGOW, I. K. Integrated care in an international perspective. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, p. 1-4, 2002.

DOUGHTY, R. N. et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. **European Heart Journal**, v. 23, n. 3, p. 139-146, 2002.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (orgs.). **Mudança demográfica no Brasil: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica em América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 111, n. 6, p. 458-496, 1991.

FRIEDMAN, T. L. **O mundo é plano: uma breve história do século XXI**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

FULOP, N. et al. **Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere**. London: The NHS Confederation, 2005.

GDB Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>. Acesso em: 25 set. 2018.

GILBODY, S. et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. **JAMA**, v. 289, n. 3, p. 3145-3151, 2003.

GOODWIN, N. et al. **Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors**. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2004.

GOVERNO DO BRASIL. **Em 2060, o Brasil terá 19 milhões com mais de 80 anos**. 2017. Disponível em: www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/10/em-2060-brasil-tera-19-milhoes-com-mais-de-80-anos. Acesso em: 6 jun. 2018.

GRIFFIN, S.; KINMONTH, A. L. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. In: **THE COCHRANE LIBRARY**. Chichester: Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

HAM, C. **Evaluation and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

HAM, C. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organizations in the NHS in England. London: **The King's Fund**, 2018. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>. Acesso em: 24 mar. 2018.

HART, J. T. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. **British Medical Journal**, v. 42, n. 356, p. 116-119, 1992.

IHI MULTIMEDIA TEAM. Like magic (“Every system is perfectly designed...”). **Institute for Healthcare Improvement**, 2015. Disponível em: <http://www.ihl.org/communities/blogs/origin-of-every-system-is-perfectly-designed-quote>. Acesso em: 14 abr. 2018.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The chronic care model**. 2008. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org>. Acesso em: 21 jul. 2011.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, v. 41, p. 36-46, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. GBD Brasil. 2015.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. GBD Brasil. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century.** Washington: The National Academies Press, 2001.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.** 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde, 2010.

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.

KATON, W. et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. **Archives of general psychiatry**, v. 61, n. 10, p. 1042-1049, 2004.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995-2015. **Diabetes Care**, v. 21, n. 9, 1998.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.

LEUTZ, W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. **The Milbank Quarterly**, v. 77, n. 1, p. 77-11, 1999.

MACIEJEWSKI, M. L.; CHEN, S. Y.; AU, D. H. Adult asthma disease management: an analysis of studies, approaches, outcomes, and methods. **Respiratory Care**, v. 54, n. 7, p. 878-886, 2009.

MALCOLM, L.; WRIGHT, L.; CARSON, S. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. **The New Zealand Medical Journal**, v. 113, n. 1123, p. 514-517, 2000.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Brasília: SVS/Ministério da Saúde, 2011.

MALTA, D. C. et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 267-276, 2014. Suplemento 1.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015. Suplemento 2.

McCULLOCH, D. H. et al. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 12-22, 1998.

McINNES, G. T.; McGHEE, S. M. Delivery of care for hypertension. **Journal of Human Hypertension**, v. 9, n. 429-433, 1995.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Ed Hucitec, 1999.

MILLS, A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. **Social Science and Medicine**, v. 17, n. 24, p. 1971-1981, 1983.

MINKMAN, M. A development model for integrated care. **International Journal of Integrated Care**, v. 11, e099, 2011. Supplement.

MONTEIRO, C. A. et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2002. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 4, p. 305-311, 2002.

NATIONAL AUDIT OFFICE. **Developing new care models through NHS vanguards**. London: National Audit Office, 2017.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. **The state of health quality**. Washington: NCQA, 2006.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. **National Diabetes Statistics, 2007**. Disponível em: <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>. Acesso em: 18 mar. 2009.

NHS ENGLAND. **Next steps on the NHS five year forward view**. 2018. Disponível em: www.england.nhs.uk/publication/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view. Acesso em: 15 mar. 2019.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (eds). **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. Maidenhead: Open University Press, 2008.

NOLTE, E. PITCHFORTH, E. **What is evidence on the economic impacts of integrated care**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.

NUÑO, R. S. Un breve recorrido por la atención integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.

OLIVEIRA, E. X. et al. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund**, v. 49, n. 4. p. 509-583, 1971.

OMS, G. et al. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? **Globalization and Health**, v. 4, n. 6, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

OSMAN, L. M et al. Integrated care for asthma: matching care to the patient. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 3, p. 444-448, 1996.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 42, p. 12-22, 2008.

PIMOUGUET, C. et al. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 14, n. 8, 2010.

PODOLNY, J. M.; PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology**, v. 24, p. 57-76, 1998.

POLONSKY, W. H. et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. **Diabetes Care**, v. 26, n. 11, p. 3048-3053, 2003.

POPKIN, B. M. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. **Public Health Nutrition**, v. 5, p. 93-103, 2002.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

REUBEN, D. B. Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. **Medical Care**, v. 40, n. 5, p. 416-428, 2002.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, S29-S36, 2003. Suplemento 1.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHRIJVERS, G.; GOODWIN, N. Looking 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**, v. 10, e047, 2010.

SHORTELL, S.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs**, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America**: building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SILVA, J. B. et al. Doenças e agravo não transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 2006.

SIMON, G. E. et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 10, p. 1638-1644, 2001.

SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

SINGH, D. **Transforming chronic care**: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005.

SMITH, S. et al. The North Dublin randomized controlled Trial of structured diabetes shared care. **Family Practice**, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2004.

SPASOFF, R. **Doença crônica**: a epidemia real. Washington: PAHO/WHO Guest for Speaker Lecture on Chronic Disease Epidemiology, 2011.

STEFFEN, S. et al. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature (structured abstract). **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v 120, n. 1, p. 1-9, 2009.

TAPSCOTT, D. "A inteligência está na rede". Entrevista com Don Tapscott. **Revista Veja**, n. 15. 2011; Edição 2.212: 19-23.

THE EUROPEAN FRAMEWORK FOR ACTION IN INTERNATIONAL HEALTH SERVICES DELIVERY. **Frequently asked questions**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

THE LUCIEN LEAPE INSTITUTE. **Order from chaos**: accelerating care integration. Boston: National Patient Safety Foundation, 2012.

TOBAR, F. **Modelos de gestión en salud**. Buenos Aires, 2002.

UNUTZER, J. et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 288, n. 22, p. 2836-2845, 2002.

UPEKLAR, M.; RAVIGLIONE, M. C. The "vertical-horizontal" debates: time for the pendulum to rest (in peace)? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 5, p. 413-414, 2007.

VETTER, M. J. BRISTOW, L.; AHRENS, J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. **Home Health Nurses**, v. 22, n. 9, p. 645-648, 2004.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n.1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? **Managed care quarterly**, v. 7, n. 3, p. 56-66, 1999.

WAGNER, E. H. et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **Joint Commission journal on quality improvement**; v. 27, n. 2, p. 63-80, 2001.

WEINBERGER, M. et al. Social service interventions for caregivers of patients with dementia: impact on health care utilization and expenditures. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 41, n. 2, p. 153-156, 1993.

WEINGARTEN, M. A. et al. A pilot study of the multidisciplinary management of childhood asthma in a family practice. **Journal of Asthma**, v. 22, n. 5, p. 261-265, 1985.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **A framework for action on towards Coordinate/Integrated Health Services Delivery (CIHSD)**. Copenhagen: Division of Health Systems and Public Health, 2013.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Integrated care: an overview**. Copenhagen: Division of Health Systems and Public Health, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Geneva: World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008.

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. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

CAPÍTULO 5 – O DESAFIO NO MODELO DE GESTÃO: DA GESTÃO DA OFERTA À GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Os avanços nos sistemas de atenção à saúde foram detidos em dois modelos de gestão planejados, há mais de 100 anos – o hospital geral e a medicina de consultório –, quando todos os cuidados estavam sob o domínio da medicina intuitiva (CHRISTENSEN et al., 2009).

Por essa razão, é fundamental promover mudanças profundas no modelo de gestão desses sistemas. Por isso, os desafios dos modelos de gestão são examinados, neste livro, por meio de três movimentos que devem ser realizados simultaneamente: transitar de um modelo de gestão da oferta para um modelo de gestão da saúde da população, ir de um modelo de gestão hierárquica para um modelo de gestão em rede e equilibrar a gestão dos recursos com a gestão da clínica.

O primeiro movimento é analisado neste capítulo; o segundo movimento, no Capítulo 6; e o terceiro movimento, no Capítulo 14.

1. AS DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS DE GESTÃO DA OFERTA E DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

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 primeiro desafio do SUS no modelo de gestão está em mover-se de um modelo de gestão da oferta para um modelo de gestão da saúde da população.

Os modelos de gestão da oferta e de gestão da saúde da população são muito diferentes entre si, conforme se mostra no Quadro 3.

Quadro 3: As diferenças entre os modelos de gestão da oferta e da gestão da saúde da população

Modelo de gestão da oferta	Modelo de gestão da saúde da população
Tem foco nos prestadores de serviços	Tem foco na população
Opera com indivíduos não estratificados por risco	Opera com a população vinculada a uma rede de atenção à saúde estratificada por risco

Modelo de gestão da oferta	Modelo de gestão da saúde da população
É estruturado para responder a demandas de indivíduos isoladamente	É estruturado para responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por uma população determinada, vinculada à APS
Opera com parâmetros construídos por meio de séries históricas	Opera com parâmetros construídos a partir das necessidades da população
Os parâmetros são construídos com a premissa da manutenção dos modelos de atenção e de gestão convencionais	Os parâmetros são construídos com a premissa da incorporação de modelos de atenção e de gestão inovadores
Não incorpora os determinantes sociais da saúde	Incorpora os determinantes sociais da saúde
Enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços com um viés de aumento da oferta	Enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar a demanda, racionalizar a oferta e, se necessário, aumentar a oferta

Fonte: Mendes (2015)

2. O MODELO DE GESTÃO DA OFERTA

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 que os utilizam.

O modelo da gestão da oferta opera com um somatório de indivíduos, sem organizá-los socialmente em famílias e sem estratificá-los segundo riscos socioeconômicos e sanitários.

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. Além disso, 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, da oferta e da logística.

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 genérica, normalmente definida pelas projeções demográficas do IBGE. Além disso, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações em suas vulnerabilidades, nos riscos sanitários e no acesso aos serviços de saúde. Ou seja, na prática, as famílias não são

classificadas por riscos, os indivíduos não são estratificados por riscos sanitários e não são estabelecidas as 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 equivocado: 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. Em outras palavras, esses parâmetros de oferta são consequência e causa da inércia dos sistemas de atenção à saúde, mantendo o status quo e gerando ineficiência sistêmica.

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 do modelo de gestão da oferta foi a Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde que, por longo tempo, dispôs sobre os parâmetros assistenciais do SUS (BRASIL, 2002). Nessa portaria, fixavam-se os parâmetros de 2 a 3 consultas médicas por 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 diziam? Havia alguma evidência científica comprovada em seus números? Ou será que esses parâmetros foram definidos em 2002 porque eram aproximadamente assim 20 anos antes, em 1982, na normativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), concebida em uma perspectiva de controle contábil da programação orçamentária das Ações Integradas de Saúde (AIS) desenvolvidas entre o Inamps e os órgãos federativos de saúde pública (BRASIL, 1982).

Pode-se perguntar que validade tinha um parâmetro como o de 22% de consultas com especialistas, originário do modelo de centros de especialidades praticado nos Postos de Assistência Médica do Inamps?

Vários estudos 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 em uma organização ou em uma região; que são influenciados pela forma de remuneração dos serviços médicos; que, em países europeus, é de 5%; e que, no SUS, encontraram-se valores de 12,5% em Florianópolis, de 9% no Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, e em Toledo, Paraná, de 5% (CHRISTENSEN et al., 1989; STARFIELD, 2002; GUSSO, 2009; TAKEDA, 2003; TAKEDA, 2013; FREITAS, 2016). Esses valores estão muito 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 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) mostraram que o número de médicos por mil habitantes varia fortemente nos países-membros em relação a um valor médio de 3,4: Grécia, 6,3; Áustria, 5,1; Suécia, 4,2; Dinamarca, 3,7; França, 3,3; Irlanda, 2,9; Reino Unido, 2,8; Estados Unidos, 2,6; Polônia, 2,3; Turquia, 1,7. Esses números indicam que a Grécia tem mais que o dobro de médicos por mil habitantes que o Reino Unido e os Estados Unidos (ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2017). 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 12,2 milhões de pessoas, em 2018, tinha 22.013 médicos, o que significa uma relação de 1,8 médico por mil beneficiários, valor inferior à média daquele país de 2,6 e ao valor prevalecente, hoje, no Brasil, em torno de 2,18 médicos por mil habitantes (KAISER PERMANENTE, 2018; ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2017; SCHEFFER et al., 2018). Não obstante operar com um valor menor de médicos por mil beneficiários, a KP apresenta resultados sanitários e econômicos muito melhores em relação às

médias nacionais em termos de: internações hospitalares; tabagismo; 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 et al., 2003; PORTER, 2007). Da mesma forma, a KP, quando comparada com outros países, apresenta, também, resultados sanitários e econômicos muito favoráveis, a despeito de 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 de 1,8 médico por mil habitantes em relação a 2,8 no Reino Unido, essa organização 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 de 1,8 na KP e de 3,7 na Dinamarca (ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2017), os resultados sanitários são superiores na KP.

Os melhores resultados da KP, seja no cenário nacional dos Estados Unidos, seja no cenário internacional, dão-se 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 utilização de médicos e de outros recursos.

O modelo da gestão da oferta não incorpora os determinantes sociais da saúde em sua dinâmica já que desconsidera uma população sob sua responsabilidade e opera com parâmetros de programação da oferta.

O modelo de gestão da oferta enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços com um viés de aumento da oferta. Em parte, esse viés deriva da natureza dos parâmetros que normalmente institui e opera que carregam, dentro de si, os interesses dos prestadores de serviços e que tendem a estimular a prestação dos serviços. O ajuste entre oferta e demanda acaba por fazer-se com ênfase no aumento da oferta e com pouco foco na racionalização da demanda. Essa dinâmica perversa aprofunda o desequilíbrio entre oferta e demanda, levando à sobreutilização dos serviços e a uma espiral incontrolável de aumento de custos dos sistemas, tal como se detalha no Capítulo 14. Tudo isso estimula a tendência à ineficiência do SUS. Nesse modelo, não há, também, uma preocupação genuína em racionalizar a oferta dos serviços de saúde.

O modelo da gestão da oferta fracassou universalmente e precisa ser revisto (PORTER; TEISBERG, 2007).

3. O MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

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, país em que 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.

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. Kinding 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, isto é, 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.

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 como o SUS 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 em uma 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; 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 por meio 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). 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 (KINDING; 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; assume 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, em uma 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*) e mencionada no Capítulo 1. 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; 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 nesse 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), analisado no Capítulo 7.

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 (DUBOIS 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 datada, 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 dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas aquela 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 tem sido considerada como 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 cultu-

ra e de suas necessidades e preferências (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 1999).

A saúde da população é vista como os resultados sanitários de um grupo de indivíduos, o que inclui a distribuição destes resultados dentro do grupo. A atenção à saúde é um dos fatores que afetam esses resultados, mas a saúde da população inclui as intervenções de saúde pública, determinantes sociais intermediários como renda, educação, emprego, suporte social e cultura, meio ambiente, genética e os comportamentos individuais (KINDING; STODART, 2003).

A gestão da saúde da população assenta-se em quatro pilares que são: os determinantes intermediários da saúde, os determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, o sistema de atenção à saúde integrado em rede e os espaços e comunidades em que as pessoas vivem (BUCK, 2018).

Dentre os determinantes intermediários da saúde, podem ser destacados: a habitação, o meio ambiente, o transporte, a educação e o emprego. Há evidências robustas de que todos esses determinantes apresentam alto ou muito alto impacto na saúde da população e na redução das desigualdades entre os grupos populacionais.

Da mesma forma, os determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida influem na mortalidade e na morbidade. Estudos feitos na Inglaterra permitiram estabelecer o impacto desses determinantes em relação aos anos de vida perdidos por incapacidade, sendo os principais o índice de massa corporal, o tabagismo, o uso de medicamentos, os fatores ergonômicos ocupacionais, o abuso de álcool, o consumo baixo de grãos integrais, o consumo baixo de frutas, o consumo baixo de castanhas e sementes, o consumo alto de alimentos processados, a baixa atividade física e o consumo baixo de vegetais (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2018).

A gestão da saúde da população convoca a integração dos sistemas de atenção à saúde em RAS. O avanço das condições crônicas e o fracasso dos sistemas fragmentados implica, como se discutiu no Capítulo 4, a implantação de sistemas integrados em RAS, organizados a partir das necessidades da população e não dos diferentes pontos de atenção incomunicados entre si e respondendo aos interesses dos prestadores de serviços (HAM et al., 2018; HAM, 2018).

Há um reconhecimento crescente da importância do espaço local em que as comunidades vivem na saúde das populações, especialmente nos bairros (HAM; ALDERWICK, 2015; DUNCAN; KAWACHI, 2018). Esse enfoque propõe a identificação e o fortalecimento nos espaços locais de associações, redes informais, habilidades e lideranças que possam ter mais controle sobre as condições de saúde que ali prevalecem (RIPPON; HOPKINS, 2015). Essa é uma constatação da epidemiologia espacial que tem implicações operacionais nos sistemas de atenção à saúde, especialmente na organização da APS. Por exemplo, a APS no SUS deveria fortalecer os espaços territoriais e populacionais como critérios de vinculação das famílias às equipes de

cuidados primários e rejeitar as propostas de caráter racionalizador, provindas de alguns países desenvolvidos em que se desenvolveram mecanismos eficientizadores de quase mercado, expressas em listas ou painéis de pacientes por profissionais, independentemente da vinculação territorial. O espaço local exige, para sua operacionalização, os processos de territorialização que levem à determinação de territórios-população vinculados a cada equipe de APS. Além disso, implica a classificação de vulnerabilidades das famílias para que se tenha uma ação com discriminação positiva das mais suscetíveis. Ademais, as evidências produzidas pelo modelo de atenção crônica são claras em atestar os impactos na saúde das pessoas quando se dá uma integração, nos espaços locais, das unidades de saúde com outros equipamentos sociais existentes nessas comunidades (WAGNER, 1998). Por fim, é ali no espaço local que vai se garantir o controle social da comunidade sobre o SUS por meio dos Conselhos Locais de Saúde.

A gestão da saúde da população constitui um conjunto de instrumentos para orientar o planejamento e a atenção à saúde de forma a obter o máximo impacto na saúde da população. Entre eles, estão as tecnologias de estratificação para identificar subpopulações em risco e para focar em intervenções que podem prevenir ou tratar as condições de saúde. Nesse sentido, as RAS utilizam-se da gestão da saúde da população para fazer uma alocação ótima dos recursos entre diferentes grupos de pessoas (NOBLE, 2014).

O uso da gestão da saúde da população significa que se devem medir os resultados para todas as pessoas vinculadas a um sistema de atenção à saúde, e não somente para aquelas que acessam os serviços de saúde. Isso é, fundamentalmente, o que diferencia a atenção baseada na população do cuidado individual centrado nas pessoas que concerne ao vértice das experiências dos cuidados individuais da tripla meta (RIVO, 1999). Nesse sentido, o cuidado baseado na população envolve uma nova visão de atenção à saúde porque constitui um modo de ver as pessoas que buscam atenção à saúde não somente como indivíduos, mas também como membros de grupos populacionais que compartilham necessidades de saúde comuns. Essa concepção não desconsidera a dimensão individual do cuidado, mas procura considerá-los como membros de grupos populacionais a que pertencem (BOLAND, 1996).

Por suas características, a gestão da saúde da população é uma força positiva tanto para lidar com indivíduos quanto para cuidar de populações.

A gestão da saúde da população opera de uma forma em que os indivíduos são os numeradores; e as populações a que pertencem são os denominadores. Assim, ela considera ambos os fatores cuidando dos indivíduos, mas também buscando melhorar os resultados coletivos. O cuidado dos indivíduos e da população são estratégias complementares. As diferentes combinações de numeradores e denominadores podem ser padronizadas gerando métricas que sustentam as ações de programação, monitoramento e avaliação (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

Um componente importante da saúde da população é a estratificação de riscos que decorre da aplicação do princípio de Pareto, também conhecido como regra do 80/20 que sugere que para grande número de eventos, normalmente, 80% dos efeitos vêm de 20% das causas. Aplicado aos sistemas de atenção à saúde, isso significa que um subconjunto de indivíduos com determinada condição requererá mais atenção e consumirá a maior quantidade dos recursos gastos (veja no Capítulo 1 a lei da concentração dos gastos com serviços de saúde) e que, dentro de cada subconjunto, indivíduos com determinada condição de saúde, as pessoas podem ser estratificados pela situação de saúde e pelas necessidades que apresentam. Por consequência, a gestão da saúde da população exige a estratificação dos riscos dos indivíduos que a constituem. Aqui, o objetivo da gestão da condição de saúde é desenvolver e aplicar as boas práticas para prover serviços custo-efetivos e de qualidade para cada população e para os indivíduos que a compõem (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.

As características principais das organizações que implementam a gestão da saúde da população são: estão organizadas sistemicamente, ou seja, em RAS; utilizam equipes multidisciplinares trabalhando de forma interdisciplinar; operam com mecanismos potentes de coordenação assistencial; facilitam o acesso à APS; empoderam as pessoas para o autocuidado; focalizam nas mudanças de comportamentos e de estilos de vida; e utilizam as tecnologias de informação para o acesso aos dados e para a comunicação entre os prestadores e entre os prestadores e as pessoas usuárias (CHASE et al., 2012).

A gestão da saúde da população convoca incentivos coerentes com os seus princípios. Ao invés de fazer mais para ganhar mais, nesse modelo, os prestadores devem ser incentivados a prestar serviços eficientes e de qualidade. Para isso, devem pensar constantemente em termos de uma população inteira sob sua responsabilidade, e não somente nas pessoas usuárias que acessam os serviços. Em decorrência, os sistemas de pagamentos devem adaptar-se às exigências da gestão da saúde da população (CHASE et al., 2012).

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. Isso se detalha no Capítulo 10.

A gestão da saúde da população envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro eletrônico 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, 2003; 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; porcentual dos portadores de diabetes cadastrados com dois exames de hemoglobina glicada realizados nos últimos 12 meses; porcentual dos portadores de diabetes cadastrados com hemoglobina glicada igual ou inferior a 7% nos últimos 12 meses; porcentual dos portadores de diabetes cadastrados com pressão arterial inferior a 130/80 nos últimos 12 meses; e porcentual dos portadores de diabetes cadastrados com plano de autocuidado realizado e monitorado regularmente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

O Ministério da Saúde lançou, em uma 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 exames complementares de diagnóstico e para os eventos relevantes em saúde pública (BRASIL, 2014).

A gestão da saúde da população incorpora os determinantes sociais da saúde, especialmente os determinantes intermediários, proximais e individuais, segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Isso vai expressar-se, operacionalmente, nos modelos de atenção à saúde como se vê no Capítulo 7.

A forma de enfrentamento dos desequilíbrios entre oferta e demanda de serviços de saúde, na gestão da saúde da população, é o inverso do mesmo modelo aplicado na gestão da oferta. Ele tem início em processos de racionalização da demanda que toma como critério fundamental as evidências produzidas por pesquisas científicas e expressas em indicadores epidemiológicos de necessidades da população demandante dos serviços. Após a racionalização da demanda, se persistirem os desequilíbrios com a oferta dos serviços, busca-se racionalizar a oferta por meio da organização dos processos de trabalho para ampliar a oferta sem novos investimentos e, se ainda assim, continuarem os desequilíbrios, busca-se racionalizar os sistemas logísticos de acesso aos serviços. Somente após todas essas análises e essas intervenções racionalizadoras da demanda, da oferta e da logística é que se deve incrementar a oferta por novos investimentos em recursos.

O modelo de gestão da saúde da população, ao contrário do modelo da gestão da oferta, constitui uma ferramenta importante para aumentar a eficiência e a qualidade dos sistemas de atenção à saúde.

4. A MACROFUNÇÃO DE REGULAÇÃO NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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 OMS define nove funções essenciais para a saúde pública (BETTCHER et al., 1998); a Opas estabelece 11 funções essenciais (MUÑOZ et al., 2000); e Berman e Bossert (2000) propõem cinco funções. Pode-se, também, agrupar as diferentes funções dos sistemas de atenção à saúde em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde.

A macrofunção de regulação pode se manifestar de quatro formas: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica (LOMAS; 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 modo a regular o com-

portamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, as necessidades e as 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 desse sistema estão sendo 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 representados em instituições formais de controle público e apoiados em uma ambiência democrática eficaz (Ministério Público, Sistema Judiciário, Mídia, Ouvidorias, movimentos sociais e outras) 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 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, neste capítulo, é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado em um sistema público de atenção à saúde.

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

5. 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 específica 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, como se mostra no Capítulo 6.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde convocam um software de regulação e uma infraestrutura necessária para sua operacionalização. A implantação dos sistemas de acesso regulado à atenção à saúde pode se dar por meio 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 em um 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 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 (BRASIL, 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, todos os dias (24 X 7). 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 dela; 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).

6. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

6.1 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 ele segundo diferentes perfis de demanda e de oferta (BRASIL, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

A regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independentemente de pactuação prévia estabelecida na programação de ações e serviços de saúde e da disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

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 a uma regulação assistencial efetiva e eficiente. Além disso, há que se racionalizarem os sistemas logísticos.

6.2 OS LUGARES DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

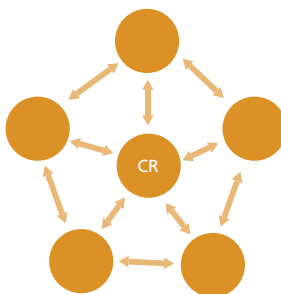
O centro de comunicação será diferente segundo a natureza das condições de saúde que estruturam as RAS. Para entender esse ponto fundamental da regulação assistencial, há que se reportar ao conceito de condições de saúde discutido no Capítulo 7.

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 11.

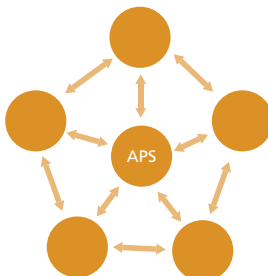
Figura 11: A regulação assistencial na atenção aos eventos agudos e na atenção às condições crônicas não agudizadas

11 a. A regulação assistencial nas redes de atenção aos eventos agudos (rede de atenção às urgências e emergências)



CR: Central de regulação

11 b. 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 em um 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 em uma 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 (BRASIL, 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 de menor complexidade. Nas redes de atenção às urgências e emergências, a APS deve classificar os riscos das pessoas que se apresentam nesse 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, como se discute no Capítulo 10, desempenha um triplo papel, o de manter a base populacional

da RAS, o de resolver 90% das condições que se apresentam nesse nível de atenção e o de regular os fluxos e contrafluxos de pessoas usuárias entre ela e os demais pontos de atenção à saúde, conforme a estratificação de risco (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 10, 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 infraestrutura das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários.

7. A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

7.1 O PROBLEMA DA FALTA DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da regulação assistencial pressupõe a 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 (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Por falta de coordenação, assim que as pessoas usuárias se movem entre 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. Em uma 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 das comorbidades cada vez mais presente, especialmente em pessoas idosas. Um estudo mostrou que enquanto uma pessoa usuária do *Medicare*, com uma única doença, foi atendida, em média, por 5,6 médicos por ano, outra pessoa com 10 comorbidades foi atendida, em média, por 28,2 médicos (NIEFELD et al., 2003). Outro estudo verificou que, no *Medicare* pago por procedimento, o médico de APS relacionou-se, em um ano, com 229 outros médicos que trabalhavam 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 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, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos e muitos outros (LEAPE; BERWICK, 2005).

A coordenação deficiente está muito 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 eram 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 receberam 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; 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 tiveram um seguimento pelas equipes de APS (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013). As reinternações hospitalares foram responsáveis por US\$ 15 bilhões no Medicare, no ano de 2005 (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2008).

7.2 A IMPORTÂNCIA DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

Para Ortún e López-Casanovas (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; 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; 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; e a existência da lei da concentração da severidade das doenças e dos gastos com serviços de saúde (NEWHOUSE et al., 1982).

7.3 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 em uma 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 com as 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, essa autora estabeleceu 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; e com outros especialistas que tratam de uma pessoa usuária por longo período, 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 expressa 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 por meio 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 implica o resultado de uma atenção coordenada, mas na perspectiva das pessoas usuárias (REID et al., 2002).

7.4 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; YOUNG, 2000; VARGAS et al., 2011).

Há, na teoria das organizações, diferentes modelos de coordenação organizacional, entre 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.

À medida 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 anestesiológico se encontram em uma 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. À medida que o trabalho organizacional vai se tornando mais complexo, há uma tendência de o 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 em um 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 mostra a presença de estruturas informais nas organizações, o que realça 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).

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 4.

Quadro 4: Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde

Mecanismos teóricos de coordenação	Mecanismos de coordenação da atenção à saúde
Normalização de habilidades	Sistema de educação permanente
Normalização de processos de trabalho	Diretrizes clínicas baseadas em evidências Gestão por processos Sistema de programação
Normalização dos resultados	Sistema de contratualização
Ajustamento mútuo por comunicação Informal	Correio eletrônico Telefone Correio Internet Reuniões informais
Ajustamento mútuo por grupos de trabalho	Grupos de trabalho multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares
Ajustamento mútuo por comitês permanentes	Comitês de gestão interníveis das RAS

Mecanismos teóricos de coordenação	Mecanismos de coordenação da atenção à saúde
Ajustamento mútuo por matriciamento	Estrutura matricial Matriciamento entre profissionais
Ajustamento mútuo pelo sistema de informação clínica	Sistema de informação clínica vertical: prontuário clínico
Supervisão direta	Diretor assistencial

Fonte: Adaptado de Vargas et al. (2011).

7.4.1 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 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 que, como consequência, melhoram a coordenação entre os níveis assistenciais de uma RAS.

Esse sistema de expertise é especialmente virtuoso na coordenação entre APS e AAE. 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).

7.4.2 A NORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

A normalização dos processos de trabalho faz-se por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências. Elas são discutidas detalhadamente no Capítulo 14.

7.4.3 A NORMALIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Pode-se obter a normalização dos resultados com um bom sistema de contratualização, que é abordada no Capítulo 13.

7.4.4 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, Correios, internet e reuniões informais (VON KORFF et al., 1997; VARGAS et al., 2011).

O telefone, juntamente com as reuniões informais, tem sido meio de comunicação informal muito utilizado 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.

7.4.5 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 se caracterizar como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares (MICKAN; 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. No entanto, 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; TODGER, 2000).

7.4.6 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.

7.4.7 O AJUSTAMENTO MÚTUO POR COMITÊS PERMANENTES

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

Eles se caracterizam por contar com profissionais em funções 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).

7.4.8 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 em um 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, pressupondo uma relação de retaguarda assistencial e de apoio educacional 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).

7.4.9 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.

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 por meio 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, uma 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 infraestrutura 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).

7.4.10 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 articular 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).

8. A MUDANÇA DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO SUS: DA REGULAÇÃO COM BASE NA GESTÃO DA OFERTA PARA A REGULAÇÃO 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 e, também, a racionalização da oferta e da logística.

Na prática, a regulação assistencial com base na gestão da oferta apresenta várias características que se mostram no Quadro 5.

Quadro 5: As características da regulação assistencial da gestão da oferta

As características da regulação assistencial com base na gestão da oferta
É feita sem coordenação da APS
É feita sem utilização de mecanismos de coordenação efetivos
É feita sem utilização de mecanismos de comunicação eficazes
É feita sem classificação de riscos nos eventos agudos
É feita sem estratificação de riscos nas condições crônicas não agudizadas
É feita com uma programação baseada em parâmetros de oferta
É feita com ajuste entre oferta e demanda realizado, em geral, pelo incremento da oferta

As características da regulação assistencial com base na gestão da oferta

É feita sem a utilização de mecanismos de racionalização da oferta
É feita sem utilização de mecanismos de racionalização da demanda
É feita, muitas vezes, sem utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências
É feita com baixa inteligência regulatória
É feita de forma burocrática e impessoal por centrais de regulação
É feita sem vinculação permanente entre a APS e a atenção especializada
É feita com forte presença do efeito velcro
É feita sem considerar as relações pessoais entre os profissionais da APS e os especialistas
É feita sem considerar os mecanismos de redução de absenteísmo
É feita sem considerar a prevenção quaternária nas unidades de APS
É feita de modo a levar a ajustes perversos entre demanda e oferta por meio de filas ou de imposição de cotas

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 em um 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 desperdícios de recursos e aumentando custos. Ela se faz sem programação na APS ou com programação feita por parâmetros de oferta, o que leva à ineficiência. Ela faz o ajuste entre oferta e demanda, geralmente pelo incremento da oferta, o que alimenta 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, muitas vezes, ofertam os serviços que estão disponíveis no momento das solicitações, o que não garante vinculação das pessoas às unidades e aos profissionais especializados. Ela

se faz, frequentemente, 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). Nesse sentido, Viegas e Penna (2013) levantaram um questionamento muito relevante: *“O SUS é universal, mas vivemos de cotas?”*.

A regulação assistencial com base na gestão da oferta leva à atenção de baixa qualidade, produz iatrogenias, induz a excessos de diagnósticos e de tratamentos e apresenta custos elevados. Ou seja, esse modo regulatório não agrega valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e custa caro ao sistema de atenção à saúde. Isso fica claro quando se examinam estudos realizados nos Estados Unidos que mostraram que, em função da regulação assistencial com base na gestão da oferta e do sistema de pagamento por procedimentos, surgiu a prática do cuidado pobre, conforme se discute no Capítulo 14.

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 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 6.

Quadro 6: A regulação assistencial com base na gestão da saúde da população

As 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

As características da regulação assistencial com base na gestão da saúde da população

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 absenteísmo
É feita incorporando a prevenção quaternária na APS

Fontes: McAlearney, 2002; Lewis, 2002; Mendes, 2014.

As características da regulação assistencial com base na gestão da saúde da população, tal como se vê no Quadro 6, são totalmente distintas daquelas da regulação assistencial com base na gestão da oferta, mostradas no Quadro 5.

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 especializada de forma a vincular, a ela, as unidades de APS. Ela dispõe e utiliza sistemas de coordenação que envolvem os mecanismos de normalização, supervisão direta 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 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 de 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 absenteísmo. E ela incorpora a prevenção quaternária destinada a proteger as pessoas usuárias do uso indevido ou excessivo de procedimentos de saúde (McALEARNEY, 2002; MENDES, 2012; LEWIS, 2014).

8.3 A APLICAÇÃO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NAS REFERÊNCIAS ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 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 7.

Quadro 7: 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 enlaçamento:</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 enlaçamento:</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 contrarreferência <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 (Unidade de AAE).

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 per-

mite estruturar as relações entre a APS e a AAE segundo o modelo 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, que 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 sob a forma de planos de cuidados feitos 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 AAE? 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 a reconhecer 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 realizada 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, de supervisão direta e de ajustamento mútuo.

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 diminuïrem a sua pressão sobre os serviços especializados. Deve haver, portanto, 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

e com ênfase no matriciamento. 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, e a remeta à unidade de AAE, utilizando-se uma planilha de programação da demanda por atenção especializada. 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 que são polos de regiões de saúde, deve haver nessas estruturas mesorregionais um servidor ou uma equipe encarregada 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 a 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 a 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 de racionalização da demanda, pode-se manifestar um desequilíbrio expresso em uma 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, analisada no Capítulo 14.

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, que 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, vai-se 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. Ações de racionalização da oferta implicam a adoção de estratégias de melhoria do fluxo assistencial.

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, o qual deve ter um campo específico para o relatório de contrarreferência, expresso em um 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 AAE e da APS e as pessoas usuárias.

Uma estratégia útil da racionalização da oferta é o processo de substituição, que é definida como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Em outros termos, em uma RAS, unidades de saúde, equipes e processos podem ser reorganizados para se produzirem melhores resultados sanitários e econômicos (SALTMAN; 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 AAE, 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 AC, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares e o grupo operativo (MENDES, 2012).

Outra estratégia potente de racionalização da oferta da AAE é a introdução das tecnologias sistêmicas de racionalização dos fluxos assistenciais, como o Sistema Lean, o Seis Sigma, o PDSA e a teoria das filas.

Por fim, fazem-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.

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 em um 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 constante 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, em um certo tempo, por meio de mutirões. Todavia, há que se reconhecer que a estratégia do mutirão, como mostra a prática do SUS nesse campo, não é, por si mesma, sustentável porque não consegue equilibrar, no médio prazo, a demanda e a oferta dos serviços de saúde.

8.4 O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DAS FILAS NO SUS

Como se analisa no Capítulo 2, um dos problemas que mais contribuem para uma avaliação negativa do SUS pela população são as filas.

Em verdade, não obstante os esforços que têm sido constantemente realizados para superar esse problema, em geral, os resultados são frágeis e sem sustentabilidade.

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 e problemas na logística. Essas filas, comumente, registram-se em listas de espera. Os problemas delas manifestam-se nos campos da oferta, da demanda e da logística. No SUS, há uma tendência a sobrevalorizar os problemas no lado da oferta e a subvalorizar os problemas dos lados da demanda e da logística. As filas da saúde, quando imprescindíveis, devem ser geridas por listas de espera, o que envolve um sistema gerencial transparente e organizado por riscos (MENDES, 2012).

No SUS, as filas constituem um problema que se apresenta, em geral, com uma dimensão quantitativa exuberante; não há critérios efetivos de inclusão e exclusão das pessoas nas filas; é um problema que exige análise e resposta multidimensionais; é um problema que exige para sua solução ações de racionalização no campo da

demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e é um problema que exige para sua solução ações de racionalização e de comunicação na APS e na atenção especializada.

O enfrentamento tradicional das filas no SUS padece de equívoco de concepção que se expressa por uma falta de visão sistêmica do problema. Em função disso, há um viés de aumento de oferta sem a concomitante racionalização da oferta existente, da racionalização da demanda e da racionalização da logística.

Como exemplo, tomando-se o problema das filas por cirurgias ortopédicas, a elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidência e a segunda opinião tiveram um alto impacto no Hospital Albert Einstein (BISOGNANO; KENNEY, 2015). No Rio Grande do Sul, a relação entre a teleassistência do RegulaSUS e os médicos da APS permitiu reduzir em 50% a fila por procedimentos de endocrinologia (HARZHEIM, 2017).

A matriz de regulação mostrada no Quadro 7 se aplica bem à organização das filas no SUS. Se esse modelo for aplicado, a maioria das filas poderão ser solucionadas ou muito diminuídas.

Foi o que ocorreu em Uberlândia, Minas Gerais, na reumatologia. Em 2017, havia uma lista de espera de 2.709 pessoas para atenção especializada em reumatologia que tendia a aumentar a cada ano. A Secretaria Municipal de Saúde contava com apenas dois médicos reumatologistas. Foi elaborado protocolo clínico de manejo de doenças reumáticas. Os médicos especialistas capacitaram as equipes de APS na estratificação de riscos e no manejo dessas doenças. Foram formados grupos de pessoas com fibromialgia nas Unidades Básicas de Saúde que incluía médico de família, enfermeiro, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo e assistente social. O impacto na fila foi de uma queda de 78% em outubro de 2018, não obstante tenham permanecido somente os dois médicos reumatologistas na atenção especializada (RESENDE, 2018).

REFERÊNCIAS

ARORA, V. S. et al. Ability of hospitalized patients to identify their in-hospital physicians. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 2, p. 199-201, 2009.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Medical informatics panel and the population health perspective panel: contemporary issues in medical informatics and population health: report II of the Medical School Objectives Project. **Academic Medicine**, v. 74, n. 2, p. 130-141, 1999.

BARNETT, M. L. SONG, Z. LANDON, B. E. Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. **Archives of Internal Medicine**, v. 172, n. 2, p. 163-170, 2012.

BERKMAN, L.; KAWACHI, I. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000.

BERMAN, P. A.; BOSSERT, T. J. **A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?** Boston: International Health System Group, Harvard School of Public Health, 2000.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BETTCHER, D. H.; SAPIRIE, S. GOON, E. H. Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Statistics Quarterly**, v. 51, n. 1, p. 44-54, 1998.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na saúde: 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custos**. São Paulo: Atheneu Editora; 2015.

BOLAND, P. (ed.). **Redesigning health care delivery**. Berkeley: Boland Health Care, 1996.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 3.046, de 20 de julho de 1982. **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social**. Brasília: Gráfica do INAMPS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002**. Estabelece parâmetros assistenciais no SUS. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 8 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 82, p. 59, 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta pública sobre critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.

BUCK, D.; GREGORY, S. Improving the public's health. London: **The King's Fund**, 2013.

BUCK, D. et al. A vision for population health: towards a healthier future. London: **The King's Fund**, 2018.

CHASE, A. et al. **Population health management**: a roadmap for provider-based automation in a new era of healthcare. New York: Institute for Health Technology Transformation, 2012.

CHRISTENSEN, B. et al. Differences in referral rates from general practice. **Family Practice**, v. 6, n. 1, p. 19-22, 1989.

CHRISTENSEN, C. M. **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS**: alguns conceitos. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Values, norms and the reform of health care systems. In: SALTMAN, R. B. et al. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

CUELLAR, A. E.; GERTLER, P. J. Strategic integration of hospitals and physicians. **Journal of Health Economics**, v. 25, n. 1, p. 1-28, 2005.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.

DUBOIS, C. A. et al. The human resource challenge in chronic care. In: NOLTE, E.; McKEE, M. (eds.). **Caring for people with chronic conditions**: a health system perspective. Maidenhead: Open University Press, 2008.

DUNCAN, D. T.; KAWACHI, I. **Neighborhoods and health**. New York: Oxford University Press, Second edition, 2018.

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, R. G.; STODART, G. L. Producing health, consuming health care. **Social Sciences and Medicine**, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

FEACHAM, G. A.; SEKHRI, N. K.; WHITE, K. L. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS and California's Kaiser Permanente. **British Medical Journal**, v. 324, n. 7330, 2002.

FRANK, J. **Canada Institute of Population and Public Health**. Message from the director. Disponível em: http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ipph/about_ipph_message_director_c.shtml.

FREITAS, F. O. **A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná**. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016.

FROLICH, A. et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 252, 2008.

GALBRAITH, J. **Organization design**. Massachusetts: Adison-Wesley Publishing Company, 1973.

GAWANDE, A. **Cowboys and pit crews**. New Yorker. May 26, 2011.

GÓMEZ-BATISTE, X. et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 12, n. 2, p. 73-78, 1996.

GROL, R. Improving the quality of medical care. **JAMA**, v. 286, n. 20, p. 2578-2585, 2004.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde, 2ª edição, CIAP-2**. 2009. Tese – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

HAM, C. A progress report on integrated care systems. London: **The King's Fund**, 2018. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/blog/2018/03/progress-report-integrated-care-systems.

HAM, C.; ALDERWICK H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England. London: **The King's Fund**, 2018. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systemscare.

HAM, C. et al. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. **British Medical Journal**, v. 327, n. 7426, p. 1257-1259, 2003.

HAM, C. et al. Shared responsibility for health: the culture change we need. London: **The King's Fund**, 2018. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/sharedresponsibility.

HARZHEIM, E. **Entrevista ao Portal de Inovações da Gestão do SUS**. 2017. Disponível em: <https://apsredes.org>.

HEALTH CANADA. **Taking action on population health**. Ottawa: Health Canada, 1998.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD, Health Working Papers n° 30, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Best care at lower cost: the path of continuously learning health care in America**. Washington: The National Academies Press, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Chronic conditions, how to improve**. 2008. Disponível em: <https://ihi.org>.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: The National Academies, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To error is human: building a safer health system**. Washington: The National Academies Press, 2000.

JACOBSON, D. M.; 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.

JENCKS, S. F.; WILLIAMS, M. V.; COLEMAN, E. A. Rehospitalization among patients in the Medicare fee-for-service program. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 14, p. 1418-1428, 2009.

KAISER PERMANENTE. **Kaiser Permanente at a glance**. Oakland: Kaiser Permanente, 2018. Disponível em: <https://atagance.kaiserpermanente.org/>.

KINDING, D.; STODART, G. What is population health? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 3, p. 380-383, 2003.

LAMB, G. S. Outcomes across the care continuum. **Medical Care**, v. 35, p. 106-114, 1997. Supplement 11.

LEAPE, L. L.; BERWICK, D. M. Five years after to err is human: what have we learned? **JAMA**, v. 293, n. 19, p. 2384-2390, 2005.

LEWIS, N. **Population, 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.; STELFOX, H. T.; GHALI, W. A. A prospective observational study of physician handoff for intensive care unit to ward patient transfers. **American Journal of Medicine**, v. 124, n. 9, p. 860-867, 2011.

LOMAS, J.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R. G. et al. (eds.). **Why are some people healthy and others not?** The determinants of health of population. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

LONGEST, B. B.; YOUNG, G. J. Coordination and communication. In: SHORT-ELL, S. M. KALUZNY, A. D. (eds.). **Health care management**. 4th ed. New York: Delmar, 2000.

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.

McALEARNEY, A. S. **Population health management**: strategies to improve outcomes. Chicago: Health Administration Press, 2002.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSIONS. **Reforming the delivery system**. Washington: Medicare Payment Advisory Commission, 2008.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS; 2015

MENDES, E. V. **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, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MICKAN, S.; RODGER, S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. **Australian Health Review**, v. 23, n. 1, p. 133-142, 2000.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MUÑOZ, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 126-134, 2000.

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.

NEWHOUSE, J. et al. Is competition the answer? **Journal Health Economics**, v. 1, n. 1, p. 109-116, 1982.

NIEFELD, M. R. et al. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 1344-1349, 2003.

NOBLE, D. J. et al. Improving population health one person at a time? Accountable care organisations: perceptions of population health, a qualitative interview study. **BMJ Open**, v. 4, n. 4, 2014.

NUÑO, R. S. Exploración conceptual de la atención integrada. In: BENGOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar**: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier, 2008.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance**: Europe 2017. Paris: OECD, 2017.

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.

ORTÚN, V.; LÓPEZ-CASANOVAS, G. **Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias**. Madrid: Fundación BBVA, 2002.

PHAM, H. H. et al. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. **New England Journal of Medicine**, v. 356, p. 1130-1139, 2007.

PHAM, H. H. et al. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. **Annals of Internal Medicine**, v. 150, n. 4, p. 236-242, 2009.

PICCHIAI, D. **Estruturas organizacionais**: modelos. São Paulo: UNIFESP, 2010.

PORTER, M. **Population care and chronic condition**: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. **Health profile for England**. 2018. Disponível em: www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018.

REID, R. J. et al. **Defusing the confusion**: concepts and measury of continuity of healthcare: final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

RESENDE, H. M. **Coordenação do cuidado na reumatologia em Uberlândia**. Brasília: Seminário sobre planificação da atenção à saúde, 2018.

RICO, A. et al. (eds.). **Integrated care in Europe**. Maarsssen: Elsevier, 2003.

RIPPON, S.; HOPKINS, T. Head, hands and heart: asset-based approaches in health care. London: **The Health Foundation**, 2015. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/head-hands-and-heart-asset-based-approaches-in-health-care>.

RIVO, M. A. It's time to start practicing population based health care. **Family Practice Management**, v. 5, n. 6, p. 37-46, 1998.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reforms**: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.

SCHEFFER, M. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/Conselho Federal de Medicina, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais**: SUSFácil MG. Belo Horizonte: SR/SAPS/SESMG, 2005.

SINGH, D. **Transforming chronic care**: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: Health Services Management Centre, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

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, M. A. **Population health in the Affordable Care Act era**. Washington: Academy Health, 2013.

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. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

THE KING'S FUND. **What's going on in A & E?** The key questions answered. London: KF, 2014.

TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. **Population based health care**: definitions and applications. Disponível em: <http://www.thci.org>.

VARGAS, I. et al. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 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/Consortio de Salud y Atención Social, 2011.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VON KORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank Quarterly**, v. 74, n. 4, p. 511-544, 1996.

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**, v. 24, n. 9, p. 1002-1006, 2009.

WHITT, N. et al. How many health professionals does a patient see during an average hospital stay? **New Zealand Medical Journal**, v. 120, n. 1253, U2515, 2007.

CAPÍTULO 6 – O DESAFIO NO MODELO DE GESTÃO: DA GOVERNANÇA HIERÁRQUICA PARA A GOVERNANÇA EM REDE

1. O CONCEITO DE GOVERNANÇA

O segundo desafio do SUS no modelo de gestão está em transitar de um modelo de governança hierárquica para um modelo de governança em rede. Infelizmente, pelo desconhecimento dessa diferença fundamental, a maior parte das propostas de governança de RAS feitas para o SUS têm como base a construção de modelos hierárquicos que são incompatíveis com a governança em redes.

Para entender esse movimento imprescindível de transição da governança hierárquica para a governança em redes, há que se analisar o conceito e as formas de governança.

Durante o último quarto do século XX, os países ocidentais passaram por mudanças profundas em suas economias, em suas sociedades e em suas administrações públicas e privadas que apontaram para a fragilidade dos governos e de seus atos de governação e engendraram a necessidade de uma governança para assegurar a governabilidade de suas democracias.

Nos anos 1970, surgiu a terceira onda de democratização em países europeus; no início dos anos 1980, esse processo chegou à América Latina e ao sudeste e sul da Ásia; no final dos anos 1980, atingiu os países do Leste Europeu; e nos anos 1990, esteve presente em países africanos. Esse movimento internacional de democratização marcou as agências internacionais de cooperação que passaram a definir a democratização como um objetivo legítimo de desenvolvimento.

Esse foi o contexto em que nasceu e se desenvolveu, principalmente a partir da segunda metade dos anos 1990, o conceito de governança. Esse novo conceito foi antecedido, nos anos 1950 a 1970, pelas propostas de cima para baixo (*top-down*) de planejamento e de reformas administrativas e nos anos 1980 da gestão do setor público, vista na perspectiva de uma racionalidade instrumental. No final dos anos 1990, consolidou-se a expressão governança na comunidade do desenvolvimento liderada por agências de cooperação multilaterais (PRATS, 2001).

Deve-se reconhecer que o conceito de governança corporativa surgiu nos anos 1980, no mundo dos negócios, para referir-se à necessidade de melhorar a composição da alta direção das empresas e de seus processos de decisão, com a finalidade de prevenir erros graves que podem prejudicar os acionistas, os trabalhadores e os

clientes dessas empresas. Neste documento, contudo, o foco está na governança pública porque se trata de discutir o tema de sua aplicação ao SUS.

O termo governança, referido à governança pública, aparece, pela primeira vez, com a denominação de “boa governança”, em documento publicado pelo Banco Mundial, em 1989, em um trabalho sobre a África Subsaariana.

Inicialmente, houve uma superposição entre os conceitos de governança e de gestão do setor público com o objetivo de melhorar a eficácia e a eficiência das organizações do Estado na formulação e na gestão das políticas governamentais. Depois, evoluiu-se no conceito para abranger, além das organizações públicas, a sociedade civil e o setor privado, nos âmbitos locais, nacionais e globais (WORLD BANK, 1992).

Há diferenças nos conceitos de governança (*governance*) e governação (*governing*). Este último, um conceito próximo ao de gestão pública no plano macropolítico, consiste na coordenação das relações entre os atores políticos e sociais com a intenção de criar uma pauta de interação mais ou menos estável e previsível no âmbito de um sistema sociopolítico. A governança é entendida como a pauta ou estrutura que emerge em um sistema sociopolítico como resultado conjunto dos esforços de interação dos atores intervenientes. A partir desses conceitos, os reinventores do governo propuseram uma ordem governativa de mais governança e menos governação (OSBORNE; GLAEBER, 1994).

O termo governança passou por uma evolução semântica, partindo, em um primeiro momento, de uma identidade com o termo governação, o elemento procedimental de governar. Em um segundo momento, deu-se uma ampliação semântica para indicar um novo estilo de governo caracterizado por maior grau de cooperação e pela interação entre o Estado e os atores não estatais no contexto de redes decisórias mistas entre o público e o privado. Em um terceiro momento, deu-se nova ampliação semântica para abarcar todas as formas de coordenação das ações de indivíduos e organizações entendidas como formas primárias da construção da ordem social.

As formas de coordenação clássicas da tipologia de Williamson (1985), hierarquia e mercado, foram alargadas para abrigar outras formas de ordem social, como o clã, as associações e, sobretudo, as redes. A concepção mais extensiva de governança inclui as duas outras que lhe precederam como subcategorias (MAINTZ, 2000).

Em decorrência dessa evolução semântica, distinguem-se três formas de governança dos sistemas sociopolíticos. A primeira, muito utilizada por agências multilaterais de desenvolvimento, materializa-se na proposta da boa governança que significa colocar em prática um conjunto de reformas institucionais nos campos econômico e social. A segunda aborda a governança como o conjunto de ferramentas administrativas para a gestão pública, fixando-se em uma dimensão mais instrumental e técnica. A terceira, a governança democrática, sustenta que esse processo é emi-

nentemente de natureza política e deve levar a reformas que promovam equidade e justiça social (PRATS, 2001).

Enquanto conceito, a governança denota o conjunto de atividades que são realizadas para dirigir a sociedade que incluem a ação do governo e de atores econômicos e sociais não governamentais. Nesse sentido, governança é um conceito pós-governamental de governar.

O conceito de governança assenta-se no enunciado da perda relativa de autonomia, centralidade e controle do governo sobre a dinâmica social e econômica contemporânea que, por sua vez, aponta para a necessidade de um pluricentrismo diretivo a fim de que a sociedade possa criar condições de estabilidade e qualidade de vida. O estilo hierárquico-burocrático do governo é substituído por colaborações público-privadas muitas vezes conceituadas como redes. Nessa perspectiva, a governança é entendida como um processo de direção em que o governo não pode governar mediante controle e subordinação, em que perde relativamente autonomia decisória e de execução, é relacional, é interdependente, é participativo, é includente e opera em rede conforme a complexidade dos problemas públicos ou da sociedade (AGUILAR, 2009).

Do ponto de vista teórico, a normalização da governança envolve diferentes aspectos: o reconhecimento de que governança é diferente de governação; significa o processo de governo da sociedade; é produto de uma atividade coletiva em que participam múltiplos atores; requer uma instância coordenadora; é um processo de direção estruturado institucional e tecnicamente; a dimensão técnico-gerencial lhe é inerente e essencial; inclui os planos de decisão sobre os valores societários e, em função deles, decide as regras de relação entre os atores; é um processo social aberto, racional, simétrico e includente, mas deve ser, por suas falhas, um processo suscetível de autocritica e aprendizagem; é um processo diretivo cuja estrutura intencional e técnica é produto da participação da sociedade e do governo no qual são mutáveis o peso e a influência que o governo e sociedade civil dispõem; é o modo diretivo que corresponde a uma sociedade de organizações e atores independentes e interdependentes, possuidores de capacidades cognitivas, informativas, financeiras, tecnológicas, gerenciais, empresariais e éticas, capazes de auto-organização, autorregulação e de realização de suas preferências; significa que os atores governamentais e sociais conhecem que são possuidores de recursos e de capacidades, que são competentes em seus campos e que produzem insumos e produtos que são úteis; significa que os atores governamentais e sociais reconhecem que os recursos de que dispõem são limitados e insuficientes para concretizar as suas preferências e que dependem de recursos que estão com outros atores que são independentes, o que exige uma ação de intercâmbio entre eles; significa que a interdependência entre organismos públicos e privados, manifestada em direção associada, pode ser conceituada como governança em redes, entendidas em seu sentido básico de uma relação entre diferentes organizações que é relativamente estável e produtiva, o que deriva da interdependência mútua entre elas; reconhece que, para realizar os

futuros sociais desejados, serão requeridos os recursos pessoais e sociais e o trabalho competente de pessoas e grupos; reconhece que a anomia, a infração, o desgoverno e a desordem social são probabilidades e fatos sociais constantes para os quais desenvolve componentes coativos e penais por meio de instrumentos legais, policiais e jurídicos; é uma decisão em condições de racionalidade limitada pelo que é tendente aos erros e aos seus custos sociais e econômicos (AGUILAR, 2009).

Na governança, identificam-se três variáveis principais: os atores estratégicos e os recursos de poder, as regras do jogo e as assimetrias de poder entre os atores estratégicos (FLORES; GOMEZ-SANCHEZ, 2010).

2. A GOVERNANÇA EM REDES

Williamson (1985) identificou três tipos de governança segundo o modelo de coordenação: a governança pelos mercados, a governança por hierarquias e a governança em redes.

Na governança pelos mercados, o mecanismo central de coordenação são os preços, com o pressuposto de que existe uma difusão espontânea de informações sobre os custos, produtos e inovações. A motivação nos mercados é alcançada principalmente por meio de incentivos financeiros.

Na governança por hierarquias, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquias da organização. Na hierarquia, o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores.

Na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização da obediência nas redes são mais complexos do que nos mercados e hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em colaboração, confiança e reciprocidade. O conceito de governança de redes está associado ao de políticas de redes.

A experiência internacional do final do século XX mostrou que os governos tinham limites para a governança e que deveriam interagir com outros atores nos campos políticos em que operam. Isso levou a um reposicionamento entre governos e sociedades que, na ciência social, levou ao conceito de políticas de redes. Esse conceito conecta as políticas públicas com seus contextos estratégicos e institucionais: as redes de atores públicos, semipúblicos e privados participando em certos campos políticos.

Esse conceito é novo no sentido de que combina contribuições da ciência política que focam na análise de processos da ciência política e da teoria das organizações a

respeito da distribuição de poder e interdependência e relações interorganizacionais (KICKERT, KLIJN E KOPPENJAN, 1999). As políticas de redes são encontradas nos mais diversos campos, como agricultura, complexo militar industrial, habitação e saúde.

As políticas de redes podem ser definidas como os padrões de relações sociais, mais ou menos estáveis, entre atores interdependentes que tomam forma em torno de problemas ou programas políticos. Assim, a política de redes forma o contexto em que o processo político opera. Na construção teórica de políticas de rede, as teorias interorganizacionais e os sistemas de políticas comunitárias são relevantes (KLIJN, 1999).

Em certo momento, propôs-se a teoria das organizações racionais, como a teoria de Morgan (1986) que compara as organizações a máquinas em que se estabelecem padrões precisamente construídos de trabalho organizados hierarquicamente por meio de linhas de comando e comunicação. O enfoque das organizações racionais vê as organizações destituídas de relações com seu ambiente. A limitação desse enfoque manifesta-se na improbabilidade de uma política pública significativa resultar de um processo de escolha racional de um único ator. Diferentemente, o desenvolvimento e a implantação de políticas resultam, inevitavelmente, da interação de uma pluralidade de atores singulares portadores de interesses, metas e estratégias particulares (SCHARPF, 1978).

A teoria interorganizacional beneficiou-se das pesquisas da sociologia organizacional que mostraram um crescente interesse no ambiente das organizações. Posteriormente, verificou-se que as organizações não operam singularmente, mas consistem em diferentes subsistemas que necessitam ser coordenados. Ao contrário, respondem estrategicamente aos seus ambientes e buscam a coordenação entre e dentre seus diferentes subsistemas de forma a adaptar suas necessidades aos seus ambientes (MINTZBERG, 1979).

A teoria interorganizacional define o ambiente como um conjunto de organizações que guarda relação com a organização formal. A análise organizacional foca-se nas relações entre organizações que trocam recursos entre si e nos arranjos organizacionais que são constituídos para assegurar a coordenação entre elas. Os padrões de relações se criam e se desenvolvem para assegurar a coordenação entre elas (KLIJN, 1999).

Quadro 8: Enfoques da teoria interorganizacional

Atores	Organizações como partes de uma rede
Decisões	Resultados de negociações entre as organizações Dirigida para prover um fluxo de recursos para garantir a sobrevivência
Poder	Ausência de autoridade central Poder depende dos recursos

Atores	Organizações como partes de uma rede
Informações/Valores	Informação constitui os recursos de poder dos diferentes atores Valores são conflituosos

Fonte: Klinj (1999).

Há dois aspectos centrais na teoria interorganizacional que são dependência e troca. Por isso, a análise interorganizacional envolve a verificação das relações entre as organizações e as condições que influenciam esses processos.

Diferentes padrões de interdependência convocam formas singulares de coordenação. Se a interdependência é de tipo compartilhado, em que cada parte faz sua contribuição à rede, a coordenação com base na padronização é mais apropriada. Se a relação de interdependência é de tipo sequencial, em que as unidades são dependentes dos *inputs* ou *outputs* das outras, a coordenação por planos é mais adequada. Se uma dependência mútua existe entre as unidades, em que os *outputs* de cada parte constituem *inputs* para as outras, o ideal é uma coordenação por ajuste mútuo.

As principais características das redes são a dependência, a variedade de atores e as metas e relações (KLINJ, 1999).

As redes se desenvolvem e existem pela interdependência entre os atores, e essa interdependência se dá porque os atores são dependentes uns dos outros e porque necessitam dos recursos dos outros para atingir seus objetivos.

As redes consistem em uma variedade de atores que têm seus próprios objetivos e estratégias. Nenhum ator dispõe de uma amplitude de poder para determinar ações estratégicas para os outros atores. Não há um ator central em cada rede do que resultam interrelações complexas e processos de barganha entre os atores.

A interdependência entre os atores e as interrelações que resultam dentre eles criam padrões de relações.

Na área pública, desenvolveu-se, na segunda metade do século passado, o movimento da nova gestão pública que se caracterizou por: responsabilidades claras para a alta gestão, indicadores de desempenho, comportamentos orientados para resultados, desagregação das grandes burocracias, maior autonomia das unidades organizacionais, introdução da competição e presença de mecanismos de mercado e disciplina orçamentária (HOOD, 1991).

Muitos pesquisadores mostraram, contudo, que há grandes diferenças entre a gestão pública e a gestão privada. Uma delas está nas características ambientais que, na gestão pública, conotam noções tais como democracia política e estado legal. Outra é que a gestão pública não trata, apenas, de aumentar a eficiência e

a efetividade. Os estados democráticos consideram três critérios fundamentais que são democracia, eficiência e racionalidade. Esses critérios são conflitivos entre si.

Nas sociedades modernas, um enfoque consequente de gestão pública tem que levar em consideração normas e valores que vão além dos critérios de efetividade e eficiência que dominaram o debate sobre a nova gestão pública e que incorporem a complexidade do ambiente governamental.

Nesse sentido, a gestão pública constitui a governança de redes complexas, compostas por diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e de pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas. A governança pública é a influência dos processos societários em uma rede de muitos outros coatores de governança. Esses atores têm interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. O governo não é um ator dominante que pode impor unilateralmente seus desejos. Estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam em uma rede. Os estilos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais não se adequam às redes (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

Na perspectiva na nova gestão pública, o funcionamento interno das organizações constitui o foco central. A governança em redes requer uma percepção diferente de gestão pública mais ligada ao funcionamento externo do setor público e de sua legitimidade. A gestão em redes pode ser vista como a promoção de ajustes mútuos dos comportamentos de atores com objetivos diversos para enfrentar problemas dentro de um quadro de relações interorganizacionais.

Há três fatores essenciais na gestão em redes: intervenção em um determinado padrão de relações para reestruturar as relações em redes, construção de condições para a colaboração por meio da formação de consensos e solução conjunta de problemas (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

Os fatores que mais influenciam a gestão em redes são o número de atores, a diversidade dentro da rede, a natureza da rede, os conflitos de interesse, o custo da gestão em redes, o contexto político e social, a liderança e as habilidades (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

3. A GOVERNANÇA EM REDES E A GESTÃO PÚBLICA

A governança em redes requer uma percepção diferente de gestão pública mais ligada ao funcionamento externo do setor público e de sua legitimidade. A gestão em redes pode ser vista como a promoção de ajustes mútuos dos comportamentos de atores com objetivos diversos para enfrentar problemas dentro de um quadro de relações interorganizacionais (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

As organizações contemporâneas estão buscando respostas aos seus desafios. Uma delas tem sido a adoção crescente de estratégias colaborativas. Isso se passa no setor privado e no setor público.

Em relação ao Estado, há um movimento de criação de uma administração pública diferente, inserida em um mundo complexo, conectado e caracterizado por contornos difusos entre setores distintos, com múltiplas formas e estilos de representação. Como consequência, valores como eficiência e efetividade continuam pautando as relações, porém incluem aspectos como democracia, cidadania, participação, respeito às singularidades das diferentes comunidades que constituem a sociedade moderna (MILAGRES et al., 2016).

Nesse modelo, o Estado responsabiliza-se pela geração de valores e bens públicos, mas isso se faz com a participação de outros atores importantes, como os cidadãos, as organizações públicas e privadas, as universidades e os movimentos sociais; nesse mosaico institucional, os atores aliam-se, alinham-se ou ficam fora do gerenciamento do valor público (BRYSON et al., 2014).

Compreender como os atores se compõem para produzir de maneira colaborativa, ou seja, pela construção de consensos, bens e valores públicos, é um desafio do Estado contemporâneo. Historicamente, não foi ou não tem sido assim em diferentes concepções, como o Estado feudal, o Estado patrimonialista, o Estado absolutista, o Estado liberal, o Estado regulador e o Estado neoliberal (MILAGRES et al., 2016).

A visão de Estado neoliberal fez surgir a gestão pública por resultados (*new public management*) que busca a reinvenção do governo, a profissionalização da gestão, a fixação em resultados e a introdução de práticas da gestão privada no setor governamental (OSBORNE; GLAEBER, 1994; PEREIRA, 1998; TROSA, 2001).

O questionamento à proposição da nova gestão pública tem sido crescente e baseado em várias razões: ela não dá conta das contradições colocadas pelos conflitos sociais; esse Estado despolitizado restringe suas decisões estratégicas aos administradores; e ela deslegitima o poder dos representantes políticos e dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas.

Uma corrente alternativa à nova gestão pública, com forte inserção nos países escandinavos, propõe que as políticas públicas resultam de processos de gestão que não podem ser exclusivos dos governos, mas devem resultar da negociação entre vários atores governamentais e não governamentais que atuam por meio de arranjos não hierárquicos entre agentes públicos, semipúblicos e privados. Disso emerge a proposta de governança em redes que funciona por meio da colaboração entre diferentes atores em situação (KLINJ, 2008).

A teoria da governança em redes não pressupõe o fim de outras formas de atuação do Estado porque não se adequa a setores como gestão dos impostos e

da segurança pública e a países com baixo grau de desenvolvimento democrático. Contudo, ela certamente se aplica à gestão sistemas de atenção à saúde, bem como a outros setores sociais (TORFING et al., 2012).

Esse conjunto de características que compõe a rede convoca uma forma singular de governança coerente com as necessidades de um ambiente colaborativo: a governança colaborativa (MILAGRES et al., 2016).

4. UM MODELO DE GOVERNANÇA EM REDES

Milagres et al. (2016), a partir de uma ampla revisão bibliográfica da literatura internacional, propõem um modelo de governança em rede, sendo a governança colaborativa seu elemento-chave.

Para esses autores, a governança colaborativa implica: um conjunto de instrumentos que permite a coordenação dos atores envolvidos na rede; um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada qual considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais; um conjunto de processos de tomada de decisão e de controle que viabiliza a execução de políticas; o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação; regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados; o uso de diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros; as regras, os procedimentos e as normas são construídos ao longo do tempo por meio de um processo de aprendizagem incremental; uma estrutura em mutação que pode variar conforme o contexto que a envolve e com a alteração de percepção dos agentes que dela fazem parte; o estabelecimento de novos processos que medeiam a relações entre as pessoas e as organizações, o que pressupõe mudanças nos comportamentos dos agentes; o uso de tecnologia de informação e comunicação que permita organizar a informação que circula entre os atores e as organizações; uma disponibilidade de troca de informações entre os atores e as organizações; o uso de modelos de gestão de desempenho para acompanhamento das atividades individuais e coletivas que impactam os resultados pretendidos; o envolvimento de pessoas que tenham habilidades de negociação, coordenação e facilitação de processos; o uso de processos de decisão que não são necessariamente hierárquicos, mas que visam promover a interação e o empoderamento dos envolvidos; e, na perspectiva do Estado, sua ação não é marcada necessariamente por mudanças no conteúdo de suas políticas, e, sim, pela modificação de sua forma de atuar.

A governança colaborativa é influenciada pelos antecedentes; e, por essa razão, os elementos do contexto influenciam os atores que constituem as redes, tanto em sua estrutura quanto em sua estruturação. Os elementos antecedentes podem ser:

elementos políticos, jurídicos, socioeconômicos, ambientais, regulatórios e tecnológicos; níveis de interdependência e de complementaridade de recursos; compartilhamento de riscos; história prévia entre os membros, o nível de confiança e os conflitos potenciais; experiência em trabalhar em redes colaborativas; grau de aceitação e legitimidade; e seleção de parceiros. Assim, quando se opta pela formação de redes, há que se garantir que haja princípios, como interdependência, compartilhamento de riscos, complementaridade de recursos e objetivos convergentes.

Na governança colaborativa, as partes interessadas assumem responsabilidade com resultados das políticas, impondo-se a condição de que devem ser envolvidas na tomada de decisões (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

A partir de elementos antecedentes, há que se iniciar a estruturação da governança colaborativa por meio de contratos que contenham regras, normas, cláusulas, estabeleçam limites, responsabilidades e direitos. Além disso, há que definir a estrutura de coordenação que estabelece como, com que responsabilidades e quem ficará encarregado de gerir e coordenar as redes.

Além da coordenação contratual, há a governança processual por meio da qual são definidos os vários processos e instrumentos que conduzirão as redes no seu cotidiano, dentre os quais se destacam: administração, liderança, construção de confiança e de legitimidade, comunicação, gestão de conflitos, renegociação dos objetivos, formação de consensos e equilíbrio no exercício da autoridade e relações horizontais entre os parceiros.

O papel da liderança é fundamental na construção das redes, o que convoca a presença de líderes capazes de alinhar interesses e acordos, buscar e cooptar os parceiros necessários e emprestar sua credibilidade e reputação para que as condições iniciais sejam criadas.

O processo de construção da governança colaborativa convoca a governança relacional formada por elementos intangíveis como: a identidade da rede composta por elementos simbólicos e cognitivos, enunciados, sinais, valores estabelecidos e percebidos, códigos, conceitos e entendimentos; os contratos psicológicos concebidos como expectativas e suposições não escritas que guiam o relacionamento, a visão coletiva expressa nos objetivos a serem alcançados motivados por crenças e posições ideológicas; o sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento; e a criação de ambiente seguro em que recursos, informações e conhecimentos possam ser compartilhados.

A governança colaborativa evolui de forma processual recorrente de aprender fazendo que nasce da percepção mutante dos atores em relação ao problema e à solução, mas também de si mesmos e dos parceiros.

Os resultados das redes, na governança colaborativa, resultam de antecedentes, princípios, confiança e do equilíbrio entre os três componentes da governança: o contratual, o processual e o relacional.

Como as redes são arranjos que se desenvolvem incrementalmente e estão localizadas em ambientes mutantes, é fundamental que haja abertura e flexibilidade para a análise e adequação dos indicadores estabelecidos ao longo de todo o percurso das redes.

5. O CONCEITO DE GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Estabelecidos os conceitos de governança e de governança em redes, há que se explorar a singularidade da governança de RAS.

A governança de RAS é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente colaborativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (MENDES, 2011).

A governança de RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatorios especializados, gerência das Unidades Básicas de Saúde, gerência dos laboratórios de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.) já que cuida de governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança, como se mostrou no Capítulo 6, é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.

Os objetivos da governança de RAS são garantir o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores, o manejo dos conflitos de interesse, o direcionamento da ação segundo os princípios da transparência e da prestação de contas, a progressiva estabilização da rede baseada em resultados dos pactos entre os atores, o respeito às regras do jogo e os resultados da rede (FRANCESCO et al., 2012).

6. OS PRINCÍPIOS E AS CARACTERÍSTICAS DA BOA GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os princípios da boa governança de RAS são os seguintes: o princípio da prestação de contas que implica a supervisão da atuação dos atores da rede; o princípio da transparência que incrementa a legitimidade do processo de tomada de decisão

e que permite concretizar o princípio da prestação de contas; o princípio da participação segundo o qual os atores devem se incorporar ao processo de tomada de decisões estratégicas de acordo com as regras do jogo estabelecidas; o princípio da eficácia necessário para alcançar os objetivos das RAS; e o princípio da coerência segundo o qual os objetivos e ações das RAS devem estar baseados na visão e estar coordenados entre si (FRANCESC et al., 2012).

A boa governança das RAS implica a existência de características como o conhecimento das necessidades da população adstrita, a cooperação o consenso como pauta de interação entre atores, a visão conjunta, os valores compartilhados e a liderança efetiva (FRANCESC et al., 2012).

O conhecimento da população adstrita, nos marcos da gestão da saúde da população, é uma característica fundamental da governança de RAS. A população adstrita a uma RAS é a população que vive em um território sanitário e que está cadastrada em uma unidade de APS. É fundamental conhecer as necessidades dessa população e de suas subpopulações por estratos de riscos. É a partir das necessidades concretas da população que se definem parâmetros epidemiológicos para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços das RAS.

Uma boa governança das RAS convoca a colaboração, a coordenação e a responsabilização entre os atores que a integram, de tal forma que as relações internas estejam baseadas em negociações entre iguais, no consenso e na confiança, e não em diretrizes verticais e em agendas ocultas. Por outro lado, devem se vincular às RAS atores de naturezas diversas que aportem recursos e competências importantes para o conjunto gerando um excedente colaborativo e um desempenho melhor de todos os atores. Isso implica um processo de aprendizagem mútua dos diferentes atores em redes, fazendo-os entender os benefícios que derivam da participação sinérgica de todos e aceitando que os princípios da colaboração superam os da competição e do benefício individual. Para que a colaboração floresça, é necessário estabelecer um marco de confiança entre os atores por meio de vínculos jurídicos contratuais e construir a transparência por meio de sistemas de informação compartilhados. Outra forma de gerar confiança entre os atores é pela utilização de técnicas de negociação e de construção de consensos.

O êxito da governança das RAS depende da criação de uma identidade grupal entre os atores estratégicos, o que significa o compartilhamento da visão e dos valores das redes. O compartilhamento dos valores significa que ele é utilizado correntemente como referência das ações e como guia de conduta. Alguns mecanismos podem ser utilizados nas RAS como a socialização em atividades comuns, a criação de espaços participativos no trabalho e o desenvolvimento de comitês de avaliação entre pares.

Uma liderança efetiva constitui uma característica indispensável para a governança das RAS já que são os líderes que legitimam as redes. Essas lideranças contribuem para a governança das RAS nos seguintes elementos: proporcionam rumo, impulso

ou direção às estruturas de governança; mantêm um sistema de comunicação interno e externo; atuam como agentes simplificadores reduzindo a complexidade por sua capacidade de tratar problemas e conflitos de forma que sejam assimilados pelos outros atores; constituem referências simbólicas para os membros das redes personalizando identidades coletivas e gerenciando conflitos; e conseguem o compromisso de gestores e profissionais das diferentes organizações com as diretrizes das RAS.

7. OS COMPONENTES DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança das RAS estrutura-se nos seguintes componentes: atores estratégicos e recursos de poder, regras do jogo e âmbitos de responsabilidade (FRANCESCHI et al., 2012).

Os atores estratégicos são os indivíduos ou os grupos com recursos de poder suficientes para influir no funcionamento das regras ou procedimentos de tomada de decisões e de solução de conflitos coletivos. Os recursos de poder que possuem os atores estratégicos derivam do exercício do controle de cargos ou funções públicas, do controle de fatores de produção, do controle da informação, da autoridade moral e da possibilidade de converterem-se em grupos de pressão. Os recursos de poder podem ser implícitos ou explícitos e são capazes de se manifestarem em diferentes intensidades.

A ferramenta que se usa para conhecer os atores estratégicos é o mapa de atores que permite identificar os atores-chave da governança, seus interesses e sua importância e influência dentro da rede de organizações. Em geral, há uma assimetria de poder entre os atores.

Na prática social, os processos de tomada de decisões se caracterizam por diferentes níveis de assimetria de poder entre os atores (FLORES; GOMEZ-SANCHEZ, 2010). A importância relativa dos atores manifesta-se em sua capacidade de influir nos processos de tomada de decisão das RAS, de mudar as regras do jogo, de mobilizar recursos e de interagir com os demais atores no plano estratégico. Essas capacidades decorrem do controle de cargos e de informações, da autoridade moral e da possibilidade de converterem-se em grupo de pressão (PRATS, 2001).

Os principais atores estratégicos das RAS no SUS são gestores públicos de diversos âmbitos, prestadores de serviços, instituições corporativas, autoridades sanitárias, representantes da sociedade civil organizada e movimentos sociais.

As regras do jogo referem-se a regulamentos, leis e outros procedimentos que regulam a forma como se fazem os debates, como se alcançam os acordos e como se dirimem os conflitos nos espaços públicos de decisão. As regras do jogo incluem procedimentos formais e informais (FLORES; GOMEZ-SANCHEZ, 2010).

As regras do jogo formais que regem o funcionamento da governança das RAS e o comportamento de seus atores estratégicos dependerão do desenho institucional estabelecido para a conformação destas redes. Isso pode envolver várias formas como acordos de colaboração entre os atores, alianças estratégicas, até a fusão completa das organizações que compõem as RAS.

O desenho institucional é entendido pelo modo como os grandes blocos estruturais das RAS – autoridade, responsabilidade, informação e incentivos – são considerados em um arranjo organizacional (LEAT et al., 2000). O desenho institucional pode-se fazer de várias formas, desde um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações, conformando um único ente gestor, até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as RAS. O que vai definir esse desenho mais macro é a natureza da propriedade das RAS. Se for propriedade de uma única organização, totalmente integrada verticalmente, como a KP nos Estados Unidos, a governança será única; se for constituída por diferentes entes institucionais, que articula, como gestores, redes compostas por organizações públicas federais, estaduais e municipais e, como prestadores de serviços, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas, a governança será multi-institucional, constituída, portanto, por meio de aliança estratégica.

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

O desenho institucional deve ser feito de forma a facilitar um processo-chave nas RAS que é a coordenação das ações gerenciais e assistenciais. Vai-se conformando uma ideia de que a coordenação se faz melhor em sistemas de governança de RAS que favorecem a comunicação entre profissionais que intervêm em processos assistenciais comuns, que operam com sistemas de informação integrados verticalmente e que adotam, rotineiramente, a organização matricial (LONGEST; YOUNG, 2000).

Qualquer que seja a forma de ente institucional adotada, há que se elaborar o desenho organizacional das RAS, o que pode ser feito de diferentes modos. Lega (2007) propõe três diferentes desenhos. O desenho P, em que P significa produtos e se refere a estruturas e a responsabilidades centradas em dois tipos de produtos: doenças como diabetes, câncer, asma etc. e pessoas usuárias, como mulheres, idosos e portadores de distúrbios mentais etc. Esse desenho P busca uma integração multiprofissional em diferentes pontos de atenção à saúde. O desenho G, em que G significa área geográfica, busca uma integração com base em uma população em um determinado território sanitário (área de abrangência da APS, município, microrregião e macrorregião). Finalmente, o desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas.

A cultura organizacional é outro fator que influi no desenho institucional da governança das RAS. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias dessas redes requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações, como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados, são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança dessas redes, uma liderança orientada para a ação colaborativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.

Estabelecida a natureza jurídica das RAS, determinam-se as regras do jogo formais que se compõem de um conjunto estável de normas consensuadas e compartilhadas por todos os atores da governança dessas redes. Essas normas devem estar institucionalizadas, mas devem ter a possibilidade de serem modificadas quando conveniente aos atores (FRANCESCO et al., 2012).

A governança das RAS implica a definição clara dos âmbitos de responsabilidade que são assumidos, interna e externamente, pelo ente de governança. Esses âmbitos são: planejamento territorial, planejamento estratégico, sistema de contratualização, sistema de monitoramento e avaliação, participação social, prestação de contas, estratégias de comunicação interna e externa, sistema de acreditação e sistema de financiamento (MENDES, 2011; FRANCESCO et al., 2012).

O planejamento territorial, referido pela gestão da saúde da população, constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações, e que dão a base territorial para a constituição das RAS. Esses espaços materializam-se em Planos Diretores de Regionalização.

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

Na dinâmica das RAS, os territórios são, ademais, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara dos serviços que as RAS daquele território irão ofertar à sua população adstrita. Isso é que marca, com clareza, as redes construídas com base em espaços/população e a gestão da saúde da população (DAWSON, 1964). Contudo, como se discute no Capítulo 14, esse modelo dawsoniano puro começa a ser rompido pela emergência de novas tecnologias de saúde.

Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a se compatibilizarem com os princípios da construção das RAS, especialmente para aumentar a colaboração e a interdependência entre os atores participantes, e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em

relação a uma população definida. Além disso, eles constituem um instrumento de ampliação da racionalidade sistêmica, pela possibilitação de incremento da eficiência de escala e de aprofundamento da colaboração entre os atores sociais em situação.

8. OS MODELOS DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Francesc et al. (2012) identificam diferentes modelos de governança que podem ser adotados pelas RAS: o modelo burocrático, o modelo gerencialista, o modelo estratégico e os modelos mistos.

O modelo burocrático propõe que os processos de tomada de decisões, o controle interno e a interação dos atores que compõem as RAS devem ser guiados por regras do jogo baseadas na racionalidade e na rigidez das normas e procedimentos. Nesse modelo, estabelece-se uma hierarquia definida desde a autoridade formal que tende a uma governança centralizadora. Ele apresenta como vantagens a focalização em um conjunto de resultados previstos e desejados, mas, por outro lado, por sua rigidez, tem pouca flexibilidade para lidar com a complexidade dos entornos das RAS e para adaptar-se às singularidades de diferentes territórios. Ele se ajusta mais a cenários estáveis e ao alcance de objetivos por meio do cumprimento das normas.

O modelo gerencialista, derivado do movimento da nova gestão pública, critica as debilidades do modelo burocrático e propõe uma forma de gestão pública com foco na eficácia e na eficiência do processo de tomada de decisão baseada na flexibilidade e no critério profissional. Esse modelo caracteriza-se por se estruturar na busca de resultados, por ser flexível e adaptável a diferentes entornos, por descentralizar as decisões e pela profissionalização dos quadros gerenciais. Ele apresenta como vantagens sua flexibilidade ante os entornos complexos e mutáveis e a descentralização das decisões e responde às RAS orientadas por resultados e pela melhoria contínua dos processos. Sua desvantagem está na possibilidade de gerar assimetrias de poder no ente de governança.

No modelo estratégico de governança, o processo de tomada de decisão é realizado com base em necessidades e expectativas dos atores estratégicos, analisando ameaças e oportunidades externas para definir os objetivos a serem alcançados. Esse modelo caracteriza-se por uma tendência de descentralização. As suas vantagens estão em sua capacidade de adaptação a entornos complexos que são inerentes às RAS. As suas desvantagens estão na possibilidade de perda de hierarquia no ente de governança e na fragilidade do controle interno devido ao mecanismo de descentralização decisória.

Em função das incertezas e complexidades que caracterizam as RAS, podem-se utilizar modelos mistos que se construam de forma a maximizar as vantagens e a reduzir as desvantagens de cada qual. Desse modo, poder-se-ia utilizar o modelo

burocrático em decisões relativas a procedimentos totalmente regulamentados, o modelo gerencialista em decisões relacionadas com os processos-chave na área assistencial e o modelo estratégico para as decisões relativas ao planejamento das RAS.

9. O FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO E A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A implantação de novo modelo de gestão no SUS sob a forma da governança das RAS implica conhecer alguns fatores do ambiente que estabelecem limites para a sua implantação. Um deles é a singularidade do federalismo sanitário brasileiro (MENDES, 2011).

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

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

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

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

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

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

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

Idealmente, há dois modelos de relacionamentos intergovernamentais no federalismo: o competitivo e o cooperativo (ABRÚCIO, 2002).

O modelo competitivo, muito valorizado nos Estados Unidos e baseado nos valores do mercado, estimula a competição entre os entes federados a fim de que os governos aumentem a responsividade para atender, melhor e mais eficientemente, aos seus cidadãos. Segundo esse modelo, os cidadãos, considerados consumidores dos serviços dos governos, teriam maiores possibilidades de escolha em um ambiente de competição interfederativa.

O modelo cooperativo, vigente em países como Alemanha, Austrália e Canadá, está assentado na possibilidade de submeter o autointeresse ao interesse de todos, gerando um excedente colaborativo.

A presença relativa de cada atributo depende, como no caso dos sistemas atenção à saúde, dos valores hegemônicos dominantes nas sociedades.

O federalismo cooperativo admite duas alternativas, o federalismo interestadual e o federalismo intraestatal. No federalismo interestadual, há uma clara separação dos poderes entre os níveis de governo, de modo que as competências entre os membros do pacto federativo estejam bem definidas, e as competências concorrentes, minimizadas. No federalismo intraestatal, há um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas; nesse caso, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e monitoramento das políticas (ABRÚCIO, 2000). Essas duas formas de federalismo se encontram, ora com predominância do modelo interestadual, como nos Estados Unidos, ora com hegemonia do modelo intraestatal, como na Alemanha e na Austrália.

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

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

A partir da segunda metade dos anos 1990, o arranjo federalista brasileiro sofreu transformações e passou a vigorar um federalismo mais cooperativo, caracterizado por formas de ação conjuntas entre esferas de governo, em que as unidades subnacionais mantêm significativa autonomia decisória e capacidade de autofinanciamento. Esse modelo combinou a manutenção de áreas próprias de decisão autônoma das instâncias subnacionais; a descentralização no sentido forte de transferência de autonomia decisória e de recursos para os governos subnacionais; e a transferência para outras esferas de governo de responsabilidade pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal (ALMEIDA, 2005).

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

Outro problema do federalismo cooperativo brasileiro está no processo de municipalização que ocorreu no SUS (MENDES, 2001; BARROS, 2018). Essa forma de descentralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e de aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, apresenta desvantagens inequívocas. Uma delas é determinada pela situação de forte estrangulamento dos recursos públicos; nesse caso, estabelece-se uma competição entre os entes federados, em que cada qual pretende repassar os seus custos aos outros. Na área social, esse mecanismo foi identificado como uma tentativa de cada nível de governo transferir, aos outros, os custos políticos e financeiros das políticas sociais e reservar, para si, os benefícios dele decorrentes (ARRETCHE, 1996). Mais ainda, pode haver uma tendência à fragmentação de certos setores sociais, como nos sistemas de atenção à saúde que exigem escala para operar com

eficiência e qualidade. Assim, o municipalismo autárquico pode introduzir elementos de competição predatória nos sistemas sociais, tal como Pestana e Mendes (2004) identificaram no SUS.

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

Os problemas que se colocam para o federalismo brasileiro, em geral, e para o federalismo sanitário, em particular, aguçam-se em momentos de crise do federalismo fiscal, tal como ocorre no momento no Brasil. As crises do federalismo fiscal acentuam-se, prospectivamente, em função da crescente consciência de agentes econômicos e da sociedade de que não é mais possível continuar financiando os gastos públicos pelo incremento continuado da carga fiscal que atinge em torno de 35% do PIB nacional.

O arranjo institucional do SUS está construído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania em um mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção de RAS, fundadas nos princípios discutidos no Capítulo 4, especialmente a escala e suas relações com a qualidade da atenção, exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento de parcerias entre municípios, estado e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas características da governança em redes, construídas pela colaboração e pela interdependência dos diversos atores sociais.

O federalismo sanitário cooperativo intraestatal brasileiro permitiu que se criassem desenhos institucionais coerentes com ele e expressos na prática social na instituição das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites que captam a essência da governança em redes.

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

Além disso, o federalismo sanitário brasileiro desenvolveu sistemas solidários interessantes para a solução de problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Contudo, esses consórcios, em determinadas circunstâncias, estabeleceram, também, uma competição predatória no SUS. É o que acontece quando

definem territórios singulares e regramentos próprios de pagamento aos prestadores de serviços, fora dos valores praticados no SUS, introduzindo assimetrias no sistema.

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

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

10. O SUS E O PRINCÍPIO DA DESCENTRALIZAÇÃO

O SUS foi concebido e implantado com base no princípio da descentralização, conceito que ganhou força nos países do primeiro mundo, como parte de uma estratégia de resposta à crise dos Estados de Bem-Estar social.

O Estado de Bem-Estar social concretizou-se por meio da organização e produção de bens e serviços coletivos ou privados, regulados pelo Estado. Dessa forma, estabeleceram-se novos padrões de relação entre Estado e sociedade, em que os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. Esse Estado, constituído no pós-guerra, devido a esse caráter intervencionista, desenvolveu grandes e centralizados aparelhos burocráticos e, no início dos anos 1970, começou a dar sinais de esgotamento.

Embutido em um conjunto mais amplo de reformas econômicas, a descentralização surgiu como uma alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente.

No entanto, há entendimentos diversos sobre a descentralização. Mesmo porque, a esse significante, normalmente, correspondem muitas significações. Não é um movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais. Enquanto processo, não é compatível com tempos políticos muito curtos nem pode ser implementado de ma-

neira uniforme. Por isso mesmo, a descentralização deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público (LOBO, 1988). Tampouco constitui conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se, na realidade política, como unidade dialética que se exprime, faturalmente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso possa ser o descentralizatório. Em forma pura, centralização e descentralização só existem como categorias teóricas (BOBBIO et al., 1992).

Por essas razões, torna-se difícil buscar uma conceituação geral que dê conta do fenômeno da descentralização. As tentativas de buscar um significado unívoco para a descentralização articula-a com o deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos. Assim, a descentralização está, sempre, conotada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relativo do poder periférico. Não raro, isso obedece a uma interpretação polarizada de centralização-descentralização.

Em consequência, nomeia-se como descentralização a coisas muito diferentes, seja no que concerne aos fenômenos observados, seja às trajetórias históricas. Por isso, é preferível uma interpretação conceitual referida pela unidade dialética da centralização-descentralização e por uma visão processual que admite que a descentralização se apresenta, na prática social, com graus ou formas distintas. Os diferentes graus representariam um gradiente que iria de menos descentralização para mais descentralização; as formas seriam expressões possíveis de descentralização determinadas pelo contexto político e que, em determinado momento e em determinada sociedade, podem conviver entre si. De fato, graus e formas não são excludentes, desde que se reconheça que a descentralização não admite uma forma pura. O que ocorre, normalmente, é a convivência de graus ou de formas de descentralização com movimentos de centralização, compondo um *mix* determinado pelas circunstâncias históricas e políticas em diferentes situações.

Na literatura, aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo mais comum a que, simplesmente, distingue desconcentração de descentralização. Todavia, há outras maneiras de precisar descentralização, como a proposta de Rondinelli et al. (1983) de quatro formas de descentralização: a desconcentração, a devolução, a delegação e a privatização.

Há quem questione a inclusão da privatização como forma de descentralização por entender que ela significa um sistema independente de organizar e gerir atividades, e não uma redistribuição de responsabilidades dentro de um mesmo sistema. Essas quatro formas podem aparecer separadamente ou combinadas.

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Para alguns, a desconcentração

é considerada como descentralização administrativa. Trata-se de autonomia e poder decisório. A unidade receptora da desconcentração atua com a mesma normatividade do organismo descentralizador, e a responsabilidade permanece com a autoridade que fez a desconcentração. A desconcentração tem a vantagem de garantir a integridade organizacional vertical, mas, ao não transferir o poder decisório, dificulta a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação dos cidadãos. É a forma mais tímida de descentralização. A criação de organismos regionais por Ministérios da Saúde ou por Secretarias Estaduais (entes regionais dessas secretarias) ou Municipais de Saúde (distritos sanitários em municípios maiores) é exemplo de desconcentração.

A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa. Por isso, é denominada, também, de descentralização política. No caso, há o repasse de poder decisório e, portanto, o deslocamento de poder político. A devolução significa o fortalecimento ou a criação de níveis subnacionais de governo que passam a operar com autonomia. Ao contrário da desconcentração, a devolução dificulta a integração vertical, mas permite a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação dos cidadãos. De modo geral, o sucesso da devolução está associado ao grau de desenvolvimento gerencial dos níveis regionais e locais. Exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de certas funções do Ministério da Saúde ou de municipalização de certas funções das Secretarias Estaduais de Saúde.

A delegação dá-se em outro âmbito, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Aqui, dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de um ente não estatal publicizado. A delegação não deve ser feita sobre funções estratégicas do Estado, em que há que se manifestar, única e exclusivamente, o exercício do poder estatal. A delegação vai fazer-se, principalmente, na regulação social ativa de bens e serviços quase-públicos ou meritórios definidos por Martins (1994) como aqueles que não são puramente estatais, mas que são de interesse público, portanto, de responsabilidade do Estado. O ajuste que a delegação faz entre Estado e sociedade significa uma reordenação institucional em uma lógica nova, mas presidida pelas necessidades sociais, e não pelo mercado. Isso a diferencia, substantivamente, da privatização qualificando-a como uma desestatização das atividades governamentais. A delegação anula a pretensão do Estado de deter o monopólio da solidariedade social. A organização autônoma que surge da delegação é publicizada pela permanência do poder regulatório nas mãos do Estado. É nesse sentido que se explica a expressão "devolução social" aplicada como sinônimo de delegação. A delegação está associada, muitas vezes, à busca de formas menos burocráticas e mais eficientes de gestão pública, por meio de organizações não governamentais. Como exemplo de delegação no campo da saúde, está a descentralização da prestação de serviços públicos não estatais a organizações sociais.

Por fim, a privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela se refere à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma da venda de ativos públicos. A privatização incide sobre a produção de bens e serviços privados para o mercado e fundamenta-se na necessidade de liberar o Estado para suas funções substantivas, para o que ele deve abandonar espaços mais vocacionados pela iniciativa privada. Os exemplos mais significativos de privatização, em escala mundial, estão nos campos da siderurgia, indústria automobilística, transportes aéreos, telecomunicações e petróleo.

Uma análise das experiências europeias de descentralização dos sistemas de atenção à saúde mostra como essas formas se deram em países distintos (SALTMAN; FIGUERAS, 1997): na Polônia, adotou-se a desconcentração para autoridades provinciais; na Suécia, utilizou-se a devolução para 26 *County Councils*; na Itália, fez-se a delegação para as *Aziendas*, empresas públicas com autonomia administrativa e financeira; na Hungria, deu-se a privatização; no Cazaquistão, houve uma descentralização que não resultou e foi seguida de uma recentralização.

No SUS, estão se dando, concomitantemente, a desconcentração, a devolução e a delegação em convivência, em algumas circunstâncias e em certos setores, com movimentos de centralização.

As avaliações internacionais da descentralização dos sistemas de atenção à saúde não indicam resultados definitivos e apontam para a necessidade de aprofundarem os estudos para obter evidências. Entretanto, apontam no sentido de que os processos descentralizatórios sempre apresentarão fortalezas e debilidades e que a questão central está em desenvolver processos de descentralização desses sistemas que maximizem as suas fortalezas e minimizem as suas debilidades e que minimizem os *trade-offs* entre equidade, eficiência, efetividade e qualidade dos serviços de saúde (PESTANA; MENDES, 2004).

Nesse sentido, uma das propostas mais consistentes está em instituir, entre os níveis centrais e locais dos sistemas de atenção à saúde, uma instância mesorregional, tal como proposto por Mills et al. (1990) com o nome de distritos sanitários e por Hunter et al. (1998) com nome de regiões de saúde. A instituição desse nível mesorregional pode conduzir a uma descentralização mais racional porque permitiria compatibilizar uma escala adequada com a proximidade dos problemas locais e da população.

Não foi diferente no Brasil. A governança do SUS, desde 1993, passou a atribuir um papel importante às instâncias bipartites instituídas nos espaços mesorregionais. Foi aí que apareceram as regiões de saúde.

11. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA BRASILEIRA E O FEDERALISMO MUNICIPAL

No Brasil, a descentralização foi introduzida como parte de processos de redemocratização, uma vez que os regimes autoritários se caracterizavam por ser centralizadores e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (ABRANCHES, 1985).

A descentralização política brasileira, após o regime militar, consolidada pela Constituição de 1988, gerou o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo *status* de membros da Federação concedido aos municípios e pela repartição de recursos da União e dos estados para os municípios.

Esse tipo singular de descentralização política conduziu a alguns resultados, como a intensa criação de municípios, 1.405 novos municípios, no período de 1984 a 1997, dos quais 1.329 (94,5%) tinham menos de 20 mil habitantes e 1.905 (52%) tinham menos de 10 mil habitantes (GOMES; MAC DOWELL, 2000). Atualmente, o Brasil tem 5.570 municípios, sendo que 68,4% deles têm menos de 20 mil habitantes.

Foi neste País federativo, grande, complexo, desigual e com um federalismo muito particular que se deu o movimento de descentralização no SUS.

A opção dos constituintes brasileiros pela descentralização foi inequívoca. No art. 196, inciso I da Constituição Federal, declara-se que as ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, entre elas, a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

A legislação infraconstitucional, por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1.990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reiterou a diretriz da descentralização e a definiu operacionalmente, protagonizando a municipalização das ações e serviços de saúde. Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, por meio de Normas Operacionais Básicas (NOB). Assim, apareceram, consecutivamente, a NOB 01/91, a NOB SUS/93 e a NOB SUS/96 que tenderam a aprofundar a descentralização para os estados e, principalmente, para os municípios.

A NOB 01/91, ainda editada pela presidência do Inamps, teve por objetivo fornecer instruções para implantação do SUS, visando, basicamente, operacionalizar a legislação infraconstitucional, e o fez tendo como instrumento o convênio entre a União, estados e municípios. Essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços. Apesar disso, os municípios apoiaram essa norma por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos estados. Estava, assim, pavimentado o caminho para a radicalização da municipalização do SUS.

O processo de descentralização do SUS, por meio da devolução municipalizada, com centralização relativa do financiamento na União, e sem a participação primordial dos estados, consolidou, com a NOB 01/96, o paradigma da municipalização autárquica.

A NOB SUS-93 – surgida após a IX Conferência Nacional de Saúde que tinha como lema a municipalização é o caminho – institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites e radicalizou o processo de municipalização do SUS.

A municipalização, que já vinha aumentando tendencialmente, acelerou-se, de tal modo que, ao final de 2000, havia 5.398 municípios habilitados para a municipalização, 98% dos municípios brasileiros.

Os problemas da municipalização autárquica, especialmente a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas, apontaram, na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001, revista em 2002, para a necessidade de organizarem os espaços territoriais de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos e as regiões de saúde, em que se articulariam as redes assistenciais. Já os problemas da gestão do sistema deveriam ser enfrentados por meio das novas formas de habilitação: a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada. Ao instituir territórios supramunicipais, essa Noas apontava para a necessidade de ganhos de escala e de melhoria da qualidade da atenção. Mas foi uma norma que não pegou, por várias razões: o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema, o mau uso dos fundamentos da regionalização, a extrema burocratização e a responsabilização difusa (MENDES, 2003).

O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, dever-se-ia instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível. Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira em que quase 70% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados.

Do ponto de vista das relações entre descentralização e eficiência, o processo de devolução municipalizada, com autarquização dos municípios e sem estruturação orgânica do espaço regional, levou ao que, empiricamente, constatou-se na Região Metropolitana de Campinas e que foi denominado de modelo de assistência municipalista (OLIVEIRA, 1995). Nesse modelo, o município expande a assistência à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências sistêmicas.

Os resultados do paradigma da municipalização autárquica no SUS foram significativos. No período de 1992 a 1999, o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%; dentre os serviços públicos, destacou-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69% em 1992 para 92% em 1999. Considerando apenas os estabelecimentos públicos com internação, a participação da esfera municipal, em 1999, foi de 70%. Nesse mesmo período, os leitos hospitalares, apesar de terem sofrido uma redução no seu número total, cresceram 3% no setor público, o que contribuiu para a solidificação de padrão indesejado de atenção hospitalar prestada por hospitais de pequeno porte (HPP), tal como se analisa no Capítulo 13.

Três estudos realizados em diferentes estados brasileiros atestam o fenômeno da municipalização autárquica.

No estado da Bahia, os leitos hospitalares públicos saltaram de 2.935 em 1990 para 11.340 em 1997; partes significativas desses leitos eram municipais, e a maioria deles eram em HPP. Muitos hospitais apresentaram taxas de ocupação baixas, taxas de permanência elevadas, baixa atividade ambulatorial e baixa coordenação entre atividades ambulatoriais e hospitalares (SPAGNOLO, 1998).

Na microrregião de Baturité, composta por oito municípios, no Ceará, havia hospitais que operavam com uma taxa de ocupação em torno de 20% e havia oito laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e sem controle de qualidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2000).

Na microrregião do Alto Rio Grande, em Minas Gerais, composta por oito municípios, verificou-se que, em 1998, havia dez pequenos laboratórios de patologia clínica. Nessa microrregião, 80% dos exames foram normais ou negativos, 40% não chegaram aos médicos que os solicitaram, e todos, sem exceção, apresentaram confiabilidade discutível porque não foram submetidos a controles de qualidade, internos e externos (NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1998).

No entanto, não se pode deixar de reconhecer que o paradigma da municipalização autárquica gerou resultados positivos no SUS. Houve um aumento significativo da cobertura dos serviços do SUS, especialmente da APS. Além disso, o incremento dos gastos públicos municipais em saúde foi o que possibilitou compensar, parcialmente, os problemas do subfinanciamento provocado pela queda dos gastos federais, tal como se constata no Capítulo 8.

O processo de municipalização autárquica teve seus méritos reconhecidos pelo Ministério da Saúde: a democratização do setor pela ampliação da participação social local, a melhoria do acesso às ações e serviços devido à expansão da cobertura assistencial e o êxito no controle de uma série de doenças evitáveis. Contudo, esse mesmo Ministério afirmou que o processo de municipalização autárquica não impediu a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados

e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS (BRASIL, 2004).

Parece ter razão quem diz que os movimentos da história são pendulares. O traço forte de um sistema centralizado de atenção à saúde em um país continental, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica, levando o pêndulo para uma contraposição polar à da centralização. É hora de mover-se para um ponto de equilíbrio, o que significará manter as inegáveis fortalezas da descentralização por devolução municipalizada e, ao mesmo tempo, tratar de minimizar suas debilidades. Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa. Ou seja, é chegada a hora de instituir mecanismos efetivos de governança regional, organizados segundo os princípios das RAS, em conformidade com a base normativa do SUS relativa à governança dessas redes e de acordo com a teoria da governança em redes. Para isso, há que se institucionalizar um novo paradigma de descentralização do SUS, o paradigma da regionalização colaborativa.

12. UM NOVO PARADIGMA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COLABORATIVA

O paradigma da regionalização colaborativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a macrorregião ou região ampliada de saúde em que os municípios que a compõem, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das RAS envolvendo o conjunto de serviços de atenção primária, secundária e terciária, bem como dos respectivos sistemas de apoio e sistemas logísticos.

Ao se associarem, os municípios e o Estado, por meio das organizações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, organizam as RAS; e por uma ação solidária, geram um excedente colaborativo. A regionalização colaborativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços que apresentam economias de escala e de escopo, especialmente os equipamentos de APS, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar e os sistemas de apoio a logísticos.

O paradigma da regionalização colaborativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e estadual, e o componente gerencial explicita-se em mecanismos de governança regional que envolvam sistemas potentes de planejamento, monitoramento e avaliação. Essa é uma forma de organização dos sistemas de atenção à saúde que se diferencia de outro modelo, internacionalmente proposto e adotado em alguns países, a competição gerenciada e que tem como base mecanismos de competição administrados (ENTHOVEN, 1988). O paradigma da regionalização co-

laborativa não tem similar na experiência internacional, e, por isso mesmo, deve ser construído, singularmente, em nosso país.

É inerente à regionalização colaborativa a dimensão territorial. Contudo, há que precisar bem a noção de território sanitário (MENDES et al., 1995).

Há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de atenção à saúde. A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nessa concepção, são os critérios geográficos que definirão um território denominado de território-solo. A segunda, coerente com a proposta da regionalização colaborativa, vê o território como processo, como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais postos na arena político-sanitária. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, apresenta-se em permanente construção e reconstrução.

A concepção de território-processo transcende, portanto, à sua dimensão de uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos e de pactuação de interesses e de projetos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território político, cultural e epidemiológico. Atores sociais em situação, nesses territórios, podem gerar pela ação interdependente um excedente colaborativo que torne o SUS mais eficaz, eficiente e democrático.

Na dinâmica de um sistema público como o SUS, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e dos serviços de saúde que cada território ofertará aos grupos populacionais adstritos. Isso é que marca, na experiência internacional, os sistemas de atenção à saúde de base populacional ou dawsonianos. Esses territórios sanitários são recortados de forma a compatibilizarem com os princípios da construção das RAS e de imporem responsabilizações inequívocas de autoridade sanitária.

A responsabilização consequente será mais factível se instituída em territórios que sejam amalgamados por um sentimento de pertencimento coletivo. Por isso, as agregações territoriais levarão em conta as manifestações culturais que imprimam e manifestem o sentido de pertencimento.

A região de saúde, ainda que inferida em razão do disposto no art. 198 da Constituição, não foi disciplinada. A Lei nº 8.080, de 1990, não dispôs sobre região de saúde como um instituto e tratou a regionalização sem disciplinar a região de saúde. Isso veio a ocorrer com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a articulação federativa, a região de saúde, o contrato organizativo de ação pública da saúde, o planejamento regional e as portas de entrada do SUS (SANTOS, 2017).

Esse decreto definiu a região de saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde. Estabeleceu que cabe aos Estados à instituição da região de saúde, em comum acordo com os municípios e respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores, desde que se dê a existência de um mínimo de ações e serviços de: APS, serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Esses critérios são muito gerais, e isso levou à definição de regiões de saúde muito díspares e centradas fundamentalmente em espaços microrregionais. Os espaços macrorregionais ou as regiões ampliadas nem sempre estiveram representados, de forma apropriada, nos processos de regionalização.

Há alguns territórios que estão pré-definidos pela nossa divisão político-administrativa: o País, os Estados e os Municípios. Eles deverão, certamente, ser considerados como territórios sanitários. No entanto, para construir RAS eficazes, eficientes e de qualidade e com responsabilização sanitária, há que se considerar outros territórios sanitários.

Para estabelecer as macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde e as regiões ou microrregiões de saúde, devem ser utilizados alguns critérios: contiguidade intermunicipal; subsidiariedade econômica e social; escala adequada; herança e identidade cultural; endogenia microrregional; fluxos assistenciais; e fluxos viários (NYSTUEN; DACEY, 1961; PESTANA e MENDES, 2004)

No espaço mesorregional, ou seja, no intervalo entre o espaço estadual e o espaço municipal, há que se instituírem as macrorregiões de saúde ou regiões ampliadas de saúde em que as RAS se completam porque ali existem todos os serviços de atenção primária, secundária e terciária. Essas macrorregiões ou regiões ampliadas são compostas por regiões ou microrregiões de saúde com autossuficiência em serviços de atenção primária e secundária. Cada um dos municípios, participantes das macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde e das regiões ou microrregiões de saúde, deverá, no mínimo, prestar os serviços de APS aos seus cidadãos.

Em função do princípio da escala que é parte das RAS, a conformação das macrorregiões ou regiões ampliadas deve obedecer a um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Deve-se observar a contiguidade territorial, visando dar coesão regional, bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território, sendo a ultrapassagem das divisas estaduais possível quando indicado (BRASIL, 2018).

As regiões ou as microrregiões de saúde devem ser formatadas, também, respeitando: o princípio de escala e do acesso oportuno aos serviços secundários de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e de logística.

Para que a APS se faça eficazmente, nos municípios, há que se definirem as áreas sanitárias. Esses territórios serão, nas Unidades Básicas de Saúde convencionais, definidos pela sua abrangência territorial-populacional; quando se opera com a ESF, as áreas sanitárias serão os espaços de abrangência territorial-populacional de cada equipe de ESF. Ademais, as áreas sanitárias da APS serão constituídas pelo conjunto de microáreas que constitui o território de atuação de cada ACS.

Conseqüentemente, a governança das RAS envolve os seguintes territórios sanitários: o território estadual, o território macrorregional ou da região ampliada, o território da região ou da microrregião, o território municipal, o território da área de saúde de abrangência da APS ou da equipe de ESF e o território da microárea de abrangência do ACS (MENDES, 2016).

O processo de regionalização sanitária implica a obediência ao princípio da completude das RAS que estabelece que essas redes se completam na macrorregião ou na região ampliada de saúde porque só nela estão presentes todos os serviços de APS, de atenção secundária (média complexidade) e de atenção terciária (alta complexidade). Por consequência, a macrorregião é o único território que permite a governança regional completa das RAS. O território da região ou da microrregião é suficiente apenas para a governança regional dos níveis primários e secundários das RAS.

Isso faz do espaço macrorregional ou da região ampliada o ponto fulcral para a implantação da governança regional das RAS. Não obstante, nos espaços microrregionais devem ser mantidas as instâncias de governança regional ali estabelecidas.

Ocorreu, contudo, que o processo de implantação das regiões de saúde no SUS fixou-se, fortemente, na definição das regiões ou microrregiões de saúde em que não estão contemplados, muitas vezes, os serviços de atenção terciária. A Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, que estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança de RAS no âmbito do SUS permite superar esse problema quando recomenda taxativamente que a RAS deve ser definida a partir de regiões de saúde e para garantir a resolutividade deve ser organizada em um espaço regional ampliado (BRASIL, 2018).

13. A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo institucional de governança do SUS foi construído para ser operado colaborativamente pela trina federativa: União, estados e municípios. Nele, os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou por meio da mediação de instituições de governança colaborativa e de controle social, complexas inter-relações.

O federalismo sanitário brasileiro implica uma forma de colaboração em que todos os três entes federados são corresponsáveis pelas ASPS. Em outras palavras, esses serviços e essas ações são uma responsabilidade compartilhada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, não importa onde esteja executando esse programa.

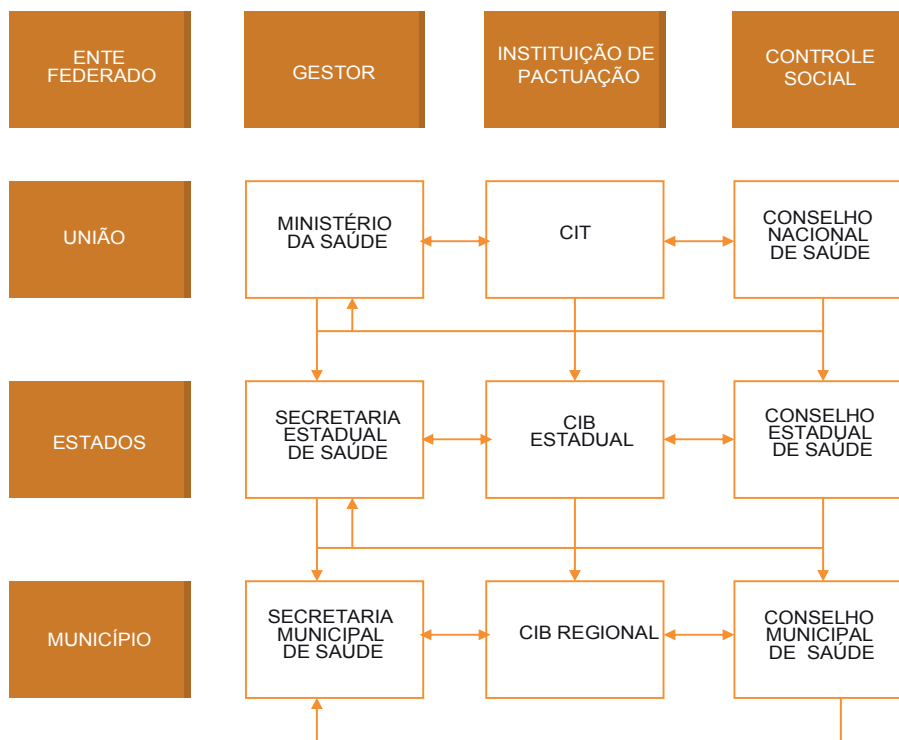
Nesse sentido, a NOB SUS-93 foi sábia ao instituir um modelo institucional de governança em inteira harmonia com o federalismo cooperativo intraestatal e com os fundamentos da governança em redes que se assentam na interdependência e na colaboração entre os diferentes atores.

As Comissões Intergestores do SUS são deliberativas, tomam decisões por consensos e estão constituídas formalmente por meio de publicação de homologação de criação e regimento interno e funcionam coletivamente, sem hierarquia. Gestores da trina federativa reúnem-se periodicamente para a tomada de decisão, em um processo deliberativo e multilateral, respeitando-se a autonomia e as responsabilidades de cada ente federado (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

No melhor espírito da governança em redes, as Comissões Intergestores funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos.

O modelo institucional de governança do SUS é mostrado na Figura 12.

Figura 12: O modelo institucional do SUS



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

Por tudo que representa esse modelo institucional do SUS, materializado nas Comissões Intergestores, deve ser preservado e aperfeiçoado.

Deve-se registrar, contudo, que há posicionamentos contrários a esse modelo. As críticas a ele consistem em imputar-lhe um burocratismo elevado e uma democratização excessiva que iguala a capacidade decisória de agentes muito diferenciados em recursos de poder tornando lento e desequilibrado os processos decisórios.

Com base nesse diagnóstico equivocado, costuma-se propor a mudança desse modelo rompendo com os colegiados e instituindo-se um órgão formal no espaço mesorregional, conformado por uma estrutura hierárquica como, por exemplo, uma autarquia regional, à semelhança do que existe em países que praticam sistemas de atenção à saúde unitários.

Logicamente que a um diagnóstico errado corresponde uma solução equivocada. A formalização de uma instância decisória mesorregional seria difícil porque não é fácil interromper o federalismo cooperativo consagrado em nosso país e, em seus limites, seria impossível estabelecer um quarto ente jurídico localizado nestes territórios sanitários. Além disso, a instituição de um ente dessa natureza rompe com os

princípios da governança em redes e impõe uma solução hierárquica que inviabilizaria uma construção consequente das RAS.

No entanto, há que se reconhecer que, a par de suas virtudes, o modelo institucional do SUS apresenta debilidades que necessitam ser identificadas e superadas.

A primeira debilidade reside na fragilidade de mecanismos decisórios nas macrorregiões ou regiões ampliadas em que a completude das RAS se manifesta. Muitas delas ainda não têm espaços de governança colaborativa, o que constitui um vácuo organizacional.

Outra debilidade das Comissões Intergestores está em sua conformação por colegiados e câmaras técnicas e em sua dinâmica clássica de reuniões periódicas, pactuações e registro em atas. Na prática, essa dinâmica de pactuações e registros em atas não garante que esses colegiados disponham e utilizem regularmente um sistema gerencial de planejamento, monitoramento e avaliação.

Além disso, as Comissões Intergestores excluem atores relevantes das RAS, especialmente os prestadores de serviços, o que, a um tempo, eleva o grau de conflitividade nas RAS e diminui a qualidade do processo decisório.

A conformação (colegiado e câmaras técnicas) e a dinâmica clássica (reuniões periódicas, pactuações e atas) não são suficientes para garantir uma boa governança regional das RAS.

Por fim, há uma excessiva focalização nas reuniões colegiadas em pautas referidas a assuntos do financiamento e de investimentos em novos recursos.

Em boa parte, essas debilidades foram consideradas na Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que propõe algumas soluções para elas (BRASIL, 2018).

Essa resolução definiu o papel das macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde como o espaço de organização das RAS, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Ademais, essa nova normativa consagra um movimento pendular fundamental no processo descentralizatório do SUS, movendo-o, centripetamente, dos municípios para a macrorregião ou região ampliada em que estão presentes todos os equipamentos das RAS. Ao mesmo tempo, centrifugamente, desloca os recursos federais e estaduais para a responsabilidade colegiada das RAS nesse espaço macrorregional. Assim, as macrorregiões ou regiões ampliadas tornam-se os espaços privilegiados do sistema gerencial das RAS.

Os prestadores de serviços que estavam marginalizados das decisões colegiadas inserem-se como membros dos Comitês Executivos das RAS. Pelo texto normativo, esses Comitês Executivos, de natureza técnica e operacional, vinculados às Comissões Intergestores Bipartite, deverão ser instituídos na macrorregião de saúde com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, fornecerão subsídios para a tomada de decisão na macrorregião, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite e Comissões Intergestores Regionais, conforme a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017).

Assim, essa resolução inclui prestadores de serviços na discussão técnica e operacional, o que diminuirá muito os conflitos entre eles e os gestores, e institui um sistema gerencial permanente das RAS expresso no planejamento regional integrado.

14. O PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite. O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional que deve expressar: a identificação do espaço regional ampliado; a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; a programação geral das ações e serviços de saúde; a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares (BRASIL, 2018).

O PRI tem uma nítida dimensão de planejamento estratégico que envolve a formulação estratégica da qual resultam ações coordenadas de longo, médio e curto prazos.

A formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário. Pode ser sustentada pela análise das fortalezas, debilidades, oportunidades e ameaças e deve levar à definição da missão, da visão e dos valores compartilhados pelo ente de governança instituído, bem como a definição do seu posicionamento estratégico no mercado público. Esse trabalho envolverá uma ampla consulta a diferentes atores sociais que atuam, direta ou indiretamente, nas RAS, envolvendo os gestores, os prestadores, as pessoas usuárias e os órgãos representativos da sociedade civil organizada.

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

A formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazos que implicam a definição dos objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Os planos de médio prazo cobrem um período governamental. Os planos de longo prazo são definidos a partir de uma visão que se deseja alcançar e em uma temporalidade maior que, em geral, podem se situar entre 15 anos e 20 anos. Eles devem ser produzidos em função de diferentes cenários de longo prazo que dão os limites de possibilidades de alcance da visão e dos objetivos estratégicos.

O estado presente, definido pela análise situacional, mostra onde se está; a visão de futuro, estabelecida no plano estratégico, aponta aonde se quer chegar. O caminho entre essas duas situações que implica o como chegar preside a definição da estratégia e da carteira de projetos.

Existem várias formas de viabilizar o planejamento estratégico das RAS. Uma delas pode ser o *Balanced Scorecard* (BSC) proposto por Kaplan e Norton (2004). Essa metodologia leva à construção do mapa estratégico que é a representação visual das relações de causa e efeito entre os componentes da estratégia de uma organização. Os mapas estratégicos são desenhados em uma arquitetura específica e servem para ilustrar como interatuam as diferentes perspectivas de resultados para a sociedade, a proposta de valor para as pessoas usuárias, os processos internos e a perspectiva de aprendizagem e crescimento. Um diferencial positivo do BSC é que ele não é apenas um instrumento de planejamento; ele é, também, uma efetiva ferramenta de gestão que procura medir a estratégia da organização em longo prazo expressando a missão e a visão da organização em um amplo sistema de medidas de desempenho. Assim, o mapa estratégico ilumina o caminho escolhido para atingir os objetivos no longo prazo. Com base em uma visão integrada e equilibrada da organização, o BSC permite descrever a estratégia de forma clara, por meio de objetivos estratégicos balanceados em quatro perspectivas de análise (sociedade, processos, gestão e financiamento).

A perspectiva sociedade refere-se à população sujeita do plano estratégico e deve estar alinhada à visão e à estratégia da instituição e com foco nos produtos a serem entregues a essa população. A perspectiva processos refere-se aos processos internos críticos que impactam os produtos a serem entregues à sociedade. A perspectiva de gestão visa a oferecer a infraestrutura e os serviços que possibilitem a consecução dos objetivos relativos às perspectivas sociedade e processos internos

em campos como o modelo de gestão pública, a gestão de pessoas e de insumos, a educação permanente e outros. A perspectiva financeira, situada na base do mapa, refere-se ao financiamento da estratégia, considerado nas dimensões da quantidade e da qualidade dos gastos públicos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2009).

O BSC está ancorado em um princípio fundamental: o que se pode medir, pode-se gerenciar (KAPLAN; NORTON, 2004).

A estratégia de uma organização deve descrever como ela pretende criar valor para as pessoas. Para isso, é necessário medir alguns poucos parâmetros críticos que representam sua estratégia para a criação de valor, em longo prazo. Nas organizações públicas, o critério mais importante de sucesso é o desempenho no cumprimento da missão (KAPLAN; NORTON, 2004).

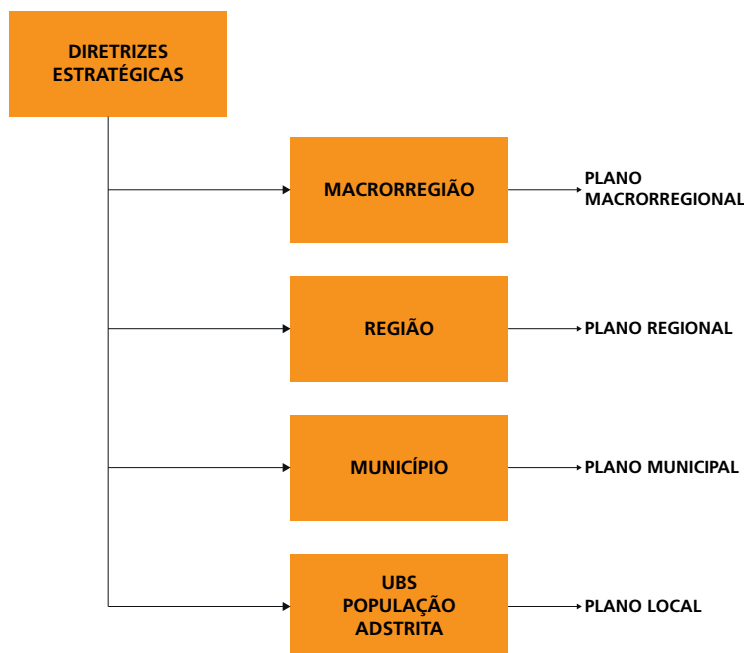
Ainda que o BSC tenha sido desenvolvido para o setor privado, ele foi adaptado ao setor público em que tem sido utilizado com sucesso (CALDEIRA, 2009). Contudo, há diferenças entre o BSC privado e o BSC público. No setor privado, busca-se otimizar o resultado financeiro, enquanto no setor público, procura-se incrementar os resultados para a sociedade; além disso, enquanto no setor privado a perspectiva financeira localiza-se no topo, no setor público, a perspectiva da população assume o lugar protagônico.

O BSC é, ademais, um modelo de gestão que auxilia as organizações a traduzirem suas estratégias em objetivos que orientam comportamentos e desempenhos das equipes dessas instituições (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2009).

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das RAS e os entes prestadores de serviços envolvidos nessas redes.

A dinâmica de elaboração do PRI está representada na Figura 13.

Figura 13: A dinâmica do planejamento regional integrado



Fonte: elaboração do autor.

Essa dinâmica de construção do planejamento regional integrado tem uma vertente descendente que deriva das prioridades estabelecidas no plano estratégico em termos de RAS.

Em função da situação de saúde vigente em nosso país, certas redes deveriam ser consideradas como prioritárias: a rede de atenção às urgências e às emergências; a rede de atenção materno-infantil; a rede de atenção às doenças crônicas com ênfase em hipertensão arterial, em diabetes e nas doenças renais crônicas; a rede de atenção psicossocial; e a rede de atenção à pessoa idosa.

Essas redes prioritárias são acolhidas pelos atores sociais presentes em diferentes territórios sanitários e são construídas em um processo ascendente que começa em cada Unidade Básica de Saúde e se materializa em um plano local de APS, cujo somatório será um plano municipal de cuidados primários.

A elaboração dos planos locais de saúde deve ser feita como parte da metodologia proposta pela construção social da APS e com a utilização de uma ferramenta

potente da gestão da clínica que é a gestão da condição de saúde. Os parâmetros a serem utilizados na programação serão parâmetros de necessidades de saúde da população e que estão inseridos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências construídas para cada rede temática.

No âmbito das regiões ou microrregiões de saúde, incorporam-se, aos planos de cuidados primários dos municípios, os serviços de atenção secundária (média complexidade) ambulatorial e hospitalar compondo o plano integrado regional ou microrregional.

No âmbito das macrorregiões de saúde, incorporam-se os serviços de atenção terciária (alta complexidade) compondo o plano integrado macrorregional. Por fim, o somatório dos planos regionais integrados macrorregionais comporá o plano estadual de saúde.

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, constituído por diferentes atores sociais em situação e portadores de diversos objetivos, interesses e representações (MENDES, 2002). Uma vez que a colaboração 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 colaboração formalizada.

Na governança em redes, os contratos são considerados como facilitadores do processo de coordenação de diferentes formas: sinalizam aos parceiros o que se espera deles; conformam expectativas; facilitam as decisões; previnem disputas; constroem sistemas de controle que coíbem os comportamentos oportunistas dos parceiros; mitigam riscos e evitam desentendimentos; promovem a colaboração; promovem a percepção de justiça pelos parceiros; e definem as responsabilidades, os objetivos e as fronteiras das redes. Os contratos guardam uma relação muito próxima com a confiança entre os pares presentes nas RAS (MILAGRES et al., 2016).

A utilização dos contratos nas RAS obedece a um ciclo de contratação conforme se vê na Figura 14.

Figura 14: O ciclo da contratação em saúde



Fonte: Mendes (2011).

O ciclo parte das necessidades de saúde que se expressam nos planos estratégicos das RAS; os planos estratégicos de saúde definem os serviços de saúde a ofertar; esses serviços devem ser especificados em que quantidades e com que qualidades; isso leva à definição e assinatura do contrato entre o ente gestor da RAS e os prestadores dos serviços de saúde; o contrato deve ser monitorado e avaliado por um sistema de informação gerencial que emite relatórios de gestão de acordo com as necessidades de diferentes atores; o ciclo se fecha quando a avaliação dos serviços prestados realimenta os planos estratégicos de saúde e os planos de contratos.

Uma discussão mais robusta sobre a contratualização é feita no Capítulo 13, aplicada aos contratos hospitalares.

O sistema de monitoramento e avaliação da governança das RAS distancia-se daquele exercitado nas organizações burocráticas em que apresenta com um foco fiscalizatório. O objetivo central do monitoramento e avaliação nessas organizações poliárquicas é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

O processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório. Uma intervenção é constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir

bens ou serviços que possam modificar a situação-problema (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Os objetivos das quatro perspectivas do BSC interligam-se uns aos outros, em uma relação de causa e efeito. Por isso, cada perspectiva deve ser monitorada por indicadores específicos. Um conjunto de indicadores, balanceados pelas quatro perspectivas, deve ser monitorado ao longo do tempo. Essa é função do painel de bordo que é o instrumento fundamental de monitoramento e de avaliação das RAS e que se utiliza de indicadores que tenham evidência de que medem o que se quer medir e que se expressa em indicadores estratégicos, táticos e operacionais. Cada indicador contém a definição de como calcular o indicador, as fontes de informação, a periodicidade de medida e o âmbito territorial de medida e a ponderação.

A participação social deve estar garantida de alguma forma na governança das RAS. É sua responsabilidade posicionar o cidadão e a comunidade como eixo dessas redes, transmitindo a toda a organização o papel central que deve ter para todos os seus componentes, entendendo-se como o mandato de orientar a organização e seus serviços para responder às necessidades, demandas e preferências da população adstrita (FRANSCESC et al., 2012).

A prestação de contas é um elemento central na governança das RAS. Essa prestação de contas deve ser ampla, envolvendo vários destinatários, como os gestores públicos, os prestadores, os profissionais e a população vinculada à rede. Essa prestação de contas faz-se periodicamente e abrange resultados sanitários em termos de processos, de resultados sanitários e de resultados econômicos (FRANSCESC et al. 2012).

A governança das RAS inclui a responsabilidade de definir as políticas de comunicação a serem utilizadas, nos âmbitos interno e externo, para responder aos princípios da transparência e dever de informação. As políticas de comunicação social consistem no estabelecimento dos sistemas e dos canais que se utilizarão para comunicar-se com a organização e seu entorno e para realizar a prestação de contas (FRANSCESC et al., 2012).

A governança das RAS implica um sistema de acreditação, que é um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população.

O sistema de acreditação das RAS exige uma nova forma de acreditação, diferente da que é comumente praticada. Na perspectiva sistêmica que marca o funcionamento das RAS, não é suficiente acreditar, isoladamente, cada um dos seus pontos de atenção à saúde, de seus sistemas de apoio e de seus sistemas logísticos porque, de acordo com o princípio da interdependência, é a operação colaborativa e integrada de todos os elementos das redes que possibilitam agregar valor para a população (PORTER; TEISBERG, 2007). Em uma RAS, a presença de um excelente hospital, acreditado em um nível superior, mas que não está organicamente articulado, em rede, com a APS, com a AAE e com os sistemas de apoio, não garante que os seus serviços, isoladamente, irão melhorar os níveis de saúde da população. A acreditação das RAS impõe uma nova atitude que implica a acreditação de todos os componentes da rede e de suas relações, de forma a tornar imperativa a interdependência sistêmica, a colaboração e a continuidade da atenção à saúde (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2004).

A governança das RAS exige a implantação de sistemas de financiamento adequados conforme se detalha no Capítulo 9. Um bom sistema de financiamento dessas redes é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RAS para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços. Ou seja, é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das RAS.

Para que as RAS possam alcançar seus objetivos, é importante alinhar esses objetivos com o sistema de financiamento e com os incentivos econômicos. A falta de alinhamento determina a implantação de políticas inefetivas (KUTZIN, 2008).

Somente se logrará enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – a essência das RAS – se os objetivos dessas redes estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos.

Os espaços-chave de financiamento das RAS são dois: o financiamento das redes e dos seus componentes (LaFORGIA, 2007). O financiamento das redes envolve: o custeio, a focalização em mecanismos de pagamento para a rede cobrir as necessidades e demandas de saúde da sua população; o investimento, a focalização na compatibilização da capacidade física com as necessidades e as demandas da população; e a racionalização da estrutura operacional segundo a capacidade fiscal e financeira, mediante planejamento estratégico de investimentos para toda a rede. O financiamento dos componentes das RAS engloba o custeio, o alinhamento dos

incentivos econômicos de modo a favorecer uma responsabilização compartilhada entre todos esses componentes; e o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, feitos segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo e buscando a qualidade.

Há várias modalidades de sistemas de pagamento aos prestadores, mas os sistemas de que são coerentes com as RAS são aqueles que geram valor para as pessoas; assim, deve haver um trânsito dos sistemas de pagamento por unidade de serviços (*fee-for-service*), inseridos na lógica perversa das tabelas SUS, para os sistemas geradores de valor para as pessoas usuárias (*fee-for-value*).

A articulação das RAS implica que o sistema de governança deverá assumir a responsabilidade de fazer com que essas redes trabalhem em seu conjunto de maneira articulada e coordenada entre seus diferentes níveis e levando em consideração os atores que a compõem. Para isso, há que se definirem os elementos-chave que devem orientar os acordos entre todos os atores das RAS e os sistemas de interação necessários para alcançar, de forma eficiente, os objetivos operacionais com base em negociações e consensos (FRANCESE et al., 2012).

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 rede (LAMB, 1997). Essa coordenação, 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. Dentre eles, destacam-se modelos de coordenação assistencial como os propostos por Mintzberg (2003) e Vargas et al. (2011) que são detalhados no Capítulo 5.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H. **Os despossuídos**: crescimento e pobreza no país do milagre. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ABRÚCIO, F. L. **Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental**: o caso brasileiro em perspectiva comparada. São Paulo: Relatório final de pesquisa para o NPP, 2002.

AGUILAR, L. F. **Gobernanza**: normalización conceptual y nuevas cuestiones. Barcelona: ESADE/Cátedra Liderazgo y Gobernanza Democrática, 2009.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 29-40, 2005.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 11, p. 44-46, 1996.

BARROS, F. P. C. A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica. **Anais do IHMT**, v. 17, 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisiht.270>.

BRETAS JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. 4. ed. Brasília: Edunb, 1992. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização da saúde**: versão preliminar para discussão interna. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 ago. 2017.

BRASIL. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 135, 26 mar. 2018.

BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; BLOOMBERG, L. Public value governance: moving beyond traditional public administration and the new public management. **Public Administration Review**, v. 74, n. 4, p. 445-456, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/puar.12238>.

CALDEIRA, J. **Implementação do *Balanced ScoreCard* no Estado português**. Lisboa: Edições Almedina, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

CONTRANDRIOPOULOS, A. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos

conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicacion Científica nº 93, 1964.

ELAZAR, D. **Exploring federalism**. Alabama: University of Alabama, 1987.

ENTHOVEN, A. Managed competition of alternative delivery systems. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 13, n. 2, p. 305-321, 1988.

FLEURY, S. M.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLORES, W.; GÓMEZ-SÁNCHEZ, I. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: análisis de actores y relaciones de poder. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 138-150, 2010. Supplement 1.

FRANCESCO, J. M. et al. **La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social**. Brasília: IPEA, 2000.

HOOD, C. C. A public management for all seasons. **Public Administration**, v. 69, p. 3-19, 1991.

HUÇULAK, M. C. A governança da Rede Mãe Paranaense. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança regional das redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2016.

HUNTER, D. J. et al. Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R. B. et al. (eds.). **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open Univ. Press, 1998.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems**. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2004.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Elsevier, 13ª Reimpressão; 2004.

KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. Introduction: a management perspective on policy networks. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks**: strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1999.

KICKERT, W. J. M.; KOPPENJAN, J. F. M. Public management and network management: an overview. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks**: strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1999.

KLIJN, E. H. Policy networks: an overview. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks**: strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1999.

KLINJ, E. H. Networks as perspective on policy and implementation. In: CROPPER, S. et al. **Handbook of interorganizational relations**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

KUTZIN, J. **Health financing policy**: a guide for decision-makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

LaFORGIA, G. **Financiamento, incentivos financeiros e sistemas de pagamento para a conformação de redes**: experiências internacionais. Brasília: Oficina sobre redes de atenção à saúde, Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2007.

LAMB, G. S. Outcomes across the care continuum. **Medical Care**, v. 35, p. 106-114, 1997. Supplement 11.

LEAT, P. et al. Organizational design. In: SHORTELL, S. M.; KALUNZY, A. (eds.). **Health care management**: organization design and behavior. New York: Delmar Publishers, 2000.

LEGA, F. Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. **Health Policy**, v. 81, n. 2-3, p. 258-279. 2007.

LOBO, T. Descentralização, uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 1, p. 14-24, 1988.

LONGEST, B. B.; YOUNG, G. Coordination and communication. In: SHORT-ELL, S. M.; KALUZNY, A. (eds.). **Health care management**: organization design and behavior. New York: Delmar Publishers, 2000.

MAINTZ, R. **Governing as governance**. Barcelona: Instituto Internacional de Governabilidad; 2000. Disponível em: <http://uned.es>.

MARTINS, C. E. **O circuito do poder**: democracia, participação, descentralização. São Paulo: Entrelinhas, 1994.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Ed Hucitec, 1995.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **A governança regional das redes de atenção à saúde**. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2016.

MENICUCCI, T. et al. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**: relatório final. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.

MILAGRES, R.; SILVA, S. A. G.; REZENDE, O. Governança colaborativa. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança regional das redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2016.

MILLS, A. et al. **Health system decentralization: concepts, issues and country experience**. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MORGAN, G. **Images of organizations**. London: Sage Publications, 1986.

NYSTUEN JD, DACEY MF. **A graph theory interpretation of nodal regions**. Papers and proceedings of the regional science association. 1961; 7: 29-42.

NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Sistema Microrregional de Serviços de Saúde do Alto Rio Grande**. Belo Horizonte: ESMIG, 1998.

OLIVEIRA, A. M. F. **Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas**. Campinas. 1995. Tese – Instituto de Economia da Universidade de Campinas, Campinas, 1995.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasília: MH Comunicações, 1994.

PEREIRA, L. C. B. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: PEREIRA, L. C. B; SPINK, P. (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PRATS, J. C. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. **Revista Instituciones y Desarrollo**, v. 10, p. 103-148, 2001.

RONDINELLI, D. et al. **Decentralization in developing countries**: a review of recent experience. Washington: World Bank, World Bank Staff Working Paper nº 581, 1983.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform**: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: o modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SCHARPF, F. W. Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives. In: HANF, K. I.; SCHARPF, F. W. **Interorganizational policy making**: limits to coordination and central control. London: Sage Publications, 1978.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Mapa Estratégico**. Belo Horizonte: SESMG, 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. **Sistema microrregional de serviços de saúde**. Fortaleza: CESA, 2000.

SOUSA, S. F. **A rede de urgência e emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais**: um estudo de caso. 2012. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SPAGNOLO, E. T. **Proyecto de reforma del sector salud en Bahia, fortalecimiento gerencial de los hospitales**: sugerencias y recomendaciones. Salvador: Banco Mundial, 1998.

TORFING, J. et al. **Interactive governance: advancing the paradigm**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados**: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2001.

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/Consortio de Salud y Atención Social, 2011.

WILLIAMSON, O. E. **The economic institutions of capitalism**. New York: Free Press, 1985.

WORLD BANK. **Governance and development**. Washington: World Bank, 1992.

CAPÍTULO 7 – O DESAFIO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

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

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007).

Tradicionalmente, trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia.

É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e que exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde.

Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica (VON KORFF et al., 1997; WAGNER, 1998). As condições de saúde são de dois tipos: as condições agudas e as condições crônicas.

O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na atenção: se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua. Isso é diferente da clássica tipologia de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis que se sustentam, principalmente, na etiopatogenia das doenças, ou

seja, se são transmissíveis ou não. Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez e os acompanhamentos dos ciclos de vida.

A tipologia de condições de saúde está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no seu conceito: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos em um plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

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

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, são consideradas condições crônicas, ainda que sejam doenças transmissíveis.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes. As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite: ela começa rapidamente com queixas de náusea e dor no abdômen; o diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice; segue-se um período de convalescença e, depois, em geral, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida.

As condições crônicas são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas, nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada

sintoma pode levar a outros, em um ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular, que leva a dor, que leva a estresse e ansiedade, que leva a problemas emocionais, que leva a depressão que leva a fadiga, que realimenta a condição crônica (LORIG et al., 2012).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas e outras), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes e outras); doenças metabólicas; doenças bucais de longa duração; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se possam inscrever nos padrões biomédicos das classificações internacionais de doenças.

Se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos de sua história, eventos agudos, também percebidos objetiva ou subjetivamente, muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS. Por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas, e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, também, podem se manifestar, em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

O Quadro 9 procura sintetizar as características que diferenciam as condições agudas e crônicas e a forma como são respondidas pelos sistemas de atenção à saúde.

Quadro 9: As diferenças entre as condições agudas e crônicas

Condição aguda	Condição crônica
Duração curta	Duração longa
Manifestação abrupta	Manifestação gradual
Diagnóstico e prognóstico usualmente precisos	Diagnóstico e prognóstico usualmente incertos
Intervenção usualmente efetiva	Intervenção com algum grau de incerteza
Resultado: a cura	Resultado: o cuidado
Intervenções centradas no cuidado profissional	Intervenções centradas no autocuidado apoiado
Cuidado centrado no médico	Cuidado centrado em uma equipe multiprofissional interdisciplinar
Conhecimento e ações clínicas concentradas nos profissionais	Conhecimento e ações clínicas compartilhadas pelas pessoas usuárias e equipes de saúde

Fontes: Von Korff (1997); Organização Mundial da Saúde (2003); Lorig et al. (2012).

2. 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 dessas redes 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 modelos de atenção às condições crônicas.

3. OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os eventos agudos são manifestações mais ou menos exuberantes, de ordem objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, em certas circunstâncias, podem se manifestar sob a forma de eventos agudos nas agudizações das condições crônicas; e algumas condições gerais e inespecíficas podem se manifestar agudamente.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas às manifestações de condições agudas ou de agudizações de condições crônicas.

Os objetivos de um modelo de atenção aos eventos agudos é prevenir a ocorrência de eventos agudos e identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, bem como definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências (MARQUES et al., 2010).

Os modelos de atenção aos eventos agudos devem ser organizados por níveis de atenção, conforme representado na Figura 15.

Figura 15: O modelo de atenção aos eventos agudos



Fonte: elaboração do autor.

No nível 1, dão-se ações de promoção da saúde estruturadas intersetorialmente e que, segundo o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), destinam-se aos fatores de risco intermediários. Como exemplo, pode-se indicar a política de visão zero sobre acidentes de trânsito na Suécia (WILES, 2007; SWEDISH TRANSPORT ADMINISTRATION, 2017).

No nível 2, incorporam-se 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. Inscrevem-se, nesse nível, por exemplo, ações sobre uso excessivo de álcool e outras drogas por motoristas que devem ser aplicadas nos âmbitos macro, meso e micro. Além disso, ações sobre outros determinantes proximais apresentam impactos fortes na redução dos infartos agudos por meio do incremento das atividades físicas e da diminuição do tabagismo (SILVA et al., 1998; AVEZUM et al., 2005).

Nos níveis 3 e 4, dão-se ações do campo da clínica por meio da aplicação das tecnologias de gestão das condições de saúde. Na gestão das condições de saúde, inicia-se com a classificação de risco; e, depois, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico e o manejo seguindo uma estratificação de riscos.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos, na perspectiva das RAS, implica a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem se estrutura em diretrizes clínicas codificadas em um sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas apresentam em comum uma triagem de risco. Dentre eles, destacam-se: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa (MARQUES et al., 2010). No Brasil, tem sido usado, crescentemente, o Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACWAY-JONES et al., 2010).

A classificação de riscos é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

Classificado o risco, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico do evento agudo e procede-se o tratamento adequado.

4. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os modelos de atenção aos eventos agudos podem operar com efetividade quando aplicados aos eventos agudos (condições agudas e agudizações das condições crônicas).

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas.

Por essa razão, a superação dessa crise implica a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas.

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos, em que a variável-chave não é o tempo resposta em função dos riscos.

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde está relacionada com as condições crônicas. A razão é que, conforme assinala Ham (2007), a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido de privilegiar a atenção aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde tem saídas claras, ainda que complexas e difíceis. A solução está em aplicar modelos de atenção às condições crônicas que tenham evidências de que são efetivos, eficientes e proveem serviços de qualidade.

Há, na literatura internacional, proposições de diferentes modelos de atenção crônica, sendo justo reconhecer que há um modelo seminal, o *Chronic Care Model* (CCM) ou Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998).

A partir da proposta original do CCM, vários modelos de atenção às condições crônicas têm sido desenvolvidos, aplicados e avaliados em diferentes países e situações. Dentre eles, merecem ser mencionados: o Modelo da Continuidade da Atenção utilizado na Austrália (WALKER; HASLETT, 2001); o Modelo dos Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003); o Modelo PACE (NADASH, 2004); o Modelo de Atenção à Saúde e de Assistência Social utilizado no Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a); o Modelo do Curso da Vida utilizado na Nova Zelândia (MINISTRY OF HEALTH, 2005); o CCM Expandido utilizado no Canadá (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008). Nos Estados Unidos, têm sido usados alguns modelos, como o Modelo da Saúde Pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003); o Modelo dos Veteranos de Guerra (MICHAELS; McCABE, 2005); o Modelo Pfizer (SINGH; HAM, 2006), o Modelo Evercare (UNITED HEALTHCARE, 2007); e o Modelo da Pirâmide de Riscos (PORTER; KELLOGG, 2008).

Por sua importância, vão ser detalhados dois modelos, o CCM e o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR). Esses dois modelos, juntamente com o Modelo de Determinação Social da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991), constituíram a base para uma proposição de MACC para o SUS que seja coerente com um sistema público universal.

5. O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

O CCM foi desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas.

O modelo inicial foi aperfeiçoado em um projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Subsequentemente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

O CCM foi proposto como resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos (WAGNER, 2002).

Desafio 1: A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.

Solução 1: A implantação do novo CCM deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.

Desafio 2: Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face a face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção aos eventos agudos.

Solução 2: A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua interdisciplinarmente com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; e um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve estar presente, seja presencial, seja a distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.

Desafio 3: A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.

Solução 3: É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar suporte às decisões; há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comporta-

mentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e feedbacks, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais líderes.

Desafio 4: A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.

Solução 4: É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê feedback de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos.

Desafio 5: As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem.

Solução 5: As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial de um MACC. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecê-las para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.

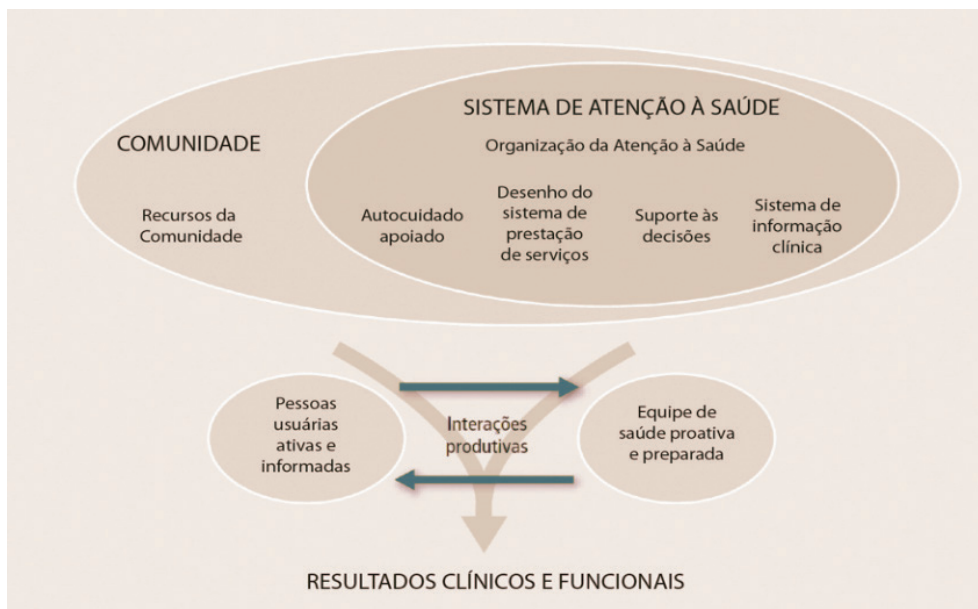
Desafio 6: Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.

Solução 6: Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.

Apesar da ampla difusão do CCM, é bom estar atento à advertência de um de seus principais criadores: *“o modelo de atenção crônica não é uma panaceia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo”* (WAGNER, 1998). É por essa razão que o modelo funciona, já que constitui uma solução complexa e sistêmica para um problema difícil como o da atenção às condições crônicas.

O CCM foi originariamente representado como se vê na Figura 16.

Figura 16: O Modelo de Atenção Crônica



Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo American College of Physicians. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

Fonte: Wagner (1998).

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Para obter bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem-se promover mudanças nos sistemas de atenção à saúde que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, mudanças são necessárias em dois campos: o sistema de atenção à saúde e nas relações desses sistemas com 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 em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

A descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do modelo.

As mudanças na organização da atenção à saúde objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de: melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes seniores; introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas; fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a

atenção à saúde; provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde; e desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e por meio das organizações.

As mudanças no elemento desenho do sistema de prestação de serviços de saúde visam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente. Isso se faz por meio de: clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde; introdução de novas formas de encontros clínicos que vão além da atenção presencial face a face, como atenção compartilhada a grupo (ACG), AC, atenção por pares e atenção a distância; busca do equilíbrio entre atenção à demanda não programada e atenção programada; uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência; provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas; monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde; e provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

As mudanças no suporte às decisões objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de: uso de diretrizes clínicas baseadas em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde; compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde; uso de ferramentas de educação permanente e de educação em saúde de comprovada efetividade; e integração da APS com a atenção especializada.

As mudanças no sistema de informação clínica destinam-se a organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de: utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados; provisão de alertas, de lembretes e de *feedbacks* oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada; elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária; compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde; e monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

As mudanças no autocuidado apoiado objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de: ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde; uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento; e organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente.

O estudo avaliativo clássico do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia, e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o CCM e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas (RAND HEALTH, 2008). Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde. Mais de uma dezena e meia de artigos foram publicados sobre essa avaliação, mas os principais resultados foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos 6 elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações.

Vários outros trabalhos de avaliação do CCM estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo, parte deles publicados por autores que participaram ativamente de sua concepção (BODENHEIMER et al., 2002; GLASGOW et al., 2005). Há vários estudos avaliativos do CCM utilizando ensaios clínicos randomizados (BATTERSBY et al., 2005; BAUER et al., 2006; PIATT et al., 2006). Outros estudos avaliativos constataram a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas (HARWELL et al., 2002; SCOTT et al., 2002; CHIN et al., 2004; DANIEL et al., 2004; LANDON et al., 2004; WANG et al., 2004; BRAY et al., 2005; SIMINERIO et al., 2005; LANDIS et al., 2006; NUTTING et al., 2007). Outros trabalhos analisaram condições crônicas particulares e outras avaliações trataram de aspectos organizacionais relativos à atenção às condições crônicas (SCHMITTDIEL et al., 2006; COLEMAN et al., 2009; STUCKEY et al., 2011; MOULLEC et al., 2012; WOLTMANN et al., 2012; PARISCHA et al., 2013; STOCK et al., 2014; BAPTISTA et al., 2016; BROUGHTON et al., 2016; MIPATRINI et al., 2017). Há outros estudos que se fixaram na avaliação econômica da atenção crônica, especialmente estudos de custo e de custo efetividade (GILMER; O'CONNOR, 2003; GOETZEL et al., 2005; GILMER et al., 2006; DESMEDT et al., 2016; MARCELLI et al., 2017). O CCM melhorou a satisfação das pessoas usuárias com o cuidado (VANDERBILT MEDICAL CENTER, 2002) e a qualidade de vida das pessoas (ARYANI et al., 2016). O CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos porque eles se potenciam uns aos outros (HAM, 2007).

O processo de implantação do CCM deve ser continuamente monitorado e avaliado; para isso, Bonomi et al. (2002) desenvolveram um instrumento denominado

de *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) para ser aplicado na perspectiva das equipes de saúde. O ACIC foi construído com base em evidências e é composto pelos seis elementos do CCM, mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes.

Alguns estudos mostraram evidências que sustentaram esse instrumento na avaliação do CCM (SI et al., 2005; SOLBERG et al., 2006).

O ACIC foi validado para aplicação em vários países. No Brasil, passou por um processo rigoroso de validação transcultural realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, em que foi denominado de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (MOYSÉS et al., 2013b). Ele tem sido aplicado em nosso país, como na avaliação da atenção às condições crônicas na APS do município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (ANDRADE et al., 2016), e na APS do município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul (COSTA et al., 2016).

Outro instrumento de avaliação do CCM foi o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), desenvolvido para captar a percepção das pessoas usuárias sobre os cuidados recebidos (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Esse instrumento foi validado para vários países e línguas, mostrando-se virtuoso para avaliar a atenção às condições crônicas (GLASGOW et al., 2005; KOVACS et al., 2006; ARAGONES et al., 2008; WENSING et al., 2008). Esse instrumento foi validado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, e foi denominado de Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (MOYSÉS et al., 2013b).

6. O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

O MPR é conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente porque foi desenvolvido e aplicado por essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o implantou em sua rotina assistencial.

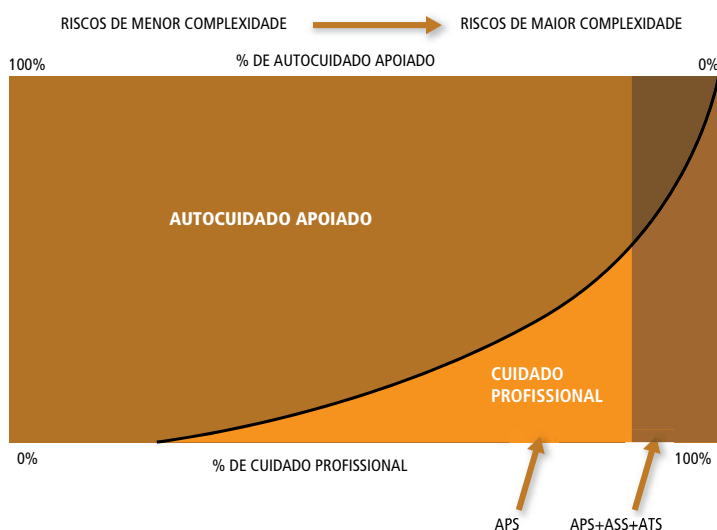
O MPR tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido. A aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, em um experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde (HAM, 2006).

O MPR está em consonância com os achados de Leutz (1999). Para esse autor, as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A

aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos: o primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio; o segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada; já o terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, representada na Figura 17.

Figura 17: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



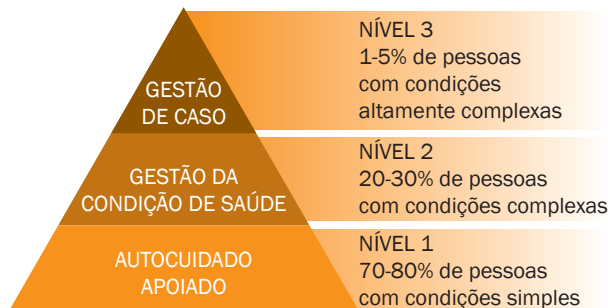
APS: Atenção primária à saúde
 ASS: Atenção secundária à saúde
 ATS: Atenção terciária à saúde
 Fonte: Mendes (2012).

Conforme se verifica na Figura 17, o cuidado das condições crônicas estabelece-se em um espectro que varia de 100% de autocuidado apoiado (por exemplo, escovação regular dos dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento de neurocirurgia). Entre esses dois extremos, tende a haver um *mix* de autocuidado apoiado e de cuidado profissional. Esse *mix* varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas simples terão uma proporção de autocuidado apoiado maior em relação ao cuidado profissional que as pessoas portadoras de condições crônicas muito ou altamente complexas.

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. No que lhe diz respeito, 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 18.

Figura 18: O Modelo da Pirâmide de Riscos



Fonte: Department of Health (2005a).

A Figura 18 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.

O MPR evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais (FIREMAN et al., 2005). O foco foi, inicialmente, na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas (nível 3), à semelhança de outros modelos, como o modelo Evercare e o modelo Pfizer, mas evoluiu para incorporar a população inteira de portadores de uma determinada condição crônica e atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

O MPR apresenta algumas características: a integração do sistema de atenção à saúde; a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica; os esforços em ações promocionais e preventivas; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias; o fortalecimento da APS; a completa integração entre a APS e a atenção especializada; e a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso, conforme se detalha no Capítulo 14.

As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias são consideradas autoprestadoras de cuidados; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; as pessoas usuárias são consideradas membros da equipe de APS; a APS é fundamental, mas seus limites com a atenção secundária devem ser superados; uso intensivo de cuidado por internet (e-cuidado); e o uso não programado dos cuidados especializados e das internações hospitalares é considerado uma falha sistêmica, portanto, um evento-sentinel.

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados (SINGH, 2005a).

O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 18.

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 tenham 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 esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa 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 requerem 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 cuidado profissional. 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.

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da APS que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas ofereçam, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem a portadores de condições de baixa complexidade, comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Além disso, não raro, essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente e sem evidências de que a atenção especializada lhes agregue valor.

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais (PARKER, 2006; PORTER, 2007).

Os resultados da aplicação do MPR podem ser intuídos indiretamente quando se comparam dados da KP que utiliza esse modelo com a média nacional dos Estados Unidos de planos de saúde. A população fumante da KP, em termos proporcionais, é a metade da população americana. As internações hospitalares são quase a metade na clientela da KP em relação à média americana. A KP tem índices de cobertura muito favoráveis, em geral superiores à média americana, em rastreamento do câncer de mama, rastreamento de clamídia, rastreamento de câncer colorretal; rastreamento de câncer de colo de útero; imunização de crianças; controle da pressão arterial; controle glicêmico e controle de colesterol. Apresenta, ainda, resultados muito favoráveis em termos de redução de mortalidade por doenças cardíacas e por HIV/Aids (PORTER, 2007, KELLOGG, 2007, PORTER e KELLOGG, 2008). A KP apresenta resultados favoráveis quando comparada com o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (FEACHAM et al., 2002; HAM et al., 2003) e com o sistema de atenção à saúde da Dinamarca (FROLICH et al., 2008).

7. AS RAZÕES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

Não há dúvida de que o CCM e o MPR têm sido utilizados com sucesso em vários países. Por que, então, não os aplicar em sua forma pura no SUS? Porque há razões para o desenvolvimento de um MACC para o nosso sistema público de atenção à saúde.

Esses dois modelos foram concebidos no ambiente dos Estados Unidos fortemente marcado pelos valores que caracterizam a sociedade americana, entre eles, o autointeresse e a competitividade e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais como o SUS.

Um MACC para o SUS deve ter como bases os elementos do CCM, mas deve considerar sua expansão incorporando elementos da determinação social da saúde para se adaptar às exigências de um sistema de saúde público e universal.

O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implica a incorporação de elementos do MPR.

Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso convoca a incorporação de modelo da determinação social da saúde na construção de sua resposta social aos desafios das condições crônicas.

Assim, à semelhança do modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a) e do CCM de British Columbia, Canadá (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008), um MACC para o SUS deve se expandir para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde.

8. O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE DAHLGREN E WHITEHEAD

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

A determinação social da saúde está alicerçada em um fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou

remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas (MARMOR, 2006).

Há, na literatura, diferentes propostas de modelos de determinação social da saúde: Modelo de Evans e Stoddart; Modelo de Brunner e Marmot; Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead; Modelo de Starfield; Modelo de Graham; e Modelo de Solar e Irwin (VIACAVA et al., 2011).

Apesar da existência desses modelos que buscam explicar com mais detalhes as relações e as mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde, como se vê na Figura 19.

Figura 19: O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal em que se situam os macrodeterminantes.

O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Como se pode ver na Figura 19, os indivíduos estão no centro do modelo, a camada 1 dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 2, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 3 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas (SAPAG; KAWASHI, 2007).

Na camada 4, estão representados os determinantes intermediários que são os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, com a disponibilidade de alimentos e com o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais.

Finalmente, na camada 5, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados com as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde.

A análise do Modelo da Determinação Social da Saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

Os fatores macro da camada 5, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas políticas e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças.

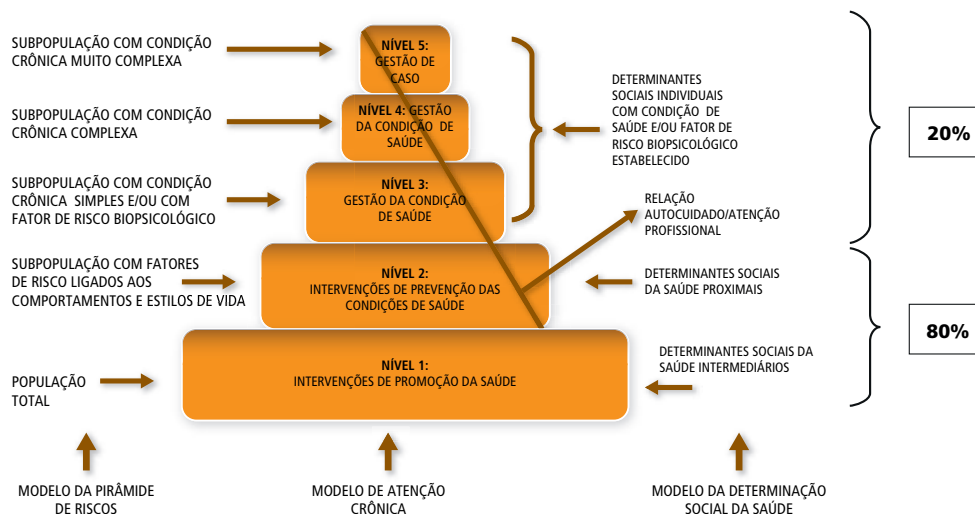
Os determinantes sociais da camada 2, os determinantes proximais, tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido e outros).

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral, considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

9. UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

Da combinação do CCM, do MPR e do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead resulta o MACC proposto para utilização no SUS (MENDES, 2011). Esse modelo é representado, graficamente, na Figura 20.

Figura 20: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2011).

O MACC compõe-se de 5 níveis que expressam espaços de determinação social e de respostas sociais diferenciadas.

Os dois primeiros níveis articulam-se para enfrentamento dos determinantes intermediários e proximais e não se ligam, necessariamente, a condições de saúde específicas. Os três últimos voltam-se para os determinantes sociais individuais, pressupondo a presença de um fator de risco biopsicológico e/ou de uma condição crônica estabelecidos.

Não é tarefa fácil medir a contribuição relativa dos múltiplos determinantes da saúde sobre os resultados sanitários. Contudo, há alguns trabalhos que tentam medir esses impactos, e eles coincidem que os fatores mais importantes são os determinantes distais, intermediários e proximais, seguidos pelos determinantes individuais expressos nos fatores genéticos e fisiológicos e nos sistemas de atenção à saúde (BUCK et al., 2018).

O DHHS Public Health Service (1980) verificou os seguintes impactos relativos sobre a mortalidade nos Estados Unidos: fatores comportamentais, 50%; ambiente, 20%; genética, 20%; e sistema de atenção à saúde, 10%.

McGinnis et al. (2002) constataram os seguintes impactos relativos sobre as mortes prematuras: fatores comportamentais, 40%; fatores sociais, 15%; ambiente, 5%; genética, 30%; e sistema de atenção à saúde, 10%.

Brooske et al. (2010) encontraram os seguintes impactos relativos nos resultados sanitários: fatores socioeconômicos, 40%; fatores comportamentais, 30%; sistema de atenção à saúde, 20%; e ambiente, 10%.

O Canadian Institute for Advanced Research, em pesquisa realizada no Canadá, em 2012, chegou aos seguintes impactos relativos nos resultados sanitários: fatores socioeconômicos, 50%; genética, 15%; ambiente, 10%; e sistema de atenção à saúde, 25% (BUCK et al., 2018).

Com base nesses estudos, no lado direito da Figura 20, apresenta-se uma estimativa de um percentual de 80% de impacto das intervenções dos níveis 1 e 2 (promoção da saúde e prevenção das condições de saúde) sobre os resultados sanitários e de um percentual 20% das intervenções dos níveis 3, 4 e 5 (intervenções clínicas sobre os indivíduos).

Esses estudos questionam se os investimentos que afetam, direta ou indiretamente, um pequeno número de fatores de risco modificáveis, apresentam um grande impacto na redução da carga de doenças (McGOVERN et al., 2014). Em função disso, parece irracional que as intervenções na saúde se façam, de forma muito concentrada, sobre indivíduos e no campo da clínica. É preciso, como afirma Soto (2013), alargar o campo dessas intervenções para envolver, de forma significativa, as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde, nos marcos da saúde da população como se mostrou no Capítulo 5.

Como exemplo, McGovern et al. (2014) citam as intervenções de saúde relativas à primeira infância que afetam a saúde em todo o curso da vida, inclusive na prevenção aos comportamentos de risco.

As ações dos níveis de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde apresentam, ademais, altos impactos econômicos.

Os potenciais impactos financeiros na redução dos fatores de risco na população brasileira em relação às doenças crônicas foram estabelecidos por um estudo que se realizou com algumas premissas: o tratamento das doenças crônicas representa 60% dos gastos do sistema de atenção à saúde; a eliminação dos principais fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e câncer; o impacto da eliminação dos fatores de risco em linha com literatura internacional; e 80% dos casos de doenças cardíacas, derrame e diabetes tipo 2 evitados e 40% de todos os tipos de câncer evitados. O resultado estimou uma queda no custo anual de R\$ 287 bilhões para R\$ 189 bilhões (queda de 34%), ou seja, R\$ 100 bilhões por ano, o que corresponderia a 2% do PIB brasileiro de 2015 (COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017). Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e da Universidade de Harvard estimou que a adoção de medidas de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde evitariam 114 mil novos casos de cânceres (27% dos registros anuais totais) e 63 mil mortes por estas doenças (FÉLIX, 2019). Outra pesquisa concluiu que 12%

dos cânceres de mama e 19% dos cânceres de intestino poderiam ser evitados no Brasil por meio de atividades físicas (REZENDE et al., 2018).

Em um momento de crise, em que se discute a sustentabilidade econômica tanto do SUS quanto do sistema de saúde suplementar, esses dados deveriam ser refletidos pelos gestores públicos e privados porque demonstram que a mudança expressa pela implantação de modelos de atenção às condições crônicas é um ponto fundamental a ser considerado e é fundamental valorizar as ações promocionais e preventivas dos primeiros níveis.

O MACC, expresso na Figura 20, 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 de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, em se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. 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 MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais, sejam nacional, estaduais, municipais e locais.

O lado esquerdo da Figura 20 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na APS 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 biopsicológicos 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 20 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, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e outros.

Nesse nível, 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 ações de atenção à 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, etnia ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico individual 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 baseada na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido 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, 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 diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual, de risco intermediário e de alto risco).

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 20 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 podem ser atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, 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 é nesse nível que se necessita de uma atenção cooperativa 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 diretrizes clínicas 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 saúde (BERK; 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. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

Na Figura 20, a linha transversal que a corta, desde as intervenções de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, o cuidado profissional; e o que estiver abaixo dessa linha representa, principalmente, o autocuidado apoiado. É dessa forma que o MACC incorpora as evidências provenientes do MPR. Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, no nível 5, há uma forte concentração do cuidado profissional, coordenado por um gestor de caso. Todavia, em todos os níveis, há uma composição variável de autocuidado apoiado e o cuidado profissional.

Pode-se, então, verificar que, à medida que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai-se modificando a relação entre autocuidado apoiado e cuidado profissional. Conseqüentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, de 1% a 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de cuidado profissional.

10. O MACC E AS ABORDAGENS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O MACC convoca novas abordagens tecnológicas que sejam efetivas nos processos de mudança de comportamentos, o que é fundamental para o sucesso das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais.

Os comportamentos em saúde ocorrem em amplos contextos sociais. Como se verificou em um estudo nos Estados Unidos, esses comportamentos devem ser abordados em múltiplas dimensões e em vários pontos de intervenções (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2013). O caso brasileiro de enfrentamento do uso do tabaco é um exemplo bem-sucedido de ações concomitantes nos níveis macro, meso e microssociais.

Os governos têm um papel crucial a desempenhar na prevenção das condições de saúde, em especial na proteção aos grupos vulneráveis. Muitos creem que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou de estilos de vida inadequados, tornam-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, como adverte a OMS, a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde, não cabendo a vitimização dos portadores de condições crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No plano macrossocial, instituem-se intervenções como a elaboração de legislação específica para os fatores de risco, o aumento de impostos dos bens produtores das condições de saúde como, por exemplo, álcool e tabaco. Nesse plano, os governos têm atuado de forma insuficiente, e as razões são várias (NOVOTNY, 2008): como os fatores de risco proximais decorrem de estilos de vida, pensa-se que não cabe aos governos atuar fortemente nesse campo, deixando a critério de cada pessoa mudar seu comportamento; há grande dificuldade de desenvolver ações intersectoriais efetivas; enfrenta-se forte reação de grupos de interesses poderosos como as indústrias da bebida, do tabaco, da alimentação e do entretenimento e das empresas de publicidade; e é difícil avaliar, de forma rotineira e por longo prazo, os resultados dos programas de prevenção. Disso decorre o pequeno investimento em programas de promoção e prevenção. Os governos da Europa gastam menos de 1% de seus orçamentos em saúde com medidas de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde (EUROPEAN COMMISSION, 2000).

No plano mesossocial, as intervenções preventivas devem se fazer em comunidades, nos ambientes de trabalho e nos ambientes escolares. Por exemplo, as intervenções preventivas realizadas nos ambientes de trabalho, além de produzir resultados sanitários, têm um efeito econômico muito positivo: redução de 27% no absenteísmo por doença, redução de 26% nos custos com atenção à saúde e um retorno econômico de US\$ 5,81 por cada dólar investido (WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ECONOMIC FÓRUM, 2008).

Há um reconhecimento de que a prevenção dos riscos é geralmente mais efetiva quando voltada para populações do que para indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). no entanto, essas intervenções baseadas na população devem ser complementadas por ações preventivas, desenvolvidas no plano de pequenos grupos e individual, no espaço microssocial.

No nível microssocial, o espaço privilegiado de atuação para a prevenção das condições de saúde é o das unidades de saúde, especialmente as unidades da APS pela simples razão de que é, ali, que a população é conhecida, vinculada e acompanhada longitudinalmente em uma RAS.

Assim, a solução virtuosa para as mudanças de comportamento em saúde ocorre quando as intervenções se distribuem equilibradamente nesses três níveis.

Essa é a razão do sucesso da política brasileira de enfrentamento do tabaco. O controle do tabagismo em nosso país implica a utilização de várias estratégias, como a vigilância em saúde, a instituição de ambientes livres de tabaco, a ajuda às pessoas fumantes para deixar o tabagismo, as campanhas publicitárias para criar uma consciência dos efeitos perversos do fumo, a imposição de restrições à propaganda do fumo e o aumento dos impostos sobre o cigarro. Essas estratégias podem se desenvolver nos âmbitos macro, meso e microssociais e potencializam-se umas às outras.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, proposto pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer, sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; e um terceiro grupo em que se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. Com esses objetivos, o programa foi delineado visando sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que: reduza a aceitação social do tabagismo; reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar; proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental; reduza o acesso aos derivados do tabaco; aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar; controle e monitore todos os aspectos relacionados com os produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

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

e de estilo de vida é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada.

Mudar o comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais de saúde, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis. Várias abordagens são preconizadas para mudar comportamentos de pessoas e grupos. Dentre as mais dirigidas a indivíduos, destacam-se a teoria da escolha racional, a teoria da ação racional, a teoria do comportamento planejado, o modelo de autorregulação, a teoria cognitiva social ou da aprendizagem social, a teoria da autodeterminação, a entrevista motivacional, o modelo transteórico de mudança e os grupos operativos. No campo dos modelos sociais, encontram-se a teoria da difusão da inovação, a teoria da influência social, a teoria das redes sociais, a teoria do gênero e poder, o modelo de potenciação; e o modelo ecológico e social (MENDES, 2012).

Dentre todas as abordagens, destacam-se o modelo transteórico de mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983), a entrevista motivacional (ROLLNICK et al., 2009), os grupos operativos (PICHON-RIVIERE, 2009) e as técnicas de solução de problemas (NEW HEALTH PARTNERSHIPS, 2008) que são fundamentais para a mudança de comportamentos e de estilos de vida.

Essas abordagens devem ser incorporadas na rotina da atenção às condições crônicas.

11. O MACC E UMA NOVA CLÍNICA

A implantação do MACC convoca mudanças profundas na clínica praticada no manejo convencional das condições crônicas, especialmente na APS.

A APS exercita, nas RAS, três papéis principais: organizar e manter a base populacional, solucionar a grande maioria dos problemas de saúde e coordenar os fluxos de pessoas, informações e produtos nessas redes.

Entretanto, os modelos convencionais de APS não dão conta de cumprir esses três papéis e falham no manejo das condições crônicas. Por isso, pode-se dizer que há uma crise na APS, fruto, em grande parte, da clínica que se pratica.

Há uma crise instalada 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 com foco na atuação 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 sob controle (SAYDAH et al., 2004; AFONSO et al., 2006; ROUMIE et al., 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER; LAING, 2007), uma vez que estudos demonstraram que, nesse país, 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; STAFFORD et al., 1999; MECHANIC et al., 2001).

Como consequência, 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 (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2002). Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos (BEISECKER; BEISECHER, 1990; KAPLAN et al., 1996); que as consultas necessitam de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN et al., 1995); e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde (DEVEUGELE et al. 2004).

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas, 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 (YARNAL et al., 2003) e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel (OSTBYE et al., 2005). Somente para elaborar um bom plano de cuidado, um médico gastaria, em média, 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Além disso, há o que os criadores do CCM denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos se sobrepõe 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 que não têm tempo suficiente para atender bem às pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minuto em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades (WAITZKIN, 1984); três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que implica não adesão (O'BRIEN et al., 1992; MORRIS et al., 1997); e a atenção médica em consulta curta

determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias (DUGDALE, 1999).

Além disso, outros estudos refletem o que tem sido denominado da regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Em um estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse (ROTER e HALL, 1989); em um 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).

No Reino Unido e, principalmente, na Inglaterra, há, também, elementos que permitem antecipar uma crise na APS. Nesse sentido, dois documentos de posição recentes analisam em profundidade os problemas dos cuidados primários prestados no Serviço Nacional de Saúde inglês (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015; HOUSE OF COMMONS, 2016).

Os índices de satisfação da população inglesa com os serviços de saúde são altos, mas caíram de 77% em 2010 para 71% em 2014 (APPLEBY et al., 2016).

Um dos problemas pode estar no acesso à APS. Na perspectiva das pessoas usuárias, um terço delas não conseguiram acesso ao médico em 48 horas, e metade manifestou que o acesso ao médico era muito difícil ou poderia ter sido mais fácil (THE PATIENTS ASSOCIATION, 2013). Contudo, um estudo do Serviço Nacional de Saúde mostrou um quadro mais otimista que o da Associação de Pacientes, mas identificou alguns pontos negativos, como a variabilidade entre diferentes clínicas, o acesso de pessoas idosas, o acesso de pessoas asiáticas ou negras e o acesso nos fins de semana (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2016).

Na Irlanda, em 15 anos, o percentual de população que recebe 5 ou mais medicamentos cresceu de 10% a quase 25% entre 1995 e 2010 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). No Reino Unido, a concentração do cuidado nos médicos, com frágil apoio de uma equipe multiprofissional interdisciplinar e o tempo curto disponível para os atendimentos, tem impactado desfavoravelmente o atributo da longitudinalidade; em consequência, o percentual de pessoas usuárias que foram capazes de ser atendidas por seus médicos generalistas decresceu de 70% em 2010/2011 para 60% em 2014/2015 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). O tempo curto de atendimento, o modelo de atendimento reativo e episódico centrado no médico e o fato de que dois terços dos atendimentos são em pessoas portadoras de doenças crônicas têm diminuído a satisfação da população da Inglaterra com seus médicos generalistas entre 1% a 2% a cada ano (NHS ENGLAND, 2015).

A carga de trabalho dos médicos generalistas está aumentando muito em função do crescimento e da complexificação da demanda. Pessoas com comorbidades e idosas pressionam o sistema, o que leva a que uma pessoa com comorbidades, anualmente, tenha em média 10 a 12 consultas com médicos da APS, veja 6 médicos especialistas, tome 11 a 12 medicamentos e apresente 3 episódios de urgência (HOUSE OF COMMONS, 2016).

Os médicos generalistas reportam altos níveis de estresse e baixa satisfação com a prática médica comparada com outros países: 67% de satisfação nos médicos do Reino Unido em relação a 79% dos médicos de APS de outros dez países (MARTIN et al., 2016).

Esses problemas apresentados sumariamente na APS do Reino Unido são, em parte, resultados de problemas de financiamento. Contudo, em sua maior parte derivam do modelo de atenção à saúde praticado que, à semelhança da APS dos Estados Unidos, é centrado na consulta médica de curta duração que, no Reino Unido, varia de 8 a 10 minutos em média. Esse tempo não é adequado para uma prática segura e centrada na pessoa, o que vem diminuindo o número de problemas vistos pelos médicos em uma consulta. Além disso, os médicos tendem a trabalhar de forma reativa ao invés de proativa e não têm como fazer uma vigilância adequada das condições crônicas (HOUSE OF COMMONS, 2016).

Uma das sugestões feitas na Inglaterra para a melhoria dos cuidados primários tem sido a ampliação da equipe de APS, envolvendo, além do médico, outros profissionais, como enfermeiros, farmacêuticos clínicos, assistentes médicos e fisioterapeutas (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). Estima-se, no Plano de Longo Prazo do Serviço Nacional de Saúde inglês, que serão contratados 20 mil novos farmacêuticos, assistentes médicos, fisioterapeutas e paramédicos (NHS ENGLAND/ BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMISSION, 2019).

As evidências 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 importantes em relação à clínica hegemônica que foi construída, historicamente, para dar conta das condições agudas e das agudizações das 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 que se fundiram para a geração do MACC, principalmente o MPR e o CCM. Em um, incorpora-se a questão fundamental do manejo das condições crônicas por estratos de riscos; em outro, 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.

Para ter sucesso no manejo das condições crônicas, há que se estabelecerem modificações radicais na forma que se dão os encontros clínicos entre profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Essas mudanças na atenção à saúde são muito significativas e profundas e estão integradas no MACC, especialmente porque devem requalificar, no plano horizontal, as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas que são imprescindíveis para a obtenção de resultados clínicos e funcionais para a população, conforme se vê na Figura 20.

A utilização do MACC implica assumir que se devem promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. Essas mudanças são necessárias porque, como advertiu Donald Berwick, uma das maiores lideranças mundiais na qualidade em saúde: *“Não podemos praticar a clínica do século XIX no mundo do século XXI. É preciso mudar”* (LIPMANN, 2000).

Não seria demais afirmar que uma atenção adequada às condições crônicas poderia instituir uma nova clínica, principalmente na APS.

As mudanças na atenção à saúde na APS devem se dar em algumas dimensões principais: 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; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional interdisciplinar; e a introdução de novas formas de atenção profissional.

A primeira mudança na atenção à saúde, exigida pelo MACC na APS, é da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa.

Para que as relações produtivas se consolidem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, deve ser superada a atenção prescritiva e centrada na doença e implantada uma nova forma de relação que se denomina de atenção colaborativa das condições crônicas (VON KORF et al., 1997) ou de atenção centrada na pessoa (JOHSON, 2008).

Essa mudança essencial dos sistemas de atenção à saúde tem sido considerada nos países desenvolvidos. Por exemplo, uma reforma do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido estruturou-se na atenção centrada na pessoa, sob o lema: *“Nenhuma decisão sobre mim, sem a minha participação”* (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2010).

A clínica da APS é fundamentalmente uma clínica de relações, e o relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa usuária tem um valor em si e antecede ao próprio conteúdo do cuidado. Como afirma McWhinney (1996), há que se conhecer a pessoa antes de conhecer suas doenças. Deve ser ressaltado que a clínica da APS tem como um de seus atributos a longitudinalidade do cuidado que coloca uma relação de longo prazo entre profissional de saúde e pessoas usuárias. Assim, é inerente à relação clínica na APS, especialmente no cuidado das condições crônicas, um processo transferencial.

Na clínica convencional da APS, é comum a destituição das pessoas usuárias como agentes de sua saúde, o que se expressa, rotineiramente, na queixa sistemática dessas pessoas de que não são ouvidas pela equipe de saúde e de que não participam proativamente de seu tratamento (GROL et al., 2000). Nesse sentido, o uso corriqueiro da palavra paciente, para referir aquele a quem os cuidados de saúde são prescritos, caracteriza muito bem as pessoas que se apresentam, de forma passiva, à atenção à saúde. Isso porque paciente, na sua expressão dicionarizada, é aquele que perdeu sua condição de agente. Há evidências que atestam a passividade das pessoas usuárias nas suas relações com as equipes de saúde. Um estudo de mil consultas filmadas, realizadas por 124 médicos, mostrou que as pessoas usuárias participaram das decisões clínicas em, apenas, 9% do tempo (BRADOCK et al., 1999).

A clínica da APS é uma clínica da narrativa e da empatia (FINSET, 2010). A dimensão narrativa da clínica implica o profissional de saúde escutar a história da pessoa usuária, deixar fluir sua história livremente, e não, simplesmente, fazer com que responda a questões fechadas. Uma clínica de narrativas é fundamental para criar empatia, que é a capacidade de se colocar na experiência do outro (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Na prática, não há tempo, nas consultas de curta duração, para escutar a história da pessoa, explorar os detalhes da sua vida recente e os problemas que está enfrentando. Nem mesmo de conhecer as dimensões psicológicas e psicanalíticas que ajudam a explicar o seu sofrimento. Uma pesquisa constatou que os médicos interromperam as pessoas usuárias em um tempo médio de 23 segundos e que, quando interrompidas, 50% dessas pessoas terminaram sua história em menos de 60 segundos; e 80%, em menos de dois minutos (MARVEL et al., 1999).

A atenção colaborativa e centrada na pessoa reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde (HOLMAN; LORIG, 2000).

O Instituto Picker (2011) estabelece oito princípios da atenção centrada na pessoa: respeito aos valores, às preferências e às necessidades expressadas pelas pessoas; coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção.

A atenção centrada na pessoa constitui-se a partir de um conjunto de elementos que inclui o empoderamento das pessoas usuárias para serem mais proativas na atenção à saúde, o compartilhamento de responsabilidades e de poder entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias e o apoio à autonomia e à individualidade das pessoas usuárias (JOHNSON et al., 2008). Do ponto de vista prático, esses elementos manifestam-se na relação clínica em três dimensões fundamentais: o estabelecimento de uma agenda comum construída pelo profissional e pela pessoa usuária, a troca de informações e a decisão compartilhada.

Uma estratégia fundamental da atenção centrada na pessoa é o letramento sanitário, entendido como o grau de acumulação, pelas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, de capacidades para obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam fazer decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde. Isso inclui a capacidade de organizar e de compartilhar com a equipe de saúde o repertório de vivências e valores constitutivo de cada pessoa e de cada família e a capacidade de fazer decisões maduras sobre a saúde nos contextos da vida cotidiana, nos espaços do domicílio, do sistema de atenção à saúde, do local de trabalho e da arena política (COULTER et al., 2008).

A atenção centrada na pessoa coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste na construção de uma agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários (SABA et al., 2006; BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

A atenção centrada na pessoa convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde porque o trabalho com as pessoas e com as famílias pressupõe uma clínica relacional (FRANCO e MEHRY, 1999).

O Picker Institute propõe um questionário de autoavaliação que pode ser utilizado por uma equipe para verificar sua atuação em termos de atenção centrada na pessoa, em suas várias dimensões: a cultura organizacional, a comunicação com a pessoa e a família, a personalização do cuidado, a continuidade do cuidado, o acesso à informação e à educação em saúde, o envolvimento familiar, o ambiente do cuidado, a espiritualidade, as práticas integrativas e complementares, o cuidado do cuidador e a satisfação das pessoas usuárias (HORNBERGER et al., 1997).

As evidências sobre a atenção centrada na pessoa são robustas e variadas: aumento das habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde, maior satisfação das pessoas usuárias, redução das prescrições de medicamentos, redução dos custos da atenção, empoderamento das pessoas usuárias e maior adesão aos tratamentos (STEVENSON et al., 2004; BIEBER et al., 2006; ELWYN et al., 2006).

A segunda mudança fundamental da atenção à saúde, no MACC na APS, é da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família. Essa mudança implica o trabalho clínico com uma população adstrita a uma equipe de cuidados primários, inserida no território de abrangência dessa equipe e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar.

A família é um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. É o espaço do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e de separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais, da construção da identidade, é a matriz em que cada indivíduo nasce e morre. Outrossim, é um sistema social em permanente transformação determinada por fatores internos à sua história e pelos ciclos de vida que interagem com mudanças sociais. Na família, estabelecem-se relações entre seus membros que compartilham cultura e crenças e em que cada qual exerce funções distintas e complementares. A família assenta-se na ideia da coesão e da continuidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A natureza da família é variável. A maioria das famílias representará grupos de parentesco convencionais, mas outros tipos de famílias estarão quase sempre representados (McWHINNEY; FREEMAN, 2010). Há diferentes tipos de famílias segundo a estrutura e a dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental. Por exemplo, se tomado o recorte da estrutura e da dinâmica global, diferentes tipos de famílias podem ser considerados: família díade nuclear; família grávida; família nuclear ou simples; família alargada ou extensa; família com prole extensa ou numerosa; família reconstruída, combinada ou recombinada; família homoafetiva; família monoparental; família unitária; família de pessoa que vive sozinha; família de coabitação; família comunitária; família hospedeira; família adotiva; família flutuante; família múltipla; e outras formas (SOUZA, 2011).

A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro.

Isso significa que abordar um problema de saúde implica gerar intervenções sistêmicas e considerar o impacto das intervenções considerando que: a família é a fonte principal de crenças e pautas de comportamentos relacionados com a saúde como comportamentos e estilos de vida; as tensões que a família sofre nas etapas de transição do seu ciclo de vida podem se manifestar em sintomas; os sintomas somáticos podem se manifestar como uma função adaptativa no seio da família e serem mantidos pelos padrões de conduta familiar; as famílias são um recurso valioso e uma fonte de apoio para o adequado tratamento das enfermidades e doenças; há outros elementos como a carga genética e o contacto em doenças infecciosas por proximidade física (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

A família tem seis principais efeitos na saúde de seus membros: as influências genéticas; a família é crucial para o desenvolvimento infantil; algumas famílias são mais vulneráveis a problemas de saúde do que outras; as doenças infecciosas propagam-se em famílias; os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade em adultos; e a família é importante na recuperação da enfermidade (McWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Há certos preceitos para a atenção familiar. Um deles é o que não fazer com as famílias: ignorá-las, menosprezar o valor dos vínculos, julgá-las, avaliá-las em função dos próprios valores, estigmatizá-las, impor-lhes decisões, não as escutar, não as acolher, não as acompanhar e não as abandonar (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

Entre os fundamentos do trabalho familiar na APS, estão o processo de territorialização, o cadastro familiar, a classificação de riscos familiares e as ferramentas de abordagem familiar.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental nos cuidados de saúde porque é, a partir dele, que se define a população que, organizada socialmente em famílias, será vinculada a cada equipe de APS. Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da APS. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

A classificação de riscos familiares deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. Assim, o trabalho de saúde da família deve conhecer a população de responsabilização e identificar os fatores de riscos e de proteção nelas existentes (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008). Os fatores de riscos são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade. Por sua vez, os fatores protetores dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos.

É importante conhecer, no diagnóstico da população adstrita à APS, aquelas em que predominam os fatores de riscos e em que existem poucos fatores protetores. Esses fatores não têm um valor em si quando vistos separadamente porque o importante é que a relação entre os distintos fatores é o que determina como as pessoas e as famílias vão reagir diante de uma situação determinada. Portanto, é importante conhecer o conjunto de fatores envolvidos em uma situação de risco e como interação entre si.

Para uma ação efetiva e equitativa da APS, é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, elaborar uma classificação de riscos familiares. Essa classificação de riscos familiares tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias por graus de vulnerabilidades. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminarem positivamente as de maiores riscos.

A classificação de riscos das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada pessoa usuária.

Um exemplo de instrumento de classificação de riscos das famílias é a escala de Coelho e Savassi muito utilizada no SUS (COELHO e SAVASSI, 2004).

Uma clínica da APS implica, necessariamente, a introdução, na rotina dos cuidados primários, de ferramentas de abordagem familiar.

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas da saúde da família, são tecnologias oriundas da sociologia e da psicologia, que visam a estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade.

As ferramentas de abordagem familiar mais utilizadas são o genograma, o ciclo de vida da família, o F.I.R.O., o P.R.A.C.T.I.C.E., o APGAR Familiar e os mapas de redes (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008; DIKTERICH et al., 2009).

O genograma foi desenvolvido com base no modelo do heredograma e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares.

O genograma ou árvore de família é uma metodologia de coleta, armazenamento e processamento de informações que é construído por símbolos gráficos e outros símbolos como dia de nascimento, eventos significativos, nomes e condições de saúde. Na representação simbólica, as figuras geométricas são as pessoas; e as linhas conectoras, as suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma é,

em geral, aquela que gerou o desenho desse instrumento e se torna estruturante do problema e da representação familiar.

As características básicas do genograma são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002)

O genograma deve captar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que influenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação.

Os genogramas não necessitam ser realizados de forma rotineira com todas as pessoas porque são mais efetivos quando utilizados seletivamente. O genograma deve incluir: três gerações; os nomes de todos os membros da família; a idade ou ano de nascimento de todos os membros da família; todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu ou a data da morte e a causa; as doenças dos membros da família; a indicação dos membros da família que vivem juntos na mesma casa; as datas de casamentos e divórcios; uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita; um código explicando todos os símbolos utilizados; e símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Outra ferramenta da abordagem familiar é o ciclo de vida das famílias.

A família, em seu desenvolvimento, passa por ciclos de vida que são períodos previsíveis de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação e por momentos de desequilíbrio que alavancam novos e mais complexos estágios que geram novas funções e capacidades. Esse movimento por ciclos estabelece reestruturações relacionais contínuas na busca de nova ordem familiar. Os ciclos são de casamento, de nascimento dos filhos, anos escolares e adolescência, formatura e início de trabalho ou continuação dos estudos, filhos que saem de casa, involução, aposentadoria e viuvez.

Os profissionais de saúde, entendendo essas transições, podem ajudar as famílias a prever e se preparar para elas, ao tempo que ampliam os seus próprios entendimentos sobre o contexto em que se dão as experiências com as condições de saúde (McWHINNEY; FREEMAN, 2010). Cada ciclo se caracteriza por demandas e necessidades peculiares (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Essa ferramenta do ciclo de vida das famílias identifica, para cada estágio evolutivo das famílias, as tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares e os tópicos de promoção da saúde familiar que podem ser implementados (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2009).

Outra ferramenta de abordagem familiar é o F.I.R.O., acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, que constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos (SCHUTZ, 1958).

A sustentação do F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos.

Um postulado do F.I.R.O. é o da necessidade interpessoal que é aquela que só pode ser satisfeita pelo alcance de uma relação satisfatória com outra pessoa. Essa teoria preconiza que as pessoas, colocadas em pequenos grupos, apresentam três necessidades de relações interpessoais: a inclusão, o controle e a intimidade. A necessidade de inclusão está associada primariamente, mas não exclusivamente, com a formação de relações, enquanto as necessidades de controle e intimidade se dão em relações já existentes. Outro postulado do F.I.R.O. é do desenvolvimento do grupo. Por esse postulado, uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas sempre segue a mesma sequência, da inclusão, para o controle e para a intimidade. Contudo, as três fases não constituem estágios isolados, mas coexistem com a predominância relativa de um deles, em cada momento (LIBRACH; TALBOT, 1991).

O F.I.R.O. aplica-se às unidades familiares nas seguintes situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, como os descritos no Ciclo de Vida, e faz-se necessário criar padrões de inclusão, de controle ou de intimidade; quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência ao desenvolvimento para o manejo de mudanças na família; quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento.

Librach e Talbot (1991) desenvolveram um protocolo que é muito útil em situações de condições agudas, de internações hospitalares ou no acompanhamento de condições crônicas que podem implicar negociações entre os membros familiares que podem levar a mudanças de papéis.

Outra ferramenta de abordagem familiar é o P.R.A.C.T.I.C.E., expressão que representa o acróstico mnemônico das palavras em inglês: *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology*. Essa ferramenta de abordagem familiar foi desenvolvida pela Universidade de McGill, de Toronto, Canadá.

O P.R.A.C.T.I.C.E. opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico. O P.R.A.C.T.I.C.E. pode ser utilizado para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos (WALTERS, 1996; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

O P.R.A.C.T.I.C.E. é utilizado na clínica para organizar e sistematizar a atenção à família com um enfoque sistêmico. O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial e curta, cada uma de seus momentos: problema atual, afeto, comunicação, tempo, enfermidades na família, lidando com o estresse e meio ambiente ou ecologia (WALTERS, 1996; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002; MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

Outra ferramenta de abordagem familiar que é o Apgar Familiar, que também é um acróstico mnemônico das palavras inglesas: *A, Adaptation; P, Partnership; G, Growth; A, Affection; R, Resolve*. É um instrumento desenvolvido por Smillkstein (SMILLKSTEIN, 1978; MARTINI et al., 2007).

O APGAR familiar é um questionário autoadministrado de cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de uma pessoa sobre o estado funcional de sua família. Ele dá uma visão rápida e panorâmica dos componentes da função familiar. Serve para diferentes tipos de famílias, é de fácil aplicação e interpretação e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Essa ferramenta tem um número reduzido de itens, a condição cultural do entrevistado não influencia os resultados, pode ser aplicado a partir dos 10 anos de idade e toma pouco tempo. Observações de sua aplicação permitem verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família (SMILLKSTEIN, 1978).

Esse instrumento não mede a funcionalidade familiar, apenas o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para avaliar o estado funcional da família.

O APGAR familiar avalia cinco áreas de funcionamento da família: adaptação, participação, crescimento, afetividade e capacidade de resolução.

Por fim, há a ferramenta dos mapas de redes.

Rede social é um sistema composto por pessoas, funções e situações que oferecem apoio material, moral e emocional à família em momentos de necessidades. Ela é fundamental para as famílias, especialmente em momentos de problemas de saúde.

As redes de apoio social podem ajudar a sustentar a família em várias dimensões: social, cultural, econômica, religiosa, educacional e de saúde. É importante identificar os relacionamentos externos da família que possam ajudar a superar as fragilidades de seu relacionamento interno nesses momentos de crise (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

As redes sociais são um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de ofertar ajuda ou apoio real e duradouro a pessoas e a famílias. Uma rede social típica inclui: uma área de parentes, a pessoa, o cônjuge, a família nuclear e um grupo extensivo de parentes; uma área de conhecidos e amigos, pessoas conhecidas, amigos, vizinhos e colegas de trabalho; e uma área de serviços de apoio, funcionários, membros da igreja, trabalhadores sociais, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e organizações comunitárias (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

Uma terceira mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na APS consiste em incentivar as ações de autocuidado apoiado que constitui um dos elementos essenciais do CCM e do MACC. No Brasil, seja no SUS, seja no sistema privado de saúde suplementar, não há uma tradição de trabalhar o autocuidado apoiado.

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É, por essa razão, que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde.

Estudos mostram que 80% dos sintomas médicos são autodiagnosticados e autotratados; e, em função disso, afirma-se que as pessoas usuárias são as verdadeiras prestadoras de cuidados primários para si mesmas e, por isso, não podem ser consideradas pacientes, mas agentes de sua saúde, nem consumidoras, mas provedoras de seus cuidados (SCHAEFER et al., 2009).

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Por exemplo, na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes apresenta uma média anual de 3 horas de atenção por profissionais de saúde, em um total de 8.760 horas que compõem o ano (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a; HAM et al., 2007). Consequentemente, cada portador de diabetes relaciona-se diretamente com um profissional de saúde menos de um milésimo do total de horas de um ano. Em todo o tempo restante, que corresponde a 8.757 horas no ano, essa pessoa convive com seu diabetes, sem ajuda profissional. Não é razoável pensar que com três horas anuais de apoio

profissional as condições vão se estabilizar sem que haja a participação das próprias pessoas em seu autocuidado.

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 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 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.

As pessoas, para se autocuidarem, necessitam de um conjunto de conhecimentos e habilidades que envolvem a capacidade para a solução de problemas, o planejamento de um plano de cuidado, o manejo dos sintomas, a utilização dos recursos de suporte ao autocuidado e a relação de parceria com a equipe de 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 (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b).

O autocuidado tem sido sustentado por uma metodologia originalmente desenvolvida pelo *National Cancer Institute*, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Sofreu modificações ao longo do tempo até se tornar conhecida como a metodologia dos 5 A's: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assist e arrange*).

Os cinco A's estão fortemente interrelacionados, e um bom sistema de autocuidado apoiado se beneficia mais quando os utiliza em conjunto, conforme se vê na Figura 21. O *US Preventive Services Task Force* adotou a metodologia dos cinco A's como um construto unificador para intervenções relativas a comportamentos saudáveis (SHITZ et al., 2004).

Figura 21: A metodologia dos 5 A's para o autocuidado apoiado



Fonte: Whitlock et al., (2002).

O autocuidado apoiado exige a provisão de materiais de suporte para o autocuidado (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2002). Entre esses materiais, são importantes: material educativo (folders, vídeos, áudios, páginas na internet) sobre tabagismo, controle do peso, uso de álcool e outras drogas, exercício físico e alimentação; programas estruturados de intervenção nas unidades de saúde relativos a esses fatores de risco; material educativo relativo às condições crônicas; uma relação dos recursos comunitários existentes na área de abrangência da unidade da unidade de saúde que podem ser utilizados como apoio ao autocuidado. Em algumas circunstâncias, poderá envolver a provisão de recursos materiais para que facilitar o autocuidado, como medicamentos e equipamentos de saúde. É importante, também, a mobilização dos recursos comunitários que existem nos clubes, nas igrejas, nas escolas, nas associações de portadores de condições crônicas e em outros movimentos sociais que porventura existam na área de abrangência da unidade da de saúde.

A elaboração de material bibliográfico que oriente o autocuidado é fundamental.

Há um manual de autocuidado apoiado pioneiro que é o “Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado”, elaborado pela Universidade de Stanford, Califórnia, Estados Unidos.

O objetivo desse manual é possibilitar aos portadores de condições crônicas viverem uma vida saudável, com autonomia e prazer, com base em ações de autocuidado. O autocuidado é definido pelo seguinte raciocínio lógico: a condição crônica tem longa duração ou é permanente; as pessoas convivem, em geral, com a condição todo o tempo de sua vida; os profissionais de saúde cuidam do portador de condição crônica por poucas horas no ano; logo, é impossível manejar bem a condição crônica sem o autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado implica o conhecimento das causas da condição crônica, do que pode ser feito e de como a condição ou as intervenções clínicas afetam a vida das pessoas. O autocuidado apoiado não significa que os portadores de condição crônica devam assumir, exclusivamente, a responsabilidade por sua saúde, mas que conheçam a sua condição e coparticipem da elaboração e do monitoramento do plano de cuidado, juntamente com a equipe de saúde, em uma relação colaborativa (LORIG et al., 2012).

No Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, desenvolveu dois documentos sobre o autocuidado apoiado, sendo um manual do profissional de saúde e um caderno de exercícios que têm sido utilizados em várias unidades de saúde do SUS com bons resultados (CAVALCANTI, 2012; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Há evidências de que o autocuidado apoiado apresenta resultados favoráveis no controle das condições crônicas.

A OMS afirma que há evidências substanciais, provindas de mais de 400 estudos sobre autocuidado, de que os programas que proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Um trabalho do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminuiu 40% das consultas ao médico de APS, mais de 50% dos atendimentos de urgência, 50% das internações hospitalares, 50% da taxa de permanência em hospitais, 50% no absenteísmo no trabalho e a utilização de medicamentos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b).

Há evidências de que o autocuidado apoiado permite obter consequências positivas nos resultados sanitários e na satisfação das pessoas usuárias (CHARLTON et al., 1990; BARLOW et al., 2001; LORIG et al., 2012; BODENHEIMER; GRUMACH, 2007).

Uma quarta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está na busca de um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea, também denominada de atenção não programada, e a atenção programada.

A hegemonia do sistema fragmentado, voltado para os eventos agudos, desequilibrou as respostas sociais dos sistemas de atenção à saúde, privilegiando a atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada. Sempre haverá manifestações de condições agudas e de eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, mas há que se aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas para se buscar uma situação de equilíbrio.

As condições agudas e os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas determinam uma busca por atenção, por parte das pessoas usuárias, sem que se possa prever, temporalmente, sua ocorrência. Em geral, não é possível saber quando um evento agudo vai ocorrer, seja ele uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica, como uma emergência hipertensiva. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma demanda espontânea por parte das pessoas usuárias para as quais o sistema deve estar preparado para prestar uma assistência pronta.

As agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas.

A atenção à demanda espontânea é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, que se faz de forma intempestiva, acionada pela pessoa usuária em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário, e os sistemas de atenção à saúde devem ser planejados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas. Ou seja, a diminuição das agudizações das condições crônicas será resultado, em grande parte, da maior oferta de atenção programada aos portadores dessas condições de saúde, especialmente na APS, porque isso é parte fundamental de um modelo efetivo de atenção.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar rotineiramente às condições crônicas, que deve ser ofertada sem a presença e o barulho do evento agudo e que deve ser, necessariamente, agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis, segundo diretrizes clínicas baseadas em evidências (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2010). Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá seu próximo atendimento agendado. Isso é parte de um imprescindível programa de vigilância das condições crônicas. Deixar a iniciativa de uma nova consulta à decisão pessoal das pessoas usuárias não é uma boa prática para o controle das condições crônicas que, em geral, evoluem insidiosamente, sem a manifestação de sinais ou sintomas exuberantes.

A atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, diferentemente da atenção à demanda espontânea cuja iniciativa é da pessoa usuária.

A atenção programada é uma clínica que se foca em aspectos do cuidado que não são considerados em um atendimento de uma condição aguda ou de uma agudização de condição crônica. É um atendimento que se faz com base em um plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias.

A atenção programada deve obedecer a alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado em um prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (KABCENEL et al., 2006).

A oferta da atenção programada tem sido considerada uma forma de escapar da tirania do urgente, referida anteriormente e muito comum nas práticas que valorizam o volume de consultas ou o modelo da consultação (MOORE, 2006).

As concepções de senso comum e o exercício de certa racionalidade de resultados imediatos levam a que os gestores, os profissionais de saúde e a própria população reivindiquem e concretizem, de forma reiterada, estratégias de incremento da capacidade das unidades hospitalares ou ambulatoriais para atenção à demanda espontânea, o que gera formidável ineficiência alocativa e poucos resultados sanitários. A política das UPA é um exemplo paradigmático nesse campo no SUS.

Uma quinta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está no movimento de uma atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, para a atenção multiprofissional provida por uma equipe de saúde trabalhando de modo interdisciplinar.

Como se discutiu anteriormente, a consulta médica de curta duração, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona no manejo das condições crônicas e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional e interdisciplinar.

Como resolver esse problema sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde?

Há duas estratégias alternativas. Uma primeira, conhecida como a estratégia do porteiro e informada por argumentos de senso comum, consiste em reduzir o painel

de pessoas usuárias sob responsabilidade de cada médico e contida em uma lista de adstrição. Ela tem sido proposta reiteradamente no nosso país, mas encontra no SUS dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos de família e comunidade e os custos em que incorreria. A segunda, a solução mais viável e que tem sido denominada de estratégia da complementação, implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta, várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da APS (BODENHEIMER, 2008). Em outros termos, a solução de complementação não consiste em aumentar o tempo médio da consulta médica, o que não tem sido possível em nenhum sistema de atenção à saúde do mundo, mas agregar, a ele, tempos de atendimentos por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional de saúde. A consulta médica de curta duração persistirá, mas será requalificada no contexto da atenção multiprofissional e interdisciplinar.

A alternativa da complementação é suportada por vários estudos. Há evidências que os tempos de atendimento mais longos na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana em relação aos Estados Unidos (CAMPBELL et al., 2001; WILSON; CHILDS, 2002). Ainda que o tempo de atenção pela equipe tenha sido maior na Inglaterra, os médicos generalistas ingleses despenderam menos tempo nas suas consultas (média de oito minutos) que os médicos americanos (15 minutos), mas há práticas interdisciplinares, realizadas, especialmente, por pessoal de enfermagem e assistentes médicos, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam os bons resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica (BODENHEIMER, 2007). Ou seja, manteve-se o tempo de consulta médica curto, mas alongou-se o tempo da atenção às condições crônicas por uma equipe multiprofissional trabalhando interdisciplinarmente.

A equipe multiprofissional é constituída por um grupo de trabalhadores que se comunica regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um conjunto de pessoas usuárias dos serviços de saúde sob sua responsabilidade e que coparticipa da atenção integrada a uma população (STARFIELD, 2002).

O cuidado multiprofissional interdisciplinar é bom para toda a equipe. Para os médicos porque os retiram de tarefas que não solicitam as suas competências e diminui a sobrecarga da atenção sobre eles; para os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional porque os incluem no trabalho em time com distribuição clara de tarefas; e para as pessoas usuárias porque, bem informadas sobre o trabalho multiprofissional, obtêm uma AC ou compartilhada, integrando as ações preventivas e curativas e incentivando o autocuidado (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

A atenção multiprofissional interdisciplinar não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem

estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige.

O trabalho multiprofissional interdisciplinar é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais ouvidos, de *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido considerado como um critério de qualidade da atenção à saúde (WAGNER, 2000).

O trabalho em equipe resulta mais benéfico quando certas condições estão presentes: quando se produz um resultado melhor que trabalhando individualmente; quando o trabalho conjunto parece coerente para todos os membros da equipe; quando as intervenções requerem uma combinação de diferentes competências; quando os mecanismos de competição entre trabalhadores individuais conduz a menor eficácia; e quando os níveis de estresse dos indivíduos são demasiado altos (BOWEY; CONELLY, 1977).

Algumas características diferenciam uma equipe de trabalho efetiva: uma atmosfera relaxada que demonstra interesse de todos; participação plena de todos os membros no alcance dos objetivos; aceitação dos objetivos por todos os membros; escuta mútua e liberdade para sugestões criativas; clima aberto de discussão das divergências; maioria das decisões por consenso; a crítica é franca e construtiva; os membros têm liberdade para expressar seus sentimentos, tanto em relação às tarefas, como sobre como realizá-las; clareza na definição dos papéis dos diferentes membros; a liderança muda, de vez em quando, dentro do grupo, com base em expertise, mais que em posição formal; e o grupo é consciente sobre sua forma de operar e a revisa com regularidade (McGREGOR, 1960).

Para que o trabalho cooperativo se instale e para que a coesão se estabeleça, são imprescindíveis as seguintes características: a definição de objetivos gerais, a definição de objetivos específicos mensuráveis, a implantação de sistemas clínicos e administrativos; a clara divisão do trabalho; a educação permanente de todos os profissionais; e o processo de comunicação efetivo (BARRETT et al., 2007).

Considera-se que a distribuição das funções nas equipes multiprofissionais interdisciplinares se faz por meio das estratégias de *mix* de competências que envolvem: o fortalecimento: a expansão das tarefas de um determinado profissional; a substituição: os papéis de um profissional são divididos com outro; a delegação: as tarefas de um profissional são atribuídas a outro; e a inovação: a instituição de novos profissionais como o SUS fez com o ACS (BOURGEAULT et al., 2008). A distribuição ótima de papéis em uma equipe deverá ser feita de modo a não haver redundâncias ou retrabalho entre os membros dessa equipe.

Uma revisão sistemática sobre o trabalho multiprofissional nos sistemas de atenção à saúde não permitiu constatar evidência de um tipo de composição de equipe de saúde sobre outro, ainda que se tenha concluído que a introdução de enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental, farmacêuticos e agentes comunitários tenha sido uma maneira útil de expandir a força de trabalho para o controle das condições crônicas (SINGH, 2005b).

Uma sexta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está na introdução de novas formas de atenção profissional na clínica. As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no CCM e constituem, juntamente com novas relações entre profissionais da APS e especialistas, as mudanças propostas pelo elemento desenho do sistema de prestação de serviços deste modelo (WAGNER et al., 1998).

A clínica da saúde é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais presenciais face a face, por meio de consultas médicas e de enfermagem. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para conjuntos de pessoas.

A expansão da equipe multiprofissional é uma condição necessária para a introdução de novas formas de atenção profissional na atenção à saúde. Uma atenção ancorada, fortemente, em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização consequente das novas formas de atenção profissional. Outra condição fundamental para a introdução dessas novas formas de atenção é ampliar o espectro de atendimentos da agenda da unidade de saúde. Em geral, a programação da agenda dos profissionais faz-se com consultas médicas e de enfermagem e de grupos. Essas novas formas de atendimento profissional devem estar incluídas na agenda dos profissionais de saúde.

Dentre essas novas formas de encontros clínicos, destacam-se duas: a ACG e a AC.

A ACG tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face a face com forte centralidade na consulta médica de curta duração, para superar as deficiências das reuniões tradicionais de grupos e para dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas (MASLEY et al., 2000).

A ACG vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001). Além disso, a ACG não é um grupo de educação em saúde, já que opera em uma lógica muito distinta e vai além disso.

Como o próprio nome indica, a ACG não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de

vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

A ACG foi desenvolvida, inicialmente, para grupos de idosos frágeis, por John Scott, da Universidade do Colorado, Estados Unidos (HARTNETT, 2006). Os resultados foram muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; diminuição dos custos da atenção (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001). Posteriormente, foi adotada para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia. A ACG tem sido aplicada com bons resultados na atenção às gestantes e no controle do sobrepeso e da obesidade (ICKOVICS et al., 2013).

A ACG tem sido indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005). A ACG é particularmente útil para as pessoas hiperutilizadoras dos serviços de APS que, em geral, são portadoras de enfermidades (*illnesses*) e são tratadas de forma inadequada e, por isso, apresentam resultados insatisfatórios e sempre estão insatisfeitas com a atenção que recebem (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001).

Em certas circunstâncias, membros das famílias das pessoas portadoras de condições crônicas podem participar dos grupos de ACG.

A ACG tem sido indicada por vários motivos: mostra à pessoa que ela não é a única com aquela condição; gera esperança ao ver casos de sucesso em outras pessoas; compartilha informações; diminui ansiedade; permite o desempenho de papéis de modelagem entre os pares; oferece aprendizagem interpessoal e cognitiva; e aumenta a coesão do grupo (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005).

A implantação da ACG supõe um planejamento bem feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo.

Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de 20 a 25 pessoas. É preciso considerar que, em média, 30% a 50% das pessoas não são sensíveis a participar de atividades de grupo, por isso, é aconselhável selecionar em torno de 50 pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de participar dos grupos. Ou seja, a participação é sempre voluntária.

As principais normas de funcionamento da ACG são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar caso não entenda o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidenciais as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

A introdução da ACG foi considerada pela Academia Americana de Médicos de Família uma das dez principais recomendações para melhorar a medicina familiar nos Estados Unidos (MARTIN et al., 2004).

Estudo mostrou que a introdução da ACG na APS permitiu fazer uma economia de US\$ 15 mil/ano por médico por ano (BALASUBRAMANIAN et al., 2010).

Há evidências de que o ACG tem impacto: na qualidade da atenção à saúde e nos resultados (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005; BALASUBRAMANIAN et al., 2010); na satisfação dos usuários (BALASUBRAMANIAN et al., 2010); na satisfação dos profissionais da APS; e no melhor uso dos recursos (JABER, 2006).

A ACG foi testada e implantada no Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas, desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em conjunto com a Opas e com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), com o nome de Cuidado Compartilhado (Cuco) com resultados positivos (CUBAS, 2013).

Outra nova forma de encontro clínico importante na atenção às condições crônicas é a AC, que foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, em um mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A AC é feita para pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9 horas a 9h15; com o enfermeiro de 9h15 a 9h30; com o farmacêutico de 9h30 a 9h45; e com o nutricionista de 9h45 a 10 horas. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada de 10 horas a 10h45. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, em uma única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe de saúde.

A AC indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções que têm sido feitas com base em

evidências de sua efetividade ou de padrões ótimos de atenção; elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária; e avaliar os processos e os resultados da atenção. A AC aplica-se, com especial interesse, em avaliações iniciais de pessoas portadoras de condições crônicas que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais e para a elaboração e monitoramento de planos de cuidado.

Os objetivos a serem alcançados pela AC são: melhorar os resultados sanitários, aumentar a satisfação das pessoas usuárias, monitorar a condição crônica, aumentar a satisfação da equipe de saúde e reduzir a utilização de serviços desnecessários. Por exemplo, a AC de idosos frágeis deve ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, o monitoramento do autocuidado e a revisão do trabalho dos cuidadores e da família.

Um bom planejamento da AC envolve uma distribuição clara das tarefas que cada membro da equipe multiprofissional deverá fazer em um turno de trabalho com as pessoas, de modo a evitar retrabalho e redundância entre os diferentes profissionais.

A seleção das pessoas para a AC deve ser feita a partir do exame dos registros de pessoas portadoras de condições crônicas, o que significa ter critérios de inclusão e de exclusão. A opção por participar da AC é da pessoa usuária que deve receber uma clara explicação da equipe sobre o que é a AC e sobre seus benefícios.

A seleção é feita por coortes de oito pessoas que são distribuídas pelos profissionais da equipe de saúde, em atendimentos individuais face a face, de 15 minutos cada (quatro pessoas com quatro diferentes profissionais em cada hora). Duas dinâmicas podem ser feitas: em uma, a pessoa usuária permanece em um único consultório, e os profissionais giram; em outra, os profissionais permanecem no seu consultório, e a pessoa gira.

A AC tem sido utilizada no manejo de crianças com asma no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre. Após quatro ciclos de atendimentos por médico, enfermeiro, farmacêutico e cirurgião-dentista, obtiveram-se os seguintes resultados: uso de plano de cuidado, de 21% para 100%; asma controlada, de 51% para 100%; uso de corticoide inalatório, de 16% para 76%; internações por asma no último ano, de 14 para 1 (SCHIRMER, 2014).

12. O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS NA PRÁTICA

O MACC tem sido aplicado no SUS em vários lugares por meio do projeto da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) do CONASS, implantado em colaboração com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde brasileiras (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

Uma estratégia que tem sido usada é a do Laboratório de Inovação em Atenção às Condições Crônicas (LIACC) que é um espaço de produção e/ou identificação de inovações e de gestão do conhecimento a partir da análise das práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras nos sistemas de atenção à saúde.

Os LIACC funcionam como campos de experimentação e disseminação de inovações para o SUS, tanto nas inovações de sustentação que objetivam dar sustentabilidade ao funcionamento de um sistema quanto nas inovações disruptivas que pressupõem ruptura no conceito vigente juntamente com um processo de simplificação e descentralização que as tornam acessíveis, a custos razoáveis, a grandes contingentes populacionais (CHRISTENSEN et al., 2009).

O primeiro LIACC foi desenvolvido em parceria com a Opas e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, responsável pela pesquisa avaliativa (MOYSÉS et al., 2013a).

No LIACC Curitiba, foram priorizadas as condições crônicas diabetes, hipertensão arterial e depressão. Esse laboratório desenvolveu uma matriz de avaliação para ser aplicada na Unidade Básica de Saúde Alvorada, validou os instrumentos ACIC e PACIC, implantou a tecnologia de ACG que recebeu o nome de Cuco e o autocuidado apoiado. Uma avaliação processual desse laboratório constatou a presença de resultados favoráveis (MOYSÉS et al., 2013c).

Conforme relataram Schwab et al. (2014), identificaram-se associações entre as mudanças ocorridas pela implantação do MACC e a melhoria na atenção às pessoas usuárias; além disso, observou-se a importância dos instrumentos ACIC e PACIC para permitirem uma reflexão estruturada sobre os processos de trabalho e seu monitoramento. Cubas et al. (2013) indicaram que o LIACC, apesar de seu reduzido tempo de implantação, promoveu mudanças nas equipes de saúde e transformou as pessoas.

Um segundo LIACC foi realizado no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, envolvendo a implantação do MACC na APS. Esse laboratório foi feito em parceria entre o Conass, a Opas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte e a Fundação Dr. José Maria Mares Guia. A pesquisa avaliativa foi realizada pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del Rei de Divinópolis (ANDRADE et al., 2016).

Esse laboratório foi implantado no período de 2013 a 2015 e teve como objetos as seguintes condições crônicas: diabetes, hipertensão arterial, atenção às gestantes e puérperas e atenção às crianças até 2 anos de idade. As fontes de dados foram pesquisa domiciliar, grupos focais, registros clínicos e registros administrativos. As intervenções do MACC foram realizadas em todas as oito unidades básicas do município. Foram aplicados o ACIC e o PACIC em todas essas unidades.

Os resultados desse laboratório foram amplos e indicaram mudanças nos processos de cuidados que apontaram favoravelmente à implementação do MACC.

A experiência do LIACC Santo Antônio do Monte mostrou a importância do papel do SUS, principalmente de sua APS, nos municípios menores. Verificou-se que, mesmo que 30% dos habitantes desse município tivessem planos privados de saúde suplementar, a APS do SUS atendia, rotineiramente, a população total (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

Os resultados do ACIC mostraram que, em sete das oito Unidades Básicas de Saúde, houve melhorias significativas, tanto nos escores por elementos quanto nos escores totais (ANDRADE et al., 2016).

Um terceiro laboratório em que se implantou o MACC foi desenvolvido no município de Tauá, Ceará, com o nome de Laboratório de Atenção Primária à Saúde (LIAPS), realizado em uma parceria entre o Conass, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a Escola de Saúde Pública do Ceará, a Fundação Oswaldo Cruz/Ceará e a Prefeitura Municipal de Tauá. A avaliação foi feita pela Universidade de Fortaleza (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

A partir dessas experiências dos LIACC, o Conass vem fazendo, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, uma expansão desses projetos por meio do projeto PAS. Esse projeto é executado em 11 estados e em 25 regiões de saúde. Em todos esses projetos, o MACC tem sido utilizado como referência na organização da atenção às condições crônicas nas RAS.

Neste momento, por meio do PROADI, numa parceria entre Ministério da Saúde, Conass, Secretarias Estaduais de Saúde e Hospital Israelita Albert Einstein, essa metodologia constitui a base da organização da APS em rede com a AAE em vários estados e em centenas de municípios brasileiros. É o Projeto Planifica SUS.

REFERÊNCIAS

AFONSO, N. M. et al. Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risks patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? **The American Journal of Managed Care**, v. 12, n. 10, p. 589-594, 2006.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Group visits**. 2001. Disponível em: <http://www.cahps/ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide/Browse-Interventions/Communication/Group-Visits.aspx>. Acesso em: 13 ago. 2011.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Group visits: shared medical appointments**. American Academy of Family Physicians, 2005. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>. Acesso em: 10 jul 2011.

ANDRADE, M. V. et al. **Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFSJ, 2016.

APPLEBY, J. et al. Public attitudes towards the NHS in austere times. London: **The King's Fund**, 2016.

ARAGONES, A. et al. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. **Preventing Chronic Disease**, v. 5, n. 4, A113, 2008.

ARYANI, F. et al. Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life? **Integrated Pharmacy Research and Practice**, v. 5, p. 11-17, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IPRP.S92448>. Acesso em: 02 jun. 2010.

AVEZUM, A. et al. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 3, p. 206-213, 2005.

BALASUBRAMANIAN, B. A. et al. Using learning teams for reflective adaptation (ultra): insights from a team-based change management strategy in primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 8, p. 425-432, 2010.

BAPTISTA, D. R. et al. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 22, n. 7, 2016.

BASTIAENS, H. et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. **Patient Education and Counseling**, v. 68, n. 1, p. 33-42, 2007.

BARLOW, J. H. et al. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. **Patient Education and Counseling**, v. 44, n. 3, p. 205-214, 2001.

BARRETT, J. et al. **CHSRF Synthesis**: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2007.

BATTERSBY, M. W. et al. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. **British Medical Journal**, v. 330, n. 7492, p. 662-665, 2005.

BAUER, M. S. et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. **Psychiatr Services**, v. 57, n. 7, p. 937-945, 2006.

BEASLEY, J. W. et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? **Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 5, p. 405-410, 2004.

BEISECKER, A. E.; BEISECKER, T. D. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. **Medical Care**, v. 28, n. 1, p. 19-28, 1990.

BERK, M. L.; MONHEINT, A. C. The concentration of health expenditures: an update. **Health Affairs**, v. 11, n. 4, p. 145-149, 1992.

BIEBER, C. et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: a qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, v. 63, n. 3, p. 357-366, 2006.

BODENHEIMER, T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. **JAMA**, v. 298, n. 17, p. 2048-2055. 2007.

BODENHEIMER, T. Transforming practice. **New England Journal of Medicine**, v. 359, p. 2086-2089, 2008.

BODENHEIMER, T. WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. **JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, 2002.

BODENHEIMER, T.; LAING, B. Y. The teamlet model of primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 5, n. 5, p. 457-461, 2007.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving chronic care: strategies and tools for a better practice**. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health Services Research**, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002.

BOURGEAULT, I. L. et al. **How can optimal skill mix be effectively implemented and why?** Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

BOWEY, A. M.; CONELLY, R. **Application of the concept of grouping working**. Glasgow: University of Strathclyde Business School, 1977.

BRADDOCK, C. H. et al. Informed decision making in outpatient practice. **JAMA**, v. 282, n. 24, p. 2313-2320, 1999.

BRAY, P. et al. Feasibility and effectiveness of system redesign for diabetes care management in rural areas: the eastern North Carolina experience. **The Diabetes Educator**, v. 31, n. 5, p. 712-718, 2005.

BROOSKE, B. C. et al. **Different perspectives for assign weights to determinants of health**. Madison: University of Wisconsin, 2010.

BROUGHTON, E. I. et al. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 28, n. 6, p. 802-807, 2016.

BUCK, D. et al. A vision for population health towards a healthier future. London: **The King's Fund**; 2018.

CAMPBELL, S. M. et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. **British Medical Journal**, v. 323, p. 784-787, 2001.

CAVALCANTI, A. M. **Curitiba**: Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. **Physician survey**. 2008. Disponível em <http://www.hschange.com>. Acesso em: 24 jul. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Promising practices in chronic disease prevention and control**: a public health framework for action. Atlanta: Department of Health and Human Services, 2003.

CHARLTON, I. et al. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. **British Medical Journal**, v. 301, n. 6765, p. 1355-1359, 1990.

CHIN, M. H. et al. Improving diabetes care in Midwest Community Health Centers with the Health Disparities Collaborative. **Diabetes Care**, v. 27, n. 1, p. 2-8, 2004.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: BOOKMAN, 2009.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: Instituto Coalizão Saúde, 2017.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 119-126, 2004.

COLEMAN, K. et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-78, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. D'AVILA, A. M. et al. (orgs.). **Planificação da atenção à saúde**: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2007.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

COSTA, K. C.; CAZOLA, L. H. O.; TAMAKI, E. M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 106-117, 2016.

CUBAS, R. F. et al. A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de futuro. In: MOYSÉS, S. T. et al. (orgs.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre a atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: OPAS/CONASS, 2013.

DHHS Public Health Service. **Ten leading causes of deaths in United States**. Atlanta: Bureau of State Service, 1980

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

DANIEL, D. M. et al. A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. **Joint Commission journal on quality and safety**, v. 30, n. 2, p. 69-79, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Self care support**: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London: Department of Health, 2005b.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions**: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005a.

DESMEDT, M. et al. Economic impact of integrated care models for patients with chronic diseases: a systematic review. **Value in Health**, v. 19, n. 6, p. 892-902, 2016.

DEVEUGELE, M. et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? **Patient Education Counseling**, v. 54, n. 2, p. 227-233, 2004.

DITTERICH, R. G. et al. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família em Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 33, p. 515-524, 2009.

DUGDALE, D. C. Time and the physician-patient relationship. **Journal of General Internal Medicine**, v. 14, p. 34-40, 1999. Supplement 1.

ELWYN, G. et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. **British Medical Journal**, v. 333, n. 7565, p. 417-419, 2006.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**: Oficina 6, Abordagem familiar. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

EUROPEAN COMMISSION. **Eurodiet core report**. Heraklion: European Commission and the University of Crete School of Medicine, 2000.

FEACHAM, G. A. et al. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. **British Medical Journal**, v. 324, p. 135-143, 2002.

FELIX, P. Hábitos saudáveis evitariam 63 mil mortes por câncer por ano aponta estudo. **O Estado de São Paulo**. 11 de abril de 2019.

FERRIS, T. G. et al. Changes in daily practice of primary care for children. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 152, n. 3, p. 227-233, 1998.

FINSET, A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. **International Journal of Integrated Care**, v. 10, e020. 2010. Supplement.

FIREMAN, B.; BARTLETT, J.; SELBY, J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*, v. 23, n. 6, p. 63-75, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: **contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Belo Horizonte/Campina, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsFTito.htm>.

FROLICH, A. et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 252, 2008.

GILMER, T. P.; O'CONNOR, P. J. Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. **Disease Management & Health Outcomes**, v. 11, n. 7, p. 439-453, 2003.

GILMER, T. P. et al. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. **Diabetes Care**, v. 29, n. 6, p. 1242-1248, 2006.

GLASGOW, R. E. et al. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). **Medical Care**, v. 43, n. 5, p. 436-444, 2005.

GOETZEL, R. Z. et al. Return on investment in disease management: a review. **Health Care Financing Review**, v. 26, n. 4, p. 1-19, 2005.

GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA. **British Columbia expanded chronic care model**. British Columbia, 2008. Disponível em: <http://www.health.gov.bc.ca>.

GROL, R. et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 460, p. 882-887, 2000.

GROUP HEALTH COOPERATIVE. **Visit starter kit**. 2001. Disponível em <http://www.ghc.org>.

GRUMBACH, K.; BODENHEIMER, T. A primary care home for Americans: putting the house in order. **JAMA**, v. 288, n. 7, p. 889-893, 2002.

HAM, C. **Developing integrated care in the UK**: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre, 2006.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

HAM, C. et al. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. **British Medical Journal**, v. 327, n. 7426, p. 1257-1259, 2003.

HAM, C. A. et al. **Getting the basics rights**: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick: Institute for Innovation and Improvement, 2007.

HARTNETT, T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. **Medscape**, 2006. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>. Acesso em: 29 nov. 2011.

HARWELL, T. S. et al. Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. **American Journal of Medical Quality**, v. 17, n. 5, p. 179-184, 2002.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7234, p. 526-527, 2000.

HOMER, C. J. et al. Impact of a quality improvement program on care and outcomes for children with asthma. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 159, n. 5, p. 464-469, 2005.

HOUSE OF COMMNS. **Primary care**: fourth report of session 2015-2016. London: The Health Committee, 2016.

ICKOVICS, J. R. et al. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. **Obstetrics & Gynecology**, v. 102, p. 1051-1057, 2003.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The chronic care model; 2010**. Disponível em: www.improvingchroniccare.org.

INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION. **The state of US health innovations, insights, and recommendations from Global Burden of Disease Study**. Seattle: IHME, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Priority areas for national action**: transforming health care quality. Washington: The National Academies Press, 2003.

JABER, R. et al. Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges: **Family Practice Management**, v. 13, n. 1, p. 37-40, 2006.

JOHNSON, B. V. **Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care, 2008.

KABCENELL, A. I. et al. **Innovations in planned care**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series, 2006.

KAPLAN, S. H. et al. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. **Medical Care**, v. 33, n. 12, p. 1176-1187, 1995.

KAPLAN, S. H. et al. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. **Annals of Internal Medicine**, v. 124, n. 5, p. 497-504, 1996.

KELLOGG, M. A. **Kaiser Permanente**: mechanisms for promoting integration and primary care. Ouro Preto: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2007.

KOVACS, F. M. et al. Psychometric characteristics of the Spanish version on the FAB questionnaire. **Spine**, v. 31, n. 1, p. 104-110, 2006.

LANDIS, S. E. et al. North Carolina family medicine residency programs diabetes learning collaborative. **Family Medicine**, v. 38, n. 3, p. 190-195, 2006.

LANDON, B. E. et al. Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. **Annals of Internal Medicine**, v. 140, n. 11, 887-896, 2004.

LEUTZ, W. Five laws for integrating medical and social service: lessons from the United States and United Kingdom. **The Milbank Quarterly**, v. 77, n. 1, p. 77-110, 1999.

LIBRACH, S. L.; TALBOT, Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. **Canadian Family Physician**, v. 37, p. 404-409, 1991.

LIPPMAN, H. Practice in the twenty-first century. **Hippocrates**, v. 1, p. 38-43, 2000.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic condition**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthmas, bronchitis, emphysema and others. 4th ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2012.

MACWAY-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.

MARCELLI, S. et al. Chronic care model and cost reduction in initial health: a new approach for satisfaction and improvement of chronicity. **Geriatric Care**, v. 3, n. 3, 2017.

MARMOR, M. Health in an unequal world. **The Lancet**, v. 368, n. 9552, p. 2081-2094, 2006.

MARQUES, A. J. S. et al. Rede de urgência e emergência. In: MARQUES, A. J. S. et al. (orgs.). **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARTIN, S. et al. Under pressure: what the Commonwealth Fund's 2015 international survey of general practitioner means for UK. London: **The Health Foundation**, 2016.

MARTINI, A. M. et al. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 329-343, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>.

MARVEL, M. K. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? **JAMA**, v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999.

MASLEY, S.; SOKOLOFF, J.; HAWES, C. Planning group visits for high-risk patients. **Family Practice Management**, v. 7, n. 6, p. 33-37, 2000.

McGINNIS, J. M. et al. The case for more active policy attention to health promotion. **Health Affairs**, v. 21, n. 2, p. 78-93, 2002.

McGOVERN, L. et al. Health policy briefs: the relative contribution of multiple determinants to health outcomes. **Health Affairs**, p. 1-9, 2014.

McGREGOR, D. **The human side of enterprise**. New York: McGraw-Hill, 1960.

MCWHINNEY, I. The importance of being different. **British Journal of General Practice**, v. 43, p. 433-436, 1996.

McWHINNEY, I.; FREEMAN, T. **Manual de medicina da família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MECHANIC, D. et al. Are patients' office visit with physician getting shorter? **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **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.

MICHAELS, F. H.; McCABE, S. Managing chronic conditions for elderly adults: the VNS choice model. **Health Care Financing Review**, v. 27, n. 1, p. 33-45, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. **Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria**. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

MINISTRY OF HEALTH. **Value for money in the health system**. Wellington: Ministry of Health, 2005.

MIPATRINI, D. et al. Protocol for the evaluation of a chronic care model experience in Rome. **Clinical Therapeutics**, v. 168, n. 5, e317-e319, 2017.

MOORE, L. G. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. **Family Practice Management**, v. 12, n. 5, p. 37-40, 2006.

MORRIS, L. A et al. Counseling patients about prescribed medication: 12-year trends. **Medical Care**, v. 35, n. 10, p. 996-1007, 1997.

MOULLEC, G. et al. Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: impact of using components of the chronic care model. **Respiratory Medicine**, v. 106, n. 9, p. 1211-1225, 2012.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba:** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

MOYSÉS, S. T. et al. (org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013a.

MOYSÉS, S. T. et al. Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas. In: MOYSÉS, S. T. et al. (org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013b.

MOYSÉS, S. T. et al. Resultados processuais da implantação do MACC nas UBS's de Curitiba. In: MOYSÉS, S. T. et al. (org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013c.

NADASH, P. Two models of managed long-term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. **Gerontologist**, v. 44, n. 5, p. 644-654, 2004.

NATIONAL AUDIT OFFICE. **Stocktake of access to general practice in England.** London: Department of Health and NHS England, 2016.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Equity and excellence:** liberating the NHS. London: The Stationery Office, 2010.

NHS ENGLAND/BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMITTEE. **Investment and evolution:** a five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan. London: NHZ England/GPC England, 2019.

NEW HEALTH PARTNERSHIPS. **Problem solving.** 2009. Disponível em: <http://newhealthpartnerships.org>. Acesso em: 18 abr. 2010.

NOVOTNY, T. E. Preventing chronic disease: everybody's business. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (eds.). **Caring people with chronic conditions:** a health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies/ Open University Press, 2008.

NUTTING, P. A. et al. Use of chronic care models elements is associated with higher-quality care. **Annals of Family Medicine**, v. 5, n. 1, p. 14-20, 2007.

O'BRIEN, M. K.; PETRIE, K.; RAEBURN, J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. **Medical Care Research and Review**, v. 49, n. 4, p. 435-454, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OSTBYE, T. et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 3, p. 209-214, 2005.

PARISCHA, A. et al. Chronic Care Model Decision Support and Clinical Information Systems Interventions for People Living with HIV: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 1, p. 127-135, 2013.

PARKER, H. **Making the shift**: review of NHS experience. Coventry: Institute for Innovation and Improvement, 2006.

PIATT, G. A et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. **Diabetes Care**, v. 29, n. 4, p. 811-817, 2006.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care**. 2011. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>. Acesso em: 01 fev. 2012.

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**, v. 1, n. 1, 2008.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care: creating teams for tomorrow.** London: Health Education England, 2015.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Crossing sectors: experience in intersectorial action, public policy and health.** Ottawa: Minister of Health, 2007.

RAND HEALTH. **Improving chronic illness care evaluation.** Rand Health Project, 2008. Disponível em: <http://www.rand.org/health/projects>. Acesso em: 13 maio 2010.

REZENDE, L. F. M. et al. Preventable fractions of colon and breast cancer by increasing physical activities in Brazil: perspectives from plausible scenarios. **Cancer Epidemiology**, v. 56, p. 38-45, 2018.

ROLLNICH, S. et al. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROTER, D. L.; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. **Annual Review of Public Health**, v. 10, p. 163-180, 1989.

ROUMIE, C. L. et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. **Annals of Internal Medicine**, v. 145, n. 3, p. 165-175, 2006.

SABA, G. W. et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 4, n. 1, 2006.

SAPAG, J. C.; KAWASHI, I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 139-149, 2007.

SAYDAH, S. H.; FRADKIN, J.; COWIE, C. C. Poor control in risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. **JAMA**, v. 291, n. 3, p. 335-342, 2004.

SCHAEFER, J. et al. **Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians.** Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2009.

SCHILLINGER, D. et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 1, p. 83-90, 2003.

SCHILLINGER, D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Advances in patient safety: from research to implementation**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

SCHIRMER, C. et al. Atendimento sequencial multiprofissional em crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. **Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida**. Interface, 2014. Supl. 3.

SCHMITTDIEL, J. A. et al. Effect of primary health care orientation on chronic care management. **Annals of Family Medicine**, v. 4, n. 2, p. 117-123, 2006.

SCHUTZ, W. C. **FIRO**: a three dimensional theory of interpersonal behavior. New York; Holt, Rinehart & Wilson, 1958.

SCHWAB, G. et al. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 307-318, 2014. Suplemento.

SCOTT, J. et al. Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7370, p. 951-954, 2002.

SHILTS, M. K. et al. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. **American Journal of Health Promotion**, v. 19, n. 2, p. 81-93, 2004.

SI, D. et al. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. **BMC Health Service Research**, v. 5, n. 56, 2005.

SILVA, A. et al. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

SIMINERIO, L. M.; PIATT, G.; ZGIBOR, J. C. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. **The Diabetes Educator**, v. 31, n. 2, p. 225-234, 2005.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005a.

SINGH, D. **Wich staff improve care for people with long-term conditions?** A rapid review of the literature. Birmingham: Health Services Management Centre, 2005b.

SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2008.

SINGH, D.; HAM. C. **Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks**. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SMILLKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **Journal of family practice**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SOLBERG, L. I. et al. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. **Annals of Family Medicine**, v. 4, n. 4, p. 310-316, 2006.

SOUZA, R. A. Tipos de família. **Blog Medicina de Família**. 24 jan. 2011. Disponível em: <http://medicinadefamiliabr.blogspot.com/2011/01/tipos-de-familia.html>.

STAFFORD, R. S et al. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. **Archives of Family Medicine**, v. 8, n. 1, p. 26-32, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STEVENSON, F. A. et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. **Health Expectations**, v. 7, n. 3, p. 235-245, 2004.

STOCK, S. et al. Chronic care model strategies in the United States and Germany delivery patient-centered, high quality diabetes care. **Health Affairs**, v. 33, n. 9, p. 1540-1548, 2014.

STOTO, M. A. **Population health in the Affordable Care Act era**. Washington: Academy Health, 2013.

STUCKEY, H. L. et al. Improving care by delivering the chronic care model for diabetes. **Diabetes Management**, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011.

SWEDISH TRANSPORT ADMINISTRATION. **Vision zero academy**. Disponível em: <https://www.trafikverket.se/en/startpage/operations/Operations-road/vision-zero-academy/>. Acesso em: 09 set. 2018.

THE PATIENTS ASSOCIATION. **Primary care: Access denied?** London: The Patient Association, 2013.

UNITED HEALTHCARE. **NHS Modernisation Agency**. 2007. Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>. Acesso em: 10 nov. 2009.

VANDERBILT MEDICAL CENTER. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI, P. Q. **Curing the system: stories of change in chronic illness care**. Washington: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

VIACAVA, F. et al. **PROADESS Avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**: indicadores para monitoramento, relatório final. Rio de Janeiro: LIS/CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

VON KORFF M et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. The role of patient care teams in chronic disease management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7234, p.569-572, 2000.

WAGNER, E. H. The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. **Curing the system: stories of change in chronic illness care**. Washington: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VON KORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank Quarterly**, v. 74, n. 4, 1996.

WAITZKIN, H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. **JAMA**, v. 252, n. 17, p. 2441-2446, 1984.

WALTERS, I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias**: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 1996.

WALKER B, HASLETT T. **System dynamics and action research in aged care**. Aust Health Rev. 2001. 24: 183-191

WANG, A. et al. The North Carolina experience with the diabetes health disparities collaboratives. **Joint Commission journal on quality and safety**, v. 30, n. 7, p. 396-404, 2004.

WEINSING, M. et al. The Patients Assessment Chronic Illness care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: a validation study in rural general practice. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 182, 2008.

WHITLOCK, E. P. et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 22, n. 4, p. 267-284, 2002.

WILES D. **Sweden's road safety vision catches on. 2007**. Disponível em <https://www.towardszero.vic.gov.au/news/articles/vision-zero-and-swedens-approach-to-road-safety>. Acesso em 20/3/2019.

WILSON, A.; CHILDS, S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. **British Journal of General Practice**, v. 52, n. 5, p. 1012-1020, 2002.

WOLTMANN, E. et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. **The American Journal of Psychiatry**, v. 169 n. 8, p. 790-804, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ECONOMIC FORUM. **Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and**

physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva: World Health Organization, 2008.

YARNALL, K. S. H. et al. Primary care: is there enough time for prevention? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 4, p. 635-641, 2003.

CAPÍTULO 8 – O DESAFIO DO MODELO DE FINANCIAMENTO: A SUPERAÇÃO DO SUBFINANCIAMENTO

1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Antes de entrar na discussão específica do financiamento do SUS, é preciso conhecer o quadro geral do financiamento do sistema de atenção à saúde em seu todo porque há certo vínculo entre os segmentos público e privado da saúde em nosso país.

O primeiro ponto a ressaltar é que o Brasil não gasta pouco em saúde.

Segundo os dados da OMS referentes ao ano de 2015, o País teve um gasto anual de 8,9% PIB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Esse percentual, comparado com outros países não permite dizer que o gasto total com o sistema de atenção à saúde no Brasil seja baixo.

Esse volume de gasto total parece indicar um teto para as despesas em saúde porque acima deste limite poderia se estar gerando disfunções no sistema econômico e social brasileiro e determinando desequilíbrios com os financiamentos de outros setores. Isso poderia levar a problemas no desenvolvimento econômico e social brasileiro.

Como consequência e como se discutiu no Capítulo 3, as mudanças no financiamento do sistema de atenção à saúde do Brasil, dado o teto do gasto total, implicariam movimentos de ajuste no SUS e nos sistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto, o que torna os processos de mudança do financiamento da saúde muito complexos em nosso país.

Em relação ao financiamento do SUS, o objeto deste capítulo, haveria que se combinar alguns movimentos com o incremento real dos recursos financeiros e com a busca de recursos que impactem a equidade, como a questão dos gastos tributários em saúde. Além disso, haverá que buscar o aumento da eficiência do SUS, o que é proposto no Capítulo 13.

2. OS GASTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 O HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DO SUS

O SUS, desde sua fundação pela Constituição Federal de 1988, apresentou mudanças normativas que afetaram substantivamente o seu financiamento (PIOLA et al., 2013; SANTOS et al., 2016; VIEIRA e BENEVIDES, 2016a; PIOLA et al., 2018).

Em 1994, o Ministério da Previdência e Assistência Social reteve no Fundo de Previdência e Assistência Social os recursos da saúde ante as insuficiências do caixa da Previdência para custear benefícios previdenciários. Posteriormente, o Fundo Social de Emergência criado pelo Plano de Estabilização do Governo fez a retenção de 50% dos recursos da saúde. Essa medida deu origem ao mecanismo de desvinculação de receitas da União (DRU).

Em 2000, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 29 que vinculou percentuais mínimos de recursos para serem aplicados em ASPS; aos estados e municípios ficou, determinada a aplicação de, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais.

Em 2012, deu-se a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, por meio da Lei Complementar nº 141. Estudos demonstraram que a Emenda Constitucional nº 29 teve dois efeitos concomitantes: proporcionou um crescimento real dos recursos alocados pela trina federativa e aumentou a participação relativa de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do sistema público de saúde (PIOLA et al., 2013).

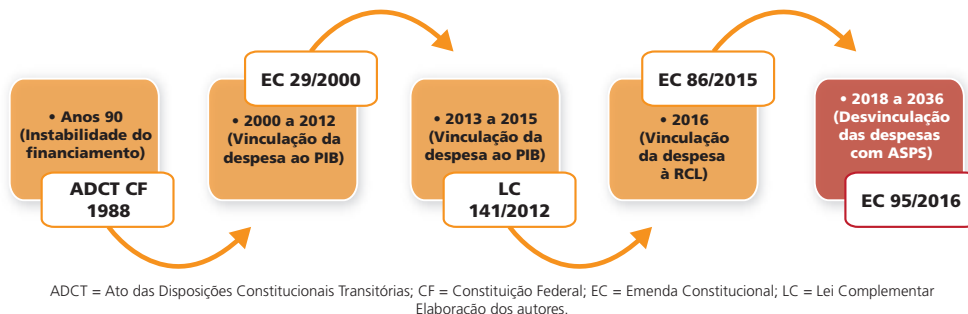
Em 2015, aprovou-se a Emenda Constitucional nº 86 que alterou a regra de vinculação de recursos da União para o SUS definida pela Emenda Constitucional nº 29 e passou a se basear em percentagens crescentes da receita corrente líquida.

Em 2016, foi aprovado o Novo Regime Fiscal por meio da Emenda Constitucional nº 95 que promoveu o congelamento das despesas primárias da União até 2036 e definiu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros.

Ao mesmo tempo, a atual crise fiscal dos governos estaduais e municipais indica que será pouco provável que esses entes federativos aumentem, pelo menos no curto prazo, os recursos destinados ao financiamento do SUS.

A Figura 22 mostra a linha do tempo do financiamento do SUS.

Figura 22: A linha do tempo do financiamento da saúde no Brasil



Fonte: Vieira e Benevides (2016b).

2.2 O FINANCIAMENTO DO SUS NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Uma discussão sobre o financiamento do SUS certamente se beneficia de uma análise comparativa realizada no plano internacional.

Como se trata de comparar diferentes países, utilizam-se informações produzidas pela OMS que tem um banco de dados que é atualizado anualmente. As informações referem-se à publicação de 2018 com dados de 2015 em que se compara o Brasil com outros países selecionados pelo autor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Uma informação importante é o gasto em saúde como percentual do PIB que está na Tabela 3.

Tabela 3: Gastos total e público em percentual do PIB no Brasil e em países selecionados – 2015

País	Gasto total em saúde em percentual do PIB	Gasto público em saúde em percentual do PIB
Brasil	8,9	3,8
Argentina	6,8	4,9
Chile	8,1	4,9
Costa Rica	8,1	6,2
Uruguai	9,2	6,4
Espanha	9,2	6,5
Estados Unidos	16,8	8,5
Finlândia	9,4	7,3

País	Gasto total em saúde em percentual do PIB	Gasto público em saúde em percentual do PIB
Grécia	8,4	5,0
Irlanda	7,8	5,4
Israel	7,4	4,5 (*)
Itália	9,2	6,7
Portugal	9,0	5,9
Reino Unido	9,9	7,9

(*) Dado de 2013

Fonte. World Health Organization (2018).

O exame da Tabela 3 revela que o gasto total em saúde no Brasil foi de 8,9% do PIB. Esse valor é maior que o de países latino-americanos, como Argentina, Chile e Costa Rica, e de países mais desenvolvidos, como Grécia, Irlanda e Israel. Além disso, é um valor próximo de países desenvolvidos, como Espanha, Finlândia e Itália. Ademais, corresponde exatamente ao valor médio dos gastos dos países da OECD, que foi de 8,9% do PIB em 2017, e não se distancia muito do valor médio dos gastos dos países da União Europeia que foi de 9,6% em 2017 (OECD, 2018; OECD/EU, 2018). A estimativa do IBGE na conta satélite de Saúde 2015 foi de 9,1% do PIB (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017)

Esses dados demonstram que o Brasil não gasta pouco em saúde, considerando-se o gasto total anual em percentual do PIB. Pode-se inferir desses dados que o País tem uma posição confortável, no cenário internacional, em termos de gasto total em saúde.

As comparações internacionais permitem afirmar que um gasto total em saúde em torno de 9% do PIB deve ser um número adequado e que não se deveria buscar aumentá-lo, mas estabelecê-lo como um teto para o financiamento da saúde em nosso país.

Contudo, o exame do lado direito da Tabela 3 em que se mostra o gasto público em saúde como percentual do PIB no Brasil e em países selecionados leva a uma análise bem diferente.

O gasto público em saúde como percentual do PIB foi de 3,8% em 2015. É um dado muito próximo ao da conta satélite de saúde referente ao ano de 2015 que foi de 3,9% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Esse valor contrasta com esses gastos em todos os outros países examinados, sejam desenvolvidos ou em desenvolvimento: Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, Grécia, Irlanda, Israel, Itália, Portugal e Reino Unido. Chama a atenção que os Estados Unidos, que são um dos países mais liberais do mundo e que têm um sistema de atenção à saúde muito segmentado e com forte presença

do setor privado, apresentam um gasto público em saúde com um percentual de 8,5% do PIB, mais do dobro do que o do Brasil. A razão desses gastos públicos nos Estados Unidos é o financiamento de programas para pessoas pobres (*Medicaid*) e para pessoas idosas (*Medicare*) que minimizam os efeitos das falhas de mercado que se manifestam no campo dos sistemas de atenção à saúde e que foram examinadas no Capítulo 1.

A conclusão que se tira do exame da Tabela 3 é que o gasto público em saúde em percentual do PIB é muito baixo para os padrões internacionais.

Outro modo de verificar o baixo gasto público no Brasil é visto na Tabela 4, que analisa o gasto público em percentual do gasto total em saúde no Brasil e em países selecionados.

Tabela 4: Gasto público em percentual do gasto total em saúde no Brasil e países selecionados – 2015

País	Gasto público em percentual do gasto total em saúde
Brasil	42,8
Argentina	71,4
Chile	60,8
Costa Rica	76,0
Uruguai	69,8
Espanha	71,0
Estados Unidos	50,4
Finlândia	77,4
Grécia	59,1
Irlanda	70,0
Israel	63,4 (*)
Itália	74,9
Portugal	66,2
Reino Unido	80,4

(*) Dado de 2013

Fonte: World Health Organization (2018).

A Tabela 4 reitera a constatação de que o gasto público em saúde no Brasil é muito baixo em relação aos padrões internacionais. O gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde foi de apenas 42,8%. O dado da conta satélite de saúde Brasil 2015 dá um valor de 42,9% praticamente igual ao dado da OMS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Nesse quesito, o Bra-

sil está abaixo dos Estados Unidos (50,4%), um país em que os sistemas de saúde privados são muito robustos. O Brasil tem o menor percentual entre todos os outros países selecionados, aí incluídos países latino-americanos, como Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai.

A razão pela qual o percentual de gasto público em saúde é muito baixo no Brasil pode ser explicada pela Tabela 5.

Tabela 5: Gasto em saúde em percentual do orçamento público total no Brasil e em países selecionados – 2015

País	Gasto em saúde em percentual do orçamento público total
Brasil	7,7
Argentina	12,3
Chile	19,6
Costa Rica	18,8
Uruguai	20,0
Espanha	14,9
Estados Unidos	22,6
Finlândia	12,8
Grécia	9,1
Irlanda	18,4
Israel	11,0 (*)
Itália	13,4
Portugal	12,3
Reino Unido	18,5

(*) Dado de 2013

Fonte: World Health Organization (2018).

A Tabela 5 mostra que apenas 7,7% do orçamento público total dos governos no Brasil foram gastos em saúde. Todos os demais países – à exceção da Grécia que passou recentemente por uma crise econômica brutal que levou a um processo de ajuste fiscal muito radical e que determinou uma perda de mais de 3% do PIB – apresentaram percentuais de gastos públicos em percentuais do gasto orçamentário total dos governos bem mais altos.

A Tabela 5 desvenda a causa do gasto público muito baixo em nosso país; e isso tem a ver com o histórico do financiamento da saúde anteriormente referido.

A análise dos dados dessas tabelas mostra, além de aspectos quantitativos, importante dimensão qualitativa. Com esse patamar de gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde, não será possível cumprir a determinação constitucional de instituir um sistema público universal de saúde no Brasil.

Isso fica mais claro quando se observa a Tabela 6, que indica o percentual de gasto público em saúde em percentual do gasto total em saúde em países com sistemas públicos universais.

Tabela 6: Gasto público em saúde em percentual do gasto total em saúde em países com sistemas públicos universais selecionados – 2015

País	Gasto público em saúde em percentual do gasto total em saúde
Alemanha	84,5
Canadá	73,5
Dinamarca	84,1
Espanha	71,0
Finlândia	77,4
França	78,9
Itália	74,9
Islândia	81,5
Noruega	85,4
Portugal	66,2
Reino Unido	80,4
Suécia	83,7

Fonte: World Health Organization (2018).

A Tabela 6 mostra que todos os países que praticam sistemas públicos universais, beveridgeanos ou bismarckianos, apresentaram um percentual elevado de gastos públicos, acima de 70%. A única exceção foi Portugal, que também passou por uma grave crise econômica e que apresentou um percentual de 66,2%, valor próximo aos 70%; em 2010 esse percentual era de 69,8%.

Inversamente, no Brasil, o gasto privado em saúde em percentual do gasto total em saúde é muito alto quando comparado com outros países. É o que se vê na Tabela 7.

Tabela 7: Gasto privado em saúde em percentual do gasto total em saúde no Brasil e em países selecionados – 2015

País	Gasto privado em saúde em percentual do gasto total em saúde
Brasil	56,5
Argentina	28,0
Chile	39,2
Costa Rica	24,0
Uruguai	30,1
Espanha	29,0
Estados Unidos	49,6
Finlândia	22,6
Grécia	39,3
Irlanda	30,0
Israel	35,3 (*)
Itália	25,1
Portugal	33,8
Reino Unido	19,6

(*) Dado de 2013

Fonte: World Health Organization (2018).

A análise da Tabela 7 mostra que o percentual de gasto privado em saúde em percentual do gasto total em saúde foi de 56,5%, o maior de todos os países selecionados, superior até aos Estados Unidos, que apresentaram um percentual de 49,6%. O dado da conta satélite de saúde referente a 2015 dá um valor de 57,1% bem próximo ao da OMS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Em alguns países que operam sistemas públicos universais, os percentuais foram menos da metade do Brasil (Finlândia, Itália e Reino Unido).

Outro ponto a ser analisado são os gastos per capita em saúde.

Tabela 8: Gastos total e per capita em saúde PPP no Brasil e em países selecionados – 2015

País	Gasto total em saúde per capita PPP (int\$)	Gasto público em saúde per capita PPP (int\$)
Brasil	1.391,50	594,90
Argentina	1.389,80	992,60

País	Gasto total em saúde per capita PPP (int\$)	Gasto público em saúde per capita PPP (int\$)
Chile	1.903,10	1.156,70
Costa Rica	1.286,50	977,30
Uruguai	1.747,80	1.220,20
Espanha	3.182,50	2.260,50
Estados Unidos	9.535,90	4.801,90
Finlândia	3.996,40	3.093,70
Grécia	2.204,40	1.302,50
Irlanda	5.334,90	3.733,80
Israel	2.819,10	1.583,80 (*)
Itália	3.350,60	2.508,60
Portugal	2.641,40	1.762,30
Reino Unido	4.144,60	3.330,30

(*) Dado de 2013

Fonte: World Health Organization (2018).

O exame da Tabela 8 permite inferir que o Brasil teve um gasto total per capita PPP (paridade do poder de compra) de \$ 1.391,00, valor próximo ao de países como Argentina e Costa Rica e inferior aos dos demais países selecionados. Contudo, o exame do lado direito da Tabela 8, evidencia um gasto público em saúde per capita PPP de \$ 594,00, valor muito inferior aos valores de todos os países selecionados, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. Deve-se sublinhar que o gasto público per capita em saúde do Brasil correspondeu a 40% desses gastos no Chile e em Costa Rica e menos de 50% do Uruguai; o que, mais uma vez, atesta o baixo nível do gasto público em saúde em nosso país.

O gasto privado *per capita* no Brasil e em países selecionados é mostrado na Tabela 9.

Tabela 9: Gasto privado per capita em saúde PPP no Brasil e em países selecionados – 2015

País	Gasto privado <i>per capita</i> em saúde PPP em percentual do gasto total em saúde (int\$)
Brasil	786,40
Argentina	389,20
Chile	746,40
Costa Rica	309,00

País	Gasto privado <i>per capita</i> em saúde PPP em percentual do gasto total em saúde (int\$)
Uruguai	526,00
Espanha	922,00
Estados Unidos	4734,00
Finlândia	902,70
Grécia	866,90
Irlanda	1.601,10
Israel	882,40 (*)
Itália	842,00
Portugal	899,10
Reino Unido	813,90

(*) Dado de 2013

Fonte: World Health Organization (2018).

O exame da Tabela 9 mostra que o Brasil apresenta um gasto privado per capita PPP de \$ 786,40 que é maior do que o verificado em todos os países latino-americanos selecionados e com um valor próximo a países mais desenvolvidos como Grécia, Israel, Itália, Portugal e Reino Unido.

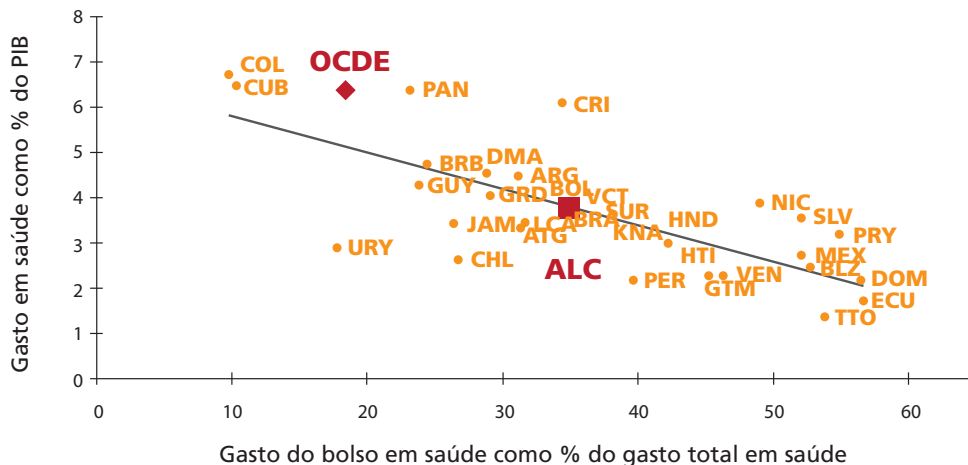
No Brasil, como se viu no Capítulo 3, o sistema de atenção à saúde é segmentado entre o sistema público (SUS) e os sistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto (gastos dos bolsos das famílias).

Nesse sentido, cabe aprofundar a natureza do gasto privado em saúde em nosso país. Recorrendo aos dados de 2012 da OMS, pode-se observar que, em termos de gasto privado total, 57,8% foram gastos com o sistema de desembolso direto; e 40,4%, com planos privados ou saúde suplementar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Isso significa que em nosso País os gastos privados com desembolso direto das famílias em 2012 superaram os gastos privados com o sistema de saúde suplementar.

A situação brasileira, nesse aspecto do gasto privado em saúde, distancia-se do que se observa em países com forte segmentação em que os gastos privados com planos de saúde superam os gastos privados dos sistemas de desembolso direto. É o caso dos Estados Unidos, em que os gastos privados diretos do bolso das famílias corresponderam a 22,4% do gasto privado total, e os gastos privados com planos de saúde atingiram 63,7% dos gastos privados totais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

Pesquisas demonstram que os gastos privados diretos dos bolsos das famílias são muito regressivos e que há uma associação inversa entre os gastos diretos dos bolsos das famílias como percentual do gasto total em saúde e o gasto público como percentual do PIB. É o que se observa no Gráfico 6 e na Tabela 10.

Gráfico 6: A relação entre gastos públicos em saúde como percentual do PIB e gastos de desembolso direto em saúde como percentual do gasto total em saúde



Fonte: Cercone (2007).

Tabela 10: Percentual dos gastos familiares por decil de renda, no Brasil – 2002-2003

Decil de renda familiar per capita	Percentual dos gastos familiares em saúde
1 (Mais pobre)	6,7
2	5,5
3	5,5
4	5,5
5	5,2
6	4,6
7	4,7
8	4,4
9	3,3
10 (Mais rico)	3,0

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2003).

O Gráfico 6 mostra que há uma associação inversa entre os gastos privados dos bolsos das famílias como percentual do gasto total e o gasto público em saúde como percentual do PIB. Isso implica que, quanto maior for o gasto direto dos bolsos das famílias, menor será o gasto público em saúde. Esse é um dos problemas do sistema de atenção à saúde brasileiro que decorre do alto percentual de gastos diretos dos bolsos das famílias na composição interna dos gastos privados em saúde.

A Tabela 10 reflete a iniquidade do gasto de saúde no Brasil ao mostrar que o decil mais pobre despendeu 6,7% de sua renda familiar em saúde contra 3,0% do decil mais rico. Ou seja, relativamente os mais pobres gastaram mais de sua renda familiar com gastos diretos do bolso que os mais ricos.

Para Piola (2018), os gastos em saúde no orçamento familiar é o quarto item mais importante no Brasil. Os mais pobres (20% mais pobres) gastam, sobretudo, com a compra de medicamentos, quase 70% do que gastam. Os mais ricos gastam mais com planos e seguros de saúde, medicamentos e serviços odontológicos.

Essa constatação deve ser considerada na formulação de políticas relativas ao financiamento da saúde no Brasil com o fim de diminuir a iniquidade desses gastos. Isso significa que uma política de financiamento da saúde, para ser mais justa, deve, ao mesmo tempo, aumentar relativamente os gastos públicos em relação aos gastos privados e, também, equilibrar os gastos privados diminuindo, relativamente, os gastos diretos dos bolsos das famílias em relação aos gastos com o sistema de saúde suplementar que, em sua maior parte, nos planos coletivos, têm a participação das empresas no seu financiamento.

Em síntese, a análise dos gastos em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional permite concluir que os gastos públicos são muito baixos e insuficientes para a consolidação do SUS como um sistema público universal de saúde. Para que isso acontecesse o gasto público deveria chegar a um percentual próximo a 70% do gasto total em saúde como ocorre nos países que construíram sistemas públicos universais. Isso significaria elevar o gasto do SUS a um patamar próximo a 6% do PIB, valor bem superior ao valor atual de 3,8%.

Nesse sentido, os países-membros da Opa concordaram em aumentar o financiamento público para a saúde até alcançar o valor de 6% do PIB (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

A vigência da normativa atual, especialmente da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela as despesas primárias da União por 20 anos, tende a diminuir a participação do Governo Federal no financiamento do SUS (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a). Para Piola (2018), essa emenda poderá apresentar alguns problemas no SUS nos próximos anos: diminuição do gasto público em saúde; acirramento das disputas por recursos entre as unidades da federação; os estados e os municípios não terão

como suprir o retraimento de recursos da União; prejuízo no acesso e na qualidade dos serviços do SUS; e a judicialização da saúde poderá aumentar.

Os argumentos de que o Congresso Nacional poderia destinar, a cada ano, recursos adicionais acima da aplicação mínima parecem pouco prováveis em função de várias circunstâncias presentes no Brasil (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b)

Além disso, a crise fiscal dos estados e municípios torna difícil, pelo menos no curto prazo, um incremento real dos recursos para a saúde por esses entes federativos.

De qualquer forma, é preciso manifestar que a análise da insuficiência do gasto do SUS, a partir dos valores praticados nos sistemas públicos universais de saúde vigentes em outros países, só vale para essa alternativa de consolidação do SUS como um sistema público universal (o cenário do SUS como um sistema público universal *beveridgeano*) como se analisou no Capítulo 3.

Um dos problemas que se colocam pelos sistemas segmentados é que não havendo uma coordenação entre esses segmentos cada qual busca aumentar os recursos de forma independente, e isso pode levar a um aumento descontrolado dos gastos totais desses sistemas gerando disfuncionalidades intersetoriais e prejudicando a qualidade do desenvolvimento econômico e social do País. É o caso dos Estados Unidos que, em 2015 despenderam 16,8% do PIB em saúde e que ficaram, não obstante terem o maior gasto total em saúde, no último lugar geral e nos quesitos de acesso, eficiência, equidade e resultados sanitários em uma pesquisa avaliativa que comparou os sistemas de atenção à saúde de 11 países desenvolvidos (SCHNEIDER et al., 2017).

3. A PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NA ECONOMIA BRASILEIRA

Dados da Conta-satélite saúde 2010-2015 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017) mostraram que, em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 546 bilhões, 9,1% do PIB. Desse total, R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB) corresponderam a despesas de consumo do governo; e R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB), a despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias. Entre 2013 e 2014, o consumo final de bens e serviços de saúde passou de 8,2% para 8,7% do PIB. Entre 2013 e 2014, o consumo final de bens e serviços de saúde passou de 8,2% para 8,7% do PIB. Esse aumento de participação é explicado tanto pelo aumento do volume do consumo desses bens e serviços quanto pelo aumento de seus preços.

Em 2015, do total do consumo final de bens e serviços de saúde, 79,2% foi consumo de serviços; e 19,0%, de medicamentos. O restante foi principalmente consumo de outros materiais médicos, óticos e odontológicos.

Em 2015, a despesa com consumo per capita de bens e serviços de saúde de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias chegou a R\$ 1.538,79 em reais correntes daquele ano; no mesmo ano, o consumo per capita do governo foi de R\$ 1.131,94.

Em 2010, o valor adicionado pelas atividades de saúde representou 6,1% do valor adicionado total da economia. Em 2015, essas atividades responderam por 7,3% do total.

Em 2015, enquanto o número de postos de trabalho ocupados nas atividades não saúde caiu 3,8%, nas atividades de saúde, ele cresceu 3,5%. As atividades relacionadas com a saúde ganharam participação no total de postos de trabalho no País, passando de 5,3% das ocupações, em 2010, para 6,4%, em 2015 (6.559.191 postos de trabalho).

4. GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Os gastos em saúde no SUS são gastos públicos constituídos pelo somatório dos gastos federal, estaduais e municipais.

Alguns dados a serem utilizados, provindos de estudo de Piola et al. (2018), referem-se aos gastos com ASPS que excluem algumas despesas, como pagamentos de inativos e pensionistas, juros e amortizações das dívidas interna e externa, recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, assistência médica de servidores do Ministério da Saúde, saneamento, academias da saúde, copagamento da farmácia popular, saúde suplementar e outras. Por essa razão, podem ser diferentes de outros dados apresentados por outras fontes.

Os gastos totais do SUS e os gastos totais em ASPS dos três entes federativos no período de 2003 a 2017 são mostrados na Tabela 11.

Tabela 11: Os gastos totais do SUS e os gastos totais em ASPS dos três entes federativos no período de 2003 a 2017, em R\$ bilhões de 2017

Ano	Gasto total	Gasto da União	Gasto estadual	Gasto municipal
2003	121,0	60,6	29,7	30,7
2004	138,8	68,4	36,1	34,3
2005	150,9	72,7	38,5	39,7
2006	164,0	76,5	43,2	44,3
2007	175,3	80,3	47,1	47,9
2008	192,3	83,5	53,1	55,7

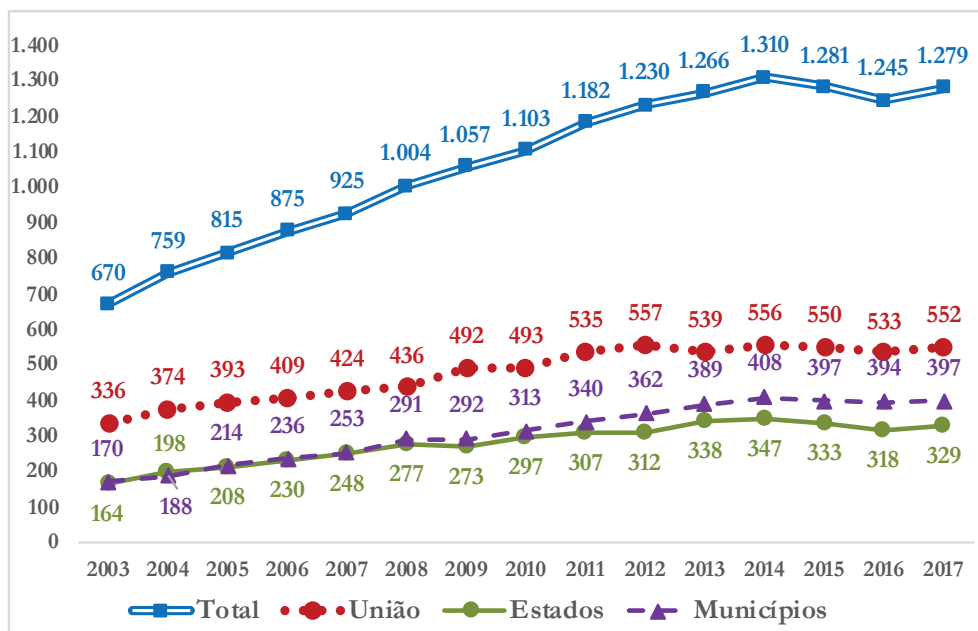
Ano	Gasto total	Gasto da União	Gasto estadual	Gasto municipal
2009	204,5	95,3	52,8	56,5
2010	215,7	96,5	58,1	61,2
2011	233,4	105,6	60,6	67,2
2012	245,0	110,9	62,1	72,1
2013	254,4	108,3	68,0	78,1
2014	265,6	112,7	70,3	82,6
2015	262,3	113,0	68,1	81,2
2016	256,6	109,9	65,5	81,2
2017	265,6	114,7	68,3	82,5

Fonte: Piola et al. (2018).

Ao examinar a Tabela 11, verifica-se que, entre 2003 e 2014, houve aumento real contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPs. A descontinuidade aparece em 2015 e 2016, quando ocorreu redução real do gasto total das três esferas de governo. Os gastos federais e estaduais caíram em 2016; e os municipais, em 2015. Assim, em valores constantes, no período de 2003 a 2017, o gasto total das três esferas teve crescimento de 119,5%; o gasto federal, de 89,2%; o estadual, de 129,9%; e o municipal, de 168,7%. Os recursos adicionais em valores constantes alocados pelos entes federativos, nesse período, foram significativos: União, R\$ 54,1 bilhões; estados, R\$ 38,6 bilhões; e municípios, R\$ 51,8 bilhões.

Os gastos per capita do SUS em ASPs, em valores constantes de 2017, total e pelas instâncias federativas, podem ser vistos no Gráfico 7.

Gráfico 7: Gastos do SUS total e das três esferas de governo em ASPS em valores per capita em R\$ reais de 2003 a 2017

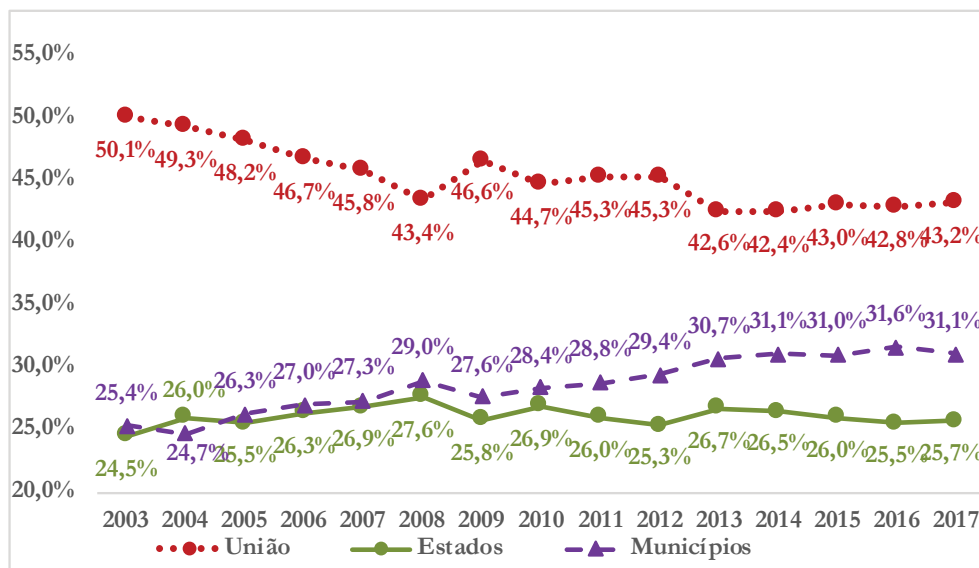


Fonte: Piola et al. (2018).

O exame do Gráfico 7 permite constatar que houve um incremento constante dos recursos per capita de 2003 a 2014 (R\$ 670,00 para R\$ 1.310,00), uma queda entre 2014 e 2016 e um leve acréscimo entre 2016 e 2017. Entre 2003 e 2017 o aumento foi de 90,8%, com um pico em 2012. O gasto per capita dos estados atingiu seu pico em 2014 e apresentou um crescimento de 100,6% no período de 2003 a 2017. O gasto per capita dos municípios cresceu 133,5% no período de 2003 a 2017.

No Gráfico 8, consideram-se os gastos em ASPS das três instâncias federativas em percentuais do gasto total do SUS no período de 2003 a 2017.

Gráfico 8: Gastos percentuais em ASPS da União, estados e municípios em relação ao gasto total do SUS – 2003 a 2017



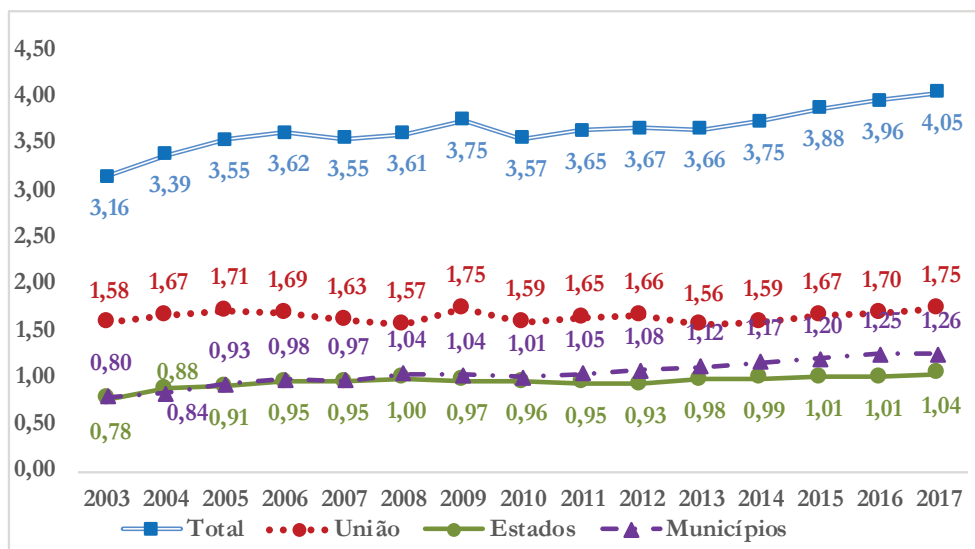
Fonte: Piola et al. (2018).

Pode-se notar no Gráfico 8 que os gastos percentuais em ASPS da União diminuíram de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017 (com uma queda relativa muito acentuada entre 2003 e 2008); diferentemente, os gastos estaduais cresceram de 24,5% em 2003 para 25,7% em 2017; e os gastos municipais aumentaram de 25,4% para 31,1% em 2017. Pode-se perceber, também, que há um descolamento os gastos relativos estaduais e municipais a partir de 2008.

Esses dados demonstram que o principal problema de financiamento do SUS está localizado no âmbito da União e que deriva, em boa parte, das normativas federais que foram se criando como se viu anteriormente no histórico do financiamento do SUS e que permitiram fugir da vinculação que se deu nos estados e municípios.

O Gráfico 9 indica os gastos em ASPS dos três entes federados em percentuais do PIB, no período de 2003 a 2017.

Gráfico 9: Gastos do SUS em ASPS total e dos três entes federados em percentuais do PIB – 2003-2017



Fonte: Piola et al. (2018).

Verifica-se no Gráfico 9 que, no período de 2003 a 2017, os gastos totais do SUS em percentuais do PIB aumentaram 28,1%, mas variaram entre os entes federados: 10,7% da União, 33,3% dos estados e 57,5% dos municípios.

Mais uma vez, conclui-se que o principal problema do financiamento do SUS está no gasto federal; até porque os gastos estaduais e municipais em termos de sua receita corrente líquida já superaram os percentuais definidos constitucionalmente e os critérios prudenciais da boa gestão fiscal, podendo determinar, nesses entes federados, problemas de desequilíbrios intersetoriais.

A relativa estabilidade desses gastos como percentual do PIB pode explicar-se, em parte, pela Emenda Constitucional nº 29/2000, que prevê que o volume de recursos a serem aplicados pela União em ASPS deve ser corrigido anualmente por, pelo menos, a variação do PIB nominal do ano anterior (SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL, 2016).

A análise temporal do gasto da União em percentual do PIB mostra que no período de 2003 a 2017, não obstante o governo federal ter sido ocupado por diferentes grupos políticos e ideológicos em períodos distintos, o gasto federal se manteve em um patamar que flutuou pouco, variando de 1,57% a 1,75% do PIB; em 8 anos dos 15 anos examinados, esse gasto manteve-se entre 1,6% e 1,7% do PIB. Esses valores prevaleceram desde 1967 até 2002 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011). Essa estabilidade temporal no gasto federal em ASPS é corroborada por Castro et al. (2012) e pela Secretaria do Tesouro Nacional (2016).

Isso pode significar que aumentos de gastos públicos em saúde em percentual do PIB podem não depender exclusivamente da vontade política dos governantes, podendo haver, em parte, um componente estrutural nesse tipo de gasto.

A Tabela 12 mostra a evolução do gasto social direto em percentual do PIB da União, nos setores de saúde, educação e cultura, assistência social e previdência no período de 2002 a 2015.

Tabela 12: Evolução do gasto social direto da União em percentual do PIB em setores selecionados – 2002 a 2015

Ano	Saúde	Educação e Cultura	Assistência Social	Previdência
2002	1,6	1,6	0,5	8,0
2003	1,5	1,5	0,5	8,2
2004	1,5	1,5	0,8	8,2
2005	1,5	1,5	0,8	8,8
2006	1,5	1,6	0,9	8,7
2007	1,5	1,7	0,9	8,5
2008	1,5	1,8	0,9	8,2
2009	1,6	2,0	1,0	8,7
2010	1,6	2,1	1,1	8,4
2011	1,5	2,2	1,0	8,2
2012	1,6	2,3	1,1	8,3
2013	1,6	2,3	1,2	8,3
2014	1,7	2,6	1,2	8,6
2015	1,6	2,7	1,2	9,0

Fonte: SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL (2016).

Os dados mostrados na Tabela 12 indicaram que, em 2015, os gastos diretos da União em percentual do PIB em previdência foram de 9,0%, enquanto o somatório desses gastos em saúde, educação e cultura e assistência social foram de 5,5% do PIB.

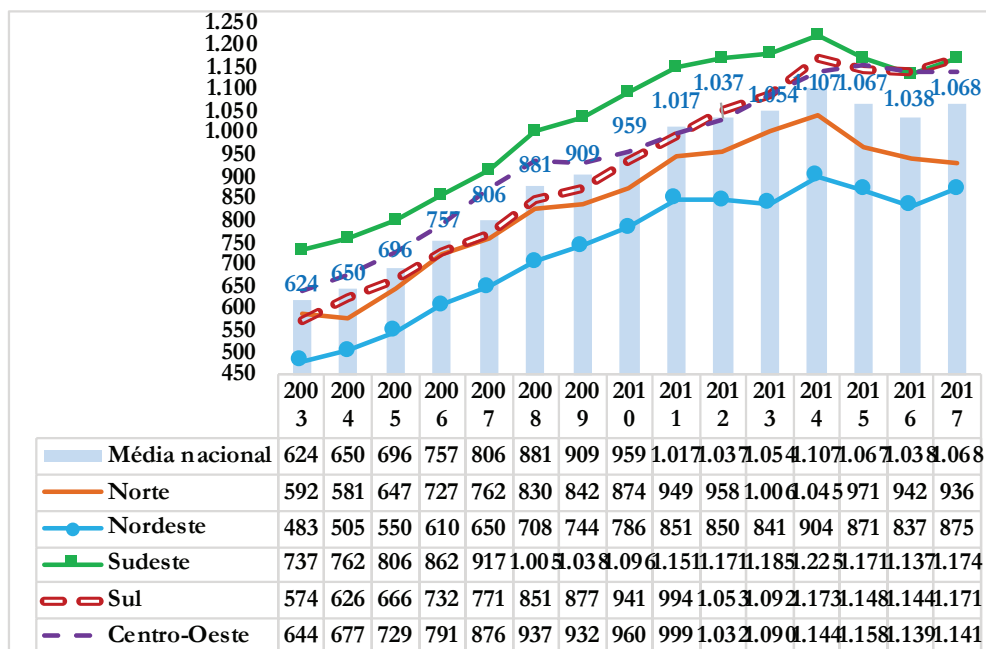
Além disso, enquanto os gastos diretos da saúde em percentual do PIB permaneceram quase estáveis ao longo do período de 2002 a 2015, os gastos em educação e cultura aumentaram de 1,6% a 2,7% (1,1% do PIB); os gastos em assistência social, de 0,5% a 1,2% (0,7% do PIB); e os gastos em previdência, de 8,0% a 9,0% (1,0% do PIB). Esses números mostram que há uma grande pressão dos gastos sociais diretos em previdência no orçamento federal.

5. A DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DO GASTO DO SUS EM ASPS

Além de analisar a dimensão dos gastos públicos, é necessário verificar a sua distribuição regional. Essa é uma dimensão importante da equidade do gasto em saúde.

O Gráfico 10 mostra o gasto público total em ASPS por regiões e habitantes.

Gráfico 10: Gasto público total em ASPS por regiões e habitantes, em R\$ de 2017 – 2003 a 2017



Fonte: Piola et al. (2018).

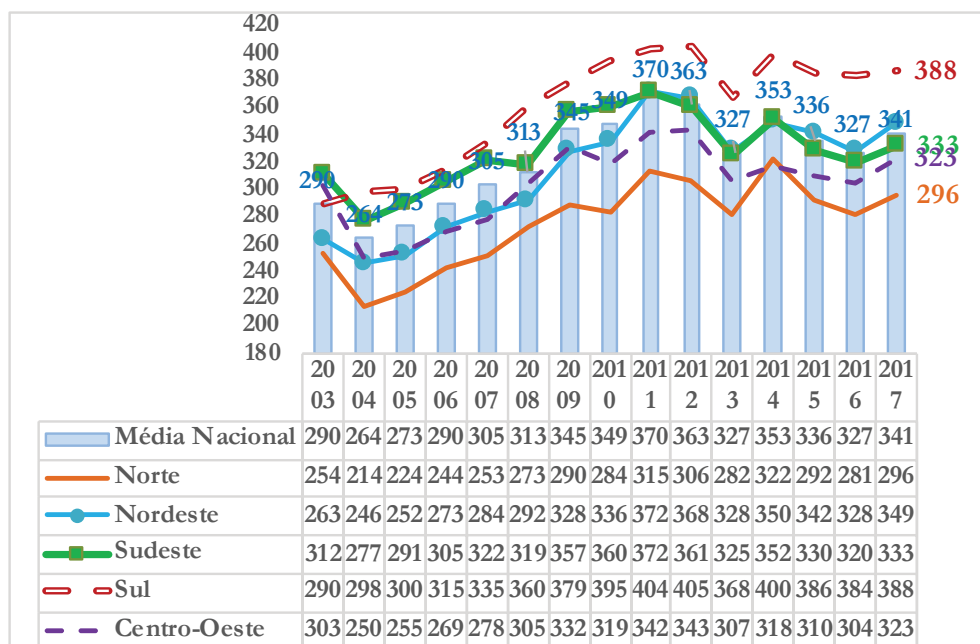
O exame do Gráfico 10 indica que o gasto público total com ASPS cresceu, em valores per capita, em todas as regiões no período de 2003 a 2014, e apresentou queda em 2015 e 2016. As regiões Sudeste e Centro-Oeste, na maior parte dos anos, foram as que apresentaram os maiores valores per capita, acima da média nacional. Por sua vez, a região Nordeste foi, em todo o período, a que apresentou o menor gasto per capita em ASPS. As regiões Sul e Sudeste foram as que receberam os maiores valores per capita de recursos federais regionalizados, enquanto os menores foram destinados à região Norte.

No financiamento do SUS, é de supor que os gastos federais deveriam desempenhar um papel central na diminuição das diferenças regionais. Esse é um mandamento

constitucional colocado no inciso II, § 3º, do art. 198 da Constituição Federal de 1988, que diz que a distribuição das transferências federais entre os entes subnacionais deve obedecer a critérios de rateio que objetivem a progressiva redução das disparidades regionais.

A situação do gasto federal em ASPS por habitante e grandes regiões é mostrada no Gráfico 11.

Gráfico 11: Gasto federal em ASPS por habitante e grandes regiões em R\$ de 2003 a 2017

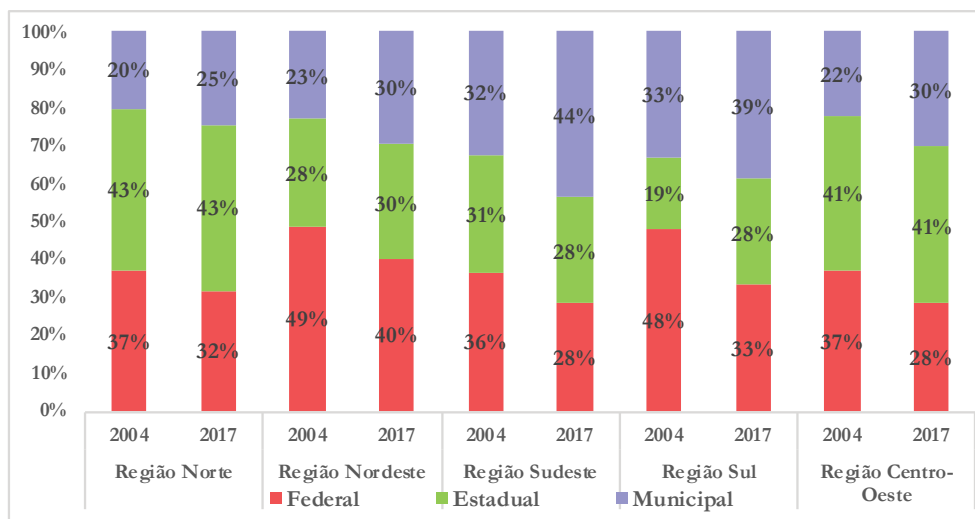


Fonte: Piola et al. (2018).

A região Sul foi a que mais recebeu recursos per capita em 2017, seguida do Nordeste e do Sudeste. A região que menos recebeu foi a Norte.

A participação percentual por regiões dos recursos das três esferas é vista no Gráfico 12.

Gráfico 12: Distribuição do gasto em ASPS das três esferas de governo, por grandes regiões, em percentual do total, em R\$ de 2017 – 2004 e 2017

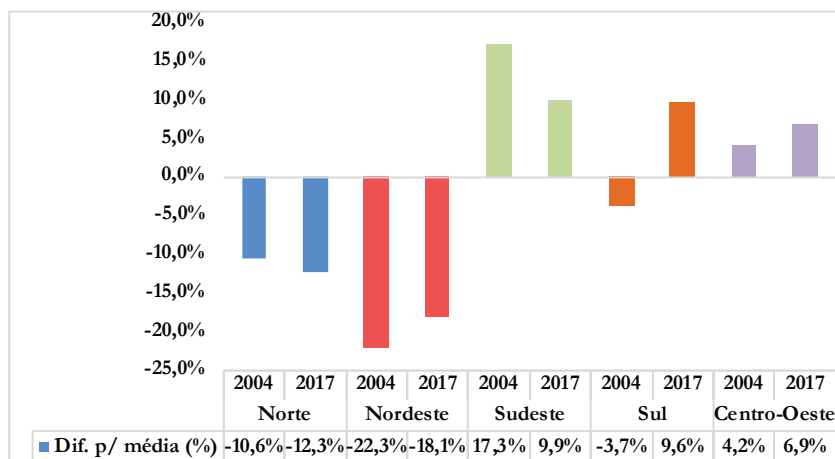


Fonte: Piola et al. (2018).

O gráfico 12 apresenta o comprometimento das três esferas no financiamento público em cada região nos anos 2004 e 2017, mostrando que houve diminuição relativa da parcela de recursos federais em todas as regiões. A região Sul teve a maior redução da parcela federal na despesa, cedendo lugar aos recursos oriundos de fontes próprias dos estados e municípios. Na região Norte, a maior participação relativa foi de recursos estaduais. No Sudeste e no Sul, a predominância foi de recursos originários de fontes municipais. Na região Centro-Oeste, a análise dos dados foi prejudicada pela situação singular de Brasília que recebe recursos específicos de um fundo constitucional.

As diferenças no gasto per capita regional em relação ao per capita médio nacional pode ser vista no Gráfico 13.

Gráfico 13: Comparação do valor da despesa com ASPS por habitante nas grandes regiões e as diferenças percentuais em relação à média nacional em R\$ 2017 – 2004 e 2017



Fonte: Piola et al. (2018).

Os valores per capita médios registrados nas regiões Norte e Nordeste são inferiores à média nacional nesses dois anos. Em 2017, no Nordeste, o valor per capita médio foi 18,1% inferior ao valor médio nacional; e na região Norte, esse percentual foi de 12,3%. Em 2017, o Sudeste, o Sul e o Centro-Oeste apresentaram valores per capita médios superiores à média nacional com diferenças de 9,9% no Sudeste, de 9,6% no Sul e de 6,9% no Centro-Oeste.

Contudo, há diferenças significativas entre grandes regiões e estados, conforme médias regionais apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13: Gastos per capita com ASPS em R\$ em grandes regiões e estados – 2017

Região/estado	Gasto total per capita	Diferença percentual em relação à média nacional
NORTE	936	-12%
Rondônia	1.059	-1%
Acre	1.039	23%
Amazonas	922	-14%
Roraima	1.830	71%
Pará	707	-34%
Amapá	1.064	0%
Tocantins	1.500	40%

Região/estado	Gasto total per capita	Diferença percentual em relação à média nacional
NORDESTE	875	-18%
Maranhão	778	-27%
Piauí	1.079	1%
Ceará	905	-15%
Rio Grande do Norte	956	-10%
Paraíba	936	-12%
Pernambuco	913	-14%
Alagoas	905	-15%
Sergipe	944	-12%
Bahia	784	-27%
SUDESTE	1.174	10%
Minas Gerais	1.023	-4%
Espírito Santo	1.081	1%
Rio de Janeiro	1.202	13%
São Paulo	1.242	16%
SUL	1.171	10%
Paraná	1.142	7%
Santa Catarina	1.149	8%
Rio Grande do Sul	1.213	14%
CENTRO-OESTE	1.141	7%
Mato Grosso do Sul	1.512	42%
Mato Grosso	1.251	17%
Goiás	916	-14%
Distrito Federal	1.190	11%

Fonte Piola et al. (2018).

O dado relativo ao Distrito Federal não inclui os recursos do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) porque eles não compõem as ASPS. Em 2017, o valor alocado por esse fundo foi de R\$ 2,97 bilhões, o que representou um valor per capita de R\$ 743,00. Isso eleva os gastos per capita de Brasília a R\$ 1.933,00, o maior valor nacional, 80,9% maior que a média nacional.

A análise desses dados na perspectiva regional indica que há desigualdades regionais entre as grandes regiões e entre os estados, sendo os gastos com ASPS per

capita do Sudeste 51% maiores que os do Nordeste. Essa desigualdade torna-se maior quando se verifica o somatório das despesas de estados e municípios por região, dadas as diferenças de renda e de capacidade de arrecadação de tributos entre as regiões; em 2017, o maior gasto per capita com recursos próprios de estados e municípios foi de R\$ 841,00 no Sudeste, 60% superior ao valor do Nordeste de R\$ 526,00 (PIOLA et al., 2018).

Esse é um indicador de que o papel constitucional redistributivo da União não está operando de forma eficaz. Isso decorre do fato de que os critérios de distribuição dos recursos federais definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990 e Lei Complementar nº 141/2012 jamais foram implantados.

Da mesma forma, pode-se supor que os estados não devam estar utilizando os recursos gastos em ASPS para atenuar as desigualdades de financiamento da saúde existentes entre os seus municípios.

6. OS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE

As ações ou políticas públicas são normalmente executadas por meio dos gastos públicos, mas essas ações ou políticas podem ser implantadas por meio do próprio sistema tributário. Nesse caso, o governo concede desoneração tributária ao setor privado para incentivá-lo a tomar decisões que levem ao alcance de certos objetivos de interesse público. A desoneração pode ser operacionalizada por meio de isenções, anistias, reduções de alíquotas, presunções creditícias, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações tributárias. Entre os objetivos perseguidos, estão a equalização da renda entre regiões, o incentivo a setores econômicos, a compensação de gastos dos contribuintes com serviços relevantes oferecidos de maneira incompleta pelo Estado e a compensação de entidades civis por oferecerem complementarmente serviços considerados típicos de Estado. Nesse sentido, os gastos tributários representam uma forma de gasto público indireto realizado pelo sistema tributário para atingir objetivos de interesse público (PELEGRINI, 2018).

Não é qualquer desoneração tributária que pode ser entendida como benefício ou gasto tributário. Para tal, é necessário que a renúncia fiscal signifique um desvio ou uma exceção às características que se deve esperar de determinado tributo.

Em relação à evolução dos gastos tributários no Governo Federal, verificou-se um rápido aumento de 2011 (R\$ 152,4 bilhões) a 2015 (R\$ 270,1 bilhões), o que representou 4,1% do PIB. Em termos da relação entre as perdas de receitas e as receitas administradas pela Receita Federal, observou-se que houve um aumento de 16,2% em 2011 para 22,7% em 2015. Ou seja, em 2015, o Governo Federal renunciou a mais de R\$ 1,00 para cada R\$ 5,00 arrecadados (PELEGRINI, 2018).

Os gastos tributários são muito significativos no campo da saúde em nosso país.

A Tabela 14 mostra o valor do PIB e o percentual do gasto tributário em saúde sobre a despesa do Ministério da Saúde.

Tabela 14: Percentual do gasto tributário em saúde sobre a despesa do Ministério da Saúde, em R\$ milhões de 2015 – 2003 a 2015

Ano	PIB	Gasto direto do Ministério da Saúde (1)	Gasto tributário em saúde (2)	% 2/1	Gasto total do Ministério da Saúde
2003	4.184.234	53.872	17.125	31,8	70.997
2004	4.425.245	60.805	19.551	32,2	80.356
2005	4.566.947	64.626	19.878	30,8	84.504
2006	4.747.889	68.049	24.872	36,6	92.921
2007	5.036.079	71.385	24.408	34,2	95.793
2008	5.292.627	74.206	25.995	35,0	100.201
2009	5.285.968	84.702	25.045	29,6	109.747
2010	5.683.908	85.753	25.431	29,7	111.184
2011	5.909.810	93.870	26.457	28,2	120.327
2012	6.023.348	98.576	28.849	29,3	127.425
2013	6.204.339	96.284	29.894	31,0	126.178
2014	6.235.606	100.196	31.640	31,6	131.836
2015	6.000.570	100.055	32.344	32,3	132.399

Fonte: Ocké Reis e Fernandes (2018).

A Tabela 15 indica o gasto direto do Ministério da Saúde, o gasto tributário em saúde (gasto indireto) e o gasto federal total em saúde (soma dos gastos direto e indireto).

Tabela 15: Gasto direto do Ministério da Saúde, gasto tributário federal e gasto federal total em saúde em R\$ milhões de 2015 – 2003 a 2015

Ano	Gasto direto do Ministério da Saúde	Gasto tributário federal	Gasto federal total em saúde
2003	53.872	17.125	70.997
2004	60.805	19.551	80.355
2005	64.626	19.878	84.504
2006	68.049	24.872	92.921

Ano	Gasto direto do Ministério da Saúde	Gasto tributário federal	Gasto federal total em saúde
2007	71.385	24.408	95.792
2008	74.206	25.995	100.201
2009	84.702	25.045	111.183
2010	85.753	25.045	109.747
2011	93.870	26.457	120.327
2012	98.576	28.849	127.425
2013	96.284	29.894	126.178
2014	100.196	31.640	131.836
2015	100.055	32.344	132.399

Fonte: Ocké Reis e Fernandes (2018).

O exame das Tabelas 14 e 15 permite tirar algumas conclusões.

No período considerado, a renúncia fiscal federal aproximou-se de um terço dos gastos diretos do Ministério da Saúde com ASPs, tendo esse valor se mantido estável ao longo dos anos analisados.

O valor total despendido em gastos foi de R\$ 17,1 bilhões em 2003 para R\$ 32,3 bilhões em 2015. No período de 2003 a 2015 o gasto tributário federal em saúde alcançou R\$ 331,5 bilhões um valor muito considerável.

Verificou-se, também, que a trajetória do crescimento do gasto direto e indireto em saúde em termos reais se deu em ritmo superior ao do PIB no período 2003 a 2015: PIB, 43%; gasto direto do Ministério da Saúde, 86%; e gasto tributário federal em saúde, 89%.

O gasto tributário em saúde se dá em quatro grupos principais de isenções tributárias: imposto de renda sobre pessoas físicas, imposto de renda sobre pessoas jurídicas, medicamentos e produtos químicos e hospitais filantrópicos.

Tabela 16: Distribuição dos gastos tributários em R\$ milhões de 2003 a 2015

Ano	IRPF	%	IRPJ	%	MPQ	%	HF	%
2003	3.745	43,3	1.162	13,4	1.122	13,0	2.613	30,2
2004	4.558	43,4	1.309	12,4	1.477	14,0	3.171	30,2
2005	4.975	43,5	1.503	13,2	1.732	15,2	3.215	28,1

Ano	IRPF	%	IRPJ	%	MPQ	%	HF	%
2006	5.776	38,8	1.721	11,6	3.958	26,6	3.439	23,1
2007	6.507	43,0	2.102	13,9	2.876	19,0	6.664	24,2
2008	7.521	44,1	2.181	12,8	3.094	18,1	4.255	25,0
2009	6.794	39,4	2.277	13,2	3.456	20,1	4.703	27,3
2010	6.813	37,1	2.657	14,5	3.614	19,7	5.293	28,8
2011	7.716	37,8	2.937	14,4	3.576	17,5	6.157	30,2
2012	8.762	37,4	3.345	14,3	4.188	17,9	7.137	30,5
2013	9.596	37,2	4.048	15,7	4.338	16,8	7.804	30,3
2014	10.711	36,9	4.326	14,9	5.034	17,3	8.948	30,8
2015	11.672	36,1	4.539	14,0	6.619	20,5	9.514	29,4

IRPF: Imposto de renda de pessoa física

IRPJ: Imposto de renda de pessoa jurídica

MPQ: Medicamentos e produtos químicos

HF: Hospitais filantrópicos

Fonte: Ocké Reis e Fernandes (2018).

A Tabela 16 revela que os maiores gastos tributários são relativos a pessoas físicas. O valor dessas isenções foi de R\$ 11,6 bilhões em 2015, mas os percentuais sobre os gastos federais totais em saúde caíram de 43,3% em 2003 para 36,1% em 2015. Cabe assinalar que a maior queda dos gastos de pessoas físicas coincide com a crise econômica que, como se sabe, afetou significativamente a cobertura do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Em termos da oferta de serviços, os hospitais filantrópicos mantiveram, no período, uma estabilidade nos gastos tributários em torno de 30%, atingindo um valor de 29,4% em 2015.

Os medicamentos e produtos químicos cresceram no período de 13,0% para 20,5%, um aumento muito importante.

As pessoas jurídicas também mantiveram poucas oscilações no período, variando de 13,4% em 2003 para 14,0% em 2015.

Uma análise do gasto tributário com imposto de renda de pessoa física revelou, em 2015, a seguinte composição: planos de saúde, R\$ 8,04 bilhões, 69,20% do total; hospitais e clínicas no Brasil, R\$ 2,2 bilhões, 18,30%; hospitais e clínicas no exterior, R\$ 15 milhões, 0,13%; e profissionais de saúde no exterior, R\$ 7 milhões, 0,06% (OCKÉ REIS; FERNANDES, 2018).

No quadro geral de subfinanciamento do SUS e na perspectiva da equidade no financiamento, os gastos tributários em saúde, como gastos públicos indiretos, deveriam ser submetidos a uma avaliação constante e rigorosa utilizando-se os mesmos critérios de avaliação dos orçamentos dos gastos públicos diretos.

REFERÊNCIAS

CASTRO, J. A. et al. **Gasto social federal: a prioridade macroeconômica no período 1995-2010**. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

CERCONE, J. **Contracting and improving value for money in Caribbean health insurance systems**. San José: Sanigest, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **15 anos de gasto social federal: notas sobre o período de 1995 a 2009**. Brasília: IPEA, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

OCKÉ REIS, C.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde, 2003 a 2015**. Brasília: IPEA, 2018.

OECD. **Spending on health: latest trends**. 2018. Disponível em: www.oecd.org/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf. Acesso em: 20 jul. 2010.

OECD/EU. **Health at a glance, Europe 2018: state of health in the EU cycle**. Paris: OECD Publishing, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. Washington: 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 2014.

PELEGRINI, J. A. **Gastos (benefícios) tributários**. Brasília: Instituição fiscal independente, 2018.

PIOLA, S. F. **Financiamento do SUS: trajetória recente e cenários para o futuro**. Ribeirão Preto: Seminário 30 anos do Hospital das Clínicas da USP/ Ribeirão Preto, 2018.

PIOLA, S. F. et al. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017.** Rio de Janeiro: IPEA, Texto para discussão n° 2439, 2018.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Brasília: IPEA, Texto para Discussão n° 1846, 2013.

SANTOS, L. et al. **Financiamento da saúde: 28 anos de incidentes de percurso.** Campinas: IDISA, 2016.

SCHNEIDER, E. C. et al. **Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better US care.** Washington: The Commonwealth Fund, 2017.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. **Gasto social do governo central 2002 a 2015.** Brasil: Secretaria do Tesouro/CESEP, 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, Nota Técnica n° 28, 2016a.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2015.** Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health data repository: health financing, 2015.** Geneva: WHO, 2018.

CAPÍTULO 9 – O DESAFIO DO MODELO DE FINANCIAMENTO: DO PAGAMENTO POR VOLUME (*FEE-FOR-SERVICE*) PARA O PAGAMENTO POR VALOR (*FEE FOR VALUE*)

1. O SISTEMA DE FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O sistema de financiamento nos sistemas de atenção à saúde consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governo federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos públicos etc.) e sua distribuição por meio de uma variedade de arranjos institucionais para produzir serviços de saúde. Assim, o sistema de financiamento desempenha três papéis: o papel extrativo, o papel acumulativo e o papel alocativo.

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas, e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança dos sistemas de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços.

Ocorre que os sistemas de financiamento da saúde foram desenvolvidos na era da predominância do cuidado agudo, desconsiderando a atenção às condições crônicas. Além disso, os resultados econômicos do financiamento às condições crônicas dão retornos financeiros cinco anos depois, e os resultados sanitários costumam demorar de oito a dez anos para ocorrerem (EASTMAN et al., 1997). Esses tempos longos não combinam com as visões de resultados de curto prazo dos gestores comuns de saúde que preferem, então, financiar a atenção às condições e aos eventos agudos que dão visibilidade política de curto prazo a investir em resultados econômicos e sanitários de médio e longo prazos, mas sustentáveis.

Para que os sistemas de atenção à saúde possam alcançar seus objetivos, é importante alinhar esses objetivos com o sistema de financiamento e com os incentivos econômicos. A falta de alinhamento determina a implantação de políticas inefetivas

e ineficientes (KUTZIN, 2008). Somente se logrará enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa se os objetivos dos sistemas de atenção à saúde estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos. Por exemplo, de nada adianta fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os serviços por procedimento.

2. UMA REVOLUÇÃO NO SISTEMA DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS: DO PAGAMENTO POR VOLUME AO PAGAMENTO PELO VALOR GERADO PARA AS PESSOAS

Ao longo dos capítulos deste livro, vai-se consolidando uma percepção, mais ou menos geral, de que o principal problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos é a disfunção teleológica expressa em um desvio de seus objetivos.

Essa disfunção teve origem no início do século passado quando, a partir do Relatório Flexner, codificou-se a medicina científica (FLEXNER, 1910). Até então, a medicina se desenvolvera na Europa em três formatos principais: a polícia médica ou medicina de Estado na Alemanha, a medicina urbana na França e o sanitarismo que surgiu na Inglaterra como consequência da Revolução Industrial (RINGEN, 1979; ROSEN, 1980).

O surgimento da medicina flexneriana consolidou-se nos Estados Unidos ao tempo da Era Progressista, caracterizada pela aceitação tácita de movimentos reformistas que visavam à criação de um Estado moderno, regido pelas leis da ciência e destinado ao exercício do controle social em momento de industrialização acelerada (KUNITZ, 1974).

A institucionalização da medicina científica deu-se pelo Relatório Flexner, cujas principais diretivas se destinavam a uma mudança radical no ensino da medicina. Esse relatório teve um impacto muito grande porque contou com o apoio das corporações médicas e de fundações privadas americanas (BERLINER, 1975).

A medicina científica determinou mudanças substantivas na conceituação do objeto da prática médica fazendo surgir um novo paradigma expresso em um conjunto de elementos estruturais que coexistem, potenciam-se e complementam-se: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração dos recursos nos planos espacial e institucional (MENDES, 1984).

Ainda que instituída pelo Relatório Flexner na primeira metade do século XX, foi a partir da segunda metade desse século que a medicina científica se consolidou impulsionada pelo crescimento exponencial das pesquisas científicas e dos trabalhos publicados em revistas médicas, o que gerou o paradoxo da tecnologia médica discutido no Capítulo 14 (SMITH et al., 2013; HOLTHAUSEN; GOLDBERG, 2017).

O desvio teleológico dos sistemas de atenção à saúde expressa-se no forte centramento da prática médica nos interesses dos prestadores de serviços e dos fornecedores dos insumos em detrimento da geração de valor para as pessoas usuárias desses sistemas.

Isso leva a um privilegiamento do volume dos procedimentos realizados em prejuízo dos resultados sanitários produzidos. É tempo de mudar radicalmente esse sistema, focalizando-o na geração de valor para as pessoas, e não no volume de serviços prestados.

Nesse sentido, Porter e Teisberg (2007) afirmaram que *“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 os pacientes desses sistemas”*.

Na mesma linha, Main e Slywotzky (2012) entenderam que os sistemas de atenção à saúde estão defronte de uma grande mudança que denominaram de revolução do volume para o valor.

A revolução dos sistemas de pagamento baseados em valor (*fee-for-value*), ainda que muitas vezes não percebida, já se está dando por meio de movimentos disruptivos profundos realizados em ondas que se sucedem e se reforçam (MAIN; SLYWOTZKY, 2012).

Uma primeira onda é a mudança do centramento no volume de procedimentos e em sistemas de atenção focados em indivíduos abordados de forma impessoal para um enfoque de gestão da saúde da população com abordagem do cuidado centrado na pessoa, conforme se viu no Capítulo 5. Disso decorre uma mudança forte que busca atender às necessidades singulares das pessoas usuárias e de subpopulações com necessidades parecidas. Essas transformações reduzem a utilização de serviços de saúde e impactam favoravelmente os custos da atenção à saúde. Uma segunda onda é a do engajamento das pessoas no seu cuidado e a oferta de novas tecnologias disruptivas que associam as tecnologias de informações e a biotecnologia conforme prevê Harari (2018), estimulando a atenção a distância e o uso de algoritmos inorgânicos. Calculou-se que essas mudanças poderiam levar a uma diminuição dos gastos em saúde nos Estados Unidos de aproximadamente US\$ 1 trilhão em um ano (MAIN; SLYWOTZKY, 2012). As duas ondas anteriores alimentam a terceira onda que é a ciência da prevenção que será cada vez mais alimentada por inteligência artificial.

Para que se consiga gerar valor para as pessoas em qualquer campo organizacional, é preciso adotar os três princípios de Kano: eliminar os problemas de qualidade que derivam do não preenchimento das expectativas dos usuários; reduzir significativamente os custos mantendo ou melhorando a qualidade dos produtos ou serviços; e aumentar as expectativas dos usuários provendo produtos ou serviços percebidos como de altos valores (KANO, 1996). Esses princípios valem, também, para as organizações de saúde.

O conceito de valor, contudo, tem um foco amplo que vai além dos desejos e expectativas de organizações, de prestadores de serviços e de pessoas usuárias para incorporar as necessidades da sociedade. Isso significa que a proposição de valor em saúde não se limita ao campo econômico, mas deve refletir, também, os princípios societários (PERSAD et al., 2009).

O conceito de valor em saúde tem sido entendido, como os resultados obtidos com o que interessa às pessoas usuárias relativamente aos custos de obter esses resultados (PORTER, 2010). Assim:

Valor em saúde = qualidade (resultados e experiência das pessoas usuárias) / custos.

O valor deve ser medido em resultados, e não em estruturas e processos.

Como os sistemas de atenção à saúde envolvem várias unidades de saúde diferentes, uma medição apropriada de valor envolve o conjunto de unidades e serviços que determinam o sucesso no atendimento às necessidades das pessoas usuárias em relação a uma determinada condição de saúde (PORTER, 2010).

Para melhorar o valor para as pessoas, é preciso aumentar a qualidade dos resultados e a satisfação dessas pessoas relativamente aos custos.

Há que se considerar, na qualidade dos resultados, a experiência das pessoas usuárias expressa no grau de satisfação porque existe uma associação entre satisfação das pessoas e qualidade dos resultados (SCHUPBACH et al., 2016). Nesse sentido, a experiência do cuidado vivenciada pelas pessoas usuárias é parte importante da qualidade dos resultados (LASKOWSKI, 2016).

Em relação à medição do numerador, deve ser utilizado um indicador composto que englobe múltiplas dimensões de qualidade dos resultados, como complicações, aderência às diretrizes clínicas, satisfação das pessoas usuárias e resultados clínicos. Ainda que muitos desses indicadores possam estar disponíveis, combiná-los em um único indicador composto é tarefa complexa (LEE et al., 2016).

No entanto, os sistemas de atenção à saúde são mais capazes de medir o denominador (custos) que o numerador (qualidade). Como consequência, esses sistemas

despendem muito mais esforços na diminuição dos custos do que na melhoria da qualidade dos resultados.

O valor constitui o valor supremo nos sistemas de atenção à saúde porque é o que, em última instância, importa para as pessoas usuárias e deve interessar a todos os atores: os gestores, os prestadores de serviços e os fornecedores de insumos. É o único conceito que permite articular interesses e cooperação entre os diferentes atores dos sistemas de atenção à saúde (LEE, 2010).

O valor contém outros objetivos desses sistemas, como qualidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade (PORTER; TEISBERG, 2007).

Os resultados sanitários vão além da estrutura e de processos para incluir os desfechos clínicos (*outputs*) e os resultados (*outcomes*).

As várias definições para valor em saúde buscam o equilíbrio entre: a percepção das pessoas usuárias quanto à experiência assistencial; o manejo adequado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de intervenções curativas, de cuidado e reabilitadoras que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; e os custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de atenção à saúde (COALIZÃO SAÚDE, 2017).

A visão de valor, na prática, admite diferentes reinterpretações entre os gestores de saúde, os prestadores de serviços e as pessoas usuárias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010; ROSENBAUM, 2013).

O objetivo da atenção à saúde deve ser aumentar o valor para as pessoas usuárias, o que significa incrementar a qualidade dos resultados para elas predominantemente pelo aumento do numerador (valor). Muitas vezes, as intervenções de diminuição de custos, tomadas isoladamente, levam a resultados ruins porque resultam de transferências de custos, de restrições de tratamentos ou de perda de qualidade (PORTER; TEISBERG, 2007).

O valor tem de ser medido para as pessoas usuárias, e não para as organizações de saúde e para os prestadores de serviços que focam nos seus custos e que tendem, frequentemente, a racionar a oferta de serviços ou a transferir os custos para essas pessoas. Economias de custo no curto prazo podem ter resultados desastrosos no longo prazo, não gerando valor para as pessoas.

Porter e Teisberg (2007) dizem que, para que se gere valor para as pessoas, há que se estabelecerem algumas condições: o foco deve ser na geração de valor, e não na redução de custos; o valor mede-se por resultados sanitários; o valor estabelece-se considerando o ciclo total de atendimento de uma condição de saúde; o valor depende da experiência, da escala e do aprendizado dos prestadores de serviços; as

informações sobre os resultados devem ser amplamente difundidas; e as inovações que aumentam o valor devem ser estimuladas.

Há evidências de que, para melhorar os resultados e gerar valor para as pessoas usuárias, devem ser adotadas políticas que aumentem a motivação intrínseca das equipes de saúde (BERENSON et al., 2013). Entretanto, o mais comum é que se busquem criar incentivos econômicos que incrementem a motivação extrínseca, mas isso parece não funcionar (DIXON-WOODS et al., 2013; LEE et al., 2016).

O desvio teleológico dos sistemas de atenção à saúde referido anteriormente alimenta-se, em boa parte, do sistema de pagamento ancorado no volume dos procedimentos prestados.

O modelo de pagamento baseado no volume dos procedimentos tem levado os sistemas de atenção à saúde na direção errada, e os resultados são maiores custos e baixos valores entregues às pessoas.

O foco no volume de serviços prestados gera muitos problemas, como a incorporação e a sobreutilização de tecnologias não efetivas que podem causar danos às pessoas usuárias e que aumentam os custos desses sistemas, como se verifica no Capítulo 14.

Nos Estados Unidos, em uma reunião para avaliar a crise do sistema de atenção à saúde daquele país, concluiu-se que: o sistema é o mais caro do mundo; ele opera com padrões de qualidade medíocres; ele produz resultados sanitários inferiores a outros países que gastam bem menos; e ele não oferece serviços preventivos apropriados. A causa disso tudo é o sistema de pagamento focado no volume de recursos, ou seja, os incentivos financeiros estão dirigidos para prestar mais serviços a mais pessoas, o que aumenta os custos do sistema de forma incontrolável (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Os dados americanos apontam para a urgência de medir o valor em saúde naquele país: entre 10% e 20% das pessoas hospitalizadas sofreram danos preveníveis; 20% delas receberam atenção desrespeitosa; e um terço dos recursos financeiros gastos foram desperdiçados, o que representa aproximadamente US\$ 1 trilhão ou US\$ 9 mil por família por ano (FINEBERG, 2012; SHEKELLE et al. 2013).

No Canadá, há a mesma preocupação com gerar valor na saúde. O Conselho de Saúde daquele país verificou que se gastaram, em 2008, US\$ 172 bilhões em saúde e que esses gastos consumiram 40% dos orçamentos das províncias. Com base nisso, esse Conselho lançou uma discussão nacional sobre o financiamento da saúde que retira o foco do volume dos recursos consumidos para dirigi-lo para o valor do que se está obtendo por dólar invertido (HEALTH COUNCIL CANADA, 2009).

Vários estudos demonstraram que não há associação entre o volume de procedimentos realizados e os resultados sanitários.

Um estudo mediu a qualidade dos serviços prestados pelo *Medicare* nos Estados Unidos e concluiu que havia uma associação entre o volume e os gastos per capita neste programa nos estados (JENKINS et al., 2003).

Pesquisa analisou a variação regional nos Estados Unidos de procedimentos médicos (consultas médicas, exames complementares, consultas com especialistas e internações hospitalares) e verificou que as regiões de maior oferta disponibilizam mais de 60% desses procedimentos e que a qualidade do cuidado e o acesso aos serviços não foram melhores na maioria dos indicadores, sendo piores em procedimentos preventivos que nas regiões de menor oferta. A explicação da sobreoferta de procedimentos está nos padrões culturais de oferta de serviços vigentes nessas regiões (FISHER et al., 2003a). Esses mesmos autores verificaram que os beneficiários do *Medicare* em regiões que ofertaram mais procedimentos em relação a outras que ofertaram menos não apresentaram melhores resultados sanitários e maiores índices de satisfação das pessoas usuárias (FISHER et al., 2003b).

Estudo observou – após ajuste por idade, sexo e raça – que os gastos per capita de beneficiários do *Medicare* em 2000 foi de US\$ 10.550,00 em Manhattan, Nova Iorque, e de US\$ 4.823,00 em Portland, Oregon; e que esta diferença não está relacionada com variações nas doenças ou nos preços, mas com os padrões de práticas clínicas mais orientadas por mais uso de serviços especializados e hospitalares. Os beneficiários de Manhattan ficaram internados mais de duas vezes, fizeram mais que o dobro de consultas médicas, estiveram uma semana ou mais em uma unidade de terapia intensiva e se consultaram cinco vezes mais com médicos especialistas que os de Portland (DARTMOUTH ATLAS OF HEALTHCARE PROJECT, 2003; SKINNER; FISHER, 1997; WENNERBERG et al., 2002). Os beneficiários do *Medicare* em regiões de padrões clínicos mais intensivos tiveram menor acesso aos cuidados, satisfação igual ou pior com a atenção recebida e receberam tratamentos de menor qualidade (FISHER et al., 2003a; FISHER et al., 2003b). As diferenças entre os padrões clínicos de alta e baixa intensidade deveram-se ao número de médicos envolvidos no cuidado, ao número de exames complementares e à quantidade de tempo que as pessoas passaram no hospital e em unidades de terapia intensiva (WASSON et al., 1984). Alguns testes diagnósticos, quando sobreutilizados, representaram um risco para as pessoas usuárias em função do ciclo de procurar mais, achar mais e fazer mais (WELCH et al., 2011).

Um trabalho feito com países da OECD mostrou que não há relação entre o volume de recursos despendidos em saúde e a expectativa de vida ao nascer (JOURMARD et al., 2008).

Na mesma linha, a OMS adverte que uma visão de senso comum considera que a melhor forma de melhorar a qualidade da atenção é alocar mais recursos para o

sistema de atenção à saúde. A consequência disso é uma visão de senso comum que considera que a qualidade da atenção depende da alocação de mais recursos para o sistema de atenção à saúde. Todavia, isso não é verdade porque, frequentemente, mais recursos são usados para fazer mais do mesmo, o que pode levar a serviços inefetivos e perigosos, localizados em lugares errados em função das necessidades da população e sem integração em RAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

Essas diferenças nos padrões clínicos mostradas nas pesquisas têm causas bem conhecidas (WENNERBERG et al., 2002). Uma delas está no sistema de incentivos financeiros embutidos na modalidade de pagamento aos prestadores pelo *fee-for-service*, que remunera por procedimentos isolados segundo as suas densidades tecnológicas, o que estimula a sobreutilização dessas tecnologias. Certamente que esse modelo de remuneração tende a não gerar valor para as pessoas usuárias e a aumentar o volume dos serviços e os custos dos sistemas de atenção à saúde.

O pagamento por volume incentiva a quantidade em relação à qualidade e aos serviços procedimentais ou invasivos em detrimento dos serviços cognitivos; além disso, esse sistema deixa de remunerar processos clínicos fundamentais para a geração de valor para as pessoas, desestimulando sua oferta pelos sistemas de atenção à saúde (MORIATES et al., 2015).

Nos Estados Unidos, há exemplos dessa situação nos cuidados primários quando se verificou que certas ações importantes dos médicos para a geração de valor, como atendimentos telefônicos ou por correio eletrônico, revisão de resultados de exames e trabalho em equipe interdisciplinar, não são remuneradas em detrimento do atendimento presencial face a face nas consultas médicas (BARON, 2010; MARGOLIUS; BODENHEIMER, 2010).

Reversamente, como se vê no Boxe 1, pode-se analisar o manejo da dor lombar nesse mesmo país em que o pagamento por volume induz à sobreutilização de procedimentos.

Boxe 1: O manejo da dor nas costas nos Estados Unidos

Aproximadamente um terço dos adultos americanos apresentam dor nas costas que duram pelo menos 1 dia nos últimos 3 meses, o que faz com que essa condição de saúde seja a quinta mais frequente queixa ambulatorial. Como consequência, o gasto com o manejo dessa condição é muito alto, sendo próximo aos gastos com diabetes e com câncer. Pesquisas demonstraram que, entre 1997 e 2005, os gastos médicos com a dor nas costas aumentaram rapidamente, mas não se constataram melhorias nos resultados para as pessoas, incluindo a opinião sobre o estado de saúde, a incapacidade funcional, as limitações no trabalho e o desempenho social (DEYO et al., 2002; KATZ, 2006; CHOU et al., 2011). Os exames de imagem foram os maiores contribuidores em relação a esses gastos excessivos. O problema é que a verificação de anormalidades nessas imagens é comum em indivíduos com ou sem dor nas costas. Mais de 57% das pessoas de mais de 60 anos apresentaram anormalidades nas ressonâncias magnéticas da região lombar (BODEN et al., 1990). Estimou-se que 116.229.000 adultos americanos se queixaram de dor lombar no período de 1 ano; 12.676.000 demandaram consulta médica ambulatorial; 3.802.800 fizeram exames de imagem; e verificou-se que 30% dos beneficiários do *Medicare* com dor nas costas fizeram exames de imagem em um período inferior a 28 dias (SRINIVAS et al., 2012). As diretrizes clínicas do *American College of Physicians* não recomenda exames de imagem em pessoas com dor lombar na ausência de sintomas do tipo “bandeira vermelha” uma vez que esses exames antes de 6 semanas não melhoram os resultados, mas aumentam os custos da atenção (CHOU et al., 2007). O *American College of Radiology* concorda que os exames de imagem na avaliação da dor lombar são sobreutilizados e observa que a maioria das pessoas voltam a suas atividades normais em menos de 1 mês independentemente desses exames (DAVIS et al., 2009). Apesar das evidências inseridas nas diretrizes clínicas, 40% dos médicos de família e 13% dos clínicos gerais reportaram solicitar testes rotineiros de imagens em casos de dor lombar aguda (DI IORIO et al., 2000). O excesso de exames de imagem aumenta os riscos de radiação excessiva, incrementa desnecessariamente os custos da atenção à saúde e pode determinar efeitos em cascata posteriores como ansiedade, percepções de piora na dor e cirurgias de coluna desnecessárias (VERRILLI; WELCH, 1996; KENDRICK et al., 2001; DEYO, 2002; JARWICK et al., 2003). Os exames de imagem de rotina nas dores nas costas são apenas um dos exemplos entre muitos que, em certas circunstâncias, são caros e não agregam valor para as pessoas. Em parte, esse fenômeno da sobreutilização das tecnologias médicas é incentivado pelo pagamento por volume que se foca na quantidade de procedimentos, e não na geração de valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

A questão analisada no Boxe 1, relativa aos Estados Unidos, poderia ser aplicada em outros contextos. É o caso do Programa de Tratamento da Coluna do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Esse hospital introduziu uma segunda opinião na indicação de cirurgias de coluna realizada por um ortopedista e um fisiatra. Com esse novo modelo, em uma amostra de 4.226 pessoas encaminhadas ao hospital com indicação de cirurgia de coluna, apenas 1.479 (35%) tiveram confirmada a necessidade de cirurgia, e 2.747 foram encaminhadas para tratamento de fisioterapia (65%). Os benefícios financeiros foram muito substanciais. Em três anos de programa, a economia feita superou US\$ 60 milhões em função de evitar cirurgias desnecessárias. Para as pessoas tratadas sem cirurgia, o custo médio do tratamento foi de US\$ 1.650,00, enquanto para as pessoas que fizeram cirurgia o custo médio foi de US\$ 18.520,00. O custo total estimado para a coorte de pessoas tratadas foi de US\$ 1.184.810,00, o que representou uma diminuição de 158,5% em relação ao custo total projetado para as mesmas pessoas se o tipo de tratamento inicial cirúrgico tivesse sido realizado (BISOGNANO; KENNEY, 2015).

O estímulo à sobreprestação de procedimentos pagos por volume é agravado pela falta de informação que as pessoas têm dos benefícios, dos riscos e das incertezas das intervenções médicas e da qualidade real dos profissionais de saúde.

Fisher (2003) parece estar certo ao afirmar que, em saúde, mais nem sempre significa melhor, e, por esta razão, mudar o foco do sistema de pagamento do volume de procedimentos (*fee-for-service*) para o valor agregado às pessoas (*fee-for-value*) é imprescindível e urgente nos sistemas de atenção à saúde.

3. AS MODALIDADES DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Há diferentes modalidades de pagamentos aos prestadores de serviços que podem ser agrupadas em dois grandes grupos: os pagamentos retrospectivos e os pagamentos prospectivos. O sistema de pagamento retrospectivo é aquele em que o fluxo financeiro se faz *ex-ante*, independentemente da prestação prévia dos serviços, como os pagamentos por capitação e por pacotes de serviços. Diferentemente, os pagamentos prospectivos constituem fluxos financeiros *ex-post*, no qual o pagamento é efetuado em virtude dos serviços previamente executados, como nas formas de pagamento por procedimentos (*fee-for service*).

Alguns pontos parecem consensuais em relação às modalidades de pagamentos pelos sistemas de atenção à saúde: os prestadores de serviços respondem aos incentivos positivos e negativos contidos em cada modalidade de pagamento; exige-se um certo nível de capacidade gerencial para tornar qualquer método eficaz; os métodos de pagamento que geram incentivos mais positivos tendem a apresentar custos administrativos mais altos; a modalidade de pagamento deve induzir a algum compartilhamento de riscos financeiros entre entes pagadores e entes prestadores de serviços; e a forma de pagamento deve fazer parte de um contrato de gestão (BARNUM et al., 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Dentre as diferentes modalidades de pagamentos aos prestadores de serviços, podem ser destacadas: o pagamento por procedimentos ou *fee-for-service*, o pagamento por performance, o pagamento por pacotes de serviços e o pagamento por capitação.

Essas modalidades de pagamento podem apresentar-se de forma isolada ou de forma combinada em *mixes* de algumas delas.

3.1 O PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS (*FEE-FOR-SERVICE*)

O pagamento por procedimentos é uma modalidade muito empregada e que é coerente com o pagamento por volume de serviços realizados.

Nessa modalidade, cada procedimento é mensurado por um valor e pago separadamente. Nela, cada prestador é pago por cada unidade de procedimento como consulta, exame radiológico, cirurgia e outros procedimentos constantes de uma tabela de pagamento.

O pagamento por procedimento foi instituído nos Estados Unidos na década de 1930; e sua lógica assenta-se em que tudo o que foi utilizado no atendimento, incluindo materiais e recursos humanos, é colocado em uma fatura detalhada por procedimentos com base em uma tabela de valores predefinidos.

O gargalo da modalidade é o estímulo ao volume e à complexidade dos serviços sem levar em conta a qualidade. Quanto mais procedimentos e quanto mais densa a tecnologia utilizada, maior é a remuneração, o que leva a práticas pouco responsáveis de custos (MV, 2018).

O pagamento por procedimentos tem sido reconhecido como o maior obstáculo para a melhoria da atenção à saúde, não obstante continuar sendo o sistema de pagamento mais utilizado nos Estados Unidos (PORTER; KAPLAN, 2016).

Para Christensen et al. (2009), o sistema de pagamento por procedimentos *“define para os prestadores de serviços uma fórmula simples de ganhar mais dinheiro: quanto mais serviços prestados e quanto maior o preço desses serviços, mais dinheiro se ganha. Estimula os prestadores a oferecer não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidados possível. É como jogar querosene nos explosivos custos da saúde”*. Esses autores afirmaram que metade dos serviços de saúde realizados nos Estados Unidos é desnecessária do ponto de vista médico e podem ser imputados aos incentivos financeiros embutidos no pagamento por procedimentos.

Há quem identifique nessa modalidade algumas virtudes, como o aumento da produtividade e o incentivo à não restrição da oferta de procedimentos por parte dos prestadores de serviços (CHERNEW, 2010). Medici (2017) sugere que esses modelos fornecem às pessoas usuárias maior liberdade de escolha para selecionar médicos, instalações e outros prestadores de cuidados de saúde.

Por outro lado, a lógica do pagamento por volume que sustenta essa modalidade tende a incrementar a sobreutilização dos serviços e da má prática clínica porque incentiva os prestadores a fornecer o máximo de serviços possível, independentemente de eles serem efetivos ou necessários. Por isso, os tipos e os volumes dos serviços utilizados para manejar certas condições de saúde variam muito, o que faz com que seja difícil comparar o verdadeiro custo entre os diferentes prestadores (JAMES; POULSEN, 2016).

O pagamento por procedimentos é realizado separadamente a diferentes prestadores, o que incentiva a fragmentação do sistema de atenção à saúde e, por con-

sequência, não gera incentivos para a coordenação da atenção e para a integração em deste sistema.

Essa modalidade de pagamento dos prestadores de serviços quebra o princípio do compartilhamento de risco entre prestadores e agências pagadoras, gerando desequilíbrio contratual.

Além disso, remunera a quantidade, e não a qualidade; e na atenção hospitalar, reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou de erros médicos são novamente remuneradas pelo ente pagador (BICHUETTI; MERE JR, 2016).

Também, o pagamento por procedimentos tende a induzir à utilização de tecnologias de maior densidade tecnológica que, em geral, são mais bem remuneradas em detrimento de tecnologias menos densas que têm remuneração menor. Como exemplo, as tecnologias cognitivas que não operam com intermediação de tecnologias duras, em geral, não recebem incentivos financeiros para o seu uso. É o caso dos procedimentos preventivos e de diagnóstico que dependem exclusivamente de habilidades cognitivas. Isso gera desequilíbrios de preços relativos entre diferentes procedimentos.

Outro problema do pagamento por procedimentos é que pode haver diferenças entre os mesmos procedimentos por regiões ou por especialidades (MORIATES et al., 2015). Os valores praticados para os mesmos tipos de procedimentos variam amplamente entre diferentes prestadores. O desempenho não conta, os custos reais não são conhecidos e os valores ficam condicionados ao poder de barganha dos diversos atores (BICHUETTE; MERE JR, 2016).

No setor privado, o pagamento por procedimentos produz irracionalidades na gestão do cuidado e pode levar a custos exagerados, como ocorre em qualquer modelo de livre-escolha quando o mercado é imperfeito. Existe um baixo nível de correspondência entre os custos e a remuneração porque a formação dos preços e tarifas associadas ao *fee-for-service* geralmente não tem relação com os custos. Em consequência, essa modalidade de pagamento leva a um aumento maior no valor dos prêmios e exige, para o paciente e para o seguro, mais burocracia no preenchimento de formulários, impactando os custos administrativos. Em geral, as operadoras que utilizam o pagamento por procedimentos não ofertam serviços de promoção da saúde e prevenção das doenças em seus planos, o que aumenta a possibilidade de gastos catastróficos dos beneficiários no longo prazo (MEDICI, 2017).

Por essas razões, está se fixando uma posição de que o pagamento por procedimentos deve ser evitado porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias.

Nos Estados Unidos, essa forma de pagamento tem sido considerada como um reator descontrolado que abastece os custos do sistema de atenção à saúde, já que

cerca da metade dos serviços de saúde consumidos resultaram da orientação de médicos e de fornecedores, e não das necessidades da população (CHRISTENSEN et al., 2009). Esses autores citam dois executivos importantes de organizações de saúde americanas. George Halvorson, Presidente da Kaiser Permanente, diz: *“Examine os números e observe os contrastes. Os pacientes poderiam pagar a um médico US\$ 100 por uma visita de prevenção à asma e mais US\$ 200 por seu inalador, vendido sob prescrição. Uma visita ao setor de emergência, por outro lado, pode gerar de US\$ 2.000 a US\$ 4.000 em receitas para o prestador, enquanto uma hospitalização integral poderia render de US\$ 10.000 a US\$ 40.000 em receitas para a instituição. Se o dinheiro incentiva o comportamento, onde, como sociedade, estamos colocando nosso dinheiro hoje? Não é na prevenção das crises de asma, mesmo estando os Estados Unidos diante de uma epidemia de asma”. Robert Nesse, da Clínica Mayo, indaga: “Qual seria o preço de um hambúrguer na TGI Fridays se, em vez de pagar pelo resultado da boa comida, oferecida em local adequado por um serviço amável, pagássemos pelo número de cozinheiros ou pelo número de garçons que nos atendessem. O que aconteceria com o preço do hambúrguer?”*

Hodgin (2018) analisa a decadência do pagamento por procedimentos nos Estados Unidos em três fenômenos: o fenômeno da mudança, o fenômeno da terceira parte pagadora e o fenômeno do isolamento.

O fenômeno da mudança parte da incapacidade de o pagamento por procedimentos adaptar-se às mudanças contextuais nos sistemas de atenção à saúde que levam a população ao envelhecimento, ao predomínio relativo das condições crônicas e das complexidades de seu manejo. Certamente, esse modelo se esgotou e necessita ser substituído por modelos de pagamento baseados em valor.

O fenômeno da terceira parte pagadora leva à sobreutilização dos serviços, tanto pelo aumento da oferta pelos profissionais de saúde quanto pelo aumento da demanda das pessoas usuárias. Isso ocorre porque a terceira parte pagadora está distante dos profissionais e das pessoas usuárias que ignoram o custo-eficiência dos diversos procedimentos. É sabido que, quando os prestadores e as pessoas usuárias ignoram os custos dos procedimentos, dá-se a sobreutilização dos serviços. Quando os pagadores tentam controlar os custos dos procedimentos, há uma tendência dos prestadores a compensarem por meio do aumento desses procedimentos. Ademais, o modelo de pagamento por procedimentos é condicionado por uma crença dos profissionais de saúde de que fazer mais é melhor para as pessoas usuárias. Esse modelo de pagamento não tem nenhum incentivo para que os profissionais de saúde considerem o custo eficiência dos procedimentos e para que as pessoas usuárias procurem utilizar os serviços de forma apropriada. A terceira parte pagadora simplesmente paga os procedimentos, o que leva a mau uso e à sobreutilização.

O fenômeno do isolamento leva à fragmentação dos sistemas de atenção à saúde. O pagamento por procedimentos incentiva a produção de procedimentos isolados, desincentiva o trabalho interdisciplinar ao focar excessivamente no ato médico,

incrementa a fragmentação dos diversos serviços e não estimula a coordenação da atenção à saúde. Pagar numerosos prestadores de forma independente em uma situação de saúde muito complexa e dominada pelas condições crônicas não faz sentido.

A convergência desses três fenômenos impõe uma agenda de transição do pagamento por procedimentos para o pagamento baseado em valor gerado para as pessoas. Contudo, ainda que esse movimento tenha sido estimulado pelo *Obamacare (Affordable Care Act)*, não se espera uma transição rápida que promova o fim do *fee-for-service* nos Estados Unidos, o que reforça a tendência de modelos mistos (HODGIN, 2018).

Reconhece-se que em uma migração gradual de *fee-for-service* para outras arquiteturas de pagamento baseadas em valor poderá exigir o espaço e a necessidade para esse modelo tradicional, especialmente para condições de saúde de baixa previsibilidade ou raras que podem não se enquadrar nos novos modelos (COALIZÃO SAÚDE, 2017).

No Brasil, tanto no setor público quanto no setor privado, predomina a modalidade de pagamento por procedimentos.

No sistema de saúde suplementar, ainda que se reconheça seus defeitos inequívocos, há várias dificuldades em transitar para modalidades de pagamento baseadas em valor para as pessoas: a pulverização dos prestadores e sua falta de cooperação; as operadoras responsáveis pelo pagamento não estão dispostas a assumir os riscos de mudança do modelo; os pagadores se acomodam com o *status quo* e operam negociando valores mais baixos com os prestadores; muitos médicos não são fiéis à instituição em que trabalham e operam em diversas instituições ao mesmo tempo; e os profissionais de saúde não têm uma visão de todo o ciclo de uma condição de saúde; e não existe sistemas de informações clínicas que permitam monitorar os trajetos das pessoas usuárias em todos os pontos de atenção (BICHUETTI; MERE JR, 2016).

No sistema público brasileiro de atenção à saúde, também predomina o pagamento por procedimentos. Esse sistema opera com base na Tabela Unificada do SUS.

Todos os problemas decorrentes da utilização de *fee-for-service*, anteriormente descritos, apresentam-se no SUS. Por essa razão, há uma insatisfação generalizada, de todos os seus atores, com esse sistema de pagamento hegemônico. Essa insatisfação é canalizada, em geral, na reivindicação pela atualização da tabela do SUS, muitas vezes solicitada como um ajuste linear.

Entre os problemas dessa tabela, ressalta-se o da deterioração dos preços relativos entre os diversos procedimentos, que o qual vem se dando ao longo dos anos. Um estudo realizado pelo Banco Mundial no SUS do estado da Bahia entre os valores de procedimentos médicos feitos pelo SUS e por uma operadora de planos de saúde do

estado de Massachusetts, nos Estados Unidos, mostrou essa estrutura perversa de preços relativos que vigia na tabela SUS. Havia procedimentos em que a relação era de 1:3, como transplantes renais, e outros procedimentos cognitivos em que essa relação chegava a 1:300 (JANET, 2000). Isso mostra a inviabilidade de um reajuste linear na Tabela Unificada do SUS que, ademais, não seria desejável.

De qualquer forma, a modalidade de pagamento por procedimentos do SUS deveria ser abandonada em favor de novos modelos de pagamento baseados na geração de valor para as pessoas. Assim, a anacrônica tabela do SUS não deve ser simplesmente reajustada, mas substituída por uma nova arquitetura de financiamento com base em valor.

À semelhança do que ocorre em outros países, esse processo, ainda que timidamente, vem se dando em nosso sistema público de saúde. A composição da remuneração dos contratos de prestação de serviços no SUS se dá a partir da Tabela Unificada do SUS (SIGTAP), podendo ser complementada com valores adicionais referentes aos procedimentos previstos nessa tabela. Alguns complementos ocorreram por meio de incentivos de fontes federal, estadual e municipal, como programas especiais, por exemplo, Incentivo 100% SUS, Incentivos das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) e outros. A complementação pode ser definida em função das imperfeições de mercado, devendo os valores ser pactuados e constarem em resolução de Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIBE).

Apesar disso, esse mecanismo vigente é um arranjo ortopédico que não soluciona o problema estrutural da arquitetura de pagamento por procedimentos da Tabela Unificada do SUS que é sua substituição por outras modalidades de pagamento baseadas em valor.

3.2. O PAGAMENTO POR PERFORMANCE

O pagamento por performance em saúde (P4P) é parte de uma cadeia de desempenho que tem por objetivo melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde. Esse conceito pode ser usado tanto de forma restrita, associada a remunerar os trabalhadores segundo os resultados alcançados, como também para orientar todos os tipos de contratos entre entidades do setor público, entre entes públicos e privados, ou mesmo entre entidades do setor privado entre si, para o pagamento por performance ou desempenho (MEDICI, s/data a).

Abicalaffe (s/ data) apresenta dois conceitos de P4P: um, proveniente da OMS, define-o como uma diversidade de mecanismos desenhados para incrementar o desempenho do sistema de saúde por meio de pagamentos baseados em incentivos; e outro, usado nos sistemas públicos dos Estados Unidos (*Medicare* e *Medicaid*),

conceitua-o como o uso de métodos de pagamento e outros incentivos para encorajar melhoria na qualidade e alto valor do cuidado centrado no paciente.

O P4P surgiu inicialmente como um modelo de pagamento a fim de incentivar os prestadores a aumentarem sua eficiência produzindo melhores desfechos, sem abandonar integralmente o pagamento por procedimentos. Foi instituído como uma estratégia de transição que permite que os agentes da cadeia migrem gradualmente de uma modalidade de pagamento voltada pelo volume para outra dirigida no sentido de gerar valor para as pessoas. Na modalidade P4P, mantém-se o tradicional modelo em que os prestadores de serviço são remunerados tendo como referência cada serviço oferecido, mas são incluídas medidas de desfechos ligadas ao resultado obtido dentro do escopo de serviços. Ou seja, bônus ou penalidades relacionados com custos e desfechos são adicionados ao modelo de pagamento existente (COALIZÃO SAÚDE, 2017).

O P4P foi construído a partir de um conceito simples que é prover mais dinheiro para profissionais ou sistemas de atenção à saúde para que se atinjam metas específicas que melhorem a qualidade da atenção à saúde.

Barreto (2015) definiu os elementos constitutivos do P4P em três campos: medidas de desempenho: qualidade (estruturas, processos e resultados) e eficiência; base para o incentivo (alcance de metas absolutas ou contínuas, mudança do padrão dos indicadores e posicionamento em ranking); e modalidade de incentivo (financeiro e não financeiro). Esse mesmo autor sugeriu que os programas de P4P devem: selecionar e definir metas a partir de linhas de base para a melhoria; fazer uso dos processos intermediários e usar indicadores de resultados como medidas-alvo; envolver as partes interessadas e cuidar para que as informações sejam explícitas e diretas; implementar programas uniformes em toda rede de saúde; focar a melhoria da qualidade e do acesso; e distribuir incentivos para os indivíduos e/ou as equipes.

O P4P tem base na psicologia da motivação que reconhece a motivação intrínseca e a motivação extrínseca (LEPPER et al., 1973).

O movimento de melhoria da qualidade identifica várias causas para a má qualidade na atenção à saúde: fadiga, processos mal desenhados, influência de fatores comerciais, falta de conhecimento, lapsos de memória, baixa habilidade interpessoal, fragilidade do trabalho interdisciplinar, mas, como ensina a economia do comportamento, desconhece o papel fundamental da falta de motivação para superar a má qualidade dos serviços prestados, a motivação intrínseca (WOOLHANDLER; ARIELY, 2014).

O sistema de atenção à saúde é construído, em geral, com os pressupostos de trabalho árduo realizado por profissionais bem-intencionados. Daí que parece plausível que acenando com mais dinheiro isso resultará em um trabalho mais duro. Contudo, a experiência do P4P no Reino Unido mostrou que melhores resultados

não dependem da motivação financeira, mas do fomento de mudanças e inovações (MORIATES et al., 2015).

Os reforços tangíveis, particularmente os monetários, podem enfraquecer a motivação intrínseca (PINK, 2011). Um exemplo clássico é o do uso de incentivo financeiro nos programas de doação de sangue que provoca uma diminuição do sangue coletado em função da quebra da motivação altruística (motivação intrínseca). Nesse caso, a compreensão prevalente é de que a doação de sangue é a coisa correta a ser feita e não pode ser substituída por um incentivo financeiro (UPTON, 1973).

Alguns autores pensam que medindo e recompensando profissionais de saúde podem levar a resultados semelhantes aos da doação de sangue (JAIN; CASSEL, 2010; CASSEL; JAIN, 2012). Alguns estudos demonstraram um impacto limitado da motivação extrínseca sob a forma de incentivos econômico na geração de valor para as pessoas (DIXON-WOODS et al., 2013). O que parece contar realmente é a motivação intrínseca de equipes de saúde que trabalham com base em evidências científicas e que operam com métricas válidas e com profissionalismo (LEE et al., 2016). Essas constatações colocam dúvidas sobre a capacidade efetiva do P4P em estimular a geração de valor para as pessoas usuárias.

No entanto, nem toda recompensa é má, como foi o caso da liberação dos doadores de sangue do dia de trabalho que aumentou o volume de coletas na Itália (PINK, 2011).

Vários trabalhos têm questionado os incentivos do P4P aos médicos. Chen et al. (2017) afirmaram que esses incentivos não mostraram consistentemente melhorias nos resultados sanitários e na redução de custos e, em alguns casos, desviaram a atenção sobre importantes áreas da atenção à saúde como a experiência do cuidado e exacerbaram as desigualdades em saúde ao penalizar médicos e organizações que se preocupavam mais em cuidar de pessoas com condições de saúde mais complexas. Khullar et al. (2018) explicam que vários fatores contribuíram para as falhas nesses programas como a desconsideração do que realmente motiva os médicos: autonomia, expertise e propósito. Berwick (2016) disse que muitos médicos veem os programas em que são pagos para atingir desempenho como manipulativos e discordantes com sua identidade profissional. Em função disso, Khullar et al. (2018) propõem mudanças no P4P, como transitar das recompensas financeiras para as recompensas não financeiras, mudar o foco no incentivo aos médicos para o incentivo à melhoria da qualidade e transformar o incentivo individual ao médico em incentivo à equipe de saúde.

Um ponto essencial no P4P é a dosagem dos bônus e das penalidades. O Reino Unido, no início de seu programa, utilizou um valor potencial de 25% de bonificação, e os Estados Unidos utilizaram incentivos bem menores. Bônus elevados podem desequilibrar o sistema de atenção à saúde ao criar áreas privilegiadas que são medidas e incentivadas. Por essa razão, no Reino Unido, já se admite que a redução

dos valores dos incentivos é uma medida necessária (ROLAND; CAMPBELL, 2014). Por outro lado, incentivos muito baixos não são percebidos pelos médicos, como atesta uma pesquisa nacional de médicos feita nos Estados Unidos, que mostrou que 1 em cada 6 médicos sequer sabiam se estavam recebendo incentivos (RYSKI-NA; BISHOP, 2013). Parece que o desafio é encontrar um valor que não seja muito baixo a ponto de não ser percebido pelos profissionais, nem muito alto que possa gerar áreas privilegiadas nas organizações de saúde (MORIATES et al., 2015). Outro ponto a ser considerado é se o pagamento é feito para atingir uma meta padrão ou por melhorias relativas.

O que medir é central no P4P caso se busque melhorar a qualidade dos serviços. Há evidências de que a qualidade pode ser deteriorada se não se incentivar a continuidade do cuidado (DORAN et al., 2011).

Há, também, considerações relevantes sobre o problema da validade dos dados disponíveis. Um estudo analisou 1,8 milhão de faturas do Medicare entre 2000 e 2002, verificando que as pessoas consultavam, em média, com dois médicos de APS e com cinco especialistas que trabalhavam em quatro diferentes clínicas. Dessas pessoas, somente um terço das consultas eram com os médicos vinculados a elas, e isso não permitiu concluir que esses atendimentos geravam valor para os pacientes (PHAM et al., 2007; BERENSON; KAYE, 2013).

A aplicação do P4P na saúde pode apresentar efeitos colaterais. Médicos motivados a atingir metas específicas podem tender a atender pessoas mais saudáveis (HICKSON et al., 1987).

O P4P pode estimular o foco nos procedimentos que são incentivados. É o caso de uma unidade de emergência que poderia focar no cuidado das pneumonias porque eles são incentivados e dar menos atenção a condições agudas pediátricas, como as emergências gastrointestinais, porque não são bonificadas (MORIATES et al., 2015).

Os incentivos à produtividade podem garantir um aumento da quantidade do que é medido, mas não garante sua melhor qualidade. eles levam a um foco excessivo no que se avalia, deixando de lado os problemas que as pessoas apresentam, e os indicadores são muito simples e centrados em aspectos específicos das doenças (PISCO; SORANZ, 2012).

Os incentivos financeiros, quando utilizados adequadamente, podem constituir um instrumento motivacional que dirige o comportamento dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário alinhar esses incentivos com os propósitos da organização para evitar problemas e deslocamento motivacional (LEE; COSGROVE, 2014).

Lee e Cosgrove (2014) fizeram uma série de recomendações para estabelecer incentivos que levem a mudanças sustentáveis na atenção à saúde: não alocar grandes somas de dinheiro em uma simples meta; evitar conflitos de objetivos, como ter uma

meta de reduzir custos e não aumentar a segurança das pessoas usuárias; incentivar a colaboração entre os profissionais de saúde e entre diferentes departamentos das unidades de saúde; e fazer uma comunicação eficaz do programa de incentivos.

Medici (s/data b) identificou três grandes desafios para a aplicação do P4P no SUS. O primeiro desafio está na resistência das corporações de servidores públicos do regime estatutário a essa modalidade de pagamento. O segundo desafio é o da métrica a ser utilizada na definição dos indicadores de resultado e o cálculo de sua factibilidade. A escolha e o uso de indicadores de desempenho têm se revelado um assunto bastante desafiador na quase totalidade dos setores, e especialmente na saúde, em que muitos resultados ainda são considerados intangíveis ou existem divergências quanto às formas de medição. O terceiro desafio é como realizar os contratos (tanto entre governos, como entre governos e unidades de saúde e entre unidades de saúde e seus trabalhadores) para definir cláusulas justas e uma boa repartição entre a parte fixa (que deve ser paga para que se garanta a funcionalidade do serviço) e o bônus (aquele associado ao resultado contratado ou acima do esperado).

As avaliações do P4P mostraram resultados inconsistentes (EPSTEIN, 2012).

A introdução do P4P no *Medicare's Premier Hospital Quality Incentive* promoveu uma grande melhoria nos seus dois primeiros anos em relação a insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e pneumonia (LINDENAUER et al., 2007). Contudo, com o correr do tempo, esses ganhos diminuíram e acabaram por desaparecer completamente (WERNER et al., 2011; EPSTEIN, 2012).

O grupo Cochrane publicou duas revisões sistemáticas que não mostraram evidências convincentes de que os incentivos financeiros melhoraram os resultados para as pessoas usuárias (FLODGREN et al., 2011; SCOTT et al., 2011).

Uma revisão sistemática realizada para avaliar o P4P concluiu que o efeito dessa modalidade de pagamento aplicada individualmente a médicos permaneceu largamente incerta (HOULE et al., 2012). Ainda que o P4P possa ter a capacidade de mudar comportamentos dos profissionais de saúde, a maioria dos programas implementados não se traduziram no que realmente importa, que são melhores resultados sanitários para as pessoas usuárias (MORIATES et al., 2015).

Uma ampla revisão sistemática do P4P chegou aos seguintes resultados: ele parece ser eficaz no curto prazo e para metas simples e distintas sobre comportamentos bem definidos, mas as evidências que sugerem que o P4P é útil, e o custo-efetivo ainda é fraco; os efeitos do P4P podem ser animadores, dependendo do objetivo principal do programa, sua formulação e características do contexto em que foi introduzido; efeitos positivos do P4P para melhorar cuidados de saúde, especialmente sobre medidas de processo, foram encontrados; efeitos sobre medidas clínicas de processo, resultados e experiência para os pacientes, segurança e utilização de recursos em hospitais se mostraram modestamente favoráveis ao uso do P4P; os efeitos sobre

a gestão de doença crônica (diabetes) foram positivos na maioria dos indicadores acompanhados, mas os resultados são pouco consistentes; indicadores de processo apresentaram melhorias superiores aos de resultado; o P4P pode produzir efeitos e comportamentos não intencionais ou indesejáveis (distorções, fraude, disparidades em saúde e dependência dos incentivos financeiros), inclusive sobre cuidados não incentivados; o monitoramento dos programas de P4P é fundamental para determinar sua eficácia e efeitos indesejados; há evidência de redução das desigualdades entre os grupos socioeconômicos na gestão de doenças crônicas, mas outras desigualdades (idade, sexo e etnia) persistiram; com base em avaliações econômicas completas, a eficiência P4P não pôde ser demonstrada; avaliações econômicas parciais mostraram resultados mistos quanto às vantagens do P4P, mas suas falhas limitam o significado dos achados; há uma necessidade de avaliação econômica mais sistemática do P4P para compreender seus efeitos e se os benefícios superam seus custos; não há evidências de que o P4P sustente mudanças de longo prazo; as evidências da efetividade do P4P para melhorar resultados em saúde ainda são limitadas, e quase nenhuma evidência do custo-benefício do P4P está disponível; devido às limitações metodológicas, ainda não é possível apresentar uma conclusão forte sobre a eficácia do P4P; ele não é uma intervenção uniforme e seus efeitos dependem da interação de diversas variáveis; a base de evidência ainda é fraca para tirar conclusões gerais sobre os efeitos do P4P em países de baixa e média renda; o efeito do P4P sobre a qualidade e resultados dos provedores individuais continua incerto, pois há poucos estudos metodologicamente fortes para compará-lo com outros modelos de pagamento individuais; os impactos do P4P sobre a coordenação e continuidade do cuidado, centralidade no paciente e custo-efetividade são incertos e podem ser decepcionantes, dependendo do objetivo principal do programa, sua formulação e características do contexto em que foi introduzido; não há estudos sobre a duração ideal dos incentivos ou a persistência dos seus efeitos após a cessação; para reduzir disparidades raciais sobre doenças cardiovasculares, diabetes, depressão, câncer de mama, os resultados da avaliação dos efeitos do P4P foram inconclusivos; os impactos sobre os custos, comportamento profissional e experiência do paciente permanecem incertos; e informações sobre os efeitos do P4P sobre a motivação, a segurança, o tamanho, frequência e duração dos incentivos financeiros foram limitadas (BARRETO, 2015).

Em um modelo misto entre pagamento por procedimentos e P4P, não obstante darem-se transparências aos custos e encorajar a inovação, ele ainda apresenta baixa previsibilidade de receitas aos prestadores e sinistros aos entes pagadores, estimulando glosas e desconfiança nos relacionamentos entre as partes. Dessa forma, altos níveis de transparência e confiança devem ser estabelecidos entre os entes pagadores e a rede de prestadores para que esse modelo tenha sucesso (COALIZÃO SAÚDE, 2017).

Uma análise da experiência portuguesa de aplicação da P4P na APS mostrou que a efetividade dessa forma de remunerar os profissionais levanta muitas dúvidas, por um lado porque a evidência é ainda escassa, por outro, por causa das potenciais

consequências inesperadas, ou adversas, que é importante analisar, compreender e medir para poder limitar o seu impacto (PERELMAN et al., 2016).

3.3. O PAGAMENTO POR PACOTE, POR EPISÓDIO OU PELO MODELO *BUNDLED SERVICES*

O conceito de *bundle* (pacote) foi desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* não como modalidade de pagamento de serviços, mas como ferramenta de melhoria da qualidade. Pacote, então, foi definido como um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências dirigidas a uma determinada pessoa, segmento da população e/ou unidade prestadora de serviço que, quando aplicado, resultará em melhores resultados sanitários do que quando implementados individualmente (RESAR et al., 2012).

O primeiro pacote foi desenvolvido em 2001 em uma unidade de cuidados intensivos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2002).

A metodologia implica a adesão a todos os elementos do pacote denominada de medição *all or none* (tudo ou nada). Se todos os elementos do pacote foram alcançados, ele é considerado como completo para uma pessoa. Ao contrário, se qualquer elemento não foi realizado, considera-se o pacote incompleto, a menos que seja medicamente contraindicado (NOLAN; BERWICK, 2006).

O pacote, como originalmente desenvolvido, não representa uma atenção integral. Como exemplo, o pacote de ventilação mecânica envolveu cinco elementos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2002).

A ideia de pacote foi proposta para testar uma teoria que diz que quando há uma adesão a um conjunto de elementos clínicos, ao trabalho em equipe e cooperativo, isso resultará em maiores níveis de performance sustentável do que quando se trabalha com elementos individuais.

O desenho de um pacote deve ser feito por meio de protocolos clínicos cuja construção envolve seis passos (RESAR et al., 2012).

Primeiro, o pacote deve ter três a cinco elementos de alto valor clínico. O objetivo de um enfoque de pacote é colocar juntos um grupo pequeno de intervenções que já está incorporado em diretrizes clínicas e que é validado por consenso dos clínicos no âmbito local. A limitação do número de intervenções se dá porque, na medida em que os elementos aumentam, torna-se geometricamente difícil operar com a medição “tudo ou nada”.

Segundo, cada pacote é relativamente independente de tal forma que se um dos elementos não for realizado na pessoa isso não impede que os outros elementos o sejam.

Terceiro, o pacote deve ser utilizado em uma determinada população e em um local; por exemplo, pessoas em ventilação em uma unidade de cuidados intensivos. O envolvimento de equipes de saúde que trabalham juntas em um mesmo ambiente facilita cumprir com as exigências da medição “tudo ou nada”.

Quarto, o pacote deve ser desenvolvido por equipes multidisciplinares. Comunicação e trabalho em equipe são fundamentais para o sucesso de um pacote.

Quinto, os elementos de um pacote devem ser descritivos, e não prescritivos, para permitir a customização e o juízo clínico local.

Sexto, a avaliação do pacote deve ser feita com uma medição “tudo ou nada”, com um grau de pertinência superior a 95%.

O pacote é desenhado em torno de elementos específicos de cuidados recebidos por uma pessoa, portanto, esta pessoa deve ser o denominador de cada elemento do pacote. Não é recomendável incluir no pacote processos que não representem intervenções diretas na pessoa, como higiene das mãos ou limpeza da sala.

A razão pela qual o pacote produz melhores resultados sanitários pode ser respondida pela teoria de mudanças. Para a implantação de pacotes, a teoria da mudança constitui, essencialmente, a resposta à questão: o que faz os pacotes de intervenções quando sistematicamente aplicados produzirem melhores resultados para as pessoas? Usando-se pacotes e o sistema de medição “tudo ou nada”, a atenção é provida de importantes maneiras: os pacotes pressupõem que o cuidado baseado em evidência está sendo prestado de forma confiável; os pacotes promovem a consciência de que toda a equipe de saúde deve trabalhar junta em um sistema dirigido para a confiabilidade; e os pacotes promovem o uso de métodos de melhoria para redesenhar os processos de atenção (RESAR et al., 2012).

O conceito de pacote foi ampliado no contexto da discussão sobre o pagamento por valor.

Uma das alternativas mais conhecidas de pagamento por pacotes é o pagamento pelo modelo de pacotes de serviços (modelo *bundled services*) proposta por Porter e Kaplan (2016). Esses autores justificam a proposta do modelo do pacote de serviços a partir da constatação de que, em geral, os produtos e os serviços são pagos pelos clientes por um preço único relativo a um pacote completo de serviços que atende às suas necessidades. Ou seja, ao adquirir um automóvel, o cliente não compra o motor de um fornecedor, os freios de outro e assim por diante, ele adquire o automóvel completo em um único fornecedor. Assim, não parece fazer sentido que nos

cuidados de saúde a pessoa adquira o diagnóstico em um prestador, a cirurgia em outro e os cuidados pós-operatórios em outro.

Em função de um conceito específico de valor em saúde desenvolvido por Porter e Teisberg (2007) para maximizar o valor para as pessoas, o modelo de pacote de serviços deve cumprir cinco condições.

O pagamento deve cobrir todos os serviços necessários para manejar a condição de saúde, durante todo o ciclo de tratamento e ao longo do tempo. O escopo do cuidado deve ser estabelecido na perspectiva da pessoa usuária como, por exemplo, fazer o parto de uma criança saudável. O pagamento depende da entrega de bons resultados. Esses resultados devem ser relevantes para as pessoas usuárias e incluem o retorno ou manutenção da função normal, o controle da dor, os cuidados preventivos e o manejo das complicações ou recidivas. O pagamento é ajustado em função dos riscos. Nesse caso, devem ser considerados fatores de risco, como a idade, o estado de saúde e as condições sociais e de vida. O pagamento fornece uma margem justa cobrindo a totalidade do custo dos cuidados prestados, mas não deve cobrir serviços desnecessários ou ineficientes. Os prestadores não são responsáveis por serviços não relacionados ou por casos catastróficos. A responsabilidade se dá com os serviços relacionados com a condição de saúde, e não com emergências não diretamente relacionadas com o serviço prestado (PORTER; KAPLAN, 2016).

A implantação do pagamento por pacotes de serviços exige mudanças profundas no modelo de atenção à saúde. O sistema fragmentado vigente, estruturado em silos de especialistas e constituído por pontos de atenção à saúde que não se comunicam, deve mudar para a organização de sistemas integrados com a participação da APS. O trabalho multiprofissional é estimulado. Além disso, há que se aproveitar os ganhos de escala e suas relações com o aumento da qualidade em unidades de práticas integradas com presença de especialistas diversos e em relação com a APS. Esse modelo exige que toda a equipe prestadora de serviços seja responsável por atingir os resultados que são importantes para as pessoas com determinada condição. A medição será feita de forma sistemática e incidente sobre os resultados sanitários que importam para as pessoas. Esse modelo visa à redução de custos porque premia e motiva diretamente a racionalização dos custos de baixo para cima, equipe por equipe. Esse modelo pode determinar uma redução de custos de 20% a 30% (PORTER; KAPLAN, 2016).

Várias críticas têm sido feitas ao pagamento por pacotes de serviços, destacando-se as seguintes: nem todas as condições de saúde poderiam atender a esse modelo; é muito difícil definir e implantar o modelo; os prestadores não cooperarão, os resultados são difíceis de medir, as informações de custos disponíveis são inadequadas, haverá uma seleção das pessoas usuárias para o modelo e a sobreutilização de tecnologias será incentivada.

Na modalidade de pagamento por episódio, enquadra-se o pagamento pelo *diagnosis related groups* (DRG) ou grupos de diagnósticos relacionados em que o pagamento é feito por uma soma de todos os serviços prestados durante uma condição de saúde com o volume de reembolso baseado no diagnóstico da pessoa (MORIATES, 2015).

Essa modalidade foi desenvolvida na Universidade de Yale, no final da década de 1960, e aplicada, desde 1983, no programa Medicare de atenção às pessoas idosas nos Estados Unidos. A partir de 1984, após sua introdução na França, espalhou-se pelos países europeus (WILEY, 2011). O DRG no Brasil tem sido usado como sistema de pagamento em vários hospitais.

O pagamento por DRG foi considerado a mais influente inovação no financiamento da saúde que possibilitou equilibrar o poder político e econômico entre agências pagadoras e prestadoras de serviços de saúde (MAYES, 2007).

Ele aplica-se a várias funcionalidades, como planejamento, alocação orçamentária, classificação de pacientes, *benchmarking*, avaliação de desempenho e modalidade de pagamento hospitalar.

O DRG é um sistema de classificação de pessoas usuárias que apresenta quatro características: rotineiramente coleta dados de altas hospitalares; classifica essas pessoas em um número gerenciável de grupos; esses grupos devem ser clinicamente significativos; e esses grupos devem ser economicamente homogêneos. Dessa forma, esse sistema facilita a comparação de hospitais em termos de custos, eficiência e qualidade e aumenta a transparência dos serviços hospitalares (QUENTIN et al., 2011).

Teoricamente, o pagamento por DRG provê fortes incentivos para aumentar o número de casos tratados e para reduzir o número de serviços por caso. Ao contrário do pagamento por procedimentos, ele incentiva os hospitais a limitar suas atividades aos serviços necessários e em contraste com o pagamento por orçamento global, incentiva os hospitais a tratar mais pessoas. Assim, em termos de controle de gastos, o efeito do pagamento por DRG depende do que prevalece: aumento do número de casos ou redução do número de serviços por caso (GEISLER, 2011).

Se o DRG não controla suficientemente as diferenças entre os grupos de pessoas usuárias e entre os serviços prestados, pagamentos de casos altamente complexos podem apresentar valores muito baixos, enquanto pagamentos para casos menos complexos podem ser muito altos. Por isso que os hospitais podem evitar tratar os casos mais complexos. Além disso, o pagamento por DRG são administrativamente complexos porque requerem codificação de diagnósticos e procedimentos padronizada e detalhada (GEISLER, 2011).

Em geral, há três incentivos principais para os hospitais pela introdução do DRG: redução de custo por pessoa tratada; aumento da receita por pessoa tratada; e aumento do número de pessoas a serem tratadas (LAVE, 1989).

Parece que os ganhos de eficiência dependem do sistema de pagamento anterior. Em países em que o orçamento global precedeu o pagamento por DRG, a eficiência técnica dos hospitais aparentemente melhorou; ao contrário, em países em que o pagamento por DRG substituiu sistemas de pagamentos retrospectivos, como nos Estados Unidos, a eficiência técnica dos hospitais não melhorou (STREET et al., 2011).

O impacto do pagamento por DRG nos resultados sanitários e na qualidade da atenção tem sido muito debatido. Nos Estados Unidos, a introdução do pagamento por DRG aumentou a transparência e facilitou a padronização do cuidado. Esse sistema pode ter ajudado a aperfeiçoar a organização do cuidado e a melhoria da qualidade. Contudo, os hospitais podem diminuir os esforços para a melhoria da qualidade como uma maneira de diminuir os custos. As taxas de incorporação de tecnologias desaceleraram nos casos em que essas tecnologias não contribuíam para a redução de custos. As pesquisas realizadas na Europa mostraram que, a despeito da rápida introdução do pagamento por DRG, as evidências no impacto na qualidade da atenção e nos resultados sanitários são excessivamente limitadas e não permitiram nenhuma conclusão a respeito (OR; HAKKINEM, 2011).

Porter e Kaplan (2016) sugerem que o pagamento por DRG constituiu um avanço, mas não promoveu as mudanças esperadas nos serviços de saúde porque fazem um único pagamento para um conjunto de serviços prestados em determinado local. Esse pagamento não cobre um ciclo completo de uma condição de saúde. Assim, ao fazer pagamentos fragmentados a cada médico especialista, aos hospitais e aos locais envolvidos no tratamento das pessoas usuárias, perpetuam a fragmentação do sistema de atenção à saúde. Mais ainda, muitos DRG não alcançam serviços fundamentais para a geração de valor, como a educação em saúde, a saúde comportamental e o monitoramento sistemático. Os prestadores de serviços não têm incentivos para inovar ou melhorar os resultados para as pessoas usuárias.

Para James e Poulsen (2016), o DRG é um modelo com base em volume que incentiva o desperdício. Quanto mais casos os prestadores de serviços assumem, mais eles ganham. Por consequência, o interesse dos prestadores de serviços é maximizar o número de casos que atendem, mesmo que isso não gere valor para as pessoas usuárias.

3.4. O PAGAMENTO POR CAPITAÇÃO

Capitação como modalidade de pagamento significa o mecanismo de remuneração de prestadores de serviços por meio de uma quantidade de dinheiro para a atenção de pessoas ou de subpopulações (grupos de pessoas) em um período determinado.

Para dar suporte ao pagamento por capitação, estabelece-se um contrato que define uma carteira de serviços a serem providos. Pode-se pagar por capitação somente procedimentos de APS ou procedimentos que envolvam a APS e a atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

No pagamento por capitação, o ente pagador remunera o prestador por meio de um valor fixo per capita que engloba todas as complicações ocorridas. Dessa forma, essa modalidade de pagamento transfere praticamente todo o risco para o prestador (COALIZÃO SAÚDE, 2017).

O pagamento por capitação normalmente convoca uma tecnologia de gestão da clínica, especialmente a gestão de condição de saúde. Esse modelo incentiva a redução dos desperdícios e dá maior liberdade aos médicos e às pessoas usuárias para produzir decisões de tratamento que julgarem melhores ou mais convenientes. O correto funcionamento do pagamento por capitação pressupõe o ajuste do pagamento ao risco. Isso é mais simples de ser feito ao nível de uma subpopulação do que de indivíduos isoladamente. Medidas de qualidade devem impedir que os prestadores deixem de prestar os serviços necessários. Por fim, o que for economizado com aumento de eficiência deve ser revertido em favor dos prestadores de serviços (JAMES; POULSEN, 2016).

Entre os critérios de ajuste de risco, devem ser considerados também os riscos sociais (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

Do lado dos prestadores de serviços, essa modalidade de pagamento pode gerar uma maior previsibilidade de receita e um maior controle orçamentário.

Teoricamente, a capitação afeta a qualidade da atenção à saúde de duas maneiras: influenciando decisões individuais, especialmente dos médicos, e incentivando a integração e a inovação na prestação de serviços.

A extrema variabilidade na prestação de serviços é um indicador da sobreutilização de tecnologias médicas, como se discute no Capítulo 14. O pagamento por capitação, ao transferir o risco para os prestadores, é considerado uma das formas de se antepor à sobreutilização dessas tecnologias. A integração dos sistemas de atenção à saúde tem um papel mais importante na melhoria da qualidade do cuidado, e o pagamento por capitação atua neste sentido. O pagamento agregado para toda a atenção a uma população determinada tende a facilitar a integração dos sistemas de atenção à saúde e a estimular a inovação. Se adequadamente desenhado, o modelo da capitação tende a tornar mais claras as áreas de interdependência e a encorajar a cooperação entre os prestadores de serviços, o que pode melhorar a qualidade da atenção (BERWICK, 1996).

O mecanismo de capitação obedece a quatro princípios que aumentarão a probabilidade desta modalidade de pagamento contribuir para o bem-estar das pessoas e

para a redução de custos: os riscos devem estar distribuídos além das clínicas pequenas, ou seja, deve haver uma escala ótima de produção de serviços; a magnitude do risco não deveria ser tão grande para influenciar um profissional individual a fazer escolhas clínicas imprudentes para uma pessoa; os serviços contratados devem ser aqueles sobre os quais o ente prestador pode fazer escolhas clínicas prudentes e relevantes; e a capitação deveria encorajar a cooperação entre os prestadores de serviços (BERWICK, 1996).

A capitação para operar adequadamente deve ajustar o pagamento aos riscos, deve ter métricas de medidas de qualidade para evitar que os prestadores não ofereçam os serviços contratados e as margens financeiras derivadas de maior eficiência devem ficar com os prestadores.

A constatação que a capitação funciona melhor ao nível de subpopulações do que de indivíduos levou à proposição do pagamento de base populacional no qual os prestadores de serviços recebem um pagamento fixo per capita que cobre uma carteira de serviços ao longo de um período determinado, ajustado para as necessidades previstas de cada pessoa, e se responsabilizam por resultados de alta qualidade. Esse é um modo de alinhar os incentivos financeiros aos prestadores de serviços no intuito de pôr fim aos desperdícios. Essa modalidade transfere dos entes pagadores para os prestadores a tarefa de gerenciar a quantidade, a forma e o custo dos serviços, possibilitando aos prestadores auferir parte das economias que eles mesmos gerarem. O pagamento de base populacional coloca a responsabilidade de avaliar os custos das diferentes opções de tratamento na responsabilidade dos prestadores. Essa modalidade de pagamento é a única que dá aos prestadores de serviços incentivos financeiros para enfrentar as ineficiências dos sistemas de atenção à saúde e, somente ela, permite aos prestadores de serviços gerar economias resultantes dos ganhos de eficiência, garantindo sustentabilidade financeira e capacidade de investimentos.

Estimou-se que o pagamento por DRG e o pagamento por pacotes de serviços não oferecem incentivos financeiros para a redução dos desperdícios (50% de redução de desperdícios); e o pagamento por procedimentos, menos ainda (10% de redução dos desperdícios). O pagamento de base populacional corta os desperdícios de forma agressiva; e, por essa razão, os prestadores de serviços se beneficiam financeiramente porque a receita que recebem para tratar cada pessoa se mantém estável, enquanto os custos caem (JAMES; POULSEN, 2016).

Porter e Kaplan (2016) identificam algumas fragilidades no pagamento de base populacional: a redução de custos gravita em torno de abordagens ao nível populacional que visam a áreas genéricas de alto custo, como o limite ao uso de exames e medicamentos caros, redução de reinternações hospitalares, redução de permanência nos hospitais e regresso antecipado das pessoas aos seus domicílios; a qualidade é medida por métricas genéricas ao nível populacional, como a satisfação das pessoas usuárias, a conformidade dos processos e resultados gerais, como taxas de complicação e de readmissão; os prestadores não se responsabilizam pelo valor

oferecido às pessoas usuárias; as pessoas usuárias não se preocupam com resultados populacionais, como as taxas de infecção em geral; os prestadores arcam com os riscos errados; a escolha da pessoa é limitada; é uma abordagem de cima para baixo que consegue fazer algumas economias de custos mais simples, mas não faz com que os prestadores de serviços se responsabilizem pela eficiência e resultados naquilo que importa realmente, que é o manejo adequado da condição de saúde individual.

Duas outras restrições ao pagamento por base populacional são mencionadas e respondidas pelos seus propositores, que são: incentivos financeiros da modalidade causarão racionamento, levando os prestadores a omitir os cuidados necessários; e os prestadores de serviços não são os mais indicados para lidar com os problemas da atenção fragmentada e para promover a saúde da população (JAMES; POULSEN, 2016).

REFERÊNCIAS

ABICALAFFE, C. Os benefícios para a saúde brasileira. In: MEDICI, A. et al. **Pagamento por performance**. s/ data. Disponível em: <file:///C:/User/Documents/SISTEMAS%20DE9620PAGAMENTO/LIVRO%20P4P20ABICALAFI.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BARNUM, H. et al. **Incentives and providers payment methods**. Washington: Human Development and Operation Policy, 1995.

BARON, R. J. What's keeping us so busy in primary care? A snapshot from one practice. **New England Journal of Medicine**, v. 362, p. 1632-1636, 2010.

BARRETO, J. **Pagamento por performance: benefícios e riscos potenciais**. Campinas: 18º Congresso UNIDAS, 2015.

BERENSON, R. A et al. Achieving the potential of health care performance measures: timely analysis of immediate health policies issues. **Urban Institute**, 2013. Disponível em: <http://rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2013/rwjf406195>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BERENSON, R. A; KAYE, D. R. Grading a physician's value: the misapplication of performance measurement. **New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 22, p. 2079-2081, 2013.

BERLINER, H. S. A larger perspective on the Flexner Report. **International Journal of Health Services**, v. 5, n. 4, p. 573-+592, 1975.

BERWICK, D. M. Payment by capitation and the quality of care. **New England Journal of Medicine**, v. 335, p. 1227-1237, 1996.

BERWICK, D. M. Era 3 for medicine and health care. **JAMA**, v. 315, n. 3, p. 1329-1330, 2016.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na saúde: 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custos**. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

BICHUETTI, J. L.; MERE JR, Y. A. Modelos de remuneração na saúde. **Harvard Business Review Brasil**, v. 94, p. 58-62, 2016.

BODEN, S. D. et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. **Journal of Bone and Joint Surgery-American**, v. 72, n. 3, p. 403-408, 1990.

CASSEL, C. K.; JAIN, S. H. Assessing individual physician performance: does measurement suppress motivation? **JAMA**, v. 307, n. 24, p. 2595-2596, 2012.

CHEN, L. M. et al. Association of practice-level social and medical risk with performance in the Medicare Physician Value-Based Payment Modifier Program. **JAMA**, v. 318, n. 15, p. 453-461, 2017.

CHERNEW, M. E. Reforming payment for health care services: comment on physicians opinions about reforming reimbursement. **Archives of Internal Medicine**, v. 170, n. 19, p. 1742-1744, 2010.

CHOU, R. et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of Internal Medicine**, v. 174, n. 7, p. 478-491, 2007.

CHOU, R. et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, v. 154, n. 3, p. 181-189, 2011.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão em saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COALIZÃO SAÚDE. **Modelos de pagamento baseados em valor**. São Paulo: Instituto Coalizão Saúde, 2017.

DARTMOUTH ATLAS OF HEALTHCARE PROJECT. Web site. 2003. Disponível em: <http://www.dartmouthatlas.org/annals/fisher03>.

DAVIS, P. C. et al. ACR appropriateness criteria on low back pain. **Journal of the American College of Radiology**, v. 6, n. 6, p. 401-407, 2009.

DEYO, R. A. Cascade effects of medical technology. **Annual Review of Public Health**, v. 23, p. 23-44, 2002.

DEYO, R. A et al. Back pain prevalence and visits rates: estimates from US national surveys. 2002; **Spine**, v. 31, n. 23, p. 2724-2727, 2006.

DI IORIO, D. et al. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. **Archives of Family Medicine**, v. 9, n. 10, p. 1015-1021, 2000.

DIXON-WOODS, M. et al. Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of patient safety program. **Implementation Science**, v. 8, n. 70, 2013.

DORAN, T. et al. Effect of financial incentives on incentivised and non incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. **British Medical Journal**, v. 342, d3590, 2011.

EASTMAN, R. et al. Models of complications of NIDDM II: analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with goals of normoglycemia. **Diabetes Care**, v. 20, n. 5, p. 685-686, 1997.

EPSTEIN, A. M. Will pay for performance improve quality of care? The answer is in the details. **New England Journal of Medicine**, v. 367, p. 1852-1853, 2012.

FINEBERG, H. V. Shattuck lecture: a successful and sustainable health system: how to get there from here. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 11, p. 1020-1027, 2012.

FISHER, E. S. Medical care: is more always better? **New England Journal of Medicine**, v. 349, n. 17, p. 1665-1666, 2003.

FISHER, E. S et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1. Utilization of services and the quality of care. **Annals of Internal Medicine**, v. 138, n. 4, p. 273-287, 2003a.

FISHER, E. S et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2. Health outcomes and satisfaction with care. **Annals of Internal Medicine**, v. 138, n. 4, p. 288-298, 2003b.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada 1910**. Washington: Science and Health Publication, 1910.

FLODGREN, G et al. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviors and

patient outcomes. In: **Cochrane Database of Systematic Reviews**. John Wiley & Sons, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 09 abr. 2012.

GEISSLER, A. et al. Introduction to DRGs in Europe: common objectives across different hospital system. In: BUSSE, R. et al. **Diagnosis related group in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. Maidenhead: Open University Press, 2011.

HARARI, Y. N. **21 lições para o século 21**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

HEALTH COUNCIL OF CANADA. **Value for money: making Canadian health care stronger**. Toronto, 2009. Disponível em: https://healthcouncilcanada.ca/files/2.49-HCC_VFMReport_WEB.pdf. Acesso em: 03 mar. 2011.

HICKSON, G. B.; ALTEMEIER, W. A.; PERRIN, J. M. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. **Pediatrics**, v. 80, n. 3, p. 344-350, 1987.

HODGIN, S. Fee-for-service health care: three phenomenon affecting success. **Insight TXCIN**, 2018. Disponível em: <http://www.insight-txcin.org/post/fee-for-service-health-care-three-phenomenon-affecting-success>.

HOLTHAUSEN, A.; GOLDBERG, F. Da arte de ser médico. **Veja**, v. 11, p. 72-73, 2017.

HOULE, S. K. D. et al. Does performance based remuneration for individual health care practitioners affect patient care? a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 12, p. 889-899, 2012.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **IHI Intensive Care Unit (ICU) adverse event trigger tool**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2002. Disponível em: <http://www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/ICUAdverseEventTriggerTool.aspx>. Acesso em: 30 ago. 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Value in health care: accounting for cost, quality, safety, outcomes and innovation**. Washington: The National Academies Press, 2010.

JAIN, S. H.; CASSEL, C. K. Societal perceptions of physicians: knights, knaves or pawns? **JAMA**, v. 304, n. 9, p. 1009-1010, 2010.

JAMES, B. C.; POULSEN, G. P. A defesa do modelo de pagamento per capita. **Harvard Business Brasil**, v. 94, p. 46-56, 2016.

JANET, R. **Comunicação pessoal**. 2000.

JARVIK, J. G. et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 289, n. 21, p. 2810-2818, 2003.

JENKINS, S. F.; HUFF, E. D.; CUERDON, T. et al. Change in quality of care delivered to Medicare beneficiaries 1998-1999 to 2000-2001. **JAMA**, v. 289, n. 3, p. 305-312, 2003.

JOUMARD, I. et al. **Health status determinants**: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Paris: OECD/ECO/WPK, 2008.

KANO, N. **Guide to TQM in service industry**. Tokyo: Asian Productivity Press, 1996.

KATZ, J. N. et al. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. **Journal of Bone and Joint Surgery-American**, v. 88, p. 21-24, 2006. Supplement 2.

KENDRICK, D. et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. **British Medical Journal**, v. 322, n. 7283, p. 400-405, 2001.

KHULLAR, D. et al. Professionalism, performance, and the future of physician incentives. **JAMA**, v. 26, E1-E2, 2018.

KUNITZ, S. J. Professionalism and social control in the progressive era: the case of Flexner Report. **Social Problems**, v. 22, n. 1, p. 16-27, 1974.

KUTZIN, J. **Health financing policy**: a guide for decision-makers. Copenhagen: HHO Regional Office for Europe, 2008.

LASKOWSKI, R. The power of “My”. **JAMA**, v. 315, n. 1235, 2016.

LAVE, J. R. The effect of the Medicare prospective payment system. **Annual Review of Public Health**, v. 10, p. 141-161, 1989.

LEE, K. H. K. et al. Developing a measure of value in health care. **Value in Health**, v. 19, n. 4, p. 323-325, 2016.

LEE, T. H. Putting the value to work. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2481-2483, 2010.

LEE, T. H.; COSGROVE, T. Engaging doctors in the health care revolution. **Harvard Business Review**, v. 92, n. 6, p. 104-111, 2014; Disponível em: <http://hbr.org/2014/06/engaging-doctors-in-the-health-care-revolution/ar/1>.

LEPPER, M. et al. Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: a test of overjustification hypothesis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 28, p. 129-137, 1973.

LINDENAUER, P. K. et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. **New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 5, p. 486-496, 2007.

MAIN, T.; SLYWOTZKY, A. **The volume-to-value revolution**: rebuilding the DNA of health from the patients in. New York: Oliver Wyman's Healthcare Innovation Center, 2012.

MARGOLIUS, D.; BODENHEIMER, T. Transforming primary care: from past practice to the practice of the future. **Health Affairs**, v. 29, n. 5, p. 779-784, 2010.

MAYES, R. The origins, development and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v. 62, n. 1, p. 21-55, 2007.

MEDICI, A. C. Modelos de remuneração de prestadores de serviços: estará o Brasil preparado para novas alternativas? **Blog Monitor de Saúde**. 2017. Disponível em: monitordesaude.blogspot.com/2017/03/modelos-de-remuneracao-de-prestadores.html.

MEDICI, A. Conceitos básicos. In: MEDICI, A. et al. **Pagamento por performance**. s/ data a. Disponível em: <file:///C:/User/Documents/SISTEMAS%20DE9620PAGAMENTO/LIVRO%20P4P20ABICALAFI.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

MEDICI, A. Os desafios. In: MEDICI, A. et al. **Pagamento por performance**. s/ data b. Disponível em: <file:///C:/User/Documents/SISTEMAS%20DE9620PAGAMENTO/LIVRO%20P4P20ABICALAFI.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/FINEP, 1984.

MORIATES, C. et al. **Understanding value-based healthcare**. New York: Mc Graw Hill Education, 2015.

MV. **Gestão hospitalar**: do fee for service ao pagamento baseado em valor. 2018. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/gestao-hospitalar--do-fee-for-service-ao-pagamento-baseado-em-valor#>. Acesso em: 13 fev. 2019.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Accounting for social risk factors in Medicare payment**: criteria, factors, and methods. Washington: The National Academies Press, 2016.

NOLAN, T.; BERWICK, D. M. All-or-none measurement raises the bar on performance. **JAMA**, v. 295, p. 1168-1170, 2006.

NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT. **From volume to value**: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce cost. Pittsburgh: Network for Regional Health, 2008.

OR, Z.; HAKKINEM, V. **DRGs and quality**: for better or worse? In: BUSSE R et al. *Diagnosis related group in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press, 2011.

PERELMAN, J. et al. **Pagamento pelo desempenho nos cuidados primários**. Coimbra: Ed. Almerinda, 2016. Disponível em: https://researchgate.net/publication/313667631_Pagamento-pelo-Desempenho-nos-Cuidados-de-saude-primarios-Experiencias-cruzadas. Acesso em: 17 jun. 2018.

PERSAD, G.; WERTHEIMER, A.; EMANUEL, E. J. Principles for allocation of scarce medical interventions. **The Lancet**, v. 373, n. 9661, p. 423-431, 2009.

PHAM, H. H. et al. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. **New England Journal of Medicine**, v. 356, p. 1130-1139, 2007.

PINK, D. H. **Drive**: the surprising truth about what motivates us. New York: Riverhead Books, 2011.

PISCO, L.; SORANZ, D. Formas de remuneração e pagamento por desempenho. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed; 2012.

PORTER, M. E. Value in health care. **New England Journal of Medicine**, v. 363, p. 2477-2481, 2010.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. Como pagar pelos serviços de saúde. **Harvard Business Review Brasil**, v. 94, p. 32-45, 2016.

QUENTIN, W. et al. Understanding DRGs and DRG based hospital payment. In: BUSSE, R. et al. **Diagnosis related group in Europe**: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press, 2011.

RESAR, R. et al. **Using care bundles to improve health care quality**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2012.

RINGEN, K. Edwin Chadwick, the market ideology and sanitary reform on the nature of the 19th century public health movement. **International Journal of Health Services**, v. 9, n. 1, p. 107-120, 1979.

ROLAND, M.; CAMPBELL, S. Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 20, p. 1944-1949, 2014.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**: ensaio sobre a história da assistência política médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSENBAUM, L. The role Ball game: overcome the blind spots in health care reform. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 10, p. 959-962, 2013.

RYSKINA, K. L.; BISHOP, T. F. Physicians' lack of awareness of how they are paid: implications for new models of reimbursement. **JAMA**, v. 173, n. 18, p. 1745-1746, 2013.

SCHUPBACH, J.; CHANDRA, A.; HUCKMAN, R. S. et al. A simple way to measure health care outcomes. **Harvard Business Review**, 2016. Disponível em: <https://hbr.org/2016/12/a-simple-way-to-measure-health-care-outcomes>. Acesso em: 09 ago. 2018.

SCOTT, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, n. 9, CD008451, 2011. Disponível em: <http://online.library.wiley.com>. Acesso em: 29 out. 2014.

SHEKELLE, P. G. et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, p. 365-368, 2013.

SKINNER, J. S.; FISHER, E. S. Regional disparities in Medicare expenditures: an opportunity for reform. **National Tax Journal**, v. 50, n. 3, p. 413-425, 1997.

SMITH, M. et al. **Best care at lower cost**: the path to continuously learning health care in America. Washington: The National Academies Press, 2013.

SRINIVAS, S. V. et al. Application of less is more to back pain. **Archives of Internal Medicine**, v. 172, n. 13, p. 1016-1020, 2012.

STREET, A. et al. DRG based hospital payment and efficiency: theory, evidence, and challenges. In: BUSSE, R. et al. **Diagnosis related group in Europe**: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press, 2011.

UPTON, W. E. **Altruism, attribution, and intrinsic motivation in the recruitment of blood donors**. New York: Cornell University, 1973.

VERRILI, D.; WELCH, H. G. The impact of diagnostic testing on therapeutic interventions. **JAMA**, v. 275, n. 15, p. 1189-1191, 1996.

WASSON, J. H. et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. **JAMA**, v. 252, n. 17, p. 2413-2417, 1984.

WELCH, H. G. et al. **Overdiagnosed**: making people sick in pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.

WENBERGH, J. E. et al. Geography and the debate over Medicare reform. **Health Affairs**, W96-114, 2002. Supplement.

WERNER, R. M. et al. The effect of pay for performance in hospitals: lessons for quality improvement. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 690-698, 2011.

WILEY, M. From the origins of DRGs to their implementation in Europe. In: BUSSE, R. et al. **Diagnosis related group in Europe**: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press, 2011.

WOOLHANDLER, S.; ARIELY, D. Will pay for performance backfire? Insights from behavioral economics. **Health Affairs**, 2012. Disponível em: <http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performance-backfire-insights-from-behavioral-economics>. Acesso em: 01 jul 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

CAPÍTULO 10 – O DESAFIO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 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 1920 ao final dos anos 1970, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um deles, 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 1970: o movimento feminista; 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 OMS, o Dr. Halfdan Mahler; entre 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 OMS 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, os 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 dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Essa definição, 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, 2002).

O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP, os centros de Saúde Escola. 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 1960, 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 em um modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados de forma vertical. O quarto ciclo, nos anos 1970, 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 (PIASS) que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 1980, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que desembocou na 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 vige 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. O oitavo ciclo deu-se pela opção pela ESF, atualmente vigente. Um marco importante nessa trajetória que levou à proposta da ESF foi a publicação da Portaria nº GM/648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

1.2 AS INTERPRETAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRÁTICA SOCIAL

Quando a OMS 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 esse 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.

Há três interpretações principais da APS (MENDES, 2012): como atenção primária seletiva, como o nível primário do sistema de atenção à saúde e 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, ao mesmo tempo.

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

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde a conceitua 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 medicina geral ou de família e comunidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde a compreende 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).

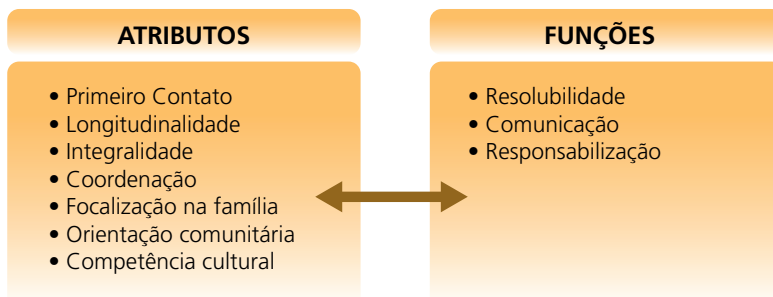
A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RAS. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções 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 primário de atenção à saúde. A mudança semântica para ESF foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma efetiva mudança de paradigma.

1.3 OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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 23.

Figura 23: 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 contacto 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, em um 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 por meio 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 e como unidade de cuidado, o que exige uma interação da equipe 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 em uma 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 em torno 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 em uma 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 denominado de *PCATool* (STARFIELD et al., 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

1.4 OS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil – não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS (ESF) –, convivem diferentes modelos de estruturação dos 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 internacionais, em que a centralidade do cuidado se faz por meio de médicos com formação nessa especialidade. Há o modelo da ESF 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 NASF e de ACS. Há, por fim, modelos mistos que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única unidade de APS.

Ocorre levantar-se, em diferentes lugares e por diferentes atores sociais do SUS, uma hipótese da fragilidade da ESF como forma de organizar a APS. Parece haver um sentimento, mais ou menos difuso, de certo desencanto com a ESF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo muito caro.

Esse sentimento canaliza-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF. Entre elas, 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 UPA, transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com a APS e pressionando os orçamentos da saúde dos municípios; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em hospitais de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos da APS, em que 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, conforme se mostra no Capítulo 13 (MENDES, 2012).

Essas propostas fazem-se com fundamento em um suposto fracasso da ESF, são construídas com base em opiniões de forte conteúdo valorativo e constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem. Ademais, têm seu foco em uma 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 de curta duração. 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 quando ofertadas isoladamente não significam melhores desfechos clínicos e resultados sanitários (NRHI HEALTH PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

As evidências mostradas no Capítulo 2 demonstram definitivamente a superioridade do modelo da ESF sobre os outros modelos praticados em nosso país.

2. UMA NOVA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS: A CONSOLIDAÇÃO DO CICLO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ela nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar radicalizando a ESF para transformá-la, de fato, em uma estratégia de reorganização do SUS. É preciso ir 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 dos cuidados primários no SUS, o ciclo da APS.

Mendes (2012) identificou os problemas que constrangeram o desenvolvimento da ESF, 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 dos cuidados primários; 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 eletrônicos; os problemas gerenciais expressos na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação assistencial, na fragilidade da gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores; a pouca presença de controle social exercitado por Conselhos Locais de Saúde efetivos; 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 a APS no SUS, Mendes (2012) propôs um conjunto de intervenções dirigido à superação de cada um dos problemas identificados e que, implantado, poderia inaugurar e consolidar um novo ciclo de cuidados primários em nosso sistema público de atenção à saúde.

A proposta de um ciclo que se denomine de APS ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar os cuidados primários como uma estratégia de organização do SUS. Não obstante, a expressão APS refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contacto das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o seu atributo fundante. A palavra básica não parece significar esse atributo essencial da APS. Além disso, essa nomenclatura aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

Esse novo ciclo permitirá superar, definitivamente, as interpretações mais estritas da atenção primária seletiva e de um primeiro nível de atenção.

O ciclo da APS tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, o qual faz uma clara opção por uma APS como estratégia 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. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (art. 11).

O ciclo da APS proposto para o SUS se aproxima do que vem sendo indicado como mudanças imprescindíveis no plano internacional e nacional. Essa é a via que os organismos internacionais da saúde, regional e mundial, a Opa e a OMS, estão apontando em documentos de posição (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A preocupação de implantar novos modelos de APS tem sido manifestada em países como os Estados Unidos e o Reino Unido.

Em resposta à crise da APS na sociedade norte-americana, Bodenheimer et al. (2014) propuseram, com base em uma análise rigorosa de muitas experiências exitosas ocorridas em várias regiões daquele país, uma ciência de cuidados primários de alta performance que envolve a construção de dez blocos de intervenções inter-relacionadas: uma liderança engajada; a melhoria dos sistemas de informações clínicas, operacionais, financeiras e das pessoas usuárias; a vinculação de um painel de pessoas adequado a uma equipe de saúde que permita oferecer e medir a longitudinalidade

do cuidado, prover o denominador para as métricas de qualidade e conseguir um acesso oportuno; uma atenção baseada em equipes multiprofissionais com estrutura estável, com compartilhamento com as pessoas usuárias e com papéis e fluxos bem estabelecidos; uma parceria efetiva entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias reforçando o autocuidado apoiado; a operação segundo os princípios da gestão da saúde da população; o acesso oportuno aos cuidados primários; a garantia da continuidade da atenção e a capacidade da APS de coordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da RAS; a oferta de atendimentos a distância; e a superação do sistema de pagamentos por procedimentos (*fee-for-service*).

No Reino Unido, especialmente na Inglaterra, a crise da APS tem sido analisada em profundidade por documentos de posição que preconizam a necessidade de mudanças nos cuidados primários que estão se dando em função do novo contrato entre o Serviço Nacional de Saúde inglês e o *General Practitioners Committee* que implica um investimento de £ 4,5 bilhões. Esse contrato é parte do Plano de Longo Prazo do *National Health Service* da Inglaterra. A implantação desse contrato nos cuidados primários que se iniciam em 2019 envolve mudanças profundas, como: a integração da APS em sistemas integrados de saúde; o aumento da força de trabalho em saúde, o que inclui médicos associados, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas e paramédicos para trabalho comunitário; o incremento do acesso aos serviços, incluindo a garantia de acesso aos cuidados primários digitais de todas as pessoas aos seus prontuários, a consultas pela internet e por vídeos e a prescrição eletrônica; a melhoria da qualidade e dos resultados por meio de instrumentos avaliativos contidos em contratos de gestão, com ênfase em condições crônicas (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015; HOUSE OF COMMONS, 2016; NHS ENGLAND/BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMITTEE, 2019).

No Brasil, um documento da Opas, construído por meio de entrevistas com especialistas nacionais em cuidados primários, recomendou um conjunto de intervenções necessárias para alcançar uma APS forte (TASCA et al., 2018). Entre elas, ressaltam-se: consolidar a ESF com base nos atributos essenciais dos cuidados primários; ampliar as formas de acesso; qualificar os vínculos das pessoas às equipes; ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população; ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS; qualificar as habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e à tecnologia do cuidado; promover o adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS; informatizar as Unidades Básicas de Saúde; desenvolver sistema de regulação centrado na APS; aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes; garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase em suas especificidades; manter estratégias permanentes e sustentáveis de provimento de médicos para a APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos; promover apoio assistencial às equipes de APS de forma presencial ou a

distância; promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho; estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão; promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas; reforçar a transparência das informações sobre saúde; favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços; incentivar o papel mediador da APS diante de ações inter-setoriais e da participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

A implantação do ciclo da APS não será uma solução fácil, presidida pelo senso comum, como querem muitos gestores e profissionais de saúde, a grande mídia e boa parte da população; mesmo porque a APS é um problema complexo, e problemas complexos não se resolvem 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. Nesses problemas, não há soluções mágicas e rápidas, sendo preciso articular visão estratégica, trabalho de médio e longo prazos e constância de propósitos.

Tomem-se as percepções da população sobre os problemas do SUS e suas soluções que se baseiam em um diagnóstico impressionístico e, em razão disso, na proposição de soluções falaciosas. Para 47% da população brasileira, a solução para os centros e postos de saúde estaria 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 identificados anteriormente. 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 exemplar de uma opção política feita no SUS pela abertura indiscriminada de UPA não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências que competem predatoriamente com as unidades de cuidados primários.

O sentido da agenda deve ser positivo e progressista, valorizando as enormes virtudes da ESF, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar. Essa agenda supõe a elaboração e a execução de um plano estratégico com ações nos curto, médio e longo prazos (MENDES, 2012).

A consolidação dos cuidados primários no SUS como ESF deve ir além dessa agenda, incorporando mudanças profundas na construção social da APS. Nesse sentido, não basta elaborar planos de intervenções que se fixem na proposição de ações gerais porque é fundamental chegar a cada Unidade Básica de Saúde brasileira em seus microterritórios de pertencimento e mudar os processos de trabalho ali praticados, com a participação protagônica das equipes da ESF e da população adstrita.

É o que se propõe neste capítulo: conhecer a natureza da demanda por cuidados primários, definir diferentes perfis de oferta, estabelecer um conjunto de mudanças processuais para a consolidação da ESF, entender os mecanismos organizacionais a serem utilizados no processo de coordenação e preparar a ESF para coordenar as RAS.

3. A DEMANDA E A OFERTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 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 equivocada baseia-se no grau de densidade das tecnologias utilizadas, mas nada tem a ver com a complexidade da atenção à saúde nesses níveis.

A visão comum – 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 não agudizadas (demanda programada) e a certos cuidados preventivos. Contudo, a demanda na APS vai muito dessas três condições de saúde.

Para que se possa avançar para uma APS que seja efetivamente uma estratégia de reordenamento do SUS, há que se romper com essa visão simplificadora de cuidados primários. A APS nada tem de simples, nem representa um conjunto de serviços de baixa complexidade porque lida com uma grande complexidade da demanda e opera por meio de um amplo leque de respostas sociais engendradas pelos cuidados primários.

3.2 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 a 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 essa razão, na APS é preferível trabalhar com a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) (LAMBERTS; WOOD, 1987).

Estudos demonstraram que somente em torno de 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 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).

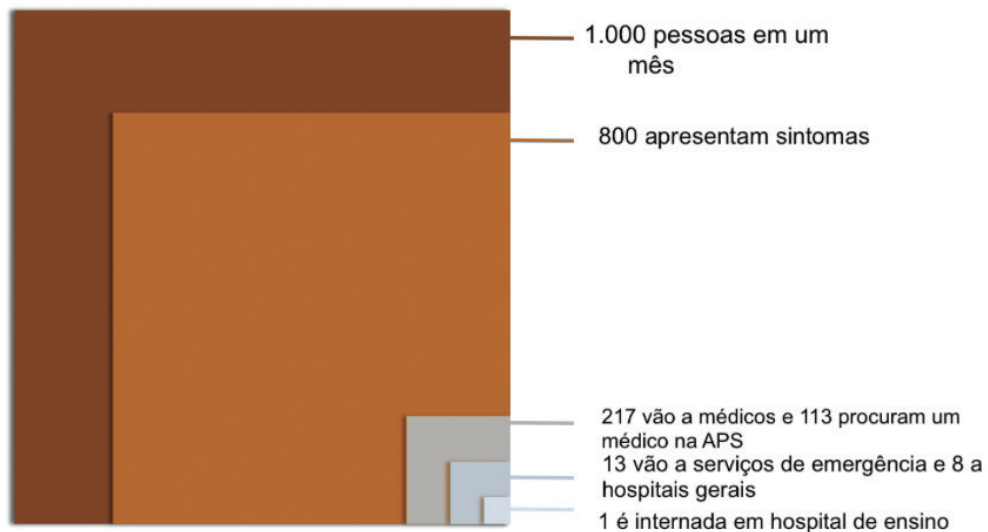
Por tudo isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS para que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas.

3.3 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 reiterado por Green et al. (2001) para mostrar como as ações no planejamento da saúde, na educação e na pesquisa podem ser orientadas para responderem às demandas da população.

Figura 24: A ecologia dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Green et al. (2001).

O trabalho de Green et al. (2001), resumido na Figura 24, aponta que de cada mil pessoas em um mês, 800 apresentam sintomas; dessas 800 pessoas, 327 consideram procurar cuidados médicos, e 217 chegam a um consultório médico, sendo que 113 procuram um médico de APS, 21 chegam a um ambulatório hospitalar, 13 chegam a um serviço de urgência e emergência, 14 recebem atenção domiciliar, 8 são hospitalizadas e 1 interna-se em um hospital de ensino.

Esses dados atestam que, em um 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) afirma 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 mil pessoas em um mês, 113 irão buscar os cuidados primários.

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 exercer 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”*.

3.4 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.

3.4.1 A DEMANDA NA APS É QUANTITATIVAMENTE MUITO AMPLA

Em uma determinada população, estima-se que 21,7% dela demandará, em um mês, atenção em uma unidade de cuidados primários. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 60% dessa população consultou a 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 menores portes, 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).

3.4.2 A APS TEM ALTA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

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

A capacidade de retenção na APS, sem encaminhamentos para a AAE, foi de 95% em países europeus (STARFIELD, 2002), de 87,5% na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (GUSSO, 2009), de 91% no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (TAKEDA, 2013) e de 95% em Toledo, no Paraná (FREITAS, 2016).

À vista disso, dados brasileiros demonstraram que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 95% dos problemas que nela se apresentaram. Isso a torna 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.

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

Pesquisa feita em Florianópolis evidenciou que 66,4% da demanda total é 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, elas percebem mais facilmente os riscos à saúde que os homens porque têm mais acesso às informações em saúde (FERNANDES et al., 2009).

3.4.4 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).

3.4.5 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 condi-

ções mais frequentes. Em geral, observa-se, na literatura internacional e nacional, que um número pequeno de problemas ou condições de saúde mais frequentes responderam 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 17.

Tabela 17: Problemas mais frequentes na demanda na APS em Florianópolis

Problema	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Hipertensão sem complicação	827	9,8	9,8
Prevenção/manutenção da saúde	464	5,5	15,3
Infecção do aparelho respiratório superior	316	3,8	19,1
Gravidez	293	3,5	22,8
Diabetes não insulino dependente	255	3,0	25,6
Depressão	224	2,7	28,3
Contracepções/outras	139	1,7	30,0
Prevenção/manutenção da saúde	128	1,5	31,5
Sinais e sintomas da região lombar	116	1,4	32,9
Transtorno/estado de ansiedade	110	1,3	34,2
Hipotireoidismo	108	1,3	35,4
Gastrenterite	105	1,2	36,7
Alteração no metabolismo lipídico	99	1,2	37,9
Dermatofitose	94	1,1	39,0
Amigdalite aguda	93	1,1	40,1
Cistite/outra infecção urinária	93	1,1	41,2
Asma	78	0,9	42,1
Dor abdominal generalizada/cólicas	73	0,9	43,0
Dispepsia/indigestão	73	0,9	43,9
Abuso do tabaco	73	0,9	44,7

Problema	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Obesidade	72	0,9	45,6
Dores musculares	69	0,8	46,4
Cefaleia	67	0,8	47,2
Vaginite/vulvite NE	57	0,7	47,9
Exame médico/avaliação de saúde	56	0,7	48,6
Otite aguda/miringite	53	0,6	49,2
Bursite/tendinite/sinusite NE	52	0,6	49,8
Rinite alérgica	52	0,6	50,4

Fonte: Gusso (2009).

Pesquisa realizada em uma 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 18.

Tabela 18: Motivos de consultas mais frequentes, Florianópolis

Motivo da consulta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Prevenção/manutenção da saúde	529	5,7	5,7
Tosse	295	3,2	8,9
Medicação/renovação/injeção/Circulatório	294	3,2	12,1
Febre	278	3,0	15,1
Gravidez	264	2,8	17,9
Cefaleia	250	2,7	20,6
Hipertensão sem complicação	228	2,5	23,1
Dor abdominal generalizada/Cólicas	175	1,9	25,0
Medicação/renovação/injeção/Psicológico	172	1,9	26,8
Resultado de exame/teste/carta/Geral	167	1,8	28,6
Sinais/sintomas região dorsal	152	1,6	30,3
Vômito	128	1,4	31,7
Diarreia	128	1,4	33,0
Sinais/sintomas da garganta	119	1,3	34,3
Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	108	1,2	35,5
Exame médico/avaliação/circulatório	104	1,1	36,6
Medicação/renovação/injeção/Endócrino	101	1,1	37,7
Sinais/sintomas da pele	100	1,1	38,8

Motivo da consulta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Resultado de exame/teste/carta/Endócrino	100	1,1	39,9
Vertigens/tontura	96	1,0	40,9
Dificuldade respiratória/dispneia	95	1,0	41,9
Secreção vaginal	93	1,0	42,9
Sinais/sintomas da região lombar	92	1,0	43,9
Prurido	89	1,0	44,9
Dores abdominais, epigástricas.	88	0,9	45,8
Contracepção oral	88	0,9	46,8
Resultado exame/teste/carta/Circulatório	87	0,9	47,7
Sinais/sintomas de coxas/pernas	86	0,9	48,7
Dor de ouvidos	81	0,9	49,5
Sensação de depressão	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.

3.4.6 OS TIPOS DE ATENDIMENTOS NA APS DISTRIBUEM-SE EM UMA 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 19.

Tabela 19: Frequência dos tipos de atendimentos na APS

Tipo de atendimento	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Consulta do mesmo dia/Urgência	38,6%	38,6%
Agendada por outro motivo	25,5%	64,1%
Hipertenso/Diabético	11,6%	75,7%
Retorno por outros motivos	8,7%	84,4%
Puericultura	8,2%	92,6%
Gestantes	5,6%	98,3%
Visita domiciliar	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%).

3.4.7 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 20, 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.

Tabela 20:

Motivo da consulta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Prevenção/manutenção da saúde	529	5,7	5,7
Tosse	295	3,2	8,9
Medicação/renovação/injeção/Circulatório	294	3,2	12,1
Febre	278	3,0	15,1
Gravidez	264	2,8	17,9
Cefaleia	250	2,7	20,6

Motivo da consulta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Hipertensão sem complicação	228	2,5	23,1
Dor abdominal generalizada/Cólicas	175	1,9	25,0
Medicação/renovação/injeção/Psicológico	172	1,9	26,8
Resultado de exame/teste/carta/Geral	167	1,8	28,6
Sinais/sintomas região dorsal	152	1,6	30,3
Vômito	128	1,4	31,7
Diarreia	128	1,4	33,0
Sinais/sintomas da garganta	119	1,3	34,3
Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	108	1,2	35,5
Exame médico/avaliação/circulatório	104	1,1	36,6
Medicação/renovação/injeção/Endócrino	101	1,1	37,7
Sinais/sintomas da pele	100	1,1	38,8
Resultado de exame/teste/carta/Endócrino	100	1,1	39,9
Vertigens/tontura	96	1,0	40,9
Dificuldade respiratória/dispneia	95	1,0	41,9
Secreção vaginal	93	1,0	42,9
Sinais/sintomas da região lombar	92	1,0	43,9
Prurido	89	1,0	44,9
Dores abdominais, epigástricas.	88	0,9	45,8
Contracepção oral	88	0,9	46,8
Resultado exame/teste/carta/Circulatório	87	0,9	47,7
Sinais/sintomas de coxas/pernas	86	0,9	48,7
Dor de ouvidos	81	0,9	49,5
Sensação de depressão	80	0,9	50,4

Fonte: Gusso (2009).

3.4.8 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 nos cuidados primários se apresentam de uma forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos

a um diagnóstico específico. É por essa razão que a CIAP tem um capítulo referente a problemas gerais e inespecíficos.

Entre os principais 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 em uma 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).

3.4.9 A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA NAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS

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

frequentes (SCHRIRE, 1986) ou de pessoas que consultam frequentemente (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

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

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 hiperutilizadoras 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, em um dado período (RAMOS; 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; 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; 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; 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 (NEAL et al., 1998; HODGSON et al., 2005).

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

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

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

Na literatura, existem relatos de hiperutilização dos serviços de APS. Neal et al. (1996) relataram 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), em um 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, portadora 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% das pessoas hiperutilizadoras obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto 56% das pessoas não hiperutilizadoras obtiveram 21,3% do total de consultas; entre as pessoas hiperutilizadoras, 67,8% eram do sexo feminino, e 32,2%, do sexo masculino; as pessoas hiperutilizadoras concentravam-se na faixa

etária de 20 anos a 49 anos (38,6%) e de mais de 60 anos (22,2%); os problemas mais comuns das pessoas hiperutilizadoras foram questões administrativas; os problemas mentais e comportamentais têm maior prevalência entre pessoas hiperutilizadoras (6,9%) do que entre pessoas não hiperutilizadoras (3,5%); o profissional mais procurado foi o médico (59,3%), depois o odontólogo (27,5%); os motivos de consultas são semelhantes entre pessoas hiperutilizadoras e não hiperutilizadoras; a média de consultas das pessoas hiperutilizadoras foi de 12 consultas/ano, e das pessoas não hiperutilizadoras, de 3 consultas/ano; 32,0% das pessoas hiperutilizadoras moravam em área de risco, percentual próximo às das moradoras 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 em uma 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 das 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; CARRAPIÇO, 2012).

3.4.10 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, pode se dar entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou de parte dele que promove distúrbio nas suas funções. Ela 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 diante da situação de doença. É um fenômeno que engloba aspectos individuais, sociais e culturais da experiência de doença e contempla o significado atribuído a ela. A

doença (*disease*) é o que pode ser sistematizado e generalizado por meio de critérios diagnósticos e catalogado em uma classificação de doenças. Diferentemente, a enfermidade é única e singular porque não se repete, visto que cada pessoa a experimenta de uma forma própria e, portanto, não é passível de generalização (KNAUTH et al., 2013)

Há várias denominações 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 piáticas.

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 com o conceito da conversão da psicanálise, que é a manifestação no corpo de um conflito psicológico não elaborado (McWHINNEY; 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, em uma 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, em uma 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, consegue-se 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. Em um grupo, o sofrimento

mental é inespecífico, não preenchendo critérios para presença de transtorno mental. Em um segundo grupo, há um transtorno mental comum, como ansiedade ou depressão, que pode explicar os sintomas físicos. Em um terceiro grupo, o quadro clínico é crônico e apresenta síndromes psiquiátricas especificamente associadas à presença de sintomas somáticos inexplicáveis; as pessoas desse grupo são consideradas as somatizadoras verdadeiras (FORTES et al., 2013)

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).

3.4.11 A DEMANDA NA APS APRESENTA VARIAÇÕES SAZONAIS E TEMPORAIS

Pesquisa feita em uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 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-feiras e às sextas-feiras em relação aos demais dias da semana (LANDSBERG et al., 2012).

3.4.12 A DEMANDA ADMINISTRATIVA É 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 (POP) desses processos, implantá-los e monitorá-los.

3.4.13 A DEMANDA POR CUIDADOS PREVENTIVOS É SIGNIFICATIVA NA APS

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, 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); o que só é possível se delegar as ações preventivas a outros profissionais não médicos.

Há estudos que demonstram que a demanda de cuidados preventivos domina as preocupações 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 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).

3.4.14 A DEMANDA POR ATENÇÃO DOMICILIAR É 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 ACS.

3.4.15 A DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS É IMPORTANTE NA APS

O envelhecimento da população e o domínio relativo das condições crônicas tornam imperativa a consideração mais cuidadosa dos cuidados paliativos nos sistemas de atenção à saúde.

Nos países desenvolvidos, há uma preocupação crescente com a incorporação dos cuidados paliativos nos sistemas de atenção à saúde. Ademais, há um movimento forte de utilização desses cuidados na APS (ESPANHA, 2000; PORTUGAL, 2006).

Nos Estados Unidos, verificou-se que os cuidados paliativos são acessíveis em dois estabelecimentos: os hospitais e os *hospícios*. Contudo, a maioria das pessoas que se beneficiaria desses cuidados não está nesses estabelecimentos nem se enquadra no critério de últimos seis meses de vida. Das pessoas com sérios problemas de saúde, 99% estão na comunidade e em suas casas. Conseqüentemente, os cuidados paliativos devem ser ofertados por uma rede integrada de serviços e com forte presença relativa de recursos comunitários. Certamente, entre esses pontos de atenção, está a APS, que deve ser preparada para a prestação de cuidados paliativos e para a coordenação entre os diversos pontos de atenção dessa rede, nos quais se inclui o domicílio como unidade de cuidado. É fundamental que equipes de APS e de cuidados paliativos operem juntas em um trabalho baseado na comunidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2018).

Os cuidados paliativos não são estabelecidos em função de diagnósticos, mas pelas necessidades, situações e decisões das pessoas doentes e de suas famílias (SANTOS et al., 2012). Não obstante, esses cuidados abordam um amplo espectro de doenças, como as neoplasias, as demências, as pneumopatias crônicas, as neuropatias progressivas, as sequelas de acidentes vasculares cerebrais, a Aids e outras (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2009).

Os princípios de organização dos cuidados paliativos são o acesso permanente aos serviços (24 horas por dia/7 dias por semana), a atenção aos determinantes

sociais da saúde, a acurada identificação de pessoas em situações de risco, a utilização de equipe multiprofissional interdisciplinar, a redução da carga de sintomas, o bom manejo da dor, a obediência às preferências das pessoas e de suas famílias e o suporte de cuidadores (INSTITUTE OF MEDICINE, 2018).

Por isso, os cuidados paliativos operam melhor em um ambiente organizacional da Tripla Meta (BERWICK et al., 2008), discutida no Capítulo 1, e em modelos de atenção como o *Patient-Centered Medical Home* (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2002), que foi desenvolvido para as condições crônicas e com foco na APS.

Infelizmente, a presença da APS na prestação de cuidados paliativos no SUS é rara e frágil e, por esta razão, à semelhança do que vem ocorrendo em outros países, há que preparar a APS do SUS para ter uma participação mais protagônica no trabalho de prestação de cuidados paliativos.

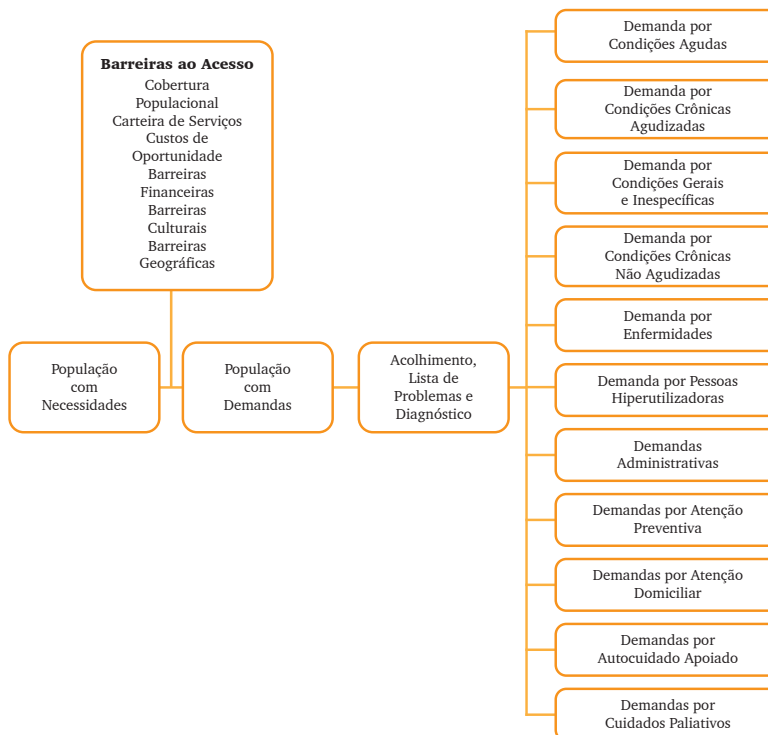
No entanto, a proposta de construção social da APS no SUS desenvolvida por Mendes (2015) e expressa na metáfora da casa não contemplava os cuidados paliativos. Neste capítulo, esse problema é superado porque os cuidados paliativos passam a ser uma parte fundamental da construção social da APS no SUS, conforme se vê na Figura 28.

3.5 OS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA NA APS

Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em onze grupos conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas.

É o que se vê na Figura 25.

Figura 25: Os diferentes perfis de demanda na APS



Fonte: Mendes (2015).

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidades 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 de diagnósticos estruturam diferentes perfis de demanda 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, demanda administrativa, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar, demanda por autocuidado apoiado e demanda por atenção paliativa.

Nesse sentido, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática cotidiana dos cuidados primários, é comum operar com uma estrutura de demanda limitada que desconhece e esconde essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: a demanda espontânea que cobre os

eventos agudos (as condições agudas, as agudizações das condições crônicas e as condições gerais e inespecíficas); a demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas, muitas vezes estruturadas em programas mais ou menos verticais; a demanda por atenção preventiva; e a demanda por visitas domiciliares.

Essa estrutura restrita de demanda gera um desequilíbrio entre as estruturas de demanda e de oferta, um grave problema a ser superado na construção social da APS.

3.6 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. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

No Quadro 10, mostra-se o desequilíbrio entre as estruturas de demanda e de oferta na APS

Quadro 10: O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS

Estrutura da demanda	Estrutura da oferta
Por condições agudas	Consultas médicas
Por condições crônicas agudizadas	Consultas de enfermagem
Por condições gerais e inespecíficas	Trabalhos em grupo
Por condições crônicas não agudizadas	Vacinação
Por enfermidades	Rastreamento de câncer de colo de útero
Por pessoas hiperutilizadoras	Visitas domiciliares
Por demandas administrativas	Dispensação de medicamentos
Por atenção preventiva	Solicitação, coleta ou realização de exames
Por atenção domiciliar	Fornecimento de atestados médicos
Por autocuidado apoiado	
Por cuidados paliativos	

Fonte: Mendes (2015).

A análise do Quadro 10 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,

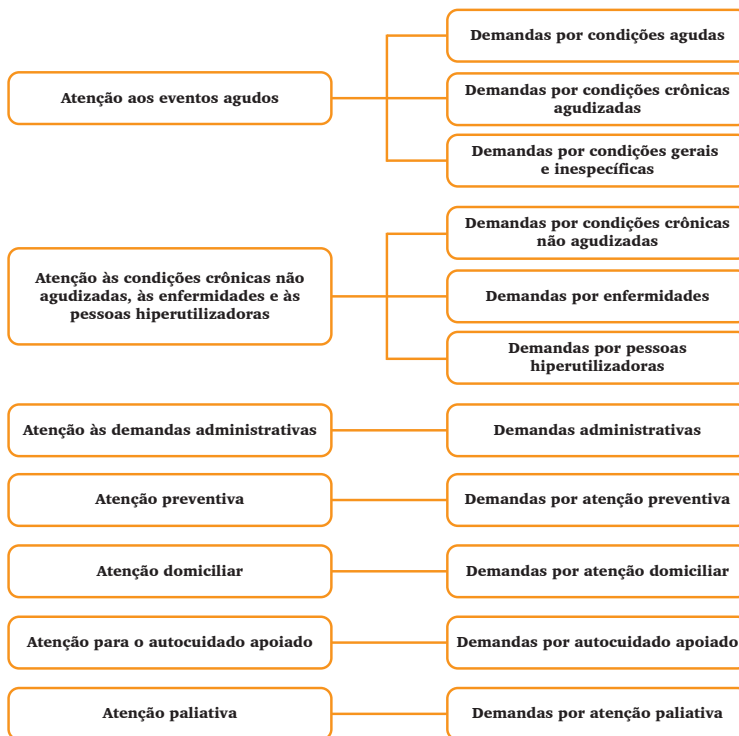
solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos.

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. Todavia, 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, por autocuidado apoiado e por cuidados paliativos. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma situação disfuncional.

Para solucionar essa disfunção, 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 redesenhar e/ou introduzir 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, os 11 perfis de demanda na APS, podem ser agrupados em sete perfis de oferta, conforme se observa na Figura 26: a atenção aos eventos agudos que agrupa a demanda por condições agudas, por condições crônicas agudizadas e por condições gerais e inespecíficas; a atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; a atenção à demanda por autocuidado apoiado; e a atenção paliativa.

Figura 26: Os perfis de oferta e de demanda na APS



Fonte: Mendes (2015).

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 sete perfis de oferta.

4. AS BASES OPERACIONAIS E EDUCACIONAIS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS COMO MUDANÇA CULTURAL

O imperativo da mudança é inegável e decorre do fato de o mundo em que se vive estar em permanente mutação. Diante desse imperativo, há três opções: ignorar a mudança mantendo-se na zona de conforto; lutar contra a mudança; e aceitar a mudança e aderir a ela.

A construção social da APS é um processo de grande complexidade que traz muitas inovações nos cuidados primários. Por isso, a sua implantação envolve mudanças culturais profundas na APS.

A cultura significa as atitudes, os valores e os comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é realmente importante aqui? A resposta a essa pergunta permite uma compreensão melhor de como as coisas funcionam, ou não, em uma organização e de como reforçar certas atitudes e comportamentos para a consecução das mudanças desejadas (KEY, 2008).

No ambiente de uma organização de saúde, convivem diferentes culturas, ou seja, há subculturas dentro de uma cultura. Por exemplo, os médicos estão concentrados nos diagnósticos e tratamentos; os enfermeiros, no cuidado das pessoas usuárias; o gestor, na ordem burocrática; os assistentes sociais, na proteção social e assim por diante. Dentro das subculturas, há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o *status quo* e a noção de afiliação grupal.

Um sentido de pertencimento a um grupo social é inerente à necessidade humana e se nutre por meio de complexos processos sociais e culturais em que o principal veículo é o uso do ritual, que é uma forma de ação simbólica que serve para comunicar informação sobre os valores e os padrões culturais. Em momentos de mudança, os rituais que deram segurança já não são adequados, surgindo a ameaça e a insegurança.

Em uma unidade da APS, poder-se-ia fazer um exercício por meio de perguntas aos seus membros: quantas culturas diferentes há na unidade? Quais são os valores pessoais e profissionais? Como os membros da equipe reagem a uma proposta de um novo modelo de atenção às condições crônicas? Isso é importante porque um dos maiores desafios de um processo de mudança cultural é o desenvolvimento do respeito e do entendimento mútuo na equipe. Esse processo requer que se invista tempo e energia para desenvolver uma comunicação sólida e para conhecer o que pensam e que papéis desempenham na atenção à saúde os diferentes membros da equipe (CHIN, 2010).

As culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que chegue um momento em que compreendem que a mudança é imperativa. A chave está em entender que o que uma vez foi novo se tornou tradicional e precisa ser renovado.

Há evidências de que a cultura organizacional não se automelhora de forma natural, mas que é aberta a mudanças deliberadas, bem planejadas e realizadas com liderança adequada. Nesse sentido, a teoria da correção cultural diz que o importante é dispor da cultura correta, no lugar adequado e com o propósito oportuno (HANDY, 1978).

A construção social da APS vai exigir mudanças deliberadas e forte liderança para responder aos desafios colocados nesse processo, e isso coloca outra questão fundamental, que é: como mudar a cultura organizacional?

Uma ferramenta interessante é a equação da mudança, que diz que uma mudança só ocorre quando: $A+B+C>D$, sendo: A: a insatisfação com a situação atual; B: a visão de futuro; C: a clareza a respeito dos passos a serem adotados para a mudança; e D: as resistências naturais à mudança na organização (BECKHARD; HARRIS, 1987). Dessa forma, os líderes da mudança devem trabalhar de forma constante e simultânea em A, B e C para superar as resistências existentes. Isso significará destacar os problemas e as características da APS atual que limitam ou dificultam os cuidados com as condições crônicas (A); debater, identificar e propor uma cultura organizacional efetiva e que permita construir uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços (B); e trabalhar com todos os atores implicados no desenho e na implementação do processo de construção social da APS para dar os passos necessários, para consolidar os avanços e para conseguir, definitivamente, a transformação cultural (KEY, 2008).

A essência da mudança cultural é construir capacidade para diagnosticar a situação presente, a fim de propor um futuro melhor. Algumas ferramentas podem ser úteis para conscientizar a insatisfação com o *status quo* (A) e para difundir a visão de futuro (B). Entre elas, mencionam-se as tipologias de culturas organizacionais, como a dos deuses da gestão (BECKHARD; HARRIS, 1987) e a tipologia de Harrison (HARRISON, 1983).

As análises das tipologias de mudanças culturais atuam sobre os componentes A e B da equação, mas não são suficientes para superar as resistências naturais à mudança, se não estão claros os passos a serem dados para a sua implantação. Nesse aspecto, é fundamental a construção de reforços positivos para a mudança que, partindo da liderança, lance uma mensagem clara de compromisso com a mudança e de que é isso o que realmente importa.

Duas dimensões são fundamentais para a mudança cultural: as mudanças nas pessoas e os aspectos sistêmicos (KEY, 2008). As mudanças nas pessoas envolvem os processos de seleção, de integração, de gestão de competências, de incentivos e de gestão de desempenho alinhados com a missão. Nos aspectos sistêmicos, importam os sistemas de informação e comunicação e os programas de qualidade.

A liderança é essencial na mudança da cultura organizacional. Kouzes e Posner (1995) identificaram cinco comportamentos-chave dos líderes na gestão da mudança: criar uma visão compartilhada do futuro (item A da equação); desafiar a situação atual, assumindo os riscos de experimentar e inovar (item B da equação); modelar o caminho colocando-se como modelos de referência dos valores que promovem e tendo clareza sobre os passos a serem dados para atingir a visão (item C da equação); facilitar a ação da equipe e criar capacidades para o desenvolvimento de um

projeto comum; e reconhecer os esforços de toda a equipe, estimulando-a a avançar e celebrando os êxitos.

Uma liderança de mudança cultural deve ser capaz de conseguir uma resposta sincrônica e unívoca, das pessoas da organização, à pergunta “O que realmente importa aqui?” (KEY, 2008).

Uma pergunta-chave para a mudança cultural é: por que mudar a cultura da organização? Essa pergunta pode ser seguida de outra: é possível planejar essa mudança? Se for, cabe outra pergunta: que tipo de mudança se fará e com que finalidade?

Algumas perguntas, dirigidas a uma equipe, ajudam a iniciar um processo de mudança na APS: como descrevem a cultura atual da APS? Como essa situação atual pode ser afetada pela implantação do processo de construção social da APS? É necessário mudar a cultura prevalente? Se for, que tipos de mudanças deveriam ser feitas? (ASHTON, 2010).

Uma cultura não existe no vazio, é uma entidade viva, estabelecida em um contexto determinado e enraizada nas pessoas. Uma equipe de APS apresenta diferentes valores, mitos, rituais e experiências passadas que devem ser reconhecidos e aceitos. Por isso, é importante, nos processos de mudança, respeitar o passado, viver o presente e trabalhar o futuro (BRIDGES, 1980).

A estratégia e os valores constituem as principais alavancas que sustentam um processo de mudança cultural e que, por essa razão, devem se complementar (HILL, 1991).

Uma pergunta se segue: se há que mudar, como fazê-lo? A resposta coloca a questão dos diferentes enfoques de mudança: o agressivo, poder coercitivo, centrado no conflito, impositivo, unilateral e com vencedores e vencidos; o conciliador, solução em grupo, atitude colaborativa e integrativa em que todos ganham; o corrosivo, político, busca coalisões, não planejado, informal e incrementalista; e o doutrinador, normativo, reeducador, dirigido à formação (BATES, 1999). Esses enfoques podem ser utilizados isoladamente ou combinados. Para muitos, a combinação deles está presente nas organizações que aprendem, conjuntos de indivíduos que aprimoram, seguidamente, sua capacidade criativa para desenvolver novas habilidades que levam a novas percepções que revolucionam crenças e opiniões. Uma organização que aprende deve operar em um ambiente sem culpabilização, transparente, com boa comunicação entre seus membros e com uma filosofia centrada nas pessoas, sejam os membros da equipe, sejam, especialmente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde (SENGE; PETER, 2010).

O processo de mudança implica a instituição de uma tensão criativa entre a situação atual em que se está e para aonde se quer ir, a visão. A liderança mediante a tensão criativa é diferente do estilo de liderança por meio da resolução de pro-

blemas. Na resolução de problema, a energia para a mudança provém da intenção de modificar um aspecto da realidade atual que é indesejável. Na tensão criativa, a energia para a mudança vem da força da visão do futuro, o que se quer criar está justaposto com a realidade atual (BRIDGES, 1980).

A liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir a mudança em uma organização. ela estabelece a visão, dá a direção e influi no crescimento do pessoal de maneira que possa aprender a aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar. Uma boa liderança baseia-se no que ela faz mais do que no que ela fala; trata as pessoas como adultas e responsáveis; celebra e compartilha os êxitos; e considera os erros como oportunidades de aprendizado. A liderança é uma função de dupla direção e transformadora (CHIN, 2010).

A liderança para a mudança organizacional deve exercer um conjunto de funções: a de desenhista significa antecipar a visão e os valores e compreender como as pessoas desejam ser; a de maestro sugere estimular a equipe, incluindo-se nela, desenvolver uma visão mais profunda da realidade atual; e a de gestor. Uma liderança desse tipo pode suscitar algumas questões que podem ser colocadas para a equipe da APS: onde estamos agora? Onde deveríamos estar? Aonde deveríamos chegar? (ASHTON, 2010).

Nenhuma mudança cultural ocorrerá se não houver um trabalho em equipe. Aqui valem as considerações feitas anteriormente sobre o trabalho de equipes multiprofissionais interdisciplinares na APS.

Há evidências de que o melhor lugar para se produzir a mudança cultural é no nível local. Essa afirmativa se fundamenta na crença de que as pessoas e os grupos – como, por exemplo, as equipes da APS – são, de fato, os agentes reais da mudança porque conhecem as necessidades das pessoas usuárias, entendem o contexto em que atuam e, portanto, possuem uma riqueza de entendimento que se requer para a mudança e para saber como fazê-la (PAGE et al., 1998). Uma pesquisa feita em 86 centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, no Reino Unido, mostrou que os programas de gestão da clínica foram mais eficazes quando aplicados no nível local, com base em projetos colaborativos (WALLACE et al., 2001).

A construção social da APS é uma mudança cultural que se dará em um microsistema social, mas em um contexto de organizações complexas. Para concretizá-la é necessário geri-la por meio de uma eficaz gestão de mudança porque a intensa função homeostática dentro das organizações de saúde tende a mantê-las estáveis e a conservar o *status quo* (ASHTON, 2010).

A gestão de mudança são processos, ferramentas e técnicas para gerenciar os vários aspectos desenvolvidos em um processo de mudança a fim de que os resultados positivos previstos sejam atingidos e da forma mais eficaz possível. O objetivo da gestão de mudança é ter uma abordagem equilibrada dos aspectos técnicos e

organizacionais, visando minimizar as possíveis resistências e obter uma transformação mais eficaz, completa e em menor tempo (RABELO, 2010).

Não obstante a existência de muita literatura sobre a gestão de mudança, predomina entre os teóricos a opinião de que não existe nenhuma fórmula mágica para efetuar mudanças. A chave para manejar a mudança eficaz é compreender que os programas de mudança não têm um fim em si mesmos e que devem levar em consideração os atores organizacionais e o contexto em que operam (CHIN, 2010).

Kisil (1998), em um manual para mudanças organizacionais na saúde, dirigido a Secretarias Municipais de Saúde, define um modelo de mudança organizacional que contém seis elementos: conhecer as razões da mudança, gerenciar o processo de mudança, realizar um diagnóstico organizacional, definir a direção da mudança, estabelecer um plano estratégico de mudança e monitorar e avaliar o processo de mudança.

Seja qual for a mudança, ela é um processo que necessita ser gerenciado. Em geral, é necessário montar uma equipe para o gerenciamento da mudança que tenha as seguintes capacidades: usar eficientemente seu conhecimento e suas informações; ser criativa; trabalhar em equipe; projetar o futuro; ser flexível e adaptar-se facilmente aos novos processos; motivar as pessoas envolvidas; ter ótima comunicação; e ser capaz de assumir riscos e solucionar conflitos (KISIL, 1998).

A equipe de liderança do processo de mudança deve começar com um diagnóstico organizacional, a fim de conhecer a situação presente. No caso, deveria ser feito um diagnóstico da situação da APS em uma Secretaria Municipal de Saúde.

Para a realização desse diagnóstico, pressupõe-se que: o objetivo de realizá-lo esteja claro; os recursos para efetivá-lo estejam definidos; o conjunto de variáveis a serem estudadas seja conhecido; a profundidade do estudo esteja determinada; o tempo esteja estabelecido; o grupo de condução tenha conhecimentos técnicos; o diagnóstico e as recomendações sejam aprovados pelo nível estratégico da organização (KISIL, 1998).

Uma vez completado o diagnóstico organizacional, deve-se definir a direção da mudança: ter claro o porquê e o rumo da mudança; no caso, a construção social da APS.

O próximo passo é definir a estratégia de mudança. Há várias estratégias que se utilizam na mudança organizacional: estratégia de concentração, estratégia de estabilidade, estratégia de crescimento e estratégia de redução de despesas (KISIL, 1998). No caso da construção social da APS, pode-se adotar a estratégia de concentração que significa a concentração dos esforços organizacionais na prestação de cuidados primários por meio da ESF.

O processo de mudança deve ser monitorado e avaliado. Uma avaliação mais rigorosa vai envolver o desenho de uma pesquisa avaliativa. Nesse aspecto, é fundamental contar com indicadores que tenham evidência de que avaliam efetivamente as mudanças que se pretendem com a construção social da APS.

Os indicadores devem ser estabelecidos em termos de estrutura, processos e resultados, mas é necessário cuidar para que esses indicadores estejam balanceados, ou seja, que mudanças em uma parte do sistema de atenção à saúde não irão causar problemas em outras partes desse mesmo sistema (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, s/data).

A construção social da APS é uma mudança significativa, mas não se trata de uma mudança organizacional ampla. É uma mudança específica e identificável que se dá no nível local de uma Secretaria Municipal de Saúde, no campo dos cuidados primários à saúde.

Um exemplo de avaliação da construção social da APS são os Laboratórios de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS, desenvolvidos pelo Conass em parcerias com diferentes instituições (ANDRADE et al., 2016; GUIMARÃES et al., 2018).

Há diferentes técnicas que ajudam a gestão da mudança nas organizações: a reengenharia de processos, a gestão da qualidade total, a melhoria contínua da qualidade, a metodologia de sistemas leves e o modelo de excelência dos negócios (CHIN, 2010). Aqui se vai considerar o modelo da melhoria, implantado sob a forma de um projeto colaborativo.

4.2 O PROJETO COLABORATIVO

A construção social da APS pode ser feita por várias maneiras, mas sugere-se que seja realizada por processos de mudança deliberados, assentados em tecnologias ativas de educação.

Uma proposta sólida é a da Série de Avanços Inovadores, desenvolvida, a partir de 1995, pelo *Institute for Healthcare Improvement*, com base em um processo de mudança (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). Esse modelo, em contínuo aperfeiçoamento, estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de distintas organizações.

O modelo dos avanços inovadores pode ser aplicado na construção social da APS. Uma série completa de aprendizagem pode durar de 6 a 15 meses e pode envolver muitas equipes da APS, de uma mesma ou de várias Secretarias Municipais de Saúde, para buscar melhorias em temas de interesse comum. Cada um dos projetos se denomina de Projeto Colaborativo.

A concepção básica do Projeto Colaborativo está, de um lado, em uma combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças.

Para que mudanças ocorram, é necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais, estruturadas por princípios educacionais sólidos de capacitação de adultos (andragogia), com períodos de dispersão pós-oficina. Nos períodos presenciais, as diferentes equipes da APS – que podem variar de dez a mais de cem – reúnem-se para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão, nos quais os membros de cada equipe retornam a suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina.

Uma avaliação com líderes da área de saúde nos campos clínico, político e de gestão permitiu identificar os fatores-chave para distinguir os campos de mudanças: a prática clínica atual não está alinhada com o conhecimento científico disponível; algumas melhorias poderiam produzir resultados claramente positivos ao incrementar a qualidade dos serviços e ao reduzir os custos da atenção à saúde; e a possibilidade de uma melhoria importante deve ter sido constatada em, pelo menos, uma organização sentinela.

A Série de Avanços Inovadores apresenta cinco elementos essenciais: a seleção do tema, o recrutamento dos facilitadores ou tutores, a definição das organizações participantes e de seus membros, as oficinas presenciais e os períodos de dispersão.

A seleção faz-se sobre temas que estejam maduros para melhorar na APS. Recrutam-se entre 5 e 15 profissionais com capacidade de facilitar o processo educacional, envolvendo especialistas em educação e em clínica, bem como profissionais de experiências bem-sucedidas; um desses facilitadores vai coordenar o Projeto Colaborativo.

As organizações participantes são definidas e devem indicar uma equipe multiprofissional com capacidade de aprendizagem, de implantação de um projeto-piloto e de extensão do piloto em maior escala.

As oficinas presenciais são intervenções educacionais que envolvem os facilitadores e as equipes da APS das diferentes organizações participantes do projeto. Os períodos de dispersão são as intervenções que devem ser realizadas nesse tempo e que foram planejadas nas oficinas presenciais, tendo obrigatoriamente de trabalhar com indicadores que meçam as mudanças pretendidas.

Todo trabalho é acompanhado por informes mensais de medição dos impactos de mudanças que são compartilhados por todos os participantes de todas as organizações, especialmente em um ambiente *web*.

4.3 O MODELO DE MELHORIA

Os participantes de um Projeto Colaborativo operam com um Modelo de Melhoria (MM) para implementar as mudanças.

Ele está associado a um conceito importante de microsistemas clínicos discutido no Capítulo 11.

O MM parte de um suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa, e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo. É importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria (LANGLEY et al., 2011).

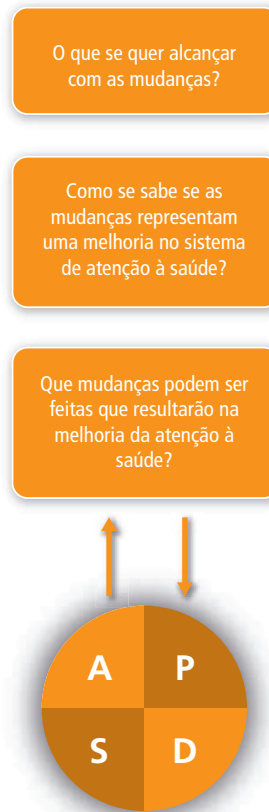
O conceito de melhoria é da sua utilidade estabelecida por características como mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro etc. Assim, mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou a atividade é feita ou a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro (LANGLEY et al., 2011).

O MM estrutura-se com base em cinco princípios centrais de melhoria. Os dois princípios iniciais de melhoria são: entender por que se precisa mudar e dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo. Muitas mudanças são, simplesmente, fazer mais do mesmo. O terceiro princípio é desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, o que implica saber se a mudança proposta levará a uma melhoria real. O quarto princípio é testar uma mudança antes de implementá-la em escala, planejando o teste, executando-o, analisando os resultados, resumindo o que foi aprendido e decidindo qual a ação justificada com base no que foi aprendido com o teste. Esse é um princípio difícil de ocorrer no sistema público de saúde brasileiro porque, em geral, há uma resistência enorme à implantação de projetos-piloto, especialmente por parte de gestores políticos. O quinto princípio é implementar a mudança. O grande risco da implementação é que a mudança não seja sustentável (LANGLEY et al., 2011).

O MM define uma estrutura para operacionalizar os seus cinco princípios centrais; três questões fundamentais que direcionam as melhorias e o ciclo PDSA. As três questões, aplicadas ao campo da saúde, são: o que se quer alcançar com as mudanças? Como se sabe se as mudanças representam uma melhoria na atenção à saúde? Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? Essas três questões dizem respeito aos três primeiros princípios centrais do MM. Elas podem ser respondidas em qualquer ordem (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENTS, s/data).

O MM está representado na Figura 27.

Figura 27: O Modelo de Melhoria



Fonte: Associates in Process Improvement (s/data).

A pergunta “O que se quer alcançar com as mudanças?” implica uma definição, por escrito, dos objetivos que se desejam alcançar em relação a uma determinada população, da expressão desses objetivos em indicadores medíveis e da montagem de um sistema de monitoramento desses indicadores para verificar se as mudanças implantadas levaram aos resultados desejados.

A pergunta “Como se sabe se a mudança representa uma melhoria da atenção à saúde?” exige uma resposta que mostre que os objetivos e os indicadores definidos significam componentes-chave da atenção à saúde e se há um monitoramento adequado desses indicadores, pelo menos, em cinco medições.

A pergunta “Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde?” é respondida pela análise de sua coerência com os elementos da

construção social da APS e com quatro critérios: elas contribuem para a melhoria da APS? Elas englobam intervenções efetivas de mudanças de comportamento na APS? Elas envolvem o autocuidado apoiado na APS? Elas monitoram as metas definidas nos planos de cuidado na APS? (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT, s/data).

Colocadas essas três questões, será utilizado o ciclo PDSA para facilitar a implantação das mudanças identificadas.

O ciclo PDSA foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 1920, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por este autor. É uma técnica simples que visa ao controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. Compõe-se de um conjunto de ações em uma sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (*plan*: planejar: o quê? Por quê? Quem? Onde? Quando? Como coletar os dados?); D (*do*: fazer, executar: executar o plano, documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados); S (*study*: verificar, controlar: completar análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado); e A (*act*: agir, atuar corretivamente: que mudanças devem ser feitas? Qual o próximo ciclo?).

O ciclo PDSA é um instrumento para o conhecimento e a ação. Ele é usado no MM para construir conhecimento que ajude a responder a qualquer uma das três questões essenciais do modelo, testar e implementar uma mudança. O MM constitui uma abordagem interativa de tentativa e aprendizagem para a melhoria, o que convoca um ciclo interativo de aprendizagem. Podem ocorrer melhorias sem o PDSA, mas mudanças intencionais e complexas como a construção social da APS, em geral, requerem mais de um ciclo desse instrumento. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças. No caso da construção social da APS, certamente serão utilizados ciclos sequenciais.

No MM, a finalização de cada ciclo do PDSA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças, que deve responder a questões como: o que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação de vários ciclos simultaneamente.

O Boxe 2 mostra uma planilha que facilita a utilização do MM.

Boxe 2: Planilha do Modelo de Melhoria

Nome da equipe _____

Membros da equipe:

1. Líder: _____ 5. _____

2. Facilitador: _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

Coach: _____

Dia e horário da reunião: ____/____/____ Local: _____

Planejamento da mudança

As questões 1 a 3 são macro, e as questões 4 a 9 são mais específicas

1. OBJETIVO: o que queremos alcançar?
2. INDICADORES: como sabemos que uma mudança é uma melhoria?
3. MUDANÇAS POSSÍVEIS: que mudanças devemos fazer que levarão a melhorias?
4. PLANEJAR: como planejamos o projeto-piloto? Quem faz o que e quando? Que recursos, instrumentos e capacitações são importantes? Quais são os dados de linha de base a serem coletados? Como sabemos que a mudança constituirá uma melhoria?

Tarefas a serem desenvolvidas para provocar a mudança	Quem	Quando	Recursos, instrumentos e capacitações necessárias	Indicadores

7. ATUAR: em função dos resultados obtidos, o que necessitamos realizar? As mudanças devem ser modificadas? Fazemos um plano para o próximo ciclo de mudança.

8. PADRONIZAR: uma vez que o resultado do PDSA levou a uma boa prática, deve-se padronizá-la. Isso significa que a nova prática será introduzida na rotina cotidiana da organização até que a necessidade de uma nova mudança seja identificada.

9. *TRADE-OFFS*: o que ajudou a equipe no passado para mudar comportamentos e fazer as coisas certas? Que tipo de ambiente organizacional tem dado suporte à padronização das mudanças? Na introdução da nova prática, foram considerados os comportamentos, as atitudes e os valores dos profissionais de saúde?

Fonte: Adaptado de Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement (2004).

Alguns instrumentos podem ser utilizados como suportes ao PDSA. No planejar (P), podem ser úteis a utilização de mapa estratégico, diagrama de causa e efeito ou diagrama espinha de peixe, diagrama de Pareto, grau de evitabilidade, matriz 5W2H e mapeamento de processos. No fazer (D), os fluxogramas e a matriz de operacionalização de processo crítico. No controlar (S), as folhas de verificação, as cartas de controle e a matriz para monitoramento de processos. No atuar (A), a matriz para avaliação de resultados (SHIMAZAKI, 2009).

As melhorias alcançadas devem ser disseminadas, o que significa levá-las para serem implementadas em outras unidades de APS da mesma organização ou de outras organizações. Para isso, é necessário dispor de uma estrutura para disseminação que envolve: uma liderança forte; uma descrição das ideias a serem disseminadas e das evidências que fundamentam essas melhores ideias; um plano de disseminação que envolva um plano de comunicação, um plano de medição e um plano de trabalho; um sistema social, fundamentado na comunicação, que atraia adeptos e compartilhe os conteúdos técnicos necessários para realizar as melhorias; um sistema de medição e *feedback* e de gestão do conhecimento para monitorar o trabalho de disseminação e para facilitar a outras organizações a adoção das melhorias (LANGLEY et al., 2011).

Para que o MM opere, algumas habilidades são imprescindíveis nas pessoas que participam do processo, especialmente da equipe de condução. É fundamental ter conhecimento específico sobre o tema da mudança. No caso, é essencial que as pessoas envolvidas dominem o processo de construção social da APS. Todavia, há outros conhecimentos fundamentais: apoio à mudança com dados: como utilizar dados para orientar a melhoria?; desenvolvimento de mudanças: o que se deve considerar quando se desenvolve uma mudança com impacto positivo de longo prazo?; teste de mudança: por que testar uma mudança?; implementação de mudanças: o que se pode fazer para ter um impacto positivo de longo prazo?; disseminação de melhorias: como ampliar o impacto de uma mudança bem sucedida?; e o lado humano da mudança: como as mudanças afetarão as pessoas? (LANGLEY et al., 2011).

Conhecimentos de como realizar mudanças são importantes. William Deming propôs o sistema de conhecimento profundo em que interagem a visão sistêmica, o conhecimento da variação, a teoria do conhecimento e a psicologia relacionada com os aspectos humanos da mudança (MARTIN, 1993).

Os resultados da aplicação do MM, em conjunto com uma filosofia educacional de “*todos ensinam, todos aprendem*”, em centenas de Projetos Colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis em relação a: redução de efeitos

adversos de medicamentos, controle da hipertensão, controle de gestantes de alto risco, controle glicêmico em portadores de diabetes, redução do tempo de espera na APS, tratamento do câncer, controle da tuberculose, cuidados intensivos e redução de custos da atenção à saúde (BERWICK, 1998; BERWICK, 1994; PSELK, 1997; FLAMM et al., 1998; KILO et al., 1998; LEAPE et al., 2000; LYNN et al., 2000; BATE et al., 2002; OVRETVEIT et al., 2002; WILSON et al., 2003).

A metodologia de avanços inovadores, em combinação com a filosofia “*todos ensinam, todos aprendem*”, produziu resultados impressionantes em muitos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). A organização OSF *Healthcare* reduziu os eventos adversos de medicamentos em 75%. O *Bureau of Primary Care* dos Estados Unidos implantou um projeto colaborativo que cobriu 12 milhões de americanos, o que resultou no crescimento, nessa população, da meta nacional dos testes de hemoglobina glicada de 300%. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido lançou um projeto de melhoria que atingiu aproximadamente 2 mil centros de saúde, com cobertura de 18,2 milhões de pessoas usuárias, o que permitiu reduzir as listas de espera em 60%. A metodologia foi aplicada pelo *Partners in Health*, no Peru, o que incrementou o nível de cura de pessoas portadoras de tuberculose para 80%, muito superior à média nacional.

O Boxe 3 mostra a utilização de um ciclo PDSA na APS.

Boxe 3: Utilização de um ciclo PDSA na APS

P: a equipe de saúde do Centro de Saúde entendeu que a introdução de um registro dos portadores de diabetes poderia aumentar o percentual de pessoas com teste de hemoglobina glicada realizado rotineiramente. Elaboraram protocolos clínicos para o monitoramento da glicemia por meio de hemoglobina glicada e de autocuidado em termos de monitoramento da glicemia.

D: o registro dos portadores de diabetes foi desenvolvido e testado durante duas semanas por enfermeiros e por portadores da condição de saúde que aceitaram participar. Para isso, foi necessário revisar o sistema de informação clínica sobre diabetes.

S: o tempo gasto para completar as informações dos portadores de diabetes aumentou de um para dois minutos, e o tempo para entrar com esses dados no sistema de informação clínica foi de três minutos adicionais. O tempo de espera dos portadores de diabetes, com o novo sistema, aumentou em oito minutos. Entre os portadores de diabetes, apenas metade apresentavam bons níveis de hemoglobina glicada; após a introdução das mudanças, todos os portadores apresentavam bons resultados.

A: após uma reunião com o diretor do Centro, introduziram-se mudanças no sistema de registro dos portadores de diabetes, o que foi feito buscando-se uma solução desenvolvida por uma rede de Centros de Saúde de outro estado. Foi feita, também, uma revisão no registro dos portadores de diabetes para diminuir o tempo gasto com o novo sistema.

Fonte: Health Disparities Collaboratives (2004).

4.4 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 e uma maior inter-relação 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 também mensuráveis. Hammer e Champy (1994) definem processo como um grupo de atividades realizadas em uma 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 executado em uma sequência determinada vai 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, reduzindo os custos da não qualidade 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 os que são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas, gerando valor para a sociedade; 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 os 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 POP; 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.

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, em uma 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.

4.5 A ESTRATÉGIA EDUCACIONAL DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

A estratégia educacional da construção social da APS há que evoluir de uma educação tradicional para processos educacionais ativos dirigidos às pessoas adultas que compõem a força de trabalho dos cuidados primários.

A educação tradicional dos profissionais de saúde caracteriza-se assim: é baseada em intervenções isoladas e pontuais; utiliza metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos; desvincula as intervenções educacionais das práticas profissionais; separa as intervenções educacionais das mudanças de desempenho; não é construída com base em análises de necessidades dos educandos; produz respostas padronizadas e não individualizadas; e as iniciativas de adesão são responsabilidades individuais (MAMEDE, 2005a).

As atividades de educação permanente no SUS têm sido ofertadas, em muitos casos, dessa forma tradicional. São atividades convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas; centram-se nas necessidades dos seus formuladores, normalmente gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação; são intervenções curtas e pontuais; nem sempre são significativas para os educandos; e não se fazem sobre problemas concretos do dia a dia dos educandos. O resultado é um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais. Agreguem-se, a esses custos diretos, custos indiretos muito altos, derivados da retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades de saúde. Essa forma de processo educacional precisa ser mudada radicalmente.

A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente: pré-graduação, graduação, formação para especialidade, educação permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional contínuo nos campos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência (MAMEDE, 2005b).

Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação das práticas definidas nas diretrizes clínicas (SIBLEY et al., 1982). Contudo, vai-se caminhando no sentido de estratégias educacionais que valorizam o

ensino-aprendizagem tutorial, realizado com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizado por círculos de pares (MAMEDE, 2001).

A educação permanente dos profissionais de saúde tem como sujeitos pessoas adultas. A educação de pessoas adultas é feita pela andragogia, que tem características de aprendizagem bem diferentes daquelas da pedagogia, destinadas à aprendizagem das crianças.

As principais características da aprendizagem andragógica são: a aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem por meio da discussão e da solução de problemas em grupo; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para chegar à solução. Na andragogia, o professor se transforma em um facilitador eficaz de atividades de grupos, devendo demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, transmitir o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes (PERILLO et al., 2007).

A educação permanente dos profissionais de saúde deve ser baseada nos fatores de mudança das práticas profissionais: os fatores predisponentes, os fatores habilitadores e os fatores reforçadores. Os fatores predisponentes envolvem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como atividades formais (cursos e conferências), materiais impressos e audiovisuais. Os fatores habilitadores são aqueles que facilitam as modificações da prática profissional no ambiente de trabalho, como as diretrizes clínicas, as consultas a colegas e a materiais de educação em saúde. Os fatores reforçadores são aqueles que consolidam as mudanças das práticas profissionais como os alertas e os *feedbacks*. Há, ainda, fatores multipotenciais, como as revisões de prontuário, as opiniões de profissionais líderes e os incentivos (ADELSON et al., 1997).

Os incentivos econômicos e não econômicos em relação à adoção dos procedimentos recomendados são fundamentais, juntamente com as estratégias educacionais, para as mudanças das práticas clínicas.

A educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde, que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essas organizações, conseqüentemente, devem prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada, ofertando-o, portanto, em tempo protegido.

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 (DONABEDIAN, 2003).

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

As mudanças nos processos envolvem o que 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; os macroprocessos do autocuidado apoiado; e os macroprocessos da atenção paliativa.

A implantação dessas mudanças implica a utilização de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos, supervisão clínica e auditoria de produtos.

As oficinas tutoriais alternam momentos presenciais e de dispersão, estes com tarefas bem definidas a serem executadas em determinado tempo.

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 facilitador/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 de 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, em um 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 em um processo de implantação em escala que já está preestabelecido.

Alguns critérios devem ser obedecidos para a escolha da unidade laboratório: ser uma unidade de ESF, com equipe completa; ter uma relação adequada de população por equipe (um painel com, no máximo, 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. Nem sempre

todas essas condições não estão presentes nas unidades de APS, mas isso não deve impedir o trabalho. A experiência vem demonstrando que é possível desenvolver o processo de organização das unidades laboratórias mesmo em situações em que haja dificuldades estruturais.

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

Esses facilitadores/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 a distância, algumas competências semelhantes devem ser consideradas na seleção dos facilitadores/tutores (LIMA; 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 a 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 facilitadores/tutores para outras unidades de cuidados primários, na fase de expansão do processo de construção social da APS.

Em alguns processos mais complexos, não bastam as oficinas; é preciso recorrer a outras estratégias educacionais como cursos breves, além das oficinas tutoriais. 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 APS.

Outros processos são mais complexos e exigem uma atividade de maior constância como a supervisão clínica. É o caso, por exemplo, do manejo das condições crônicas mais complexas na APS.

A supervisão clínica foi definida como um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que permite ao educando desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a proteção da pessoa usuária e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas (ABREU, 2007). O termo supervisão também deve ser entendido como um processo no qual um formador experiente oriente, ajude a refletir e aconselhe um formando na construção

do seu conhecimento, tendo em vista a diversidade de situações com que possa ser confrontado (PEREIRA, 2011). É um processo em que uma pessoa com experiência e bem informada orienta o educando no desenvolvimento humano, educacional e profissional, em uma atitude de monitoramento sistemático de prática, sobretudo por meio de procedimentos de reflexão e experimentação (PEREIRA, 2011).

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

5. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: 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 28. Primeiro, há que se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos básicos da APS. A partir desse alicerce, vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e as janelas.

Figura 28: A metáfora da casa na construção social da atenção primária à saúde



Fonte: Mendes (2015).

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

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

5.1.1 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. Essas intervenções se darão nos recursos humanos, na infraestrutura física, nos equipamentos, nos insumos e no financiamento.

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 macroprocessos assistenciais.

Em relação aos recursos humanos, deverá ser garantida uma equipe multiprofissional que, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS 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 em uma relação de um para cada três equipes de ESF ou um por cada Unidade Básica de Saúde.

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. Além disso, se necessário, deverão ser garantidos recursos para investimentos.

5.1.2 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 risco familiar, o diagnóstico local, a escuta inicial da demanda do dia, os fluxos de atendimento, a agenda, a programação e monitoramento e a contratualização.

Os resultados da implantação desses macroprocessos devem ser monitorados e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, um marcador que

indica, indiretamente, se esses macroprocessos foram implantados eficazmente que é agenda com hora marcada para atendimento às pessoas usuárias (bloco de horas).

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 das mãos, higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

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

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

5.2 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 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, conforme se mostra no Capítulo 7.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica estruturar os macroprocessos de acolhimento, de classificação de risco, de atendimento aos eventos agudos de menores riscos e de primeiro atendimento de eventos agudos de maior gravidade e encaminhamento.

Começa-se por 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 deveria 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 para o primeiro atendimento às urgências maiores e seu encaminhamento ao ponto de atenção certo, no tempo certo.

5.3 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 parte da utilização de modelos de atenção às condições crônicas detalhados no Capítulo 7.

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 em um conjunto variado de tecnologias de intervenção.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a gestão das condições de saúde prioritárias; a gestão de caso das condições de muito alta complexidade; a estratificação de riscos; a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; as ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, desenvolvimento de habilidades e aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde; a elaboração e monitoramento dos planos de autocuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde das pessoas usuárias utilizando-se tecnologias como grupos operativos, educação popular e outras; a introdução de novas formas de encontros clínicos como a atenção contínua, a ACG e a atenção por pares; o matriciamento entre generalistas e especialistas; a atenção a distância; e a elaboração e o uso rotineiro do mapa de recursos comunitários.

5.4 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 microsociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Na APS, as ações se concentram relativamente no âmbito microsocial 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 o 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, a entrevista motivacional, o grupo operativo e a técnica de solução de problemas.

Os fatores de risco individuais biopsicológico abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Entre 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, a prevenção quaternária, proposto pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) que incorpora as ações tomadas para identificar pessoas e populações em riscos de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas desnecessárias ou excessivas. A prevenção quaternária é discutida no Capítulo 14.

A organização desses macroprocessos implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais, como programa de atividade física, programa de reeducação alimentar, programa de controle do tabagismo, programa de controle do álcool e outras drogas, manejo adequado do sobrepeso ou obesidade; rastreamentos suportados por evidências científicas; vacinação; controle de arboviroses; e prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.

5.5 OS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção do telhado.

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recurso da APS, é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. A demanda administrativa pode ser assistencial e não assistencial.

A organização dos macroprocessos assistenciais das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares, de renovações de receitas e de relatórios periciais, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP relativos a eles, da implantação dos POP e de sua auditoria periódica, interna e externa.

Há, também, que se atuar sobre os macroprocessos não assistenciais das demandas administrativas que dizem respeito à gestão da unidade, como o registro sanitário, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a segurança do trabalho, os sistemas de informação e relatórios de gestão e os prontuários.

5.6 OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à colocação da porta.

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 em um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade dessas pessoas e famílias. 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; OLIVEIRA, 1998).

A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento em 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, a implantação dos POP e sua auditoria periódica, interna e externa.

5.7 OS MACROPROCESSOS DO AUTOCUIDADO APOIADO

Na metáfora da casa, esses macroprocessos significam a colocação de uma 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.

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., 2012). 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 a eles referentes, implantando os POP e os auditando periodicamente, interna e externamente.

5.8 OS MACROPROCESSOS CUIDADOS PALIATIVOS

Na metáfora da casa, esses macroprocessos significam a colocação de uma segunda janela.

Os cuidados paliativos apresentam quatro dimensões: a dimensão física, abordada mediante monitoramento e manejo dos sintomas físicos; a dimensão psíquica, abordada pelo acompanhamento empático do sofrimento da pessoa; a dimensão social que implica envolver a família e demais pessoas próximas no cuidado e atentar para os impactos da doença nessas pessoas nos aspectos emocionais, laborais, legais e previdenciários; e a dimensão espiritual que significa abordar as necessidades e as dúvidas que a pessoa apresenta (McCOUGHLAN et al., 2006; LICHTENFELS et al., 2013).

Para que se desenvolvam adequadamente os cuidados paliativos respondendo às necessidades das pessoas portadoras de condições muito complexas e suas famílias, é imprescindível que a APS esteja em rede com outros pontos de atenção à saúde e que ocorra um trabalho multiprofissional interdisciplinar.

As equipes multiprofissionais interdisciplinares na APS devem operar segundo alguns princípios: acompanhamento das pessoas e de suas famílias com base em

suas necessidades; atenção integral, acessível e equitativa; continuidade da atenção; comunicação aberta e honesta; reflexão ética das atitudes; participação da pessoa e da sua família na tomada de decisões; competência e desenvolvimento profissional continuados para poder responder adequadamente às necessidades das pessoas e das famílias; e atuações terapêuticas baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Na prestação de cuidados paliativos na APS, podem ser utilizadas várias tecnologias, como genograma, abordagem do ciclo vital, entrevista familiar, grupos de cuidadores e discussão de casos em equipes multiprofissionais interdisciplinares. É fundamental a utilização de planos de cuidados interdisciplinares (LICHTENFELS et al., 2013).

Os cuidados paliativos constituem um trabalho difícil porque as pessoas em situação terminal têm dependência física para atividades básicas, necessitam e solicitam atitudes mais afetuosas e de maior empatia e apresentam várias intercorrências clínicas que são debilitadoras e ocorrem concomitantemente. Nem sempre é fácil separar os sofrimentos da equipe de saúde e das pessoas e suas famílias (LICHTENFELS et al., 2013).

Lidar com a morte é difícil para a pessoa doente, para sua família e para os profissionais de saúde. Nesse sentido, o conhecimento dos estágios da morte é fundamental: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação (KUBLER-ROSS, 1981).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para o reconhecimento e manejo clínico dos principais sintomas, especialmente dos problemas relacionados com a nutrição e hidratação, das náuseas e vômitos e da dor (LICHTENFELS et al., 2013).

Apesar dos cuidados paliativos terem se desenvolvido como resposta às necessidades de pessoas portadoras de câncer em fase avançada, hoje, eles constituem um tipo de atenção aplicável a qualquer pessoa com doença em estágio terminal. Em especial, os cuidados paliativos se aplicam a: pessoas sem perspectivas de tratamento curativo; rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada; pessoas com intenso sofrimento; e problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (SANTOS et al., 2012).

As equipes multiprofissionais interdisciplinares que atuam nos cuidados paliativos devem operar com os seguintes princípios: tratar a dor e outros sintomas físicos, bem como as necessidades emocionais, sociais e aspectos práticos dos cuidados das pessoas; informar, comunicar e dar o apoio emocional, assegurando que a pessoa doente seja escutada, que participe das decisões, que obtenha respostas claras e honestas e que possa sempre expressar seus sentimentos; assegurar a continuidade assistencial ao longo da evolução da sua doença; e melhorar a qualidade da atenção prestada às pessoas em situação terminal e aos seus familiares, promovendo uma

resposta integral, respeitando a autonomia e os valores de cada pessoa (SANTOS et al., 2012).

5.9 O RESULTADO DO PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: O EQUILÍBRIO ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E A ESTRUTURA DA OFERTA

Como resultado da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no processo da construção social da APS, será estabelecida uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta, conforme se observa no Quadro 11.

Quadro 11: O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na atenção primária à saúde

Estrutura da demanda	Estrutura da oferta
Condições agudas	Acolhimento
Condições crônicas agudizadas	Consultas médicas
Condições gerais e inespecíficas	Consultas de enfermagem
Condições crônicas não agudizadas	Consultas de outros profissionais
Enfermidades	Grupos operativos
Pessoas hiperutilizadoras	Grupos terapêuticos
Demandas administrativas	Vacinação
Atenção preventiva	Rastreamento de doenças
Atenção domiciliar	Atenção domiciliar
Autocuidado apoiado	Dispensação de medicamentos
Cuidados paliativos	Solicitação, coleta ou realização de exames
	Fornecimento de atestados médicos
	Atendimentos compartilhados a grupos
	Atendimentos contínuos
	Atendimentos a distância
	Atendimentos por pares
	Apoio ao autocuidado
	Gestão de casos
	Matriciamento de especialistas e generalistas
	Acesso à segunda opinião
	Acesso a serviços comunitários
	Cuidados paliativos

Fonte: Mendes (2015).

Como se observa no Quadro 11, adequada a estrutura e implantados os macroprocessos, 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 conduta 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 ou multiprofissional para a atenção multiprofissional 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 a distância; no equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por pares; e no fortalecimento do autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

6. A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de construção social da APS foi originalmente desenvolvido no LIACC, um trabalho de parceria entre o Conass, a Opas, a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e a Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

Santo Antônio do Monte localiza-se na zona centro-oeste de Minas Gerais, e tinha, em 2016, uma população de 27.398 habitantes. A APS do município é prestada em oito Unidades Básicas de Saúde, sendo duas delas localizadas em zonas rurais.

O LIACC teve um componente de pesquisa avaliativa da APS realizado pelo Ce-deplar da UFMG em conjunto com a Universidade Federal de São João Del Rei de Divinópolis (ANDRADE et al., 2016).

A intervenção na APS ocorreu de junho de 2013 a dezembro de 2014, focando quatro grupos-alvo: indivíduos com hipertensão arterial, indivíduos com diabetes, mulheres grávidas e crianças menores de 2 anos.

A avaliação do LIACC foi realizada por meio de estudo de comparação de indicadores antes (2012) e durante (2014) a intervenção no município. Várias fontes de informação foram usadas para realizar a avaliação do LIACC. Essas fontes são complementares e permitiram construir uma gama de indicadores associados a diferentes aspectos da intervenção realizada no município. Os indicadores atinentes ao estado de saúde e utilização de serviços foram obtidos por intermédio de dados primários e secundários. Os dados primários vieram de três fontes: inquéritos domiciliares com a população total e com os grupos-alvo, registros dos prontuários clínicos e grupos focais com os profissionais da APS. Os dados secundários se referiam aos registros do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e aos registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) no site do Ministério da Saúde.

Foi feita uma avaliação do perfil de morbimortalidade antes e durante a implantação do LIACC por meio de dados disponíveis em bancos de dados nacionais em uma série temporal de 2010 a 2014. A análise foi dividida em duas etapas: análise referente ao perfil da morbidade e análise do perfil de mortalidade.

De 2010 a 2014, a taxa de ICSAP reduziu de 17,7% para 13,1%, sendo que a maior queda foi observada no período da intervenção do LIACC. Em relação à ocorrência de mortes em menores de 1 ano, o município apresentava taxa de mortalidade infantil baixa. Foram registradas quatro mortes em 2011, duas em 2012, uma em 2013 e duas em 2014. Durante o período avaliado, não foi registrada nenhuma morte materna. As doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca, o diabetes e a hipertensão foram algumas das causas que mais contribuíram para a redução do indicador de ICSAP. Vale ressaltar que esses eventos estão muito relacionados com os grupos-alvos do LIACC, e essa redução pode ser um reflexo da melhoria na APS.

A pesquisa de amostra domiciliar possibilitou analisar vários aspectos da atenção à saúde no município. Apesar de 40% da população com hipertensão ter plano de saúde privado, praticamente 100% dos indivíduos hipertensos estavam cadastrados na ESF do SUS ou receberam visita do ACS, indicando cobertura universal para esse grupo-alvo. Mais de 80% dos indivíduos hipertensos declararam ter realizado, pelo menos, uma consulta médica, sendo que 65% foram atendidos pelo SUS.

Apesar de 34% da população com diabetes ter plano de saúde privado, 98% desses indivíduos estavam cadastrados na ESF ou receberam visitas dos ACS, indicando cobertura universal para esse grupo-alvo. Em relação à utilização de consultas médicas, verificou-se uma alta cobertura. A proporção de indivíduos com diabetes que fizeram os exames de eletrocardiograma, controle de glicemia, colesterol e creatinina em 2014 foi de 62%, 77%, 84% e 72%, respectivamente. Observou-se uma queda no uso de medicamento oral para diabetes entre os anos analisados, de 92% para 82%. A proporção do uso de insulina também caiu, sendo 26% em 2012 e 21% em 2014. Esses resultados podem indicar melhoria no monitoramento das pessoas usuárias após a introdução do LIACC.

Entre as gestantes, 97% utilizaram o SUS e tiveram o seu domicílio cadastrado na ESF, e as visitas dos ACS aumentaram de 85,79% em 2012 para 95,42% em 2014. A cobertura de pré-natal, que já era alta em 2012 (97,81%), passou a ser universal em 2014, com 100% das gestantes portando o cartão de pré-natal, e 99,35% fazendo o acompanhamento de pré-natal. A cobertura dos exames de urina, toxoplasmose e glicemia pós-dextrosol aumentou significativamente entre os anos de 2012 e 2014. Os exames de sangue e urina foram realizados por 100% das gestantes em 2014. A prevalência de exame de toxoplasmose passou de 81,97%, em 2012, para 90,20%, em 2014. Os exames para doenças sexualmente transmissíveis (HIV/Sífilis) apresentaram uma cobertura alta (90%).

As mulheres (83%) receberam informações para amamentar, e mais de 90% amamentaram os filhos. A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança foi realizada por 56% das mulheres. A triagem neonatal pelo teste do pezinho teve cobertura universal no município (100%) em ambos os anos (2012 e

2014). As consultas no primeiro ano de vida da criança apresentaram boa cobertura, apenas 4% das crianças não fizeram nenhuma consulta.

A proporção de crianças que se internaram diminuiu no período de 2012 a 2014. Os motivos de internação pós-nascimento mostraram que as internações por infecção diminuíram de 2012 (19%) para 2014 (0%), e a prematuridade foi de 22%, em 2012, para 13%, em 2014. A cobertura vacinal calculada com base nas informações dos cartões de vacina foi praticamente universal para todas as vacinas essenciais nos primeiros anos de vida.

Uma pesquisa qualitativa, feita por meio de grupos focais, determinou a capacidade institucional das oito unidades básicas, antes (2013) e depois (2014) da implantação do LIACC. Utilizou-se a metodologia ACIC validada para o Brasil e tratada no Capítulo 7. Em sete das oito Unidades Básicas de Saúde, houve um incremento dos escores de adequação ao modelo.

A construção social da APS, sob a forma da Planificação da Atenção Primária à Saúde, foi aplicada posteriormente no município de Tauá, situado na região do Sertão dos Inhamuns, no estado do Ceará (GUIMARÃES, CAVALCANTE e LINS, 2018). Esse município tinha, em 2017, 58.199 habitantes, contava com 14 Unidades Básicas de Saúde, 19 equipes de ESF, 14 equipes de saúde bucal, 124 ACS e 3 equipes de NASF.

A pesquisa avaliativa foi realizada pela Universidade de Fortaleza por meio da triangulação de técnicas com abordagem quantitativa e qualitativa, sendo os dados coletados em dois momentos: a primeira fase em novembro e dezembro de 2014, e a segunda fase no período de agosto e setembro de 2015. A avaliação incluiu duas grandes áreas de investigação: assistencial (técnicas de questionário, entrevista e grupo focal) e financeira (dados secundários de financiamento, gastos e produção da APS).

A pesquisa revelou a consolidação da presença dos atributos e funções da APS no município de Tauá, captando a mudança dos processos das equipes e indicando que a continuidade de planificação da APS deverá impactar os resultados nos médio e longo prazos (GUIMARÃES et al., 2018).

O Conass, por meio do projeto PAS, tem expandido o processo de construção social da APS na organização dos cuidados primários em vários estados do Brasil em parceria com Secretarias Estaduais de Saúde (Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Distrito Federal) e Secretarias Municipais de Saúde (GUIMARÃES et al., 2018).

REFERÊNCIAS

ABREU, W. C. **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau, 2007.

ADELSON, R. et al. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 17, p. 69-80, 1997.

ANDRADE, M. V. et al. **Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte.** Belo Horizonte: CEDEPLAR UFMG/UFSJ, 2016.

ASHTON, A. Cultura organizativa. In: PICKERING, S.; THOMPSON, J. **Go-bierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización.** Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT. **Model for Improvement.** s/data. Disponível em http://www.apiweb.org/API_home_page.htm. Acesso em: 30 jun. 2015.

BATE, P. et al. **Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS.** Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham, 2002.

BATES, P. **Strategies for cultural change.** Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.

BECKHARD, R.; HARRIS, R. T. **Organizational transitions.** Reading: Addison-Weley Publishing Company, 1987.

BERWICK, D. M. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. **JAMA**, v. 272, n. 10, p. 797-802, 1994.

BERWICK, D. M. Developing and testing changes in delivery of care. **Annals of Internal Medicine**, v. 128, n. 8, p. 651-656, 1998.

BERWICK, D. M. et al. The Triple Aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, 2008.

BODENHEIMER, T. et al. The science of high-performing primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 12, p. 166-171, 2014.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving primary care: strategies and tools for a better practice.** New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº GM/648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRIDGES, W. **Transitions, making sense of life's changes.** London: Nicholas Brearley, 1980.

BRITT, H. et al. **General practice activity in Australia, 2004-05.** Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2005.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Individual factors associated with medical consultations by adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CHIN, H. Cómo conseguir el cambio. In: PICKERING, S. THOMPSON, J. **Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización.** Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

CROMBIE, D. L. Diagnostic process. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 6, p. 579-589, 1963.

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.

DONABEDIAN. A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Plan nacional de cuidados paliativos**: bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. 2013. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre, 2013.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FLAMM, B. L.; BERWICK, D. M.; KABCENELL, A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. **Birth**, v. 25, n. 2. P. 117-124, 1998.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. et al. Queixas somáticas sem explicação médica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, F. O. **A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná**. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016.

FRY, J. **Common diseases**. London: MTP, 1974.

GAWANDE, A. **Complications**: a surgeon's notes on an imperfect science. London: Profile Books, 2002.

GRAY, M. **Evidence-based healthcare and public health**: how to make decisions about health and public health. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2009.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GROOPMAN, J. **Second opinions**: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York: Penguin, 2001.

GRUMBACH, K.; BODENHEIMER, T. A primary care home for Americans: putting the house in order. **JAMA**, v. 288, n. 7, p. 889-893, 2002.

GUIMARÃES, A. M. D'Á. N.; CAVALCANTE, C. C. B.; LINS, M. Z. S. **Planejamento da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS; 2018.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2009.

HALL, R. J. **Organizações, estrutura e processos**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

HAMER, M.; CHAMPY, J. **Reengineering the corporation**. New York: Harper Business, 1994.

HANDY, C. **Gods of management**. London: Souvenir Press, 1978.

HARRISON, R. Strategies for a new age. **Human Resource Management**, v. 22, p. 209-235, 1983.

HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES. **Training manual, changing practice, changing lives**. Alabama: Institute for Healthcare Improvement, 2004.

HEATH, I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. **International Journal of Integrated Care**, v. 10, p. 10-11, 2010.

HILL, S. Why quality circles failed but total quality management might succeed. **British Journal of Industrial Relations**, v. 29, p. 541-568, 1991.

HODGSON, P. et al. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 4, p. 318-323, 2005.

HOUSE OF COMMONS. **Primary care**: London: Health Committee, Fourth Report of Sessions, 2015/2016, 2016.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Palliative care**. Bloomington: ICSI, 2009.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Chronic conditions, how to improve.** s/data. Disponível em: <http://www.ihl.org>. Acesso em: 30 ago. 2009.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement.** Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary care:** an interim report. Washington: The National Academies Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Priority areas for national action:** transforming health care quality. Washington: The National Academy Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Models and strategies to integrate palliative care principles into care for people with serious illness.** Washington: The National Academies Press, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. **Sistema de indicadores de percepção social, saúde.** Brasília: IPEA, 2011.

KEY, P. Condiciones crónicas y cambio cultural. In: BENGUA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar:** innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España, 2008.

KILO, C. M.; KABCENELL, A; BERWICK, D. M. Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. **New Horizons**, v. 6, n. 11, p. 3-11, 1998.

KISIL, M. **Gestão da mudança organizacional.** São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

KLOETZEL, K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KNAUSE, D. R. et al. Antropologia e atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KOUZES, J. M.; POSNER, B. Z. **The leadership challenge:** how to keep getting extraordinary things done in organizations. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

KROENKE, K. et al. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. **American Journal of Psychology**, v. 130, n. 1, p. 102-105, 1973.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes 1981.

LAKHANI, M. et al. **The future of general practice: a roadmap**. London: Royal College of General Practitioner's, 2007.

LAMBERTS, H.; WOOD, M. (eds.). **International Classification of Primary Care (ICPC)**. Oxford: Oxford University, 1987.

LEAPE, L. L. et al. Reducing adverse drug events: lessons from a Break-through Series Collaborative. **Journal on Quality Improvement**, v. 26, n. 6, p. 321-331, 2000.

LANDSBERG, G. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LANGLEY, G. J. et al. **Modelo de melhoria**. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill, 1976.

LICHTENFELS, P. et al. Cuidados paliativos. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIMA, D. R.; ROSATELLI, M. C. **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, H. O. et al. Gestão por processos. In: MARQUES, A. J. S. et al. (orgs.). **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Vol. II, 2010.

LIMA, M. V. et al. Registros médicos, certificados e atestados. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LOPES, J. M. C. Registro em saúde orientado por problemas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.

LOPES, J. M.; OLIVEIRA, M. B. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*, v. 11, p. 28-50, 1988.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema and other physical and mental conditions**. 4rd ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2012.

LYNN, J. et al. Quality improvement in end of life care: insights from two collaboratives. **Journal on Quality Improvement**, v. 26, n. 5, p. 254-267, 2000.

MAHMUD, S. J. et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.

MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (eds). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará/Ed. HUCITEC, 2001.

MAMEDE, S. **Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados**. Fortaleza: Instituto Innovare, 2005a.

MAMEDE, S. **A educação permanente na saúde**. Fortaleza: Instituto Innovare, 2005b.

McCOUGHLAN, M. et al. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (eds). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.

MARTIN, E. et al. Why patients consult and what happens when they do. **British Medical Journal**, v. 303, n. 6797, p. 289-292, 1991.

MARTIN, J. R. Summaries of the new economics for industry, government and education 1993. [199-?]. Disponível em: <http://waaw/info/Article-Summaries/ArtSumDeming93>. Acesso em: 10 out. 2009.

McWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEADOR, C. K. The art and science of nondisease. **New England Journal of Medicine**, v. 272, n. 14, p. 92-95, 1965.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, E. V. **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, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

NEAL, R. D. et al. Frequent attenders: who needs treatment? **British Journal of General Practice**, v. 46, n. 404, p. 131-132, 1996.

NEAL, R. D. et al. Frequency of patients consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. **British Journal of General Practice**, v. 48, n. 426, p. 895-898, 1998.

NHS ENGLAND/BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMITTEE. **Investment and evolution**: a five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan. London: NHS England/GPC England, 2019.

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.

OKKES, I. M. 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, I. M. et al. **ICPC in the Amsterdam Transition Project**. Amsterdam: Academic Medical Center/ University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.

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.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La renovación de atención primaria de salud en 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 en las Américas. Washington: HSS/OPS, 2010.

OVRETVEIT, J. et al. Quality collaboratives: lessons from research. **Quality and Safety in Health Care**, v. 11, n. 4, p. 345-351, 2002.

PAGE, S. et al. **The practice development unit**: an experiment in multi-disciplinary innovation. London: Whurr, 1998.

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.

PEREIRA, A. P. S. **Supervisão clínica em Medicina Geral e Familiar**: necessidades de organização dos orientadores. 2011. Dissertação – Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

PERILLO, C. D. et al. **A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec, 2007.

PILOWSKY, I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*, v. 31, n. 2, p. 207-213, 1990.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006**. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República – I Série-A, n. 109, 6 jun. 2006.

PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care**: creating teams for tomorrow. London: Health Education England, 2015.

PSELK, P. E. Collaborating across organizational boundaries to improve the quality of care. **American Journal of Infection Control**, v. 25, n. 2, p. 85-95, 1997.

- QUINET, A. **A lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.
- RABELO, R. J. **Gestão de mudança**. Florianópolis: Departamento de Automação e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 232-240, 1990.
- RAMOS, V.; CARRAPIÇO, E. Pessoas que consultam frequentemente. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.
- ROBINSON, J. O; GRANFIELD, A. J. The frequent consulter in primary medical care. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 30, n. 5, p. 589-600, 1986.
- RODRIGUES, G. J. Porque consultam os utentes o seu médico de família? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 16, n. 6, p. 442-452, 2000.
- SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2, p. 101-108, 2001.
- SALTMAN, R. S. et al. (eds.). **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006.
- SAMPAIO, L. F. R. 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.
- SANTOS, C. E. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M, C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.
- SAWIER, D. O. et al. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.
- SCHRIRE, S. Frequent attenders: a review. **Family Practice**, v. 3, n. 4, p. 272-275, 1986.
- SENGE, M.; PETER, A. **Quinta disciplina: arte e prática de organização que aprende**. 26. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2010.

SHIMAZAKI, M. E. **Guia de estudo**: atenção às condições crônicas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

SIBLEY, J. C. et al. A randomized trial of continuing education program. **New England Journal of Medicine**, v. 306, n. 9, p. 511-515, 1982.

SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T. Atenção domiciliar: avanços e perspectivas para os sistemas públicos de saúde. 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/atencadomiciliar/files2013/12>

SMITS, F. T. et al. Defining frequent attendance in general practice. **BMC Family Practice**, v. 9, n. 21, 2008.

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**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

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, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: 2013.

TASCA, R. et al. **Atenção primária forte**: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Social Sciences and Medicine**, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

VALLA, V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca de sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VESTED, P.; CHRISTENSEN, M. B. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. **Public Health**, v. 119, n. 2, p. 118-137, 2005.

WALLACE, L. M. et al. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. **Quality in Healthcare**, v. 10, n. 2, p. 76-82, 2001.

WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic care? **Effective Clinical Practice**, v. 10, n. 1, p. 2-4, 1998.

WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **New England Journal of Medicine**, v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.

WHITE, K. L. et al. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p. 885-892, 1961.

WILSON, T.; BERWICK, D. M.; CLEARY, P. D. What do collaborative improvement projects do? Experiences from seven countries. **Joint Commission Journal on Quality and Safety**, v. 29, n. 2, p. 85-93, 2003.

YARNALL, K. S. H. et al. Primary care: is there enough time for prevention? **American Journal of Public Health**. v. 93, n. 4, p. 635-641, 2003

CAPÍTULO 11 – O DESAFIO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Este trabalho procura analisar um ponto central dos sistemas de atenção à saúde que é o acesso aos serviços de uma RAS, com foco na APS. Especialmente, como se viu no Capítulo 2, a questão do acesso é fundamental no SUS porque a avaliação negativa que os brasileiros têm desse sistema público decorre, na maior parte, dos problemas de dificuldades de acesso que enfrentam em seu cotidiano para serem atendidos de forma pronta e oportuna.

Este capítulo procura contribuir para o preenchimento de um vazio na literatura sobre o acesso à APS no SUS porque a produção mais relevante neste campo, em nosso país, tem sido voltada para a equidade do acesso. Os aspectos operacionais são menos trabalhados, quantitativa e qualitativamente.

O trabalho analisa, sucintamente, o acesso aos serviços de saúde porque há elementos comuns a serem considerados no acesso a outros pontos de atenção à saúde e à APS. Depois, consideram-se especificamente as singularidades do acesso à APS, tendo como base a análise do que tem sido feito nesse campo no plano internacional e no SUS.

A revisão bibliográfica realizada permitiu identificar alguns pontos essenciais: há uma preocupação generalizada pela implantação de mecanismos de acesso mais racionais e que levem a uma atenção oportuna, mais eficiente e equitativa; os mecanismos de acesso baseados na gestão da oferta esgotaram-se, como se mostrou no Capítulo 5; o acesso adequado deve envolver ações de racionalização da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e as demandas nos serviços de saúde são previsíveis, mas prevalece, ainda, uma cultura dominante que considera inexorável a imprevisibilidade da demanda, o que dificulta a implantação de mecanismos de acesso mais efetivos e eficientes.

Para Donabedian (1973), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica, que se relaciona com o espaço e que pode ser medida pela distância e pelo tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; e a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Frenk (1985) desenvolveu o conceito de acesso por meio da complementaridade entre as características da oferta e da população, em que a acessibilidade é uma relação formal entre um conjunto de obstáculos para buscar e obter atenção (resistência) e as capacidades da população para processar e alcançar essa atenção (poder de uso), assumindo que vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis, em um mesmo nível de acessibilidade.

Para o Institute of Medicine (1993), a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços e tecnologias de reconhecida efetividade, interessando saber se oportunidades de bons resultados (alteração positiva nas condições de saúde) estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. O acesso é definido por fatores individuais como: os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

Para Carr-Hill et al. (1997), o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

A OMS definiu acesso como uma medida da proporção da população que alcança serviços de saúde apropriados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de

mama; e não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos (MENDES, 2011).

A OMS propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Travassos e Martins (2004) argumentaram que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso e que prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observaram uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Não obstante a tendência recente de empregar-se o conceito baseado em resultados, esses autores ressaltaram a importância de se manterem as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

Para o Institute of Medicine (2015), o acesso tem a ver com a questão: “como podemos ajudá-lo hoje?”. Todas as pessoas gostam de ouvir essas palavras quando procuram atenção à saúde para si mesmas, para os seus familiares e para outras pessoas. Esse é o desejo e, também, a expectativa de todos. Os serviços de saúde que implementam essa filosofia de “como podemos ajudá-lo hoje?” praticam uma atenção centrada nas pessoas, tiram vantagem do que se aprendeu sobre estratégias de balancear oferta e demanda nos sistemas de atenção à saúde e estão sustentados por uma liderança comprometida com uma cultura de excelência dos serviços e de melhoria contínua da qualidade.

Vê-se que acesso tem sido conceituado de várias maneiras.

Ainda que o acesso descreva fatores ou características que influenciam o contacto ou uso inicial dos serviços de saúde, em outras circunstâncias, esse conceito engloba o real processo de atenção à saúde prestada às pessoas (FRENK, 1992). Alguns autores encaram o acesso como um atributo dos serviços de saúde pelo fato de que os serviços podem ser acessados ou utilizados pelas pessoas que requerem cuidados (SALKEVER, 1976). Outros definem acesso como o uso dos serviços de saúde qualificado pelas necessidades de cuidados (WATERS, 2000). Outros veem o acesso como o descritor dos custos incorridos na prestação dos cuidados de saúde (CULYER; WAGSTAFF, 1993). Mooney (1983) entende o acesso em função das relações entre a oferta e a demanda; desse modo, ele é produto de fatores de oferta como a localização, a disponibilidade de recursos, o custo e a adequação dos serviços, bem como de fatores de demanda como o perfil epidemiológico, os conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde e as práticas de autocuidado (GULLIFORD et al., 2002). Isso está em concordância com os conceitos de fatores de utilização e de fatores predisponentes dos sistemas de atenção à saúde. Os fatores

predisponentes incluem as percepções sobre as doenças e os fatores culturais, sociais e epidemiológicos da população; os fatores relativos ao sistema de atenção à saúde englobam recursos, estruturas institucionais, procedimentos e regulações envolvidos na prestação dos serviços (SHENGELIA et al., 2003).

A desagregação do acesso em grandes dimensões tais como aspectos geográficos, sociais e econômicos, viabiliza medidas operacionais para o estudo de determinantes específicos e acesso aos serviços de saúde. Contudo, a medição do acesso é uma tarefa complexa quando se tenta incluir outras dimensões além da mera disponibilidade de serviços (LEVESQUE et al., 2013).

O acesso é bastante percebido como sendo predominantemente um atributo dos serviços e determinado por fatores como a disponibilidade, preço e qualidade dos bens e serviços de saúde. Essa percepção deriva do fato de que esses fatores são suscetíveis aos aspectos políticos e organizacionais da atenção à saúde que podem ser manejados para melhorar o acesso. Entretanto, a utilização dos serviços usada como uma proxy de acesso é influenciada por fatores da oferta bem como da demanda por serviços; entre eles, atributos individuais, como preferências, gostos e informações (MOONEY, 1983; LEVESQUE et al., 2013).

O acesso aos serviços de saúde vai além da disponibilidade de recursos. Um enfoque mais global de acesso considera fatores como a estrutura do sistema de atenção à saúde, fatores individuais, fatores processuais, fatores geográficos, aceitabilidade cultural, capacidade financeira e qualidade da atenção (SHENGELIA et al., 2003).

O conceito de acesso merece maior aprofundamento pelos pesquisadores para clarear alguns pontos ainda obscuros, como acesso e utilização, e sobre as dimensões do acesso. A crescente participação das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que as pessoas usuárias têm uma participação protagônica neste tipo de cuidado indicam a necessidade de o acesso aos serviços incorporar propostas como a atenção centrada na pessoa e a gestão da saúde da população e dos novos modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2015).

O acesso tem sido definido como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas de cuidado. Assim, ele resulta de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

O acesso tem sido considerado, também, como a possibilidade de identificar necessidades de atenção à saúde, de procurar serviços de saúde, de alcançar os recursos de atenção à saúde, de usar os serviços de saúde e de realmente oferecer serviços apropriados para as necessidades de cuidados. Ele permite às pessoas usuárias entrar em contacto e obter atenção à saúde. As variações no acesso expressam-se em diferenças nas percepções de necessidades de atenção, na procura e na obtenção

de atenção à saúde e no tipo e intensidade dos serviços recebidos. Esses diferentes passos na sequência em busca do acesso representam transições fundamentais em que as barreiras ao acesso podem ser reveladas. Ou seja, o processo de acesso faz-se por passos: necessidades de atenção à saúde levam à percepção de necessidades e desejo de atenção que levam à demanda por serviços de saúde que levam à utilização de serviços de saúde que levam, finalmente, às consequências sanitárias, econômicas e de satisfação das pessoas (LEVESQUE et al., 2013).

Levesque et al. (2013) identificaram cinco dimensões de acesso: capacidade de aproximação, aceitabilidade, disponibilidade, capacidade de pagamento e capacidade de apropriação. Essas cinco dimensões relacionam-se com as habilidades de as pessoas interagirem com as dimensões de acessibilidade para gerar acesso efetivo e que são: habilidade de perceber, habilidade de procurar, habilidade de obter, habilidade de pagar e habilidade de engajar. A capacidade de aproximação relaciona-se com o fato de as pessoas identificarem alguma forma de serviço existente que possa ser buscado e que tenha impacto na saúde. A aceitabilidade relaciona-se com os fatores culturais e sociais que determinam as possibilidades de as pessoas aceitarem os serviços ofertados e julgá-los apropriados. A disponibilidade é constituída pela existência física de recursos e de processos com capacidades suficientes para produzir os serviços. A capacidade de pagamento reflete a possibilidade econômica das pessoas em despender recursos e tempo para usar os serviços de saúde apropriados, envolvendo custos diretos e custos de oportunidade. A capacidade de apropriação é o alinhamento entre os serviços e as necessidades das pessoas, sua oportunidade temporal, a quantidade de cuidado gasto na avaliação dos problemas de saúde e na determinação do tratamento e na qualidade do relacionamento interpessoal entre as pessoas e os profissionais de saúde. A habilidade de perceber relaciona-se com o letramento sanitário, com as crenças sobre a saúde e com as expectativas das pessoas. A habilidade de procurar relaciona-se com os valores pessoais e sociais, cultura, gênero e grau de autonomia. A habilidade de obter relaciona-se com os ambientes de vida, com o transporte, com a mobilidade e com o suporte social. A habilidade de pagar relaciona-se com a renda, com o sistema de proteção social e o com o capital social. A habilidade engajar relaciona-se com o empoderamento, com a adesão, com a informação e com o suporte das equipes de saúde (LEVESQUE et al., 2013).

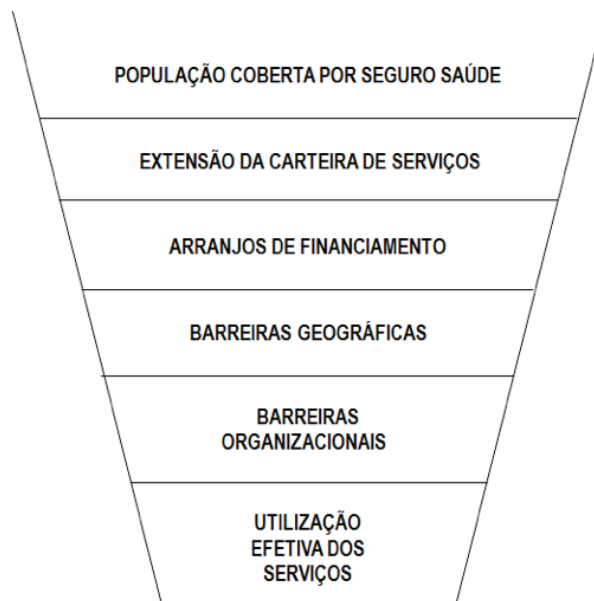
2. UNIVERSALISMO, ACESSO E BARREIRAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os sistemas públicos universais e a proposta mais recente da OMS de cobertura universal em saúde, ainda que apresentem, conforme se verificou no Capítulo 3, diferenças substantivas entre si, sugerem que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde com serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade (TASCA, 2014).

As doutrinas dos sistemas universais e da cobertura universal em saúde, muitas vezes, dão a entender que cobertura universal e acesso são conceitos idênticos. Contudo, esses conceitos são diferentes porque, nos sistemas universais ou naqueles de cobertura universal, o acesso pode ser dificultado pela existência de barreiras a ele. Essas dificuldades tendem a serem maiores na proposta de cobertura universal em saúde que nos sistemas públicos universais. É comum que essas barreiras obstruam o acesso de pessoas a serviços de saúde por várias razões: alguns serviços não estão cobertos na carteira de serviços; alguns serviços são formalmente cobertos, mas não estão disponíveis; alguns serviços exigem copagamentos que impossibilitam o acesso dos mais pobres; e há dificuldades de acesso a alguns serviços por razões geográficas, de gênero, culturais, socioeconômicas e administrativas (BUSSE et al., 2006).

As principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde são, como se mostra na Figura 29, a população coberta por seguro saúde, a extensão da carteira de serviços, os arranjos de financiamento, as barreiras geográficas, as barreiras organizacionais e a utilização efetiva dos serviços. As duas primeiras barreiras são essenciais; as demais são barreiras derivadas, e sua importância relativa decresce da terceira até a sexta como sugere nesta figura.

Figura 29: As barreiras ao acesso aos serviços de saúde



Fonte: Busse et al. (2006)

A primeira barreira refere-se à extensão da cobertura por seguro saúde da população. Ela varia segundo as propostas dos sistemas públicos universais (beveridgeanos e bismarckianos), dos sistemas de cobertura universal e dos sistemas segmentados,

com tendência a ser menor nos sistemas públicos universais e maior nos sistemas segmentados.

A segunda barreira, muito associada à primeira, consiste na extensão da carteira de serviços estabelecida por cada sistema de atenção à saúde. Essas carteiras, em geral, são estabelecidas de formas diferenciadas: carteira indefinida, mas bem ampla; carteira definida por categorias gerais como atenção hospitalar, atenção ambulatorial especializada, APS e outras; e carteira estabelecida por listas de benefícios para áreas de cuidados.

A terceira barreira consiste na imposição de arranjos de financiamento que implicam copagamentos por parte das pessoas usuárias. Essa é uma tendência cada vez mais presente, mesmo em países com sistemas públicos universais que, frequentemente, exigem copagamentos para certos serviços e para medicamentos ainda que, em alguns casos, haja proteção para os muito pobres, para as crianças, para as gestantes e para as pessoas idosas (JEMIAI et al., 2004). Essa barreira, muitas vezes, funciona, na prática, como um mecanismo perverso de controle da demanda, gerando iniquidade. A instauração do copagamento ou do tiquete moderador é justificada na crença de que as pessoas usuárias usam descontroladamente os serviços de saúde aumentando os custos dos sistemas de atenção à saúde, mas essa justificativa não encontra respaldo em evidências que demonstram que as pessoas são responsáveis por uma parcela mínima da utilização dos serviços (em torno de 6% a 7% do total das despesas de saúde) já que a parte mais importante da utilização tem origem nas decisões médicas (EVANS, 1995). A experiência da província de Saskatchewan, no Canadá, é muito significativa. Essa província implantou, em 1968, um sistema de copagamento que permitiu verificar uma redução de 6% da utilização anual dos serviços e que foi obtida à custa das pessoas pobres e idosas que reduziram em 18% o número de consultas médicas; ao mesmo tempo, os custos do sistema aumentaram porque os honorários médicos subiram e porque as pessoas de maiores rendas usaram mais os serviços. Ou seja, a aplicação do sistema de copagamento penalizou os mais enfermos e os mais pobres, aumentando a iniquidade, sem exercer um efeito esperado nos custos dos serviços de saúde. Esses resultados levaram essa província canadense a descontinuar o programa sete anos depois de implantá-lo (BECK; HORNE, 1980; FONDATION CANADIENNE POUR L'AMERIORATION DES SERVICES DE SANTÉ, 2012; PINEAULT, 2016). Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisas da Rand Corporation nos Estados Unidos (RAND HEALTH, 2006).

A quarta barreira é de natureza geográfica e se manifesta em grandes distâncias aos serviços de saúde, especialmente em situações de baixa densidade demográfica. Uma situação especial pode ser dada pelo fechamento de fronteiras sanitárias entre países, entre estados e entre municípios de um mesmo país. No Brasil, as barreiras geográficas se manifestam, de forma mais incisiva, nos estados da região Norte. Uma forma indireta de medir essas barreiras está na definição de tempos máximos de atenção à saúde desde a ocorrência do evento até o início do cuidado na unidade de saúde indicada. É o caso, por exemplo, dos tempos de atendimentos máximos para

infartos agudos do miocárdio e acidente vascular encefálico. A consideração dessa barreira é um elemento fundamental na territorialização da saúde, especialmente na definição das regiões de saúde.

A quinta barreira é de ordem organizacional. Mesmo que as pessoas usuárias estejam cobertas por uma carteira de serviços generosa, estejam protegidas em relação à copagamentos injustos e que haja uma oferta de serviços geograficamente adequada, pode haver barreiras organizacionais ao acesso. As mais relevantes são as listas e os tempos de espera por serviços. Essas barreiras administrativas não conseguiram ser superadas mesmo em países desenvolvidos. No Brasil e, em particular, no SUS, essas barreiras manifestam-se em extensivas filas na APS, nos serviços ambulatoriais especializados, nos exames complementares e em serviços hospitalares que são, juntamente com a imposição de cotas às unidades prestadoras, formas perversas que o sistema utiliza para se equilibrar adequando a oferta e a demanda.

A sexta barreira consiste na utilização efetiva dos serviços de saúde. Para compreender essa barreira, é necessário fazer uma distinção entre disponibilidade dos serviços e utilização efetiva dos serviços. A disponibilidade constitui uma propriedade potencial, mas não garante o acesso. A utilização efetiva faz-se de acordo com algumas características da população, como renda, gênero, escolaridade, idade e fatores de risco (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros).

A característica socioeconômica influencia a utilização, como em países europeus, em que o acesso a especialistas é maior nos ricos que nos pobres (VAN DOORSLAER et al., 2004). No Brasil, há vários estudos sobre desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde. A desigualdade social no acesso foi estudada para os serviços de saúde em geral (ALMEIDA et al., 2000; VIACAVA et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2006; SZWARCOWALD et al., 2010; BAUMGARTEN et al., 2015) ou por tipos de cuidados: cuidados preventivos e curativos (CAMPINO et al., 1999; NERI; SOARES, 2002), cuidados ambulatoriais e hospitalares (TRAVASSOS et al., 2000; CASTRO et al., 2005; LEAL et al., 2005; NORONHA; ANDRADE, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; ANDRADE et al., 2013). Alguns estudos estratificaram a análise levando em consideração a oferta de serviços pelo sistema de saúde suplementar (TRAVASSOS et al., 2000; NUNES et al., 2001; NERI; SOARES, 2002; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; SZWARCOWALD et al., 2010; ANDRADE et al., 2013). Esses estudos mostraram que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde diminuíram nos últimos anos no País (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008) e entre regiões brasileiras (TRAVASSOS et al., 2006). Os estudos evidenciaram que a desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde foi maior nos cuidados preventivos em que as pessoas mais pobres procuraram menos esses serviços que as pessoas mais ricas. Em situações de morbidade severa que exigem serviços de maior densidade tecnológica, as pessoas acessaram esses serviços independentemente da posição socioeconômica (VIACAVA et al., 2001; NERI; SOARES, 2002; SZWARCOWALD et al., 2010). Não se observaram

evidências de desigualdades de acesso aos serviços hospitalares (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; CASTRO et al., 2005; NORONHA; ANDRADE, 2005) e à APS em relação aos cuidados pré-natais, aos exames complementares deste período de gestação, à imunização de crianças e à triagem neonatal no estado de Minas Gerais (ANDRADE et al., 2013). Em duas capitais brasileiras, constatou-se uma baixa prevalência de discriminação relacionada com os serviços de saúde, suas motivações e fatores associados (BAUMGARTEN et al., 2015). Em Minas Gerais, observou-se que a utilização de serviços preventivos entre as mulheres de idade reprodutiva, como mamografia, exame clínico das mamas e exame de Papanicolau, apresenta desigualdades consideráveis (ANDRADE et al., 2013).

3. O IMPACTO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em geral, as experiências de acessos adequados aos serviços de saúde estão associadas com maiores adesões aos tratamentos, com melhores resultados clínicos, com melhor qualidade dos cuidados e com menor utilização dos serviços (ANHANG PRICE et al., 2012).

Ao contrário, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde costumam acabar em resultados pobres em termos de morbidade, mortalidade e qualidade de vida em relação ao câncer (COATES, 1999), às doenças cardíacas (SOBOLEV et al., 2012), ao diabetes (PIZER; PRENTICE, 2011), aos problemas ortopédicos (MOJA et al., 2012) e oftalmológicos (BOISJOLY et al., 2010), aos transtornos mentais (HOFFMAN et al., 2011) e às pessoas idosas (PRENTICE; PIZER, 2007).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde associam-se fortemente com a qualidade do cuidado e com a satisfação das pessoas usuárias (BLEUSTEIN et al., 2014). A avaliação negativa do SUS pela população tem muito a ver com as dificuldades de acesso.

4. O ACESSO, A OFERTA E A DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E OS BACKLOGS

O acesso resulta de uma relação entre a oferta e a demanda por serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período e se concretiza em uma agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos os seus profissionais e as suas diferentes formas de encontros clínicos como consultas individuais face a face, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados a grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos a distância

e outros (MENDES, 2012). A oferta real é o número de pessoas que, em um período determinado, buscam e recebem atenção dos profissionais (MURRAY, 2015).

A demanda refere-se ao total das pessoas que procuram atendimento em um período determinado por telefone, por correio eletrônico e presencialmente nas unidades de saúde (demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna). A demanda independe da capacidade de oferta porque inclui pessoas que não podem ser atendidas em um período, gerando *backlogs* ou trabalhos acumulados expressos em listas de espera ou em filas.

É importante qualificar bem a demanda porque ela costuma variar entre os dias da semana, entre as horas do dia e entre os meses ou as estações do ano. Nos Estados Unidos, demonstrou-se que a demanda por serviços varia segundo os dias da semana (MURRAY; TANTAU, 2000). Estudo realizado em Betim, Minas Gerais, mostrou que a demanda por consultas médicas na APS é maior nas segundas e sextas-feiras (LANDSBERG et al., 2012). Sabe-se, também, que a demanda tende a se concentrar no início da manhã. E há variações sazonais que explicam um aumento de demanda por dengue no verão e por doenças do aparelho respiratório superior no inverno (GUSSO, 2009). Além disso, um pequeno grupo de pessoas hiperutilizadoras pressiona significativamente a demanda por serviços de saúde (SMITS et al., 2008; TAKEDA, 2012a).

Uma questão central no acesso aos serviços de saúde está no balanceamento entre demanda e oferta. Quando há um desequilíbrio entre demanda e oferta, com a demanda superando a oferta, surgem os *backlogs*.

Os *backlogs* constituem-se dos atendimentos agendados para o futuro que geram uma demanda represada no presente. Eles podem ser subdivididos em *backlog* mau e bom. O mau *backlog* é o trabalho de hoje posposto para o futuro, por falta de agenda, gerando acumulação de demanda; o bom *backlog* envolve dois tipos de pessoas: as que não desejam ser atendidas no mesmo dia e aquelas com atendimentos com retornos programados pela equipe de saúde, definidos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências (MURRAY; TANTAU, 2000; MURRAY, 2015).

A racionalização da espera implica a eliminação do mau *backlog* acumulado. Sem eliminar o mau *backlog*, não é possível balancear demanda e oferta por serviços de saúde. Esse é um ponto crítico na organização do acesso aos serviços de saúde.

5. OS TEMPOS DE ESPERA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso está associado, muitas vezes, aos tempos de espera. Ainda que eles sejam um problema comum e desagradável nos sistemas de atenção à saúde, há poucos dados confiáveis para determinar sua prevalência.

O que se sabe é que há uma grande variabilidade nos tempos de espera entre tipos de unidades de saúde e entre especialidades e ao longo do tempo (COUNCIL, 2014; DEPARTMENT OF VETERANS ACCESS, 2014). Além de uma grande variabilidade no acesso, faltam padrões e *benchmarks* apropriados para tempos de espera. Contudo, há diferentes enfoques para categorizar agendamento e tempos de espera nos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Um enfoque utilizado é o dos tempos limites, como o tempo máximo de 4 horas para atendimento nos serviços de urgência utilizado na Austrália e Inglaterra (HUGHES, 2010; WEBER et al., 2012); outro é o ciclo de tempo da pessoa usuária que é definido como o controle do tempo da chegada da pessoa até sua saída em um determinado serviço de saúde e que objetiva separar o tempo produtivo (tempo de atendimento efetivo por um profissional) dos tempos de espera entre um atendimento e outro, em um mesmo ciclo, o tempo improdutivo (GODFREY, 2004). Outro enfoque, comum na APS, é o terceiro próximo agendamento disponível. Esse enfoque é definido como o número médio de dias entre o momento em que uma pessoa usuária solicita um atendimento e o terceiro agendamento disponível para um atendimento que envolva um exame físico, um exame de rotina ou um exame de retorno. O terceiro agendamento disponível é usado, ao invés do primeiro agendamento disponível, porque reflete com maior sensibilidade a disponibilidade de agendamento que está sujeita a eventos inesperados como cancelamentos de atendimentos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2014).

Alguns *benchmarks* têm sido propostos como no estado da Califórnia, Estados Unidos: 30 minutos para acesso à APS; atendimentos não urgentes por médicos especialistas em 15 dias; agendamento para atenção de urgência em saúde mental em 48 horas; acesso aos serviços de urgência e emergência disponíveis todos os dias, 24 horas por dia; e espera por atendimento dentro da unidade de saúde no máximo em 30 minutos (DEPARTMENT OF DEFENSE, 2014).

Uma experiência exitosa de atenção às pessoas idosas realizada pela Fundação São Francisco Xavier em Ipatinga, Minas Gerais, denominada Usifamília, chegou a um tempo médio de permanência (TMP) na unidade de 1,03 hora (SOUZA et al., 2016).

6. AS RESTRIÇÕES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em geral, a questão do acesso é analisada a partir de visões pessimistas que se assentam na imprevisibilidade da demanda. Certamente que, em cenários de demanda imprevisível, as possibilidades de gerenciar o acesso de forma racional são diminutas. Contudo, estudos realizados em diferentes países atestaram que a demanda por serviços de saúde é, em geral, previsível, o que a torna gerenciável.

Pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que a demanda por serviços de saúde é previsível (MURRAY; TANTAU, 2000). O mesmo ocorre no Brasil, onde existem estudos que permitiram definir a demanda na APS com bastante propriedade e que geram previsibilidade e estruturam certos padrões necessários para a organização racional do acesso neste nível de atenção (GUSSO, 2009; LANDSBERG et al., 2012; TAKEDA, 2012a; MENDES, 2015).

A despeito das crenças em contrário, as restrições de acesso nem sempre são causadas por recursos inadequados. Ainda que essa afirmativa pareça não fazer sentido, pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostraram resultados surpreendentes. Estudos evidenciaram que as esperas estão ligadas mais à incapacidade de gerar uma agenda de atendimento oportuno que à falta de capacidade de oferta.

Em certas circunstâncias, usando os princípios da engenharia de produção e da teoria das filas, os sistemas de atenção à saúde podem reduzir ou eliminar esperas sem aumentar os recursos. As principais barreiras à eliminação de tempos de espera são de ordem psicológica: o medo da mudança e a falta de confiança de que os recursos existentes podem ser suficientes para diminuir ou eliminar os tempos de espera. Os tempos de espera tendem a permanecer constantes por semanas e meses sem crescer sem limites, o que não ocorreria em casos de fortes subofertas de atenção.

A situação brasileira pode não ser tão confortável para equilibrar demanda e oferta em função de painéis de pessoas muito grandes em relação às equipes. Isso não deve levar a situações paralisantes porque sempre há como agregar algum grau de racionalização do acesso aos serviços de saúde.

7. AS CARACTERÍSTICAS SINGULARES DO ACESSO EM DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As práticas de agendamento variam segundo os pontos de atenção à saúde como APS, AAE, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e atenção pós-aguda (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Em função da diversidade dos pontos de atenção à saúde, torna-se necessário adotar estratégias de acesso adaptadas às singularidades desses pontos. Na APS, deve-se dar prioridade a mecanismos de acesso rápido, como o atendimento em até dois dias da demanda efetiva e uma resposta rápida para assegurar que a capacidade de oferta esteja alinhada com a demanda. O acesso aos serviços hospitalares e à atenção às emergências é mais variável, surgindo necessidade de desenvolver estratégias de coordenação e de utilizar instrumento de análise mais sofisticados como os modelos preditivos. O acesso à atenção pós-aguda apresenta uma grande variabilidade e convoca estratégias que envolvam a atenção multiprofissional interdisciplinar e as alternativas aos encontros presenciais face a face para atender às necessidades das pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

As restrições de oferta na APS podem ocorrer quando se aumenta a demanda, como está ocorrendo em certas regiões dos Estados Unidos em função do *Obamacare* (PETTERSON et al. 2013).

O agendamento na AAE concentra-se em certas condições de saúde que exigem atendimentos por especialistas e que implicam coordenação com a APS. O agendamento na AAE pode ser afetado por fatores externos que não estão sob o controle do sistema de atenção à saúde, nem das pessoas usuárias, como tempo de pré-autorização, necessidades de exames complementares adicionais e problemas nas relações de comunicação entre unidades que referenciam e que são referenciadas (MURRAY, 2002). Na presença de comorbidades, é necessário coordenar vários especialistas, bem como utilizar equipes multiprofissionais interdisciplinares, o que tende a aumentar a variabilidade. Em centros de especialidades acadêmicos, há um grau maior de variabilidade pela presença concomitante de responsabilidades clínicas, educacionais e de pesquisa (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Na AAE, são comuns os problemas relativos aos momentos de transição que ocorrem nas RAS.

O agendamento para a atenção de urgência e emergência apresenta singularidades. É comum observarem-se superlotação e longos tempos de espera que provocam queixas das pessoas usuárias. Isso pode derivar de ações impróprias dos serviços de urgência e emergência que se fixam em processos discretos e se esquecem de considerar os comportamentos das equipes de saúde e o sistema de desempenho ou a cultura organizacional (MELON et al., 2013). Um fator considerado crítico na superlotação dos serviços de urgência e emergência é o manejo exagerado das pessoas usuárias por meio de observação ao invés de dar altas ou de interná-las (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2008). Há pesquisas que demonstram que há uma correlação entre a duração da presença das pessoas nos serviços de urgência e emergência e a ocorrência de eventos adversos nas subsequentes internações hospitalares (GUTTMAN et al., 2011).

O acesso às internações hospitalares expressa a interconexão que existe entre a demanda e a oferta destas unidades de saúde. Conseqüentemente, demoras nas internações são comuns. A demora derivada dos insumos, como leitos, é medida pelo tempo que decorre entre a decisão de internar e a efetiva internação de uma pessoa. A demora devida à produtividade é o tempo excessivo entre a internação da pessoa até que ela esteja pronta para ter sua alta. Já a demora de produto é a que ocorre entre o momento da alta técnica e a alta efetiva, tal como acontece em função de problemas de carência de oferta em unidades de cuidados continuados ou em unidades de reabilitação (HALL, 2013). O acesso hospitalar é influenciado pela coordenação do fluxo. A otimização de desempenho hospitalar requer medir a demanda, a capacidade de oferta e o fluxo intra e interpontos de atenção de uma RAS, o que envolve organizar alguns passos, como consolidar ou remover alguns processos para racionalizar o fluxo assistencial (LEE et al., 2015). Os hospitais tendem a buscar uma otimização de cada departamento *per si*, o que costuma gerar problemas na organização; o ideal é buscar um equilíbrio entre o conjunto de departamentos

de um hospital (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). Idealmente, o movimento das pessoas desde a admissão, o tratamento e a alta deveriam ocorrer sem atrasos significativos, mas isso não ocorre nos hospitais com ambientes centrados nos interesses de departamentos ou de profissionais porque não costuma haver coordenação das ações (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

8. A COMPATIBILIZAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA

Os problemas no acesso aos serviços de saúde apresentam algumas causas como ineficiências na operação, ineficiências na coordenação do cuidado e problemas na cultura organizacional que resultam na interrupção dos fluxos, no uso deficiente dos recursos, no desequilíbrio entre a demanda e a oferta (YOUNG; McCLEAN, 2008). Fatores específicos da organização, como as lideranças nas organizações de saúde e as suas culturas, podem contribuir para dificuldades no acesso e para longos tempos de espera (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A compatibilização ou o balanceamento entre oferta e demanda em todos os pontos das redes de atenção à saúde é essencial para chegar a sistemas eficientes e efetivos (HALL, 2012). Por essa razão, o conceito fundamental na organização do acesso é o balanceamento entre oferta e demanda. Isso implica manter uma constante capacidade analítica de compreensão da dinâmica envolvida nessa relação para tomar ações, seja do lado da oferta, seja do lado da demanda, visando ao seu equilíbrio (MURRAY e BERWICK, 2003).

Nos sistemas de atenção à saúde em que se pratica a gestão da oferta, como nos sistemas públicos e privados brasileiros, há uma sobrevalorização das ações de incremento da capacidade de oferta, sem outras ações de racionalização da oferta (GRUMBACH, 2009). Além disso, há uma subvalorização das ações de racionalização da demanda que, em geral, não são consideradas (MENDES, 2015).

O desequilíbrio entre oferta e demanda gera atrasos e aumentos de tempo de espera, diminuindo a satisfação das equipes de saúde e das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde. Se a demanda é igual à capacidade de oferta, não há problema, mas se houver variações, seja no lado da demanda, seja no lado da oferta, podem surgir desequilíbrios, ainda que temporários, que incrementam os tempos de espera. As estratégias para equilibrar oferta e demanda requerem ações de racionalização no lado da demanda, da oferta e dos fluxos de trabalho e das pessoas usuárias, a fim de ajustar a demanda e a capacidade de oferta de forma contínua.

Em geral, os tempos de espera longos são vistos, tendencialmente, como indicação da necessidade de ações do lado da oferta, com o aumento da capacidade instalada de serviços. Sequer costuma haver uma visão de racionalização da oferta por meio de ações efetivas. Várias pesquisas mostraram que, pelo menos, 25% das demandas diárias em determinadas unidades de saúde ambulatoriais não requerem

um atendimento presencial com um profissional; essas demandas podem ser atendidas de forma não presencial, a distância (DARKINS et al., 2008; HSU et al., 2012; PEARL, 2014).

Sem essas ações de racionalização da oferta – para além do simples incremento dos serviços atualmente prestados –, não é possível atingir o balanceamento racional entre oferta e demanda (MENDES, 2015).

Da mesma forma, a racionalização da demanda deve ir além da demanda de pessoas que buscam serviços em uma determinada unidade de saúde, pressupondo que todas elas devam ser atendidas. Muitas demandas, se efetivadas, não irão beneficiar as pessoas demandantes porque não são baseadas em evidências estabelecidas em diretrizes clínicas, o que pode gerar excessos de diagnósticos e tratamentos, iatrogenias e gastos excessivos. Isso costuma ser reforçado por um sistema de pagamentos por procedimentos que não se alinha com a geração de valor para as pessoas e que incentiva a fazer mais serviços de maior densidade tecnológica e de maiores custos, e não os serviços mais necessários (CHRISTENSEN et al., 2009).

A racionalização da demanda pressupõe uma análise constante da demanda diária em uma unidade de saúde que possibilite comparar a oferta e a demanda a cada dia da semana em função da variabilidade existente (TANTAU & ASSOCIATES, 2009).

Importante na racionalização da demanda é a adequação do painel de pessoas usuárias por equipes de saúde. Esse painel expressa a demanda que é criada externamente às unidades de saúde e indica o número de pessoas usuárias por equipes ou unidades de saúde. A demanda relaciona-se, externamente, com o tamanho do painel de pessoas usuárias e, internamente, pelo estilo da unidade de saúde e pelas taxas de retorno estabelecidas pelos profissionais de saúde.

Na racionalização da demanda, devem ser utilizados instrumentos como a análise quantitativa da demanda, a definição de parâmetros de utilização com base nas necessidades da população, a normalização dos processos de trabalho por meio de diretrizes clínicas, a normalização das habilidades por meio de sistemas de educação permanente dos profissionais, a utilização de dispositivos de enlaçamento entre grupos de profissionais, o controle do absenteísmo, a utilização rotineira da prevenção quaternária, a programação da demanda e a identificação e correto manejo das pessoas hiperutilizadoras (MENDES, 2015).

O balanceamento da demanda e da oferta, a essência da racionalização do acesso, pressupõe, pois, um diagnóstico preciso das demandas que se fazem, por cada tipo, por mês, por dia, por turno e por hora. De outra parte, há que se estruturar os diferentes perfis de oferta para responder com efetividade e eficiência aos diferentes perfis de demanda. Isso implica mudanças nas formas como se organizam as ofertas de serviços por tipos de atendimentos, o que inclui mudanças no lado da demanda e da oferta.

O balanceamento entre demanda e oferta envolve várias ações: definição do tamanho do painel para cada profissional; definição da taxa de atendimento de cada pessoa usuária por profissional e por tipo de atendimento (consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupo operativo e outros); alimentação da planilha por equipe e por profissionais; se a capacidade de oferta da equipe está balanceada com a demanda, mas existe desbalanceamento em alguns profissionais, transferir pessoas para outros profissionais; se há excesso de pessoas usuárias por equipe ou profissionais, usar estratégias de redução da demanda ou de aumento da capacidade de oferta; registro diário no prontuário eletrônico da demanda e da capacidade de oferta da unidade de saúde e de cada profissional; monitoramento do tamanho do painel por equipe mensalmente; implantação de horário estendido; definição do terceiro próximo atendimento disponível para cada unidade para cada profissional, e se esta variável estiver muito estendida, elaborar um plano de eliminação do backlog; não criação de listas de espera para ocultar a demanda não atendida; estabelecimento de regras transparentes para as mudanças de uma pessoa usuária de um profissional a outro e definição de um único servidor da unidade para tomar essas decisões; identificação das pessoas hiperutilizadas e dos atendimentos que recebem, quantitativa e qualitativamente; identificação das ausências, dos cancelamentos e dos overbookings e determinação de estratégias para lidar com esses problemas; definição de uma quantidade diária de agendamentos a serem feitos de forma não presencial na unidade por telefone ou por internet; separação das pessoas usuárias em grupos homogêneos como os que querem atendimentos no mesmo dia, os que preferem atendimentos em outros dias e os que foram pré-agendados (TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE, 2004; MURRAY, 2015; LITVAK, 2015).

O balanceamento da demanda e da oferta exige ações racionalizadoras nestes dois polos da APS.

A racionalização da demanda pressupõe uma análise constante da demanda diária, por turno e por hora, em uma unidade de saúde que possibilite comparar a oferta e a demanda a cada dia da semana em função da variabilidade existente (TANTAU & ASSOCIATES, 2009).

As principais ações de racionalização do lado da demanda são: o ajuste do tamanho do painel de pessoas, a elaboração e implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidência, a classificação de risco das pessoas com eventos agudos, a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas não agudizadas, a implantação da prevenção quaternária, a identificação e manejo adequado das pessoas hiperutilizadas e a redução do absenteísmo.

De outra forma, o balanceamento da demanda e da oferta pressupõe o desenvolvimento de várias ações de racionalização do lado da oferta, como: o aumento da produtividade da oferta por meio da racionalização dos fluxos assistenciais e de redução de desperdícios, redundâncias e retrabalhos; a utilização de equipes multi-

profissionais interdisciplinares; a introdução de novas formas de encontros clínicos; a oferta de serviços a distância mediados por tecnologias de informação e comunicação; a flexibilização da oferta com maior concentração em horários e dias de maior demanda; o uso de arranjos organizativos para atendimentos em condições especiais; e o aumento da capacidade de oferta por meio de novos investimentos.

A racionalização da oferta implica uma análise constante da capacidade de oferta por tipo de perfil de oferta, por dia, por turno e por hora, em uma unidade de saúde que, também, possibilite comparar a oferta e a demanda em função da variabilidade existente.

É preciso estabelecer o ciclo de tempo das pessoas usuárias desde a chegada à unidade até sua saída. Devem ser utilizados instrumentos da gestão por processos que permitem planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada de recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento de interfaces entre os processos executados.

Em certas situações, mesmo instituindo-se todas essas ações do lado da demanda e da oferta, podem permanecer os desequilíbrios causados por uma clara insuficiência de oferta. Somente nesses casos, deve-se partir para o aumento da capacidade de oferta por meio de novos investimentos em recursos, como construção ou ampliação de unidades de saúde, contratação de novos profissionais e/ou aquisição de novos equipamentos e materiais.

9. A APLICAÇÃO DE UM ENFOQUE SISTÊMICO PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A aplicação de um enfoque sistêmico para o acesso aos serviços de saúde inclui: fixar a orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias; criar capacidade para a análise de dados e para medir os resultados; incorporar tecnologias inovadoras; criar uma cultura de excelência dos serviços; e desenvolver um processo contínuo de melhoria (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A fixação da orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias significa adotar a filosofia de “Como posso ajudá-lo hoje?” e da atenção centrada na pessoa; como consequência, o acesso é dirigido para satisfazer as necessidades das pessoas que buscam atenção à saúde, melhorando as experiências de cuidado dessas pessoas (BERGESON; DEAN, 2006).

Há evidências de que o envolvimento das pessoas usuárias no seu cuidado contribui para a redução de erros médicos e aumenta a satisfação das equipes de saúde e dessas pessoas (LONGTIN et al., 2010; TOUSSAINT e BERRY, 2013).

A racionalização do acesso aos serviços de saúde implica a utilização de registros eletrônicos que possam registrar os padrões de oferta e demanda e os gargalos nesses fluxos e, em função disso, melhorar a atenção à saúde (DEVARAJ et al., 2013). Observa-se, contudo, que dados importantes para adequar e qualificar oferta e demanda não costumam fazer parte desses registros eletrônicos.

Os dados mais importantes para a organização do acesso são: experiência de cuidado e satisfação das pessoas e famílias; práticas de agendamento; tempos de espera; ciclos de tempo nos atendimentos; e experiências com modelos de atenção alternativos como teleassistência. Contudo, definir essas métricas e estabelecer padrões ou *benchmarks* não são práticas comuns para medir o acesso aos serviços de saúde. Todavia, uma vez estabelecidos alguns indicadores, eles devem ser monitorados periodicamente.

Um Comitê do Instituto de Medicina estabeleceu alguns *benchmarks* para utilizar como critérios de seleção de boas práticas em acesso aos serviços de saúde: na APS, atendimento em até dois dias para consultas novas ou de retorno; na AAE, espera de dez dias ou menos para o terceiro agendamento disponível; nas unidades de emergência, o atendimento se fará em até dez minutos após a chegada da pessoa à unidade; e internação hospitalar a partir de uma unidade de emergência deve ser feita em até 4 horas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Melhorar o acesso aos serviços de saúde exige mudanças profundas nas organizações que permitam transitar de uma cultura hegemônica de trabalho em silos, de independência e de fragmentação, para uma cultura de excelência centrada em um enfoque de trabalho integrado em redes em que os profissionais de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias se considerem parceiros na produção da saúde e se tratem com respeito e transparência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Na experiência internacional, são reportados desafios e barreiras à implantação do enfoque sistêmico para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Dentre eles, são mencionados: as dificuldades de obtenção de dados confiáveis; a capacidade das tecnologias existentes; as pressões de legislações regulatórias existentes; o preconceito em relação ao uso de tecnologias da engenharia da produção nas organizações de saúde; a necessidade de líderes, profissionais e pessoas usuárias desenvolverem novas habilidades; e as tendências preexistentes de trabalho isolado, sem integração, nas organizações de saúde (KIM et al., 2006; KIM et al., 2009; MEYER, 2011; PEARL, 2014; LEE, 2015).

10. PONTOS FUNDAMENTAIS A SEREM CONSIDERADOS NA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um Comitê do Institute of Medicina, após estudar exaustivamente o tema do acesso aos serviços de saúde, fez uma síntese dos principais achados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A variabilidade: a provisão oportuna de acesso aos serviços de saúde varia amplamente.

As consequências: as demoras no acesso aos serviços de saúde determinam múltiplas consequências, o que inclui os efeitos negativos sobre os resultados sanitários, a satisfação das pessoas usuárias com a atenção recebida, a utilização dos serviços e a reputação organizacional.

Fatores contributivos: as demoras no acesso aos serviços de saúde apresentam múltiplas causas, o que inclui o desbalanceamento da oferta e da demanda, o enfoque do agendamento baseado no prestador de serviços, os modelos de oferta de cuidados, as filas baseadas em prioridades, a complexidade do cuidado, a complexidade dos mecanismos de reembolso e as barreiras financeiras e geográficas.

Estratégias sistêmicas: ainda que não sejam práticas comuns, o envolvimento das pessoas usuárias é possível por meio da organização de filas racionais e de outras estratégias sistêmicas relativas ao acesso.

Oferta e demanda: a contínua avaliação, monitoramento e balanceamento da oferta e da demanda são requerimentos básicos para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Reengenharia da atenção à saúde: alternativas às consultas médicas, incluindo o uso de profissionais não médicos e atendimentos mediados pela tecnologia, podem atender frequentemente às necessidades das pessoas.

Padrões: medidas padronizadas e *benchmarks* para indicar o acesso oportuno aos serviços de saúde são necessários para a melhoria dos agendamentos nestes serviços.

Evidência: a evidência disponível é muito limitada para prover orientação na organização de pontos de atenção específicos.

Melhores práticas: melhores práticas emergentes têm melhorado o acesso aos serviços de saúde em vários lugares e servem como bases promissoras para a pesquisa, a validação e a implementação.

Liderança: liderança em qualquer nível do sistema de atenção à saúde é essencial para sustentar as mudanças culturais e operacionais necessárias à redução dos tempos de espera.

11. OS PROBLEMAS DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As dificuldades de acesso à APS são frustrantes para os gestores, para os profissionais e para as pessoas usuárias (GOITEN, 1990).

Uma pesquisa mostrou que crianças com dificuldades de acesso à APS aumentaram a demanda por atenção não urgente nos serviços de urgência, demonstrando que as dificuldades de acesso a um ponto de atenção determinado têm repercussões negativas sobre outros serviços do sistema (BROUSSEAU et al., 2004).

Pesquisa realizada no estado de Washington, Estados Unidos, mostrou que o acesso inadequado à APS foi responsável por 54 mil internações hospitalares no ano de 1999 (WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Estudo da KP mostrou que 27% dos adultos não tiveram acesso pronto aos médicos de família (NATIONAL SURVEY OF CONSUMER EXPERIENCES WITH HEALTH PLANS, 2000). 40% dos atendimentos em unidades de emergência são por condições não urgentes, e boa parte deles se deve à impossibilidade de obter acesso pronto às unidades de APS (CUNNINGHAM et al., 1995). Entre 1997 e 2001, o percentual de pessoas que declarou a impossibilidade de obter acesso pronto variou de 23% a 33% (STRUNK e CUNNINGHAM, 2002). Em 2001, 43% dos adultos que buscaram atenção de urgência não foram capazes de obtê-la no tempo devido (GREENBLATT, 2002), e 28% de mulheres com situação de saúde ruim não foram capazes de ter acesso pronto aos médicos (WOMEN'S HEALTH IN UNITED STATES, 2002). Estudos mostraram que o absenteísmo na APS atinge 20% a 25% da demanda total, e isto tem a ver com os tempos de espera longos.

Mantidas certas singularidades do SUS e situações de grande restrição de oferta, determinadas por painéis de pessoas usuárias muito grandes, o quadro do acesso à APS no nosso sistema público não é muito diferente do que observado em outros países. A solução, salvo casos claros de restrição forte de oferta, também deverá passar por mudar o modelo de acesso que tradicionalmente se utiliza na APS. Para isso, será imperativo observar experiências que deram certo em outros países e no SUS.

12. O TAMANHO DO PAINEL E O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma variável fundamental no acesso à APS é o tamanho do painel que representa o número de pessoas adstritas a uma equipe de cuidados primários.

Painéis muito grandes dificultam a organização racional da APS. Em geral, esses painéis são construídos para o modelo clássico da medicina de família e comunidade que opera com alta centralidade no cuidado médico.

Tome-se, como exemplo, o painel de médicos de APS por população. O painel médio de pessoas adstritas a um médico de família nos Estados Unidos é de aproximadamente 2.300 (ALEXANDER et al., 2005); em Portugal, em 2015, o painel médio variou de 1.500 a 1.800 pessoas por médico de família (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL, 2015); e na Inglaterra, em 2011, o painel médio de população por médico generalista era de 1.470 (NUFFIELD TRUST, 2011).

No Brasil, há uma norma de uma equipe de saúde da família para 3.500 pessoas, mas este número costuma ser ultrapassado na prática social, especialmente em municípios em que a cobertura da APS é baixa e que, por consequência, apresentam áreas descobertas de cuidados primários. Há que se ressaltar que o painel brasileiro não é somente para o médico, mas para uma equipe que envolve enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, equipe de saúde bucal e, em algumas situações, outros profissionais dos NASF.

No SUS, portanto, deve-se pensar em painéis adequados para o modelo da ESF, e não para o modelo clássico da medicina de família e comunidade.

13. OS ENFOQUES ALTERNATIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há diferentes estratégias de organização do acesso à APS. Dentre elas, merecem destaque: o enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento, o enfoque da força de trabalho organizada em equipes, o enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial e o enfoque do acesso avançado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Esses enfoques ainda que, algumas vezes, sejam apresentados de forma isolada, apresentam compatibilidades e sinergias entre si. Por essa razão, uma proposta consequente de organização do acesso deve utilizar elementos provindos desses quatro enfoques, combinando-os de forma ótima.

13.1 O ENFOQUE DO ALISAMENTO DOS FLUXOS DE AGENDAMENTO

O enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento utiliza tecnologias de racionalização de fluxos. Para isso, identifica e quantifica os vários tipos de variabilidade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e identifica os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos

de espera. Os sistemas de agendamento são definidos para minimizar os tipos de agendamentos de modo a racionalizar os atendimentos (LITVAK; FINEBERG, 2013).

O balanceamento de agendamentos oportunamente providos a quem necessita deles e os deseja e a capacidade de resposta de uma unidade de APS podem ser um grande desafio.

Esse balanceamento pode ser feito por fases, e envolve a participação ativa de todos afetados por esta mudança, inclusive as pessoas usuárias e suas famílias.

Litvak (2015) propõe um método estruturado em três fases.

A fase 1 concentra-se no balanceamento dos recursos e do fluxo de pessoas usuárias que são muito sensíveis à variável tempo em relação àquelas outras que apresentam agendamentos programados. O principal objetivo dessa fase é melhorar o acesso daquelas pessoas muito sensíveis à questão do tempo, especialmente as pessoas que procuram presencialmente a unidade de cuidados primários, buscando diminuir o caos que resulta de demandas competitivas entre si para agendamento.

As principais ações da fase 1 são: separar as pessoas usuárias em grupos homogêneos (por exemplo, pessoas que querem acesso no mesmo dia *versus* os que podem ser programados, pessoas novas *versus* pessoas em retorno e/ou pessoas com demandas de eventos agudos, pessoas com condições crônicas não agudizadas para retorno, pessoas hiperutilizadoras, pessoas com demandas preventivas, pessoas com demandas administrativas, pessoas com demandas por atenção domiciliar); calcular quantas faixas horárias (blocos de horas) serão necessárias com base em estatísticas prévias e nas opiniões dos profissionais; desenvolver e implantar POP para acomodar pessoas pré-agendadas e não agendadas; reduzir os tempos de espera por atendimentos no mesmo dia e por atendimentos presenciais, diminuindo o excesso de tempo consumido pela equipe de saúde por meio da avaliação do fluxo de pessoas na unidade e dos processos que geram obstáculos; as pessoas que querem atendimento no mesmo dia e aquelas que se apresentam diretamente à unidade nem sempre poderão ser atendidas pela equipe à qual está vinculada; e implementar o redesenho e o monitoramento do desempenho do fluxo de pessoas usuárias.

A fase 2 volta-se para o desafio do alisamento do fluxo das pessoas usuárias com agendamento programado, tais como agendamentos para exames físicos anuais com médicos e para atendimentos de retorno. O objetivo é manter a longitudinalidade do cuidado das pessoas usuárias com as equipes às quais estão vinculadas para maximizar a qualidade da atenção, diminuir a competição entre agendamentos programados e não programados e melhorar o rendimento da atenção.

As principais ações da fase 2 são: monitorar os cancelamentos e o absenteísmo; fazer o balanceamento do fluxo de pessoas usuárias programadas para diminuir a competição de dessas pessoas que se apresentam diretamente na unidade e que

desejam atendimento no mesmo dia, maximizando o rendimento dos fluxos para diminuir os tempos de espera; analisar os pontos de variabilidade e identificar mudanças no sistema de agendamentos para obter um agendamento balanceado; distribuir as pessoas usuárias em áreas apropriadas como recepção, acolhimento e classificação de risco, coleta de exames, consultas etc.; e desenvolver uma estratégia de uso do telefone na unidade.

A fase 3 objetiva otimizar a capacidade da unidade de APS para melhorar a qualidade, a segurança e o trânsito das pessoas usuárias. A utilização de formas alternativas de respostas às expectativas das pessoas usuárias e de diferentes profissionais, quando necessário, cria a oportunidade de corrigir as quantidades de agendamentos para melhor balancear oferta e demanda.

As principais ações da fase 3 são: determinar o número de faixas horárias (blocos de horas) necessárias para pessoas que querem ser atendidas no mesmo dia e que acessam a unidade por telefone, para pessoas que foram diretamente à unidade e para pessoas com retorno marcado previamente; avaliar a variabilidade no fluxo das pessoas e os gargalos de agendamento para diminuir os problemas causados pela preferência dos profissionais de saúde em termos de organização da agenda; estabelecer os recursos necessários como profissionais de saúde, profissionais administrativos e instalações para cada tipo de fluxo de pacientes (eventos agudos, retornos de pessoas com condições crônicas não agudizadas, demanda de pessoas hiperutilizadoras, demandas por enfermidades, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar) a fim de garantir que cada tipo de fluxo garanta a atenção certa no lugar certo; determinar formas alternativas de atender às preferências das pessoas usuárias (atendimentos por telefone ou por internet); introduzir formas alternativas de encontros clínicos (atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupos operativos e outros); se o número de demandas não clínicas é elevado, definir uma estratégia de solução; e definir diferentes cenários de capacidade de oferta a partir de dados da unidade e promover mudanças necessárias para balancear oferta e demanda.

13.2 O ENFOQUE DA FORÇA DE TRABALHO ORGANIZADA EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS INTERDISCIPLINARES

Um segundo enfoque utilizado na organização do acesso na APS é o da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares

Um fator crítico no acesso à APS é o tempo de atendimento do médico. Em função dessa criticidade do trabalho médico, a organização do acesso à APS passa por incorporar, nos cuidados primários, o trabalho multiprofissional interdisciplinar.

Quando se examinam os perfis de oferta e de demanda na APS, verifica-se que o médico tem papéis essenciais a desenvolver em quase todos eles (MENDES, 2015). Contudo, dada a restrição de seu tempo disponível, não há a possibilidade

de atender a todas as demandas de forma efetiva e eficiente. Isso é responsável, em grande parte, pela crise da APS no plano micro da clínica, discutida no Capítulo 10.

Há no ambiente da APS um conjunto de desafios que colocam em xeque a atenção face a face presencial de curta duração e o cuidado excessivamente centrado nos médicos: o envelhecimento da população; o incremento da demanda à APS; o incremento das doenças crônicas e das comorbidades; a necessidade de dispor de tempo para o autocuidado apoiado; um movimento crescente de substituição hospitalar por cuidados ambulatoriais, especialmente na APS; e a frágil coordenação entre a APS e a atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.

Estudos internacionais demonstram evidências de que a consulta médica de curta duração não funciona adequadamente no manejo das condições crônicas não agudizadas, das enfermidades, das pessoas hiperutilizadoras, dos cuidados preventivos e do autocuidado apoiado, devendo ser substituído por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional interdisciplinar.

Como se considerou no Capítulo 10, a solução para esse problema está em organizar o trabalho na APS por meio de equipes multiprofissionais interdisciplinares que incluam outros profissionais além de médicos.

Os enfermeiros que já compõem as equipes de ESF deveriam atuar na gestão das condições crônicas menos complexas, em grupos mais vulneráveis como crianças, pessoas com deficiências, em pessoas com problemas mentais de pouca gravidade, nas urgências de menores riscos protocoláveis, nos cuidados preventivos e nas ações de educação e promoção da saúde, nos cuidados preventivos e no autocuidado apoiado. Em Fortaleza, Ceará, verificou-se na IV Regional de Saúde que 40% da demanda total feita por acolhimento e classificação de risco foi solucionada pelo enfermeiro; e 60%, encaminhada ao médico (TAVARES, 2016).

Os farmacêuticos clínicos poderiam atuar nas medicações de uso contínuo, o que incluiria o monitoramento e a racionalização desses medicamentos, o acompanhamento de pessoas com polifarmácia, as ações de adesão e conciliação de medicamentos, a prevenção e vigilância dos efeitos adversos, nas ações de educação em saúde, nos cuidados preventivos e no autocuidado apoiado.

Os fisioterapeutas poderiam desempenhar funções importantes no manejo de doenças musculoesqueléticas, na atenção às pessoas idosas, nos cuidados preventivos, na educação em saúde e no autocuidado apoiado.

Da mesma forma, os assistentes sociais, os nutricionistas, os profissionais de educação física e os psicólogos deveriam compor as equipes multiprofissionais de APS.

O trabalho não basta ser multiprofissional. Há de ser, também, interdisciplinar. A interdisciplinaridade implica um grupo de disciplinas conexas cujas relações se

estabelecem por um nível hierárquico superior que age como integrador e mediador dos discursos disciplinares e como coordenador do campo disciplinar. A interdisciplinaridade se sustenta sobre uma problemática comum, uma axiomática teórica e/ou política compartilhada e uma plataforma de trabalho conjunto, gerando uma fecundação e uma aprendizagem mútua que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Há que se criar um espírito de equipe, o que significa que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe (ALMEIDA FILHO, 2005).

Há indícios de que as pessoas podem transferir a sua confiança no médico para toda a equipe multiprofissional (BODENHEIMER, 2008). As pessoas usuárias se beneficiam em ganhos de tempo e de conforto, em poder se relacionar, em um mesmo dia, com diferentes profissionais, em atendimentos programados em sequência ou em grupos de profissionais.

A atenção multiprofissional interdisciplinar não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, na APS, por um tempo determinado. Os modelos de equipes multiprofissionais interdisciplinares mais efetivos incluem: uma definição compartilhada do problema; o suporte às pessoas usuárias; a focalização compartilhada em problemas específicos; a elaboração compartilhada dos planos de cuidados; a confiança e o respeito mútuos; o monitoramento das condições crônicas; e o acesso pronto aos médicos especialistas (SINGH, 2005).

A lógica da distribuição de tarefas entre os membros da equipe da APS indica que os médicos devem se concentrar em tarefas que sejam compatíveis com seus conhecimentos e habilidades (WITT, 2006). Outras tarefas devem ser exercitadas por profissionais não médicos que fazem parte da equipe.

Altshuler et al. (2012), propositores do modelo com delegação do médico a profissionais não médicos (assistente médico, enfermeiro, farmacêutico e educador em saúde), estimaram que 77% dos procedimentos de prevenção podem ser delegados a profissionais não médicos; do total de pessoas com condições crônicas (na realidade de 10 condições crônicas mais comuns), um terço apresentam um controle bom, e dois terços, um controle pobre e, destes, 75% dos procedimentos realizados com pessoas com controle bom e 33% das pessoas com controle pobre podem ser delegados a profissionais não médicos, o que corresponde 47% de esforço total; e 100% dos procedimentos relativos aos eventos agudos devem ficar sob a responsabilidade do médico. Esses autores consideraram, a partir de dados da American Academy of Family Physicians, que um médico de família americano trabalha, em média, 2.025 horas por ano, ou seja, 43 horas por semana. Para comparar diferentes painéis de pessoas por equipe de APS, criaram quatro cenários: cenário 1: o médico trabalhando só, no modelo sem delegação ou estratégia do concierge, implicaria

um painel de 983 pessoas; cenário 2: modelo com delegação de 77% dos cuidados preventivos e de 47% dos cuidados de condições crônicas implicaria um painel de 1.947 pessoas; cenário 3: modelo com delegação de 60% dos cuidados preventivos e 30% dos cuidados de condições crônicas implicaria um painel de 1.523 pessoas; e cenário 4: modelo com delegação de 50% dos cuidados preventivos implicaria um painel de 1387 pessoas. Todavia, a experiência da Inglaterra indica que os enfermeiros poderiam assumir funções clínicas relativas aos eventos agudos de menores riscos protocoláveis, o que permitiria aumentar o painel por médico (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). As evidências provindas do modelo da pirâmide de risco, analisadas no Capítulo 7, mostram um potencial maior de resolução das condições crônicas de menor complexidade (nível 1) que constituem entre 70% e 80% do total dessas condições e que são um campo preferencial para atuação de profissionais não médicos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

As evidências produzidas por Yarnall et al. (2003), Ostbye et al. (2005), Bodenheimer e Laing (2007), Bodenheimer e Grumbach (2007), Bodenheimer (2008), Bodenheimer et al. (2014), Primary Care Workforce Commission (2015) e The Health Committee (2016) atestam a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional interdisciplinar na APS. Além disso, uma das evidências mais robustas estabelecidas pelo Modelo de Atenção Crônica é da utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares (WAGNER, 1998).

A introdução do trabalho multiprofissional interdisciplinar na APS, além dos impactos favoráveis no acesso, apresenta resultados positivos na efetividade, na eficiência e nos custos dos cuidados primários.

Há que se reconhecer que na prática social apresentam-se dificuldades ao trabalho multiprofissional interdisciplinar: a desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS; o caráter restrito da ação multiprofissional sem trabalho interdisciplinar; a ausência de comunicação entre os integrantes das equipes de saúde; a alta rotatividade dos profissionais de saúde; a pouca incorporação de alguns profissionais na equipe; e a dificuldade para a realização de reuniões participativas da equipe de saúde (DIAS; NOGUEIRA, 2012).

Pesquisa realizada com equipes de APS sugere que as equipes com cultura clínica colaborativa produzem melhores resultados clínicos, incluindo melhor controle do diabetes e da hiperlipidemia e causam maior satisfação das pessoas usuárias (ROBLIN et al., 2004). Há, também, evidências em relação ao impacto positivo do trabalho da equipe multiprofissional interdisciplinar em várias dimensões da prática da APS: nas experiências das pessoas usuárias (BARRET et al., 2007); no desenvolvimento profissional dos membros das equipes de saúde (BARRET et al., 2007); na qualidade da atenção e nos resultados sanitários (MODELL et al., 1998; STEVENSON et al., 2001); na utilização dos recursos de saúde (BARRET et al., 2007); e na satisfação dos prestadores de serviços (ROBLIN, 2004). Dubois e Singh (2009) concluíram que

um *mix* ótimo de uma equipe multiprofissional interdisciplinar está associado com melhores resultados sanitários e maior segurança para as pessoas usuárias, mas que isso ocorre quando a multiprofissionalidade vem com altos níveis de qualidade e de senioridade dos profissionais.

Trazidas para o SUS, todas essas constatações tornam impositiva a ampliação das equipes de saúde da família com novos profissionais de nível superior, mas não como apoiadores, a proposta vigente dos NASF. O que se pretende é introduzir na ESF novos profissionais que sejam membros efetivos das equipes, e não somente apoiadores; até porque a teoria das organizações sugere que o matriciamento só é efetivo quando se faz de especialistas para generalistas (MINTZBERG, 2003).

Felizmente, o modelo brasileiro da ESF tem, na sua origem, o trabalho multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, equipes de saúde bucal e ACS. Cabe, agora, introduzir novos profissionais de nível superior para ampliar a equipe da ESF, operando todos em uma relação interdisciplinar.

Há que se ter claro que uma equipe de saúde da família, fortemente centrada na atenção do médico e do enfermeiro, como se dá hoje no SUS, não é capaz de gerar resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades, às demandas de pessoas hiperutilizadoras, às condições gerais e inespecíficas, ao autocuidado apoiado e aos cuidados preventivos por todas as evidências produzidas pelos modelos de atenção a essas condições de saúde. É tempo de considerar a introdução, nessas equipes da ESF, como membros orgânicos, e não somente como apoiadores de outros profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos. À semelhança do que se propôs e se avaliou positivamente nos Estados Unidos (BODENHEIMER et al., 2014), a hipótese é de que esses novos profissionais poderão ser utilizados na proporção de um profissional para cada três ou quatro equipes de APS. A introdução desses novos profissionais implicará um aumento dos custos na APS, mas será favorável do ponto de vista do custo-efetividade. Em quaisquer circunstâncias, será menos custosa do que tentar implantar uma inviável estratégia concierge reduzindo o número de pessoas adstritas às equipes de saúde da família, tal como se tentou fazer por uma portaria ministerial que, felizmente, não pegou.

Sem esses profissionais compoendo uma equipe multiprofissional interdisciplinar, será muito difícil pensar em controlar as condições crônicas, ofertar serviços preventivos efetivos e apoiar o autocuidado. Como manejar adequadamente na APS o diabetes sem nutricionista, transtornos mentais sem psicólogo, a adesão e a conciliação dos medicamentos sem farmacêutico clínico, os programas de atividade física sem profissional de educação física, as doenças do sistema musculoesquelético sem fisioterapeuta e as atividades de gestão de casos sem assistente social?

A resposta torna impositiva a adoção do enfoque da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares na APS do SUS.

13.3 O ENFOQUE DE ALTERNATIVAS TECNOLÓGICAS AO ATENDIMENTO PRESENCIAL

As equipes de APS devem buscar a diminuição ou a eliminação dos atrasos nos atendimentos às pessoas usuárias que solicitam agendamento por telefone, por internet, presencialmente na unidade ou nos retornos programados. Boa parte dessas demandas pode ser atendida por alternativas tecnológicas complementares aos atendimentos presenciais nas unidades de APS.

Contudo, a atenção à saúde é caracterizada por uma centralidade na atenção presencial, face a face, com participação relativa muito frágil da atenção a distância. Isso convoca o aumento relativo dos atendimentos a distância que não substituem, mas complementam os atendimentos presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostraram que os atendimentos a distância podem apresentar, em certas situações, resultados tão bons quanto os dos atendimentos presenciais. Estudos feitos no Reino Unido, comparando o monitoramento de 278 portadores de asma, por telefone, com o monitoramento presencial, face a face, mostrou que o monitoramento a distância permitiu atingir maior número de pessoas, com os mesmos resultados sanitários e com a mesma satisfação das pessoas usuárias (PINOCK et al., 2003). Resultado semelhante foi obtido na Coreia no controle glicêmico de portadores de diabetes (KIM; OH, 2003). Nos Estados Unidos, demonstrou-se que os contatos telefônicos de médicos e enfermeiros foram tão efetivos quanto os atendimentos presenciais na promoção do autocuidado em portadores de diabetes e mais efetivos no controle glicêmico e nos cuidados com os pés (PIETTE et al., 2001). A KP tem utilizado crescentemente os atendimentos a distância, incentivando as consultas médicas por correio eletrônico. Os médicos têm 48 horas para contactar seus clientes e são pagos por essas consultas eletrônicas (PORTER e KELLOGG, 2009). Os atendimentos a distância feitos pela KP em 2015 foram de 59 milhões em um total de 110 milhões, o que representou 52% de todos os atendimentos, o que significou uma quebra de paradigma na atenção à saúde (MHEALTHINTELLIGENCE, 2016). Os atendimentos a distância, nessa organização, são parte de uma política de cuidado eletrônico (e-cuidado) que envolve, ademais, acesso *on-line* aos prontuários eletrônicos, acesso *on-line* aos resultados de exames, prescrições *on-line* de medicamentos de uso contínuo, seleção *on-line* dos médicos pelas pessoas usuárias, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso *on-line* de material educativo (PORTER, 2007). Em Israel, 60% do total de consultas pediátricas são realizadas por telefones celulares (BRITNELL, 2015).

Na Inglaterra, está-se estimulando a utilização de tecnologia de informação na APS para atendimentos a distância, e a razão está nas dificuldades crescentes para conseguir marcar consultas com os médicos generalistas. Por essa razão, as pessoas

estão usando atendimentos por telefone e por internet e, recentemente, consultas por videoconferências (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). Pesquisa de opinião feita na Inglaterra com pessoas usuárias da APS mostrou que os métodos alternativos às consultas presenciais face a face têm a seguinte ordem de prioridade: 58% para atendimentos por telefone, 16% para atendimentos por correio eletrônico e 12% para atendimentos por videoconferências; contudo, não se encontraram evidências de preferências das tecnologias alternativas em relação aos atendimentos face a face presenciais (HEALTHWATCH SUTTON, 2014). Há indicações de que o uso de atendimentos a distância poderia ser mais aceitável para jovens e mães de crianças pequenas e menos desejado por pessoas idosas (THE HEALTH COMMITTEE, 2016). Isso talvez sugira que se está dando na APS uma transição de pessoas usuárias analógicas para pessoas usuárias digitais, o que poderia apontar para o uso crescente de tecnologias de cuidado eletrônico no futuro.

De qualquer forma, devem-se promover melhores práticas de uso de cuidados eletrônicos na APS porque isso poderia melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

À semelhança do que vem acontecendo em outros países, dever-se-á buscar, na APS do SUS, uma composição adequada entre os atendimentos profissionais presenciais e a distância, com aumento relativo dos atendimentos por telefone e por internet. O atendimento por telefone deve ser estimulado nos cuidados primários porque significa relações de comunicação direta (CHAUDHRY et al., 2010). Pesquisas demonstraram que as pessoas usuárias desejavam ter acesso ao seu médico de APS por via telefônica, e não conseguir isso gerava frustração (McKINSTRY et al., 2009). Na Grã-Bretanha 7% dos contatos entre médicos generalistas e pessoas usuárias se dão por telefone. Esses médicos utilizam o telefone para problemas menos complexos e, em geral, reservam um horário para esses contatos (HALLAM, 1989).

Ainda que não seja uma prática extensiva, os atendimentos por telefone apresentaram aspectos positivos, na APS no SUS: ajudaram a diminuir custos e tempo, ajudaram a reduzir faltas às consultas, aumentaram a cobertura vacinal, melhoraram a promoção da saúde, proporcionaram *feedback* após alta e foram importantes em momentos de mortes (GROSSMAN; TAVARES, 2012).

Uma abordagem adequada para os atendimentos por telefone envolve: atender imediatamente; identificar-se; falar diretamente com a pessoa que tem o problema; registrar data e hora da ligação; colher uma história detalhada e estruturada como se fosse um atendimento presencial; registrar as orientações dadas; alertar sobre revisão e quando contactar um profissional em caso de necessidade; resumir os principais pontos abordados; pedir à pessoa que repita as orientações dadas; perguntar se a pessoa tem outras perguntas ou dúvidas; e deixar a pessoa desligar antes (GROSSMAN; TAVARES, 2012).

Os atendimentos a distância por telefone são muito adequados para o monitoramento de planos de cuidado e de planos de autocuidado (MENDES, 2012). Tem sido crescente a utilização de aplicativos tipo *chat* no manejo das condições crônicas (LOPES, 2014).

No Brasil, a utilização de atendimentos a distância por telefone na APS é, ainda, pouco empregada. Não é uma prática corrente dar às pessoas usuárias o telefone celular do profissional. Contudo, experiência relatada no nosso país mostrou que os temores dos profissionais de saúde de um uso inadequado ou excessivo por parte das pessoas usuárias e de seus familiares não têm fundamento (GROSSMAN; TAVARES, 2012).

O fato de que, hoje, quase toda a população brasileira dispõe de telefone celular deve estimular a incorporação dessa ferramenta na clínica da APS. É um instrumento potente, juntamente com os atendimentos por internet, para racionalizar o acesso aos cuidados primários.

Há evidências de que o atendimento a distância produz bons resultados: no controle das condições crônicas melhorando a qualidade da atenção (PIETTE et al., 1999; LaFRAMBOISE et al., 2001; LUSIGNAN et al., 2001;); melhorando a qualidade de vida das pessoas usuárias (KRUGER et al., 2003); determinando ganhos no uso dos recursos (WASSON et al., 1992; BLERMAN, 2000; BENATAR et al., 2003); e impactando positivamente os resultados sanitários (SHEA et al., 2006; TILDESLEY et al., 2011; ANGELES et al., 2011). Em situações em que a memória visual é fundamental, como nos exames de imagem, o computador pode armazenar milhões delas, mais do que qualquer radiologista, por mais experiente que seja; em função disso, há hoje computadores que diagnosticam alguns cânceres de pele tão bem quanto os melhores dermatologistas (HOLTHAUSEN; GOLDBERG, 2017). Pesquisa feita pela Faculdade de Medicina da Universidade de Missouri constatou que 86% dos médicos e 83% das pessoas usuárias estiveram satisfeitos com a qualidade dos atendimentos a distância (MHEALTHINTELLIGENCE, 2017).

Os avanços tecnológicos no século XXI, fruto da confluência da revolução da computação com a revolução da biologia, estão invadindo, sorratamente, o campo da medicina; e deve-se preparar para isso porque não é algo que virá em um futuro distante. Como afirma Harari (2018): *“As decisões médicas mais importantes de nossa vida se baseiam não na sensação de estarmos doentes ou saudáveis, nem mesmo nos prognósticos informados de nosso médico, mas nos cálculos de computadores que entendem nosso corpo muito melhor do que nós. Dentro de poucas décadas, os algoritmos de Big Data, alimentados por um fluxo constante de dados biométricos, poderão monitorar nossa saúde 24 horas por dia, sete dias por semana...graças a*

sensores biométricos e algoritmos de Big Data, as doenças poderão ser diagnosticadas e tratadas muito antes de causarem dor ou debilidade”.

13.4 O ENFOQUE DO ACESSO AVANÇADO

O acesso avançado é o modelo de acesso à APS mais conhecido. Esse enfoque tem sido denominado, também, de acesso aberto ou de agendamento no mesmo dia (MURRAY; TANTAU, 2000).

Uma discussão mais profunda desse enfoque deve começar pelo que ele não é. Em algumas situações, o acesso avançado tem sido proposto, inclusive no SUS, como um novo modelo de organização da APS. Esse enfoque não tem essa abrangência, até porque não foi proposto com essa finalidade.

Um modelo de organização da APS deve-se estruturar sobre o conjunto dos sete atributos da APS propostos por Starfield (2002). Não é o caso porque o acesso avançado só impacta o atributo essencial do primeiro contacto. Ainda que se mencione sua importância para a longitudinalidade do cuidado, não há evidências robustas que deem suporte a esta afirmativa.

Murray e Tantau (2000), os propositores do acesso avançado, relataram os momentos que deram origem a esta metodologia. Nos anos 1990, eles gerenciavam o Departamento de Atenção Primária da Northern Kaiser Permanente, na Califórnia, Estados Unidos, uma organização que atendia a 250 mil pessoas adultas por meio de 100 médicos e 400 outros servidores. Nenhum desses trabalhadores estava feliz em função do descontentamento causado pelas grandes filas e pelos longos tempos de espera. Por outro lado, a necessidade de mudar o sistema era contida por certa segurança dada pelo *status quo*. O tempo de espera médio era de 55 dias; e, quando a pessoa marcava sua consulta, a probabilidade de ser atendida pelo seu médico pessoal era de menos de 47%. Esse sistema era, também, muito caro. Os recursos humanos que deveriam se centrar na atenção à saúde perdiam-se no atendimento de telefones, nos trabalhos de triagem e no manejo dos *backlogs*. Longas listas de espera geravam altas taxas de absenteísmos. Ademais, constatava-se que quanto maiores os tempos de espera, maiores as ameaças à qualidade da atenção. Esse quadro geral apontava que o problema não seria resolvido fazendo-se mais do mesmo, contratando-se mais médicos e mais outros servidores porque uma análise mais profunda mostrava que mais profissionais não eram necessários. Era preciso fazer diferente, mudando-se totalmente o sistema de acesso.

Essa situação do acesso à APS, constatada nesse departamento da KP, era encontrada em outras organizações dos Estados Unidos (CUNNINGHAM et al., 1995;

NOLAN et al., 1996; STRUNK; CUNNINGHAM, 2002; GREENBLATT, 2002; KAISER FAMILY FOUNDATION, 2002; BENNETT; BAXLEY, 2009).

A proposta original da KP foi aplicada nos Estados Unidos em mais de 3 mil unidades de APS por meio dos projetos colaborativos do Institute for Healthcare Improvement (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2006). Dos Estados Unidos, expandiu-se para o Canadá e países europeus, tendo chegado mais tarde ao Brasil.

O acesso avançado, em sua experiência inicial, concentrou-se no acesso ao médico conforme o modelo clássico da medicina geral e de família. Essa experiência foi realizada para um painel médio de 2.500 pessoas. Ademais, centrou-se em dois aspectos essenciais: garantir a longitudinalidade do cuidado com o mesmo médico e a capacidade de atendimento pelo médico no mesmo dia em que a consulta era solicitada (MURRAY; TANTAU, 2000). Esse enfoque de acesso permitiu reduzir o tempo de espera de 55 dias para a atenção no mesmo dia.

O acesso avançado tem uma regra de ouro: “faça hoje o trabalho de hoje”. Ela permite que a pessoa usuária seja atendida pelo seu médico no mesmo dia em que solicita o atendimento de qualquer natureza: eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outras situações. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe e das pessoas usuárias (MURRAY; TANTAU, 2000).

Partindo da premissa de Paul Batalden utilizada em programas de qualidade de que cada sistema está perfeitamente desenhado para obter os resultados que produz, Murray e Tantau (2000) optaram por mudar o sistema que gerava um tempo de espera médio de quase dois meses. Esses autores identificaram três tipos de sistemas de acesso à APS: o sistema tradicional, o sistema de primeira geração do acesso avançado (*carve-out*) e o sistema de segunda geração do acesso avançado.

A lógica do sistema tradicional é “faça o trabalho dos últimos meses, hoje”. Esse sistema assenta-se no falso pressuposto da imprevisibilidade da demanda. Nele, toda manhã, a agenda está saturada por pessoas que foram marcadas previamente e pressionada, adicionalmente, pelos eventos agudos que surgem de forma não programada.

Operacionalmente, o sistema tradicional divide as demandas em dois grupos: as demandas por condições urgentes que devem ser atendidas no mesmo dia e as demandas não urgentes que podem ser atendidas em outros dias. Para controlar a demanda, criam-se restrições no acesso e complexos tipos de agendamento como os horários dos programas (horário para gestantes, para pessoas com diabetes e hipertensão arterial, para crianças etc.). A forma de superar o desajuste entre demanda e oferta é por meio da redução da oferta. No curto prazo, estimula o gasto inútil do tempo dos profissionais em tarefas não clínicas; e no longo prazo, gera

um grande desperdício de tempo da equipe para gerenciar os tempos de espera e as filas (MURRAY; BERWICK, 2003).

Esse sistema apresenta muitos problemas. Ele gera excesso de atendimentos de eventos agudos que são caros, inefetivos e que transgridem o atributo essencial da longitudinalidade; a pressão dos eventos agudos leva à definição de equipes exclusivas para atendê-los em cada turno ou dia; reforça o comportamento clínico da “tirania do urgente”; e leva a altas taxas de absenteísmo. Além disso, o sistema tradicional estimula o uso de tempo dos profissionais em tarefas não clínicas, reduzindo a oferta, e estimula a demanda por vários mecanismos: lida somente com um problema, perdendo oportunidade de solucionar outros problemas que significarão novas demandas; a referência comum a uma unidade de urgência (unidades de pronto atendimento) não substitui o atendimento pelo médico de APS e, consequentemente, uma consulta se transforma, no mínimo, em duas consultas; e 49% das pessoas vistas por um médico que não aquele a que essas pessoas estão vinculadas têm uma consulta imediata com o médico ao qual estão vinculadas (LIPPMAN, 2000; MURRAY; BERWICK, 2003; BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

O sistema de primeira geração do acesso avançado (sistema *carve-out* ou sistema com vagas) foi desenvolvido como alternativa ao sistema tradicional a partir dos estudos que demonstraram que a demanda na APS é previsível. Por exemplo, verificou-se que a demanda por cuidados de eventos agudos, para um painel de 10 mil pessoas usuárias, era de 55 casos na segunda-feira, 50 casos na terça-feira e 45 casos de quarta a sexta-feira. Com base nessa informação, muitas clínicas de APS moveram-se do sistema tradicional para o sistema de primeira geração do acesso avançado. Assim, em cada segunda-feira, a clínica agendava 14 atendimentos a eventos agudos para cada um de seus quatro médicos. Muitos dos outros atendimentos, como condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outros, eram pospostos para atendimentos futuros. Nesse sistema, em algumas situações, estabelecem-se médicos somente para atendimentos aos eventos agudos. A lógica do sistema de primeira geração do acesso avançado é: “faça alguns trabalhos de hoje, hoje”.

Em alguns desses sistemas, define-se um médico cada dia para atender isoladamente às demandas de condições urgentes; e essa medida constrange o princípio da longitudinalidade do cuidado e, como no sistema tradicional, estimula a demanda para o médico de referência e gera ineficiência porque esse médico vai considerar apenas o problema relativo à queixa principal (LIPMANN, 2000; MURRAY, BERWICK, 2003).

O sistema de primeira geração do acesso avançado representa uma melhoria em relação ao sistema tradicional, mas apresenta vários problemas. Pessoas com demandas não urgentes são agendadas para o futuro, e o trabalho se acumula; esse sistema cria uma situação em que pessoas não podem ser atendidas no mesmo dia, mas não podem esperar o fim da fila, levando ao aumento dos tempos de espera;

esse sistema cria uma tensão entre os atendimentos de urgência e de não urgência que implica imprevisibilidade; o pessoal de apoio administrativo tem uma tendência a sugerir que as pessoas telefonem ou apareçam no dia que querem ser atendidas, o que impacta a previsibilidade da demanda e cria problemas de agendamento no futuro; esse sistema reforça o comportamento clínico da “tirania do urgente”; as pessoas definidas como portadoras de condições não urgentes, por serem incluídas em atendimentos futuros com tempos de espera longos, são induzidas a procurar as unidades de pronto atendimento ou os centros de AAE que não são, em geral, adequados para uma resposta racional às suas demandas e que leva a iatrogenia e a maiores custos (MURRAY; TANTAU, 2000; LIPPMAN, 2000; MURRAY; BERWICK, 2003; BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007; MENDES, 2012).

O sistema de segunda geração do acesso avançado parte de uma mudança de paradigma vigente no acesso aos serviços de saúde que considera que uma pessoa que está realmente doente deverá ser atendida no mesmo dia, mas se não está realmente doente, pode esperar. Esse novo paradigma, construído pela segunda geração do acesso avançado, deixa de lado essa distinção entre quem busca a atenção aos eventos agudos e outras demandas ao propor que todas elas devam ser atendidas no mesmo dia, além dos atendimentos previamente programados (o bom *backlog*). Isso significa que boa parte da agenda é aberta todos os dias.

A segunda geração do acesso avançado utiliza uma estratégia oposta dos dois outros modelos anteriores; enquanto esses equilibram a oferta jogando para o futuro boa parte da demanda de hoje, essa segunda geração equilibra a oferta atendendo toda demanda de hoje, hoje (MURRAY; BERWICK, 2003). Quando se estabelece o equilíbrio entre oferta e demanda, torna-se possível fazer hoje o trabalho de hoje.

De acordo com Murray et al. (2003), o acesso avançado guarda uma relação simbiótica com o modelo de atenção crônica (*chronic care model*) viabilizando uma atenção adequada, nos seus seis elementos, às condições crônicas (BODENHEIMER et al., 2002). Ao mesmo tempo, permite que as pessoas com eventos agudos sejam atendidas no mesmo dia, reduzindo os custos de oportunidade incorridos nos tempos despendidos na busca de cuidados primários.

O acesso avançado utiliza algumas das estratégias sistêmicas, como o sistema lean, a teoria das filas e o *just-in-time*. A racionalidade da proposta está em fazer menos algumas coisas para poder fazer mais outras (MURRAY; TANTAU, 2000).

A teoria das filas ensina que longos tempos de espera podem existir mesmo em situações em que há uma oferta adequada, e isso pode ser explicado pela acumulação de demanda que gera o mau *backlog* (HILL, 1991).

Os objetivos do sistema de segunda geração do acesso avançado são: fazer o gerenciamento dos processos relativos aos fluxos das pessoas usuárias para balancear as relações entre demanda e oferta; reduzir o intervalo de tempo entre a expressão

da demanda e seu efetivo atendimento; reduzir ou estabilizar a demanda; aumentar a capacidade de oferta; e possibilitar que as pessoas sejam atendidas pelos médicos aos quais estão vinculadas no mesmo dia, independentemente da natureza da demanda (MURRAY; BERWICK, 2003; WITT, 2006).

A segunda geração do acesso avançado apresenta algumas características: o tempo máximo de espera é o dia de hoje; a probabilidade de a pessoa consultar seu próprio médico aumenta criando um clima de confiança que fortalece a relação entre eles; e o percentual de atendimentos abertos em um dia sobe para valores próximos a 65%, contra 50% na primeira geração do acesso avançado e 0% no sistema tradicional (MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001). Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, e o *staff* administrativo, em geral, recebem com desconfiança a proposta do acesso avançado, por acreditarem que o atendimento no mesmo dia os fará trabalhar além do tempo contratado. Isso não é verdade porque a implantação do acesso avançado não implica aumento da demanda. Como exemplo, na KP, as consultas médicas caíram 10% após a introdução desse sistema (MURRAY et al., 2003).

Os resultados da implantação do acesso avançado chegam primeiro aos gerentes, que observam menor pressão de demanda, e, somente depois, aos profissionais de saúde, que sentem um ambiente de trabalho menos estressante (MURRAY et al., 2003).

Algumas táticas são importantes na implementação desse sistema: como a demanda varia segundo dias e horas dos dias, é importante que este critério seja considerado na definição das agendas; é fundamental eliminar o mau *backlog* existente o que, em geral, exige fazer mais trabalho por dia durante algum tempo e usar tecnologias de atendimento a distância; faça sempre a pergunta “os profissionais aos quais a pessoa está vinculada estão presentes hoje?”; estimule a longitudinalidade do cuidado fazendo com que as pessoas sejam atendidas pelos profissionais a que estão vinculadas porque há evidências de que isso diminui a demanda; incentive os profissionais a ver mais de um problema a cada atendimento; racionalize os atendimentos de retorno e o faça por estratos de risco e com base em evidências científicas; e atue sobre a demanda por meio de ações de educação de saúde (SCHWARTZ et al., 1999; NOFFSINGER; SCOTT, 2000; MURRAY; BERWICK, 2003; MENDES, 2012).

As condições ótimas de implantação da segunda geração do acesso avançado foram: um painel de 2.500 pessoas por médico, cada médico trabalhando 40 horas semanais e sistema amadurecido com profissionais capacitados para lidar com a metodologia (MURRAY; TANTAU, 2000).

Os médicos devem se concentrar em tarefas que sejam compatíveis com seus conhecimentos e habilidades. Outras tarefas devem ser exercitadas por profissionais não médicos que fazem parte da equipe da APS (WITT, 2006).

O processo de organização do acesso avançado envolve uma série de mudanças (MURRAY e TANTAU, 2000). É preciso aumentar a capacidade de oferta atendendo todas as pessoas que buscam atenção no mesmo dia, o que cria uma capacidade de oferta máxima para o dia de amanhã. É preciso eliminar o backlog por atendimentos, o que pode levar a equipe a atender mais pessoas a cada dia; e, para isso, é bom fixar uma data para o término desse trabalho. Os profissionais clínicos devem tentar otimizar seu tempo, o que pode ser feito respondendo à pergunta “posso fazer mais no atendimento de hoje”? Nesse sentido, é importante resolver mais de um problema por atendimento. Outro aspecto fundamental é racionalizar os atendimentos programados de retorno e, para isso, há que se superar intervalos baseados em variáveis culturais por intervalos estruturados por estratificação de risco com base em evidências científicas, o que constitui uma função essencial da programação da agenda. Ou seja, não há necessidade de uma pessoa com hipertensão arterial de baixo ou médio risco ver o médico a cada 2 meses. O tempo médio de atendimento de cada pessoa deve ser de 10 a 30 minutos. É importante desenvolver planos de contingência. Uma vez que a demanda não é totalmente previsível e que pode ocorrer um excesso de demanda em determinados dias ou períodos, é importante desenvolver planos de contingência para essas situações não rotineiras. A primeira contingência deve ser definida em função do conceito de hoje. Pode ser de 7 horas até 17 ou 19 ou 22 horas. Nos Estados Unidos, há um fluxo de pessoas usuárias que é forte na manhã, cai a partir de 14 horas e é baixo depois de 16 horas (apenas 4% da demanda total diária). Deve haver planos de contingência para férias ou licenças de profissionais e para incrementos sazonais de demanda como epidemia de dengue no verão e incremento das infecções de vias aéreas superiores no inverno. É preciso reduzir a demanda desnecessária, o que deve ser feito com parametrizações segundo estratos de risco e com base em evidências científicas.

Algumas dicas são importantes para a organização do acesso avançado (MURRAY; TANTAU, 2000; O’HARE; CORLETT, 2004; WITT, 2006): elimine o mau backlog; demonstre de forma convincente e não apenas informe às pessoas como o sistema opera na prática; comece oferecendo a cada pessoa o agendamento no mesmo dia em que ela solicita; se a pessoa não quer ser atendida no mesmo dia deixe, que ela escolha a data de sua preferência, nunca dizendo que ela volte para marcar uma nova data; procure adequar a capacidade de oferta ante o tamanho do painel de pessoas usuárias; monitore os resultados e os comunique às equipes; e celebre os resultados.

Entrevistas realizadas com profissionais que estiveram envolvidos na implantação do acesso avançado mostraram que há duas condições fundamentais para o sucesso desta empreitada: uma consciência dos profissionais de que é necessário mudar o modo de funcionamento da unidade de saúde; e liderança no processo de mudança e suporte administrativo para que ela ocorra (MURRAY et al., 2003).

Os principais desafios a serem considerados na implantação do acesso avançado são (WITT, 2006): a resistência à mudança; a dificuldade da equipe em reconhecer os benefícios do acesso avançado; as dificuldades de pôr fim ao mau *backlog*; a

carência de liderança no processo; o desalinhamento dos incentivos econômicos; e a incompreensão sobre o que é o acesso avançado.

Dentre os fatores que levam ao fracasso na implantação do acesso avançado, destacam-se: as dificuldades de eliminar o mau backlog; a ocorrência de choques abruptos na relação oferta/demanda; a dificuldade em racionalizar a demanda; os diferentes tipos de demandas por populações vulneráveis; a resistência à mudança; o desalinhamento dos incentivos financeiros; e a falta de liderança de profissionais de saúde (MURRAY et al., 2003).

A melhor estratégia para implantar o acesso avançado é começar com um piloto (unidade-laboratório), nos moldes do modelo de melhoria. A unidade-laboratório deve ter uma equipe que já participou de outros empreendimentos inovadores com sensibilidade para a mudança ou que está buscando fazer diferente.

Quando se implanta o acesso avançado, o tempo de máximo de espera é o dia de hoje ou 48 horas; a probabilidade da pessoa consultar seu próprio médico aumenta criando um clima de confiança que fortalece a relação entre eles; e o percentual de atendimentos abertos em um dia sobe para valores superiores a 50% (MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001).

A avaliação do acesso avançado tem aspectos controversos. De um lado, os seus defensores sugerem que ele reduz os tempos de espera, melhora a longitudinalidade do cuidado e reduz o absenteísmo; de outro, seus críticos defendem que ele é difícil de implantar, que pode fragilizar a longitudinalidade do cuidado e que dificulta o atendimento programado das pessoas com condições crônicas. Há até quem afirme que o acesso avançado é um passo para trás na APS (LAMB, 2002).

A proposta de acesso avançado tem sido sustentada, maiormente, no exterior, mas também no Brasil, por evidências anedóticas que são trabalhos que têm alguma relevância, mas com evidências baseadas na ocorrência de um único evento o que, como se sabe, são frágeis como prova de uma teoria (MURRAY et al., 2003). Isso levou Salisbury (2004) a afirmar que faltam avaliações mais rigorosas em relação ao acesso avançado.

Em seu trabalho seminal sobre o acesso avançado, Murray e Tantau (2000) relataram resultados positivos. Em uma clínica da KP, em Roseville, observou-se: redução do tempo de espera para agendamentos de rotina de 55 dias para 1 dia em menos de um ano; aumento da possibilidade de consulta com o médico de referência de 47% para 80%; e diminuição em 10% do número de consultas médicas por pessoa usuária. Em uma clínica do HealthPartners Medical Group and Clinics, em Bloomington, verificou-se: redução do tempo de espera para agendamentos de rotina de 26 dias para 1 dia em seis meses; pessoas que reportaram ter acesso à atenção à saúde em um tempo razoável variaram de 32% para 58%; e aumento do percentual de pessoas usuárias que tiveram acesso ao seu médico de família variou de 47% para

62%. No Alasca Native Medical Center, constataram uma diminuição do tempo de espera para agendamentos de rotina em medicina familiar e pediatria de mais de 30 dias para 1 dia e um aumento do percentual de pessoas usuárias atendidas por seus próprios médicos de família de 28% para 75%.

Murray et al. (2003) entrevistaram médicos e administradores de 23 clínicas de APS que haviam implantado o acesso avançado; dessas clínicas, quatro tiveram sucesso no processo de implantação, e três obtiveram um sucesso relativo. Algumas dessas clínicas redesenharam os processos clínicos e administrativos para tornar possível o acesso avançado. Outras desenvolveram estratégias como elaboração de planos de contingência, delegação de tarefas para assistentes médicos e enfermeiros, identificação de pessoas hiperutilizadoras e seu manejo especial, introdução de atendimento compartilhado a grupo e lembretes por correio eletrônico ou telefone de consulta programada. Os autores indicam que os resultados apresentados devem ser fortalecidos com pesquisas mais robustas sobre questões importantes.

Belardi et al. (2004) compararam duas equipes de APS, uma que operava o acesso avançado e outra que utilizava o sistema tradicional de organização do acesso. Após a implantação do acesso avançado, o tempo para o terceiro próximo atendimento disponível foi de 5 dias na clínica do acesso avançado e de 21 dias na clínica com o sistema tradicional. Uma melhoria significativa na longitudinalidade do cuidado na clínica de acesso avançado foi alcançada. Os resultados relativos ao absenteísmo não foram significativos. Houve uma melhoria da satisfação das equipes com o novo sistema.

O'Hare e Corlett (2004) relataram um projeto-piloto de acesso avançado realizado no Alina Medical Center, em Minnesota, e se surpreenderam com o fato de que os efeitos foram além de simplesmente reduzir o *backlog* na APS e de melhorar a satisfação da população usuária dos serviços. Esse projeto mostrou que a implantação do acesso avançado requer mudanças nos processos de trabalho que envolvem sua simplificação, a predição da demanda futura e o desenvolvimento de planos de contingência. Alguns resultados foram expressivos: o percentual de pessoas usuárias que foram atendidas pelos seus médicos variou de 41% para 81%; houve um aumento de cuidados preventivos de 13% para 18%; o número médio de consultas médicas por ano caiu de 2,82 para 2,64; houve uma redução da demanda por serviços de urgência; e observou-se um aumento da satisfação das pessoas usuárias.

Pickin et al. (2004) analisaram um estudo sobre a implantação do acesso avançado em 462 equipes de APS, organizadas em 20 clínicas, na Inglaterra (The National Primary Care Collaborative), e verificaram que o tempo para o terceiro próximo atendimento disponível caiu de 3,6 dias para 1,9 dia, tendo melhorado em 66% das clínicas, permanecido estável em 16% delas e piorado em 18% delas. 83% dos médicos aprovaram o sistema, 20% deles julgaram que a falta de recursos dificultou a sua implantação e alguns médicos observaram um *trade off* entre o acesso avançado e a longitudinalidade do cuidado.

Solberg et al. (2004) examinaram milhares de pessoas com diabetes, doenças cardiovasculares e depressão em clínicas que implantaram o acesso avançado e verificaram que houve um incremento de 5% a 9% nas consultas médicas, mas não se constatou uma diminuição nos custos da atenção.

Ahluwalia e Offredy (2005) notaram que a implantação do acesso avançado reduziu o nível de estresse dos recepcionistas das unidades de APS e que reduziu as longas filas para o atendimento com os médicos. A redução do estresse aconteceu, também, nos gerentes das unidades, especialmente por manejar melhor os eventos agudos. Em relação aos médicos, observaram: houve uma redução do tempo para o atendimento e isso contribuiu para a melhoria da qualidade da consulta; os médicos sentiram um aumento da carga de trabalho; houve um incremento relativo de condições mais simples ou autolimitadas o que gerou frustração nos médicos; e os médicos reportaram que o acesso avançado afetou negativamente a longitudinalidade do cuidado porque se abriu a possibilidade de atendimento por outros médicos que não aqueles a que as pessoas estavam vinculadas.

Knight et al. (2005) avaliaram a implantação do acesso avançado em duas clínicas de APS na Austrália e puderam observar uma redução do absenteísmo, a melhoria da atenção preventiva, o aumento da longitudinalidade do cuidado, o melhor controle da glicemia nas pessoas com diabetes, a diminuição dos trabalhos não clínicos e o aumento da satisfação das pessoas usuárias.

Goodall et al. (2006) fizeram entrevistas em 391 clínicas de APS, parte delas com acesso avançado e outra parte sem acesso avançado. O estudo verificou que menos da metade das clínicas que introduziram o acesso avançado seguiram os princípios e as estratégias que são fundamentais para a implantação do acesso avançado. As equipes entrevistadas apresentavam incertezas sobre o que é acesso avançado e confundiam acesso avançado com atendimento em 48 horas. As equipes manifestaram que o esforço de atender as pessoas no mesmo dia podia aumentar a demanda e a carga de trabalho e reduzir a longitudinalidade do cuidado. Não houve evidência de que as clínicas que operavam com o acesso avançado ofereceram mais atendimentos ou aumentaram a possibilidade de atendimento pelo mesmo médico.

Witt (2006) cita os benefícios da introdução do acesso avançado na APS: aumenta a satisfação das pessoas usuárias; diminui os custos pela redução da demanda aos serviços de urgência; e eleva o moral dos profissionais de saúde. O balanceamento da demanda é fundamental e envolve aumentar os meios de acesso aos profissionais (correio eletrônico, telefone, WhatsApp, chats e outros), envolver as pessoas usuárias em seu próprio cuidado com tecnologias de autocuidado ou de educação em saúde e aumentar o número de problemas atendidos em uma única consulta. Para garantir a sustentabilidade do novo sistema, é necessário instituir um sistema de monitoramento que englobe o controle dos terceiros próximos atendimentos disponíveis, da longitudinalidade do cuidado medida pela atenção pelo profissional de vinculação, da satisfação das pessoas usuárias e do tamanho do painel. Fez-se o

monitoramento dos resultados da implantação do acesso avançado no Talbert Medical Group, na Califórnia, e constatou-se que os profissionais passaram a atender mais pessoas sem trabalhar mais tempo, houve um aumento da satisfação das pessoas usuárias, uma redução de internações hospitalares, e os problemas vistos em uma consulta aumentaram.

Salisbury et al. (2007a) fizeram uma pesquisa entrevistando 10.821 pessoas usuárias de 47 clínicas de APS na Inglaterra sobre o acesso avançado, comparando-as com clínicas em que essa tecnologia não foi implantada. Os resultados foram: as pessoas obtiveram o seu agendamento mais cedo, mas tiveram dificuldades de agendar atendimentos programados; as pessoas tinham mais facilidade de obter atendimentos no sistema de acesso avançado, mas não estavam mais satisfeitas com o sistema de agendamento; a prioridade das pessoas não era obter o atendimento no mesmo dia, mas em uma data mais confortável para elas; e as pessoas em ambos os sistemas tinham dificuldades com o sistema de agendamento por telefone. A razão pela qual as pessoas usuárias preferiam o atendimento no dia mais confortável e não no mesmo dia era o fato de serem portadoras de condições crônicas de longa duração.

Salisbury et al. (2007b) analisaram o processo de melhoria do acesso aos serviços de APS estimulado pelo Serviço Nacional de Saúde por meio do National Primary Care Development Team na Inglaterra, fortemente ancorado na implantação do acesso avançado. O objetivo do trabalho foi avaliar o acesso avançado mensurando seu impacto nas atividades, na prática clínica, nos profissionais de saúde e nas pessoas usuárias. A pesquisa comparou 48 clínicas das quais uma metade operava com acesso avançado e outra metade com sistema tradicional (clínicas controle). Em oito dessas clínicas, foram realizados estudos de caso. As pessoas usuárias expressaram diferentes sentimentos de satisfação e frustração com os dois sistemas de agendamento. Nas clínicas de acesso avançado, as pessoas queixavam da inflexibilidade e da aparente falta de lógica deste sistema, mas apreciavam a rapidez da resposta. Nas clínicas controle, as pessoas expressavam frustração com a demora dos atendimentos. Os contatos telefônicos com as clínicas foram feitos rapidamente em 99% do grupo de acesso avançado e 95% no grupo controle. Em termos da meta do Serviço Nacional de Saúde de oferecer um atendimento médico em dois dias, o grupo do acesso avançado o fez em 73% das solicitações e o grupo controle em 65%. O tempo médio de marcação de atendimento com um médico específico foi de 2 dias, sem variação entre os dois grupos. As pessoas que demandavam procedimentos cirúrgicos apresentaram uma probabilidade maior de consegui-los no mesmo dia no grupo do acesso avançado que no grupo controle. Em relação à longitudinalidade do cuidado, os profissionais de saúde disseram que a preocupação com a velocidade do atendimento pode prejudicar este atributo da APS. Profissionais de saúde e pessoas usuárias manifestaram que pode haver *trade offs* entre o acesso avançado e a longitudinalidade do cuidado. O número total de atendimentos disponíveis cresceu tanto no grupo do acesso avançado quanto no grupo controle. Não houve diferença no absenteísmo entre o grupo do acesso

avanzado e o grupo controle. Não houve diferenças significativas no uso de outros serviços de saúde do NHS entre os dois grupos. A maioria dos atendimentos não foi de eventos agudos, e 70% apresentaram seus problemas por algumas semanas. As preferências das pessoas usuárias eram por serem atendidas nos dias de sua escolha, depois tão rápido quanto possível, se possível ver o médico, e não o enfermeiro, e ver o médico a que está vinculado, mas essas preferências variaram fortemente em diferentes grupos de pessoas como as pessoas idosas, as pessoas com doenças crônicas, homens e mulheres e empregados e desempregados. Não houve diferenças entre os dois grupos em relação à obtenção do atendimento nos dias de escolhas das pessoas e nos atendimentos programados. As pessoas do grupo do acesso avanzado despenderam menos tempo para obter um atendimento com qualquer médico ou com o médico a que estavam vinculadas. Não houve diferença entre os dois grupos em relação à satisfação com os recepcionistas, nos tempos de espera por cirurgias, no falar ao telefone com os médicos, à longitudinalidade do cuidado e à satisfação com o sistema de agendamento. Houve pouca diferença nos dois grupos na percepção do estresse pelos profissionais, ainda que médicos e recepcionistas tenham uma percepção mais favorável que os enfermeiros neste aspecto. Os médicos reportaram maior satisfação no trabalho no grupo do acesso avanzado e não houve diferença, neste aspecto, entre enfermeiros e recepcionistas e pessoal administrativo. A conclusão desta pesquisa é que as clínicas, operando com o acesso avanzado, foram capazes de oferecer atendimentos um pouco mais rápidos que nas clínicas controle, mas não houve diferenças na longitudinalidade do cuidado ou na carga de trabalho, e ambos os grupos não conseguiram atingir a meta do Serviço Nacional de Saúde de acesso em dois dias. Esses resultados não validaram posicionamentos de altos benefícios pela introdução do acesso avanzado veiculados pelos estudos de caso sobre o acesso avanzado. Os autores identificaram alguns fatores que levaram ao fracasso na implantação do acesso avanzado na Inglaterra: a confusão entre as metas de atendimento em 48 horas do Serviço Nacional de Saúde e o modelo do acesso avanzado; o pressuposto de que o modelo de acesso avanzado estrutura-se na previsibilidade da demanda, algo que é pouco crível pelos profissionais de saúde que operam em sistemas em que a demanda supera a oferta de serviços; e a influência de fatores contextuais locais, como as representações das populações locais e os valores praticados nas clínicas que determinam certos padrões de agendamento.

Mehrotra et al. (2008) estudaram a implantação do acesso avanzado em Boston, Massachusetts, em 6 clínicas de APS por 3 anos. Verificaram que 5 das 6 clínicas reduziram de 21 para 8 dias a espera pelo terceiro próximo atendimento disponível para consultas de 15 minutos e de 39 para 14 dias para consultas de 30 minutos. Contudo, em 5 clínicas, o atendimento no mesmo dia não foi possível. Além disso, não observaram o aumento da satisfação das pessoas usuárias, nem dos profissionais de saúde e a redução do absenteísmo.

Robinson e Chen (2009) compararam os modelos de acesso tradicional e de acesso avanzado e verificaram que o segundo supera significativamente o primeiro

em termos da redução dos tempos de espera e da utilização racional do tempo dos médicos.

Rose et al. (2011) fizeram uma revisão sistemática sobre o acesso avançado e verificaram que sua implantação teve impacto na diminuição dos tempos de espera, mas poucos estudos indicaram a possibilidade de acesso em dois dias. Em alguns estudos, observou-se diminuição no absenteísmo. Os efeitos na satisfação das pessoas usuárias foram variáveis, e não houve impacto significativo nos resultados clínicos.

Fournier et al. (2012) indicaram que o acesso avançado aumentou a satisfação das pessoas usuárias e reduziu os custos da atenção à saúde.

O acesso avançado tem sido introduzido no Brasil, especialmente no SUS.

Uma revisão de trabalhos publicados sobre o tema em nosso país mostra que, assim como na experiência internacional, predominam estudos do tipo evidências anedóticas que apresentam muitas limitações. Em geral, são estudos de caso avaliados por entrevistas com pessoas usuárias e profissionais de saúde.

Vidal (2013) estudou o acesso avançado em Florianópolis e verificou que as equipes da ESF que implantaram este sistema atenderam um número maior de consultas médicas anualmente em comparação com outras formas de agendamento médico, tais como o sistema tradicional ou o sistema carve-out ou sistema com vagas. Contudo, o autor adverte que o aumento de consultas não foi acompanhado por um aumento de pessoas consultadas e que o benefício desse incremento apresenta resultado quase nulo para as condições crônicas. O descompasso entre o aumento do número total de consultas sem o incremento do número de pessoas consultadas sugere que houve um aumento maior das consultas médicas das mesmas pessoas, o que poderia sugerir um caso de manifestação da Lei da Atenção Inversa de Hart (HART, 1971), analisada no Capítulo 1, em que se estaria beneficiando as pessoas que já tinham mais acesso às consultas, o que pode lesar o princípio da equidade no acesso.

Arrojo Junior e Fabi (2014) analisaram a capacidade de agendamento futuro da Unidade Básica de Saúde Morada do Sol, no município de São Paulo, em que se implantou o acesso avançado, com três outras Unidades Básicas de Saúde do mesmo município que operavam com o sistema de acesso tradicional. Os resultados demonstraram que a Unidade Básica de Saúde Morada do Sol apresentou maior capacidade de agendamento futuro que duas das Unidades Básicas de Saúde controle. Além disso, observou-se uma relação inversamente proporcional entre a capacidade de agendamento futuro e o tempo de espera por atendimento.

Asfor et al. (2014) relataram o caso da unidade de saúde Terrenos Novos no município de Sobral, Ceará. Pesquisa realizada no território de abrangência da unidade de saúde revelou que 27,7% e 25,5% das pessoas faltavam às consultas

programadas; e, por esta razão, desenhou-se um estudo para descrever a associação entre a implantação do acesso avançado e o absenteísmo às consultas nessa unidade. Para isso, foi adotado o modelo de acesso avançado (consultas em até 48 horas), o qual procurava equilibrar as necessidades das pessoas com a capacidade dos médicos em atendê-las de forma resolutiva. Desenvolveu-se um estudo transversal em que foram contabilizados os dados obtidos por meio de mapas de atendimento da unidade de saúde de Terrenos Novos, em outubro e novembro de 2013, referentes à marcação de consulta, ao comparecimento ou ao absenteísmo das pessoas usuárias. Durante o período avaliado, 740 consultas foram agendadas nas seguintes categorias: pré-natal (7,43%), puericultura (6,08%), saúde da criança (22,97%), saúde do adulto (47,97%) e saúde do idoso (15,54%). Nesse período, apenas 8,1% dos pacientes faltaram às consultas. Essas faltas foram distribuídas da seguinte maneira: puericultura (11,1%), saúde da criança (9,09%), saúde do adulto (7,04%) e saúde do idoso (8,7%). Nenhuma gestante faltou à consulta no período avaliado. Apesar da marcação de consulta ser maior para pessoas do sexo feminino (66,2%), a prevalência de faltas foi maior entre os homens (10%) do que entre as mulheres (6,2%). Os dados mostraram que existe uma associação positiva entre o sistema de marcação de consultas baseado no acesso avançado e a redução do absenteísmo às consultas programadas, garantindo a organização do serviço, a satisfação do paciente e do profissional de saúde.

Faraco et al. (2014) desenvolveram um projeto-piloto de organização da APS na Unimed de Guarulhos, estado de São Paulo, abrangendo 2.700 colaboradores da organização e seus familiares. Trabalhou-se inicialmente com um sistema de agendamento em ondas duplas e, a partir de 2014, com o sistema de acesso avançado com agendamento para o mesmo dia. Os resultados indicaram alto nível de satisfação das pessoas usuárias, redução dos custos assistenciais e melhoria das condições sensíveis à APS.

Leal et al. (2015) relataram o caso da implantação do acesso avançado na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. Essa Unidade contava com seis equipes da ESF. A equipe, insatisfeita com as limitações do acesso, iniciou uma série de estudos na literatura de acesso na APS e formulou um modelo visando equalizar o atendimento da demanda espontânea pela própria equipe e realizar o seguimento programático. Optou-se por não mais diferenciar os atendimentos em agendados e espontâneos, criando um fluxo único, para a qual uma oferta de vagas passou a ser diária, tendo-se o cuidado de identificar no momento da procura se o motivo requer priorização no atendimento (por exemplo, crianças com febre, pessoas com dor) que seriam então avaliadas enquanto esperam sua consulta. Foram organizadas todas as equipes de forma a abrir em um dos dois períodos do dia (manhã ou tarde) uma agenda que fosse liberada naquele mesmo dia, a porta aberta. Foram mantidos dois períodos de agendas semanais para casos que se julgassem importantes manter o retorno pré-programado. Dessa forma, três equipes ficaram com a porta aberta pela manhã, e três, à tarde. Foi realizada divulgação dos horários das equipes por meio de um cartão de visitas e organizado o acesso das

peças diariamente. Os usuários do serviço passaram a chegar à recepção e a solicitar atendimento, sendo indagado o motivo da procura e classificado entre consulta médica e de enfermagem, realizando o agendamento na sequência e fornecendo uma previsão de horário de atendimento. Em caso de evento agudo, era realizada a classificação de risco e priorizado o atendimento. A média de atendimentos pela própria equipe subiu para 91%, além de aumentar a oferta de consultas de modo geral. Houve redução do absenteísmo e otimização do uso do espaço físico, pela melhor distribuição do uso de salas. A avaliação da população foi excelente, verificada em instrumento elaborado pela equipe, ainda a ser publicado, mesmo aumentando o tempo em sala de espera. Os médicos da unidade relataram maior satisfação em atender a uma agenda com mais longitudinalidade do cuidado. No entanto, é importante citar as dificuldades enfrentadas por este modelo de acesso. A principal deve-se à desproporção entre a demanda e a oferta de vagas. Outro problema é a frequente demora na realização de atividades não prestadas na Unidade Básica de Saúde, como consultas com especialistas ou realização de exames complementares, que induzem o retorno da pessoa à própria Unidade em busca de cuidado enquanto espera o agendamento, aumentando a procura.

Wollman et al. (2014) analisaram a implantação do acesso avançado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Os autores referem a alguns desafios para a implantação do acesso avançado: por fim, ao agendamento específico por grupos de patologia ou grupos etários; evitar pré-agendamentos demorados; envolver todos os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população de sua área; e definir quanto tempo será necessário para uma consulta pré-agendada considerando que esta se dará, no máximo, em uma semana. Algumas mudanças dos fluxos de atendimento foram propostas: ampliar as tarefas clínicas dos enfermeiros; dispor os consultórios do médico e do enfermeiro da mesma equipe lado a lado; a recepção deve direcionar todas as pessoas que procuram atendimento do dia para suas próprias equipes, sem passar pelo acolhimento e classificação de riscos feitos por enfermeiro de outra equipe; garantir a presença da equipe durante todo o horário de funcionamento da unidade com horários de atendimentos diferenciados entre os profissionais da mesma equipe; instituir equipes irmãs que alternam os horários dos médicos e enfermeiros de modo a permitir uma cobertura cruzada entre elas; delegar funções dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas a outros profissionais; reduzir a demanda de pré-agendamentos; balancear oferta e demanda; e calcular a demanda do dia considerando o número de consultas diárias dos médicos e enfermeiros e programando as consultas breves, as consultas agendadas no dia, as consultas pré-agendadas e os retornos. A programação é feita a partir de um modelo de programação de oferta que estima que, para uma população de 4 mil pessoas, 60% delas ou 2.420 consultarão regularmente ao ano, das quais 80% serão de acesso aberto. As necessidades das pessoas na APS são diferentes, o que leva a tempos de consultas também diferenciados, consultas mais rápidas para problemas pontuais e consultas mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. A proposta de uma agenda padrão envolve: 7-8 horas, consultas breves para as pessoas que chegam direto na unidade, em

média de 10 minutos; 8-10 horas: consultas agendadas no dia ou no dia anterior, em média 15 minutos; 10-11 horas: consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, demandas administrativas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, em média 30 minutos; 12-13 horas: consultas breves para pessoas que chegam diretamente na unidade, em média 10 minutos; 13-15 horas: consultas agendadas no dia ou no dia anterior, em média 15 minutos; 15-16 horas: consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, demandas administrativas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, em média 30 minutos. Há uma proposta específica de agendamento odontológico. Em algumas unidades, instituiu-se o horário estendido até às 22 horas para pessoas que apresentam dificuldades de comparecer no horário regular. Mesmo em unidades de saúde que apresentam dificuldades estruturais e em relação ao número de pessoas por equipe, foi possível avançar no agendamento. Algumas unidades começaram a oferecer o agendamento por telefone. Há propostas para implantar novas formas de agendamento, como disponibilização de e-mail institucional, disponibilização de e-mail dos médicos e enfermeiros das equipes, disponibilização de e-mail da equipe de saúde bucal, disponibilização de *chat* para diálogo entre a unidade, o distrito sanitário e o nível central. Uma avaliação do modelo implantado foi feita, por meio de depoimentos de servidores, nas unidades de saúde de Moradia dos Belém e Santa Quitéria, e os relatos sugerem resultados positivos no trabalho médico, na equipe de enfermagem, no vínculo das pessoas com as equipes e na satisfação das pessoas usuárias.

Pode-se concluir que a revisão dos estudos sobre o acesso avançado apresenta alguns resultados contraditórios e convoca pesquisas mais rigorosas sobre este tema.

Em relação às evidências sobre o acesso avançado e os tempos de espera por um terceiro próximo atendimento disponível: oito estudos mostraram que a implantação do acesso avançado esteve associada com uma diminuição do tempo de espera por um terceiro atendimento; em cinco deles, esse tempo foi menor que cinco dias, e em dois, menor que dois dias; dois estudos mostraram que a implantação do acesso avançado esteve significativamente associada com reduções no tempo de espera, ainda que esse efeito tenha sido pequeno; mesmo que o tempo de espera tenha quase sempre diminuído, em poucas unidades, alcançou-se o acesso das pessoas no mesmo dia; e na Inglaterra, o foco estrito na redução do tempo de espera afetou o enfoque da atenção centrada na pessoa. Pesquisas qualitativas mostraram que o foco no atendimento no mesmo dia conflitou com atributos da APS como o da longitudinalidade do cuidado (BELARDI et al., 2004; SOLBERG et al., 2004; PICKIN et al., 2004; SALISBURY et al., 2007b; POPE et al., 2008).

Em relação às evidências sobre o absentéismo: em 11 estudos, a redução variou em um percentual de 0% a 24%, e foi significativamente diminuído em 5 desses estudos; outros estudos mostraram que o acesso avançado não produziu os benefícios positivos que foram teoricamente postulados (BUNDY et al., 2004; MALLARD et al., 2004; LASSER et al., 2005; CHERNIACK et al., 2007; KATHERINE et al., 2011).

Em relação às evidências da satisfação das pessoas usuárias, observou-se que o atendimento no mesmo dia não aumentou a satisfação das pessoas com o cuidado recebido; em quatro estudos, apenas um reportou melhoria estatisticamente significativa; em quatro estudos quantitativos antes e depois, nenhum deles esteve associado com melhorias significativas na satisfação das pessoas; em um deles, cada 10% de aumento nos atendimentos no mesmo dia esteve associado com 8% de redução na satisfação das pessoas; e surveys feitos no Reino Unido mostraram que a satisfação das pessoas ocorre quando são atendidas em uma data mais conveniente para elas, e não no mesmo dia, a menos que tenham um problema novo (PASCOE et al., 2004; MEHROTRA et al., 2008; SAMPSON et al., 2008).

Em relação às evidências de associações entre acesso avançado e longitudinalidade do cuidado, as opiniões de alguns médicos de que a longitudinalidade do cuidado seria prejudicada no acesso avançado não se confirmou; em nove estudos, somente em dois a longitudinalidade foi prejudicada; por outro lado, a posição dos proponentes do acesso avançado de que ele melhora a longitudinalidade do cuidado somente parece ser parcialmente verdadeira porque isso ocorreu somente na metade dos estudos analisados (O'CONNOR et al., 2006; SALISBURY, 2008; PHAN; BROWN, 2009; KATHERINE et al., 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado e os atendimentos programados, dois estudos não encontraram diferenças na atenção programada nos modelos tradicionais e de acesso avançado; existe alguma evidência de que algumas pessoas apresentam maiores dificuldades de obter um atendimento programado no sistema de acesso avançado (BERARDI et al., 2004; PICKIN et al., 2004; ROHRER et al., 2007; KATHERINE et al., 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado e os atendimentos às urgências e emergências e às hospitalizações, dois estudos verificaram o impacto do acesso avançado no atendimento de urgência e emergência; um estudo mostrou que houve uma diminuição significativa de cuidados de urgência, mas nenhum dos estudos encontrou efeitos consistentes sobre os atendimentos de emergência e as hospitalizações (SOLBERG et al., 2004; SPERL-HILLEN et al., 2008; SUBRAMANIAM et al., 2009; KATHERINE et al., 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado no aumento das consultas médicas, observou-se um aumento em vários estudos, mas sugeriu-se que este incremento não veio acompanhado pelo aumento do número de pessoas atendidas, o que pode indicar uma maior concentração nas mesmas pessoas, um caso específico de manifestação da Lei da Atenção Inversa de Hart (VIDAL, 2013).

Em relação às evidências do acesso avançado e os resultados clínicos, três estudos examinaram os resultados clínicos do acesso avançado em pessoas com diabetes, e todos apresentaram melhorias no controle da hemoglobina glicada, mas somente um clinicamente significativo; um apresentou melhoria significativa no controle lipídico;

e um encontrou uma piora significativa no controle da pressão arterial; ainda que o acesso avançado não cause dano às pessoas, não parece ser um método robusto para a melhoria dos resultados clínicos, especialmente nas condições crônicas (RADEL et al., 2001; SPERL-HILLEN et al., 2008; SUBRAMANIAM et al., 2009; HATHERINE et al., 2011; VIDAL, 2013).

A revisão feita na literatura sobre o acesso avançado permite algumas conclusões preliminares: o acesso avançado foi desenvolvido para superar os problemas de tempos de espera elevados na APS e tem sido aplicado nos Estados Unidos e em outros países; não é um modelo novo de prestar serviços de APS porque não interfere em todos os atributos, mas uma forma de melhorar a acesso das pessoas a estes serviços; foi desenvolvido no modelo clássico da medicina de família e com foco no acesso, no mesmo dia, à consulta médica; pressupõe um balanceamento adequado entre demanda e oferta, estruturando-se com base em uma relação de 1 médico, com carga horária diária de 8 a 10 horas, para 2.500 pessoas; em algumas circunstâncias, o modelo opera com uma equipe multiprofissional com enfermeiro e assistente médico, como no Reino Unido; o acesso avançado consistentemente melhora o acesso aos serviços, mas em poucos casos consegue atender a toda a demanda no mesmo dia ou mesmo em 48 horas; o acesso avançado é neutro ou tem pequeno impacto no absenteísmo, na longitudinalidade do cuidado e na satisfação das pessoas usuárias; os efeitos do acesso avançado nos resultados clínicos não estão demonstrados; o acesso avançado pode não ter impacto nas condições crônicas; o foco estrito na redução do tempo de espera pode afetar negativamente o enfoque da atenção centrada na pessoa; o foco no atendimento no mesmo dia pode, em algumas circunstâncias, conflitar com o atributo da longitudinalidade do cuidado; e há questões não respondidas pelo acesso avançado que convocam a necessidade de novas pesquisas a serem feitas.

Há um posicionamento vigente, mesmo entre os propositores do acesso avançado (MURRAY et al., 2003), de que, em geral, os trabalhos de avaliação são pouco robustos para a produção de evidências e que há questões em aberto que ainda estão por serem respondidas, o que indica a necessidade de novas pesquisas realizadas com maior rigor científico sobre o tema.

Murray et al. (2003) sugerem algumas questões a serem respondidas por futuras pesquisas: pessoas idosas com certos diagnósticos devem ser atendidas no mesmo dia ou agendadas para outros dias? Há certos painéis de pessoas cujas características não são apropriadas para o acesso avançado? A melhoria do acesso de algumas pessoas faz-se a expensas da diminuição do acesso de outras pessoas ou apenas aumenta o acesso das mesmas pessoas? O acesso avançado realmente reduz os atrasos no atendimento de modo a melhorar os resultados clínicos como a rápida resolução dos eventos agudos e a prevenção das agudizações das condições crônicas? Os profissionais estão trabalhando mais ou menos horas e como o estresse desses profissionais impacta a sustentabilidade do modelo? O acesso avançado é

sustentável por muitos anos? O acesso avançado melhora os resultados sanitários? O acesso avançado melhora a satisfação dos profissionais e das pessoas usuárias?

14. ROTEIRO METODOLÓGICO PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os diferentes enfoques metodológicos para a organização do acesso à APS apresentam notáveis complementações em relação aos objetivos que pretendem alcançar. Por essa razão, o roteiro metodológico que se apresenta traz elementos de cada um dos quatro enfoques analisados para compor, conjuntamente, um percurso virtuoso para a organização do acesso à APS. Assim, esse roteiro metodológico utiliza orientações e instrumentos operacionais derivados dos quatro enfoques propostos para a organização do acesso aos cuidados primários.

Esses instrumentos e orientações foram buscados na literatura sobre APS e sobre o acesso aos serviços de saúde, especialmente em Mendes (2012), Institute of Medicine (2015), Litvak (2015), Murray (2015) e Institute of Healthcare Improvement (2016).

14.1 OS PRINCÍPIOS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um Comitê do Instituto de Medicina definiu seis princípios básicos para o acesso aos serviços de saúde nas dimensões da APS, da AAE, da atenção hospitalar e da atenção pós-aguda (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

O primeiro princípio é o balanceamento entre a oferta e a demanda. Ele implica uma avaliação quantitativa, formal e contínua, da oferta e da demanda para a provisão do acesso oportuno aos serviços de saúde.

O segundo princípio é o atendimento imediato das pessoas usuárias e suas famílias. Cada pessoa ou família que busca atenção à saúde deve ser questionada sobre qual é o problema e o que o serviço de saúde poderia ajudar naquele momento (Como podemos ajudá-lo hoje?). O atendimento imediato implica, no acesso à APS, a definição de uma meta de atendimento no mesmo dia ou em dois dias no máximo, a menos que a pessoa deseje ser atendida em outro momento e nos atendimentos programados pela equipe (os bons *backlogs*).

O terceiro princípio são as preferências das pessoas usuárias, que são estimuladas a expressar suas preferências durante o cuidado interativo. As estratégias do acesso aos serviços de saúde devem objetivar a melhoria da experiência das pessoas usuárias e responder às suas preferências. A captação das preferências das pessoas usuárias pode ser feita por análise de dados dessas preferências usando métodos como narrativas das pessoas e *surveys* (TOUSSAINT; BERRY, 2013; BRANDENBURG et al., 2015).

O quarto princípio é a utilização de uma atenção definida sob medida pelas necessidades das pessoas usuárias. As opções de atendimentos no mesmo dia deveriam incluir vários métodos testados para atender às necessidades e aos interesses das pessoas usuárias. Isso pode incluir atendimentos alternativos aos encontros clínicos individuais face a face, como atendimentos a distância ou virtuais e os atendimentos por profissionais não médicos.

O quinto princípio é a utilização de planos de contingência. Cada serviço de saúde deve desenvolver planos de contingência para responder aos desequilíbrios, previstos e imprevistos, entre oferta e demanda.

O sexto princípio é a avaliação contínua. As métricas de acesso aos serviços de saúde devem ser coletadas, avaliadas e publicadas pelas unidades de saúde. Os dados coletados devem servir para avaliar as atividades diárias e para monitorar os agendamentos em períodos específicos. Além disso, para avaliar o desempenho comparativo, padrões e *benchmarks* em acesso e tempos de espera na APS devem ser desenvolvidos, testados e implementados (LITVAK, 2009; LITVAK; BISOGNANO, 2011; SMITH et al., 2013).

Um Comitê do Instituto de Medicina desenvolveu um modelo teórico para o acesso aos serviços de saúde composto por etapas de um ciclo: questionamento, engajamento, agendamento, preparação, encontro, ação e comunicação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). No questionamento, as pessoas usuárias apresentam questões: as pessoas podem acessar o sistema 24/7 (24 horas nos 7 dias da semana)? O sistema responde imediatamente e os interesses das pessoas são respeitados? No engajamento, há um processo colaborativo para responder às questões? A comunicação é realizada de forma compreensível e conveniente? No agendamento, as pessoas podem ter acesso rápido e fácil à marcação dos serviços: as pessoas podem agendar 24/7 e fazê-lo *on-line*? A marcação é fácil e prontamente disponível e novos agendamentos são sincronizados com outros já existentes? Na preparação, as pessoas podem se preparar nos intervalos: formulários e pré-autorizações são obtidos automaticamente e exames laboratoriais são marcados automaticamente? No encontro, as pessoas são atendidas pelos profissionais de saúde em encontros pessoais, *on-line* ou por teleassistência? Os encontros se dão em tempo oportuno? A equipe de saúde é respeitosa e cortês? Os locais de exames respeitam a privacidade e são confortáveis e as equipes vão até as pessoas? Na ação, a equipe de saúde e as pessoas compartilham um plano de cuidados? As pessoas recebem uma cópia do plano de cuidados? As equipes asseguram que as pessoas compreenderam o plano de cuidados? As prescrições são feitas digitalmente? Na comunicação, as pessoas são monitoradas pelas equipes de saúde? Todos os encontros de monitoramento são agendados pelas equipes de saúde? As equipes de saúde asseguram o monitoramento dos planos de cuidados?

Os propositores originais do acesso avançado enumeraram um conjunto de perguntas fundamentais para a organização do acesso à APS: Eu sou o profissional

mais adequado para oferecer este atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do que aquela que estou atendendo neste momento? (MURRAY; TANTAU, 2000; MURRAY; BERWICK, 2003).

Oldham (2002) estabeleceu os passos a serem dados na implantação do acesso avançado no Reino Unido como: análise e compreensão da demanda, racionalização da demanda, balanceamento da oferta e da demanda, desenvolvimento de planos de contingência para dar sustentabilidade ao sistema e comunicação efetiva com as equipes de APS e com as pessoas usuárias.

Knight et al. (2005) estabeleceram um roteiro para a organização do acesso avançado na Austrália, em ações a serem implantadas: balanceamento da oferta e da demanda, eliminação do mau *backlog*, redução do número de tipos de agendamento, elaboração de planos de contingência e redução da demanda.

Emont e Emont (2009) definiram uma série de estratégias a serem utilizadas na organização do acesso à APS: redução do número de tipos de agendamentos; eliminação do mau *backlog*; extensão dos retornos de agendamentos programados; predição e antecipação das necessidades das pessoas usuárias; gerenciamento dos gargalos; maximização das atividades desenvolvidas nas consultas para reduzir a demanda futura; suplementação dos atendimentos face a face presenciais por meio de outras formas de encontros clínicos e de atendimentos a distância; otimização do trabalho da equipe de saúde expandindo as funções de enfermeiros e de profissionais não clínicos e reduzindo as atividades não clínicas dos médicos; balanceamento da oferta e da demanda em termos diários, semanais e de longo prazo; e sincronização de informações, recursos e pessoas usuárias em relação ao objetivo de “fazer hoje o trabalho de hoje”.

14.2 OS TIPOS DE AGENDAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há diferentes tipos de solicitação de agendamentos na APS. Há agendamentos solicitados pelas pessoas usuárias (agendamentos diretos), presenciais quando as pessoas se deslocam para as unidades de APS (*walk-in*) ou a distância quando as pessoas agendam por telefone ou internet. Há, também, agendamentos indiretos realizados pelos profissionais de saúde para retornos programados. No SUS, predomina largamente o sistema de agendamento presencial em que as pessoas devem se dirigir a uma Unidade Básica de Saúde para buscar atendimento, mas há de se entender que esse sistema tem problemas porque é inerente a ele uma barreira de acesso, que é o custo de oportunidade de deixar de fazer outras atividades diárias para ir até um serviço de cuidados primários. Assim, um sistema virtuoso de acesso à APS deve ofertar as duas possibilidades, porém deve estimular, quando possível, o agendamento a distância por telefone ou por internet.

14.3 OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS

Os microssistemas clínicos derivam de observações feitas por Quinn (1992) que mostraram que as empresas de maior sucesso progressivamente aprenderam a focar suas ações em unidades menores replicáveis. A teoria de Quinn sugere que as organizações se constituem dessas menores unidades replicáveis para conectar a competência central da empresa com os seus clientes.

Godfrey et al. (2004) transplantaram o conceito de pequenas unidades replicáveis para o campo das organizações de saúde – os microssistemas de atenção à saúde –, que se caracterizam por terem uma população de pessoas usuárias, os prestadores de serviços, os processos finalísticos e de apoio e a tecnologia de informação articulados por um propósito comum.

Os microssistemas clínicos proveem um referencial para organizar, medir e melhorar a oferta dos cuidados de saúde. Uma característica essencial dos microssistemas clínicos é que eles estão localizados onde se dão os encontros clínicos entre as unidades de saúde e as pessoas usuárias.

Eles são definidos como uma unidade de um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas de forma regular para prestar cuidados de saúde e uma população que recebe estes cuidados. Esses microssistemas clínicos buscam objetivos claros, estruturam processos, compartilham um ambiente de informações e produzem serviços e cuidados que podem ser medidos por resultados de desempenho.

Os microssistemas clínicos evoluem ao longo do tempo e se articulam em sistemas ou organizações maiores. Como quaisquer sistemas adaptativos vivos, eles devem desenvolver o trabalho, satisfazer as necessidades de seus colaboradores e das pessoas usuárias e se manterem como unidades clínicas.

Os microssistemas clínicos são parte de organizações maiores ou macrossistemas. Eles têm no seu centro as pessoas usuárias. A camada seguinte são os microssistemas em que se dão as interfaces entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, e a terceira camada é dos macrossistemas (GODFREY et al., 2004).

Operam segundo um modelo que descreve a sequência de passos para desenvolver um senso de consciência: cria a consciência de um trabalho realizado em um microssistema; identifica alguma disfuncionalidade para compreender que uma mudança é possível; conecta o trabalho com aqueles que se beneficiariam dele; implanta alguma mudança estratégica ou de melhoria; estabelece medidas de desempenho para aqueles que se beneficiam do microssistema e para o seu funcionamento e transparência; e procura trabalhar integradamente com insumos e produtos, com microssistemas pares, com a população e com o macrossistema.

Um microsistema clínico começa a operar com senso de consciência quando alguém faz a pergunta: você poderia me descrever a forma como seu microsistema funciona na perspectiva dos seus profissionais e da população? Um novo senso de consciência de como os profissionais trabalham juntos (ou não) começa a desenvolver-se, e essas pessoas começam a identificar as disfuncionalidades de seus processos de trabalho, e ações são tomadas para eliminá-las ou reduzi-las.

O microsistema clínico compreende, então, que as mudanças são possíveis e que podem ser feitas ali mesmo, sem necessitar de autorização de alguém externo a esse microsistema. Ou seja, é possível mudar ali mesmo o microsistema clínico. Algumas perguntas são fundamentais, como: por que estamos fazendo o que fazemos? Tornar o objetivo do microsistema clínico explícito é importante porque constitui a sua base de trabalho.

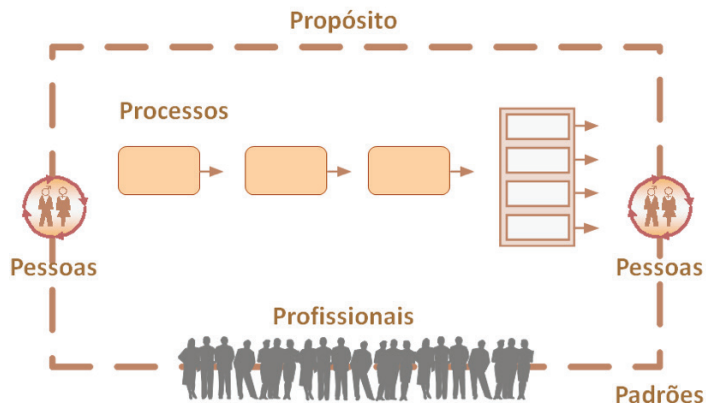
Os microsistemas clínicos têm sido considerados o lugar em que as pessoas usuárias, as famílias e os profissionais de saúde se encontram e em que o cuidado é prestado, a qualidade e a segurança são garantidas, a eficiência e a inovação são alcançadas e o moral da equipe e a satisfação das pessoas usuárias são altos. Esses microsistemas clínicos incluem o pessoal administrativo, as tecnologias, os processos e os padrões de informação, de comportamentos e de resultados.

Eles são as partes que constituem os sistemas de atenção à saúde. A qualidade do sistema deriva da qualidade de seus microsistemas que entregam os cuidados, conforme a equação: qualidade do sistema de saúde = qualidade do microsistema 1 + qualidade do microsistema 2 + qualidade dos microsistemas 3-n.

Cada microsistema clínico constitui um complexo e dinâmico sistema adaptativo em que interagem vários elementos que, atuando de forma interdependente, permitem produzir resultados superiores. Esses elementos são: no campo da liderança: liderança competente e suporte organizacional; no campo da equipe de saúde: foco na equipe, na educação permanente e na interdisciplinaridade; no campo das pessoas usuárias: foco nas pessoas e na comunidade; no campo do desempenho: melhoria de processos e de resultados de desempenho; no campo da informação, tecnologia da informação e de comunicação (GODFREY et al., 2004).

O diagrama apresentado na Figura 30 retrata um microsistema clínico.

Figura 30: O diagrama de um microsistema clínico



Fonte: Godfrey et al. (2004)

Como se vê na Figura 30, os microsistemas clínicos têm cinco componentes, os 5 P's: propósito, pessoas usuárias, profissionais, processos que o microsistema utiliza na prestação dos cuidados e padrões que caracterizam a funcionalidade do microsistema.

14.4 ANÁLISE SITUACIONAL DO ACESSO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Bom exemplo de um microsistema clínico é uma equipe da ESF porque essa equipe constitui uma pequena unidade replicável que é parte de uma unidade de APS que, por sua vez, é parte de um macrosistema, por exemplo, uma Secretaria Municipal de Saúde. Essa equipe tem um propósito, tem vários profissionais de saúde, tem uma população adstrita a ela, opera por processos e adota padrões que marcam a funcionalidade do sistema.

Não necessariamente a realidade de um microsistema clínico é a sequência de passos apresentados no modelo descrito para o desenvolvimento do senso de consciência. Por exemplo, durante a organização de um microsistema clínico para implantar uma nova forma de acesso, os seus membros identificam uma nova disfuncionalidade e estabelecem atividades de melhoria adicionais.

Os programas de melhoria dos microsistemas clínicos devem começar por uma análise situacional dos 5 P's.

Tomando-se o exemplo de um microsistema clínico constituído por uma equipe de ESF, com vistas a organizar o acesso, a análise começaria com a definição da equipe, local em que atua, gerente responsável, localização e objetivos principais (propósito).

A análise do segundo P faz-se por meio da afirmativa: conheça profundamente as pessoas usuárias. É preciso criar um quadro preciso da população adstrita àquela equipe: quem são essas pessoas? Que recursos elas utilizam? Quando as pessoas buscam os serviços elas os recebem? Alguns pontos de análise são essenciais: qual é o tamanho do painel de pessoas adstritas a essa equipe? Qual a distribuição etária dessa população adstrita (por exemplo, 0-10; 11-18; 19-45; 45-64; 65-79; 80 ou mais anos)? Qual é a composição por sexos feminino e masculino? Quais são as pessoas hiperutilizadoras e quais as razões para essa demanda elevada? Quais são os 10 problemas/diagnósticos mais comuns? Qual o percentual de pessoas com condições crônicas referidas a unidades de AAE? Qual o percentual de pessoas referidas a unidades de urgência ou emergência? Qual o percentual de pessoas com eventos agudos classificados por riscos? Qual o percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas por riscos? Indicadores específicos por condições de saúde segundo as prioridades estabelecidas: por exemplo, hemoglobina glicada, pressão arterial, LDL etc. Qual a experiência de acesso? Forma de acesso (presencial, telefone, internet, retornos programados pela equipe ou programados após rastreamento ou busca ativa)? Quanto tempo demorou em dias para ser atendido? Quanto tempo levou desde a chegada à unidade até ser finalizado o atendimento? Foi atendida pelo profissional a que está vinculada? A demanda apresenta variação sazonal (por exemplo, dengue no verão, infecção de via aérea superior no inverno)? Quantas pessoas são atendidas por dia, por turno e por hora de cada turno diário? Quantas pessoas foram atendidas na última semana? Quantas pessoas foram atendidas no último mês? Quantas pessoas foram atendidas por cada membro da equipe?

A análise do terceiro P faz-se por meio da afirmativa: conheça as pessoas que compõem a equipe de saúde. É preciso ter uma visão ampla dos trabalhadores de saúde. Quem faz o que? Quantas horas estão disponíveis para atendimento às pessoas? Quanto tempo destinam às atividades clínica e não clínicas? Qual a capacidade de oferta (número de atendimentos disponíveis por dia para cada profissional multiplicado pelo número de dias de trabalho por dia/semana/mês/ano)? Qual é a oferta real expressa no número de pessoas que diariamente buscam e recebem atenção dos profissionais? Qual é a demanda real de pessoas atendidas em um período, como dia/semana/mês/ano? Qual é a demanda indireta ou externa de atendimentos programados pela equipe? Qual é a demanda direta ou interna feita por telefone ou internet? Qual é a demanda feita hoje para hoje? Qual é a demanda feita hoje para atendimento futuro? Quantos são e que percentuais são os atendimentos segundo perfis de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares, atendimentos de cuidados paliativos e apoio ao autocuidado)? Qual a duração média dos atendimentos por diferentes perfis de oferta? Quantos espaços de atendimentos clínicos estão disponíveis? Qual é o moral da equipe de saúde? Quem são os profissionais clínicos e de apoio administrativo segundo sua ocupação? Há a oferta regular de educação permanente para os profissionais da equipe? Há capacitação da equipe para utilizar

ferramentas do modelo de melhoria e os ciclos de PDSA? Quão estressante é o trabalho? Recomenda este lugar para se trabalhar?

A análise do quarto P envolve o conhecimento dos processos de trabalho. Há o uso rotineiro de diretrizes clínicas baseadas em evidências (linhas-guia e protocolos clínicos)? Há um mapeamento de processo de cada tipo de perfil de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares, atendimentos de cuidados paliativos e apoio ao autocuidado)? Há uma avaliação do tempo que as pessoas chegam à unidade até que a deixam utilizando a ferramenta de análise do ciclo do tempo da pessoa segundo cada tipo de perfil de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares, atendimentos de cuidados paliativos e apoio ao autocuidado)? Há oferta regular de consultas médicas? De consultas de enfermagem? De consultas odontológicas? De consultas de outros profissionais da equipe (assistente social, farmacêutico clínico, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e outros)? Os trabalhos da equipe multiprofissional prestam-se de forma interdisciplinar? Há oferta regular de cuidado compartilhado a grupo? De atendimento contínuo? De grupos operativos? De grupos de pares? De outras tecnologias de trabalho em grupo? De atendimentos por correio eletrônico? De atendimentos por telefone? De atendimentos por videoconferências? Há a utilização rotineira da tecnologia de gestão da condição de saúde? Há a utilização rotineira da tecnologia de gestão de caso? Há a utilização rotineira da tecnologia de auditoria clínica?

A análise do quinto P faz-se por meio do conhecimento dos padrões. Há encontros regulares entre os membros da equipe? Quão frequentes são esses encontros? Esses encontros monitoram os processos e os resultados alcançados por meio de um painel de bordo? Esses encontros monitoram a qualidade da atenção? Há uma preocupação em fazer mudanças? Essas mudanças têm melhorado a atenção à saúde e a eficiência do sistema?

14.5 FAÇA HOJE O TRABALHO DE HOJE

O sistema que faz hoje o trabalho de hoje atende à demanda de cada dia no mesmo dia em que é gerada. Esse é um ponto fundamental do acesso à APS que deriva do enfoque do acesso avançado.

Nas equipes que utilizam esse sistema, os únicos agendamentos que estão marcados em um dia de trabalho são aqueles que foram programados previamente pelas equipes para retornos ou por ser uma data mais confortável para as pessoas usuárias (os bons *backlogs*). Isso confere maior flexibilidade ao sistema para absorver a demanda diária espontânea.

Fazer hoje o trabalho de hoje requer um compromisso de cada equipe para atender as pessoas a ela vinculadas. E requer, também, que oferta e demanda estejam balanceadas e que o mau *backlog* seja eliminado.

14.6 O MANEJO DOS BACKLOGS

O problema central do acesso à APS está na existência de *backlogs* que são acumulações de trabalho em função de um modelo de agendar para datas futuras os atendimentos de hoje.

Deve ficar claro que nenhum sistema de agendamento pode funcionar adequadamente sem a eliminação do mau *backlog*. Isso é uma pré-condição para a organização do acesso à APS e deve ser colocado como uma prioridade.

Assim, é fundamental eliminar o mau *backlog* para organizar o acesso aos cuidados primários. Para isso é importante: medir a magnitude do mau *backlog* pelo terceiro próximo atendimento disponível; se necessário elaborar um plano de redução do *backlog* que tenha uma data final que coincidirá com a implantação de um novo sistema de agendamento; esse plano de redução envolverá todos os profissionais da unidade e das equipes e, muitas vezes, exigirá, temporariamente, uma carga adicional de trabalho e/ou uma redução do tempo médio de atendimento.

A eliminação do mau *backlog* acontece quando há uma redução dos terceiros próximos atendimentos disponíveis; quando isso ocorre, torna-se possível atender a toda demanda no mesmo dia (MURRAY, 2015; LITVAK, 2015).

É importante considerar na organização do acesso à APS o terceiro próximo agendamento disponível que é definido como o número médio de dias entre o momento em que uma pessoa usuária solicita um atendimento e o terceiro agendamento disponível para um profissional que envolva um exame físico, um exame de rotina ou um exame de retorno.

Alternativamente ao terceiro próximo agendamento disponível, pode-se trabalhar com o número absoluto de agendamentos futuros que se enquadrem no conceito de mau *backlog*.

A eliminação do mau *backlog* envolve: medir a sua magnitude pelo terceiro próximo atendimento disponível; se necessário, elaborar um plano de eliminação ou redução do *backlog* que tenha uma data final que coincidirá com a implantação de um novo sistema de agendamento; esse plano envolverá todos os profissionais da unidade e das equipes e, muitas vezes, exigirá, temporariamente, uma carga adicional de trabalho e/ou uma redução do tempo médio de atendimento.

Em certas situações, deve-se fazer uso de arranjos organizativos para atendimentos em condições especiais. Essa ação é importante na redução do mau *backlog* que se

expressa em filas e tempos de espera longos. Para isso, podem-se utilizar soluções *ad hoc*, uma delas, muito usual no SUS, os mutirões. Em geral, seleciona-se uma tecnologia que possa ser respondida por este tipo de oferta e desencadeia-se um esforço concentrado e de alto impacto no curto prazo. O mutirão como ação isolada, sem um plano coerente de balanceamento da demanda e da oferta, tal como ocorre no SUS, limpa a fila, mas ela volta a se formar em pouco tempo. Ou seja, não é uma estratégia sustentável. Por essa razão, os mutirões só se justificam como uma ação de curto prazo para eliminação do mau *backlog* articulada com uma ação de médio e longo prazo de balanceamento sustentado da demanda e da oferta.

O enfrentamento do mau *backlog* envolve a elaboração de um plano deliberado para sua eliminação e implica alguns passos.

O primeiro passo é aumentar a oferta. Para isso, a equipe deve se fazer algumas perguntas: Há alguma pessoa agendada para o futuro que eu estou atendendo hoje? Posso atender às necessidades dessa pessoa de modo a eliminar a demanda futura? Essa demanda futura pode ser atendida por telefone ou por internet? Essa demanda futura pode ser atendida por outro membro da equipe? Essa pessoa necessita realmente desse atendimento?

O segundo passo é aumentar a oferta de serviços pela equipe e, gradativamente, ir criando condições para fazer hoje o trabalho de hoje. Uma forma de fazer isso é aumentar temporariamente os atendimentos incrementando horas adicionais ao final da tarde e ao final de semana. Outra forma é buscar uma redução do tempo médio de atendimento.

O terceiro passo é definir uma data de começo do plano e uma data final quando o *backlog* estará eliminado. É preciso cuidar para que esse tempo não seja muito curto para evitar o estresse da equipe.

O quarto passo é submeter esse plano ao gerente da unidade para garantir o suporte administrativo.

O manejo adequado do bom *backlog* derivado de atendimentos programados pela equipe, normalmente, sob a forma de retornos, tem uma lógica operacional distinta.

Como há uma variação muito grande de demanda aos cuidados primários por dias e horas dos dias e por períodos do ano, deve-se, a partir do diagnóstico destas variações, procurar agendar os atendimentos programados pela equipe para aqueles momentos de menor pressão de demanda. Assim, esses atendimentos devem ser agendados para dias e horas em que há menor pressão de demanda à equipe de saúde.

14.7 O TAMANHO DO PAINEL

O tamanho do painel é uma variável fundamental no equilíbrio entre demanda e oferta de serviços de saúde. Um painel com o tamanho certo é um determinante do acesso adequado. Um painel excessivo com sua consequente demanda cria falsas expectativas e determina o desvio das pessoas a outras unidades ou equipes, especialmente a unidades de atenção às urgências e às emergências, reduzindo a satisfação dessas pessoas e dos profissionais, gerando retrabalhos e produzindo exames desnecessários.

O ajuste do tamanho do painel de pessoas por equipe é uma condição necessária para a racionalização da demanda à APS. O tamanho do painel deve ser estabelecido com equidade entre as diferentes equipes de modo que não haja equipes com painéis excessivos e equipes com painéis baixos. Isso leva a uma distribuição injusta entre os profissionais de saúde e afeta o ambiente de trabalho de uma organização.

Algumas estratégias podem ser utilizadas para se obterem painéis de tamanho certo. Entre elas, estão: definir um painel inicial e observá-lo ao longo do tempo; impedir que os profissionais de painéis excessivos atendam pessoas de outras equipes ou cubram ausências de outros profissionais; quando o painel é excessivo para um médico, devem-se introduzir outros profissionais não médicos na equipe; e redistribuir pessoas que estão adstritas a uma equipe com painel excessivo para outras equipes que estão com um painel baixo. Na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, foi possível aumentar significativamente a cobertura dos ACS redistribuindo o número de famílias por agente sem contratação de novos profissionais já que havia grandes distorções nos painéis expressos em número de famílias por agente (TAVARES, 2016).

Ainda que as experiências internacionais de organização do acesso à APS operem com painéis de 1.500 a 2.500 pessoas, a realidade do SUS nos coloca diante de um painel médio de 3.500 pessoas que parece muito alto. Contudo, mesmo com esse painel médio, quando se tem uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar e ofertando novas formas de encontros clínicos, pode-se chegar a bons resultados em termos de acesso. Nos casos em que o painel é muito alto, como em municípios com grandes áreas descobertas de APS, torna-se necessário desenvolver planos de contingência para enfrentar essa situação.

A definição de tamanho de painel é o número de pessoas pelas quais uma equipe é responsável.

É preciso estar atento ao fato de que painéis com o mesmo número de pessoas pode esconder diferenças significativas em função da situação de saúde. Um painel de 3.500 pessoas com percentuais de pessoas mais idosas e com uma carga maior de comorbidades é diferente de outro painel com essa mesma quantidade de pessoas, mas com menos pessoas idosas e com menos comorbidades.

O tamanho de painel apropriado é resultado de um sistema de acesso ótimo e, não uma meta em si mesma. A meta deve ser uma boa gestão de painel que se expressa na equipe sendo responsável e cuidando de uma subpopulação a ela adstrita.

A perspectiva de a equipe ter um painel adequado e equânime assegura que ela será capaz de ofertar boa atenção, em tempo oportuno, a um número razoável de pessoas a ela vinculadas. Um painel balanceado garante que a demanda por serviços não deve superar a capacidade de oferta.

O plano de gerenciamento do tamanho do painel pode ter alguns passos.

O primeiro passo é limitar o escopo da equipe, e isso se expressa em uma carteira de serviços que deve ser ofertada e em que quantidade. Os serviços a serem disponibilizados serão aqueles que efetivamente geram valor para as pessoas usuárias e suas famílias. Assim, há que se fazer uma análise da carteira de serviços vigentes para verificar se alguns serviços podem ser descontinuados ou reduzidos e outros introduzidos. Aqui, também, há que se racionalizarem os atendimentos de retorno que se farão, não segundo padrões culturais, mas por parâmetros assistenciais elaborados por estratos de riscos e definidos em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Os retornos de pessoas com menores riscos serão mais frequentes que das pessoas com maiores riscos.

O segundo passo é garantir a continuidade do cuidado por meio do princípio da suficiência na construção das RAS. Aqui a redução do retrabalho é muito importante. Uma boa distribuição das tarefas clínicas pela equipe garante a eliminação de retrabalho. Se a pessoa está agendada para atendimento por enfermeiro, ela não deve ter outro atendimento com o médico, a menos que seja indicado pelo enfermeiro. Além disso, deve-se obedecer ao princípio da longitudinalidade, que visa prestar o atendimento pela equipe à qual as pessoas estão vinculadas. É importante que a equipe faça o atendimento dos eventos agudos porque se sabe que estes atendimentos feitos em unidade de pronto atendimento geram um atendimento subsequente pela equipe de APS, o que significa desperdício de recursos e de tempo.

O terceiro passo é introduzir o autocuidado apoiado nas pessoas com condições crônicas não agudizadas. Há evidências de que o autocuidado apoiado diminui a demanda por consultas individuais face a face.

O quarto passo é estabelecer a equidade dos painéis. Se a equipe trabalha em tempo completo, ela terá um painel maior que uma equipe que opera em tempo parcial. Quando duas equipes trabalham em tempo completo e apresentam diferentes painéis e, por consequência, diferentes níveis de demanda, esforços devem ser feitos para equilibrar essas diferenças. Isso pode ser feito redistribuindo pessoas de uma equipe para outra ou fechando temporariamente a vinculação de novas pessoas às equipes de maiores painéis.

14.8 O AGENDAMENTO POR BLOCOS DE HORA

Em geral, o acesso aos serviços de saúde é materializado por meio de sistemas de agendamento das pessoas usuárias aos serviços.

Três métodos de agendamento são comumente utilizados: o agendamento em bloco, o agendamento em bloco modificado e o agendamento individual (NATIONAL ACADEMY OF ENGINEERING AND INSTITUTE OF MEDICINE, 2005).

No agendamento em bloco, as pessoas usuárias são agendadas em turnos específicos durante o dia, tais como manhã e tarde, e atendidas, em geral, por ordem de chegada. No agendamento em bloco modificado, um menor número de pessoas usuárias é agendado em períodos menores, como blocos de hora. No agendamento individual, as pessoas usuárias são agendadas para um ponto específico de tempo determinado pela oferta dos profissionais, em geral, por atendimentos a cada 15 minutos (consultas médicas às 7 horas, às 7h15, às 7h30 e assim sucessivamente).

No estudo de filas, as variáveis se apresentam de modo aleatório. Para essas variáveis existem valores médios e uma distribuição de probabilidades. Isso implica dizer que se o ritmo médio de atendimento é de 4 pessoas a cada 60 minutos, isto não significa afirmar que cada pessoa será atendida em 15 minutos, mas que o somatório dos 4 atendimentos é igual a 60 minutos.

Essa constatação teórica leva a que a forma mais virtuosa de agendamento na APS é pelo agendamento em bloco modificado, ou seja, em blocos de hora. Nesse método, tendo como base um atendimento médio de 15 minutos, grupos de quatro pessoas são agendadas para cada hora do dia (por exemplo, as 7 horas, deverão estar presentes quatro pessoas que serão ser atendidas entre 7 e 8 horas).

A vantagem do bloco de horas é que introduz uma flexibilidade na atenção atendendo às quatro pessoas com tempos diferenciados conforme as naturezas singulares de suas demandas (por exemplo, dois atendimentos de 10 minutos e dois atendimentos de 20 minutos).

Além disso, a introdução do bloco de horas no SUS tem sido um fator importante para o cumprimento da carga horária contratada pelos profissionais da APS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

14.9 A AGENDA ABERTA

A abertura da agenda é uma contribuição importante do enfoque do acesso avançado.

A organização racional do acesso à APS pressupõe um sistema de agenda aberta todos os dias para o atendimento das pessoas que buscam as unidades para a atenção e que desejam ser atendidas naquele mesmo dia.

Nos modelos clássicos de acesso avançado, essa agenda aberta pode chegar à maioria dos atendimentos (50% a 80%), especialmente nas consultas individuais. Contudo, quando se organiza o acesso, superando-se o mau *backlog* e valorizando o bom *backlog*, esse percentual deve ser menor para fugir do modelo da consultação e superar a “tirania do urgente”.

A adoção da agenda aberta na APS tem duas implicações que levam a mudanças em relação aos sistemas tradicionais de organização do acesso.

Em nenhuma circunstância, deve-se utilizar a definição de uma equipe especialmente destinada, em um turno ou em um dia, para atender exclusivamente a todas as demandas de eventos agudos. Entre outros problemas, isso lesa o atributo da longitudinalidade e realimenta a demanda porque só se atende um problema por consulta.

Além disso, devem ser eliminados mecanismos tradicionalmente aplicados, frutos da permanência de elementos remanescentes dos programas verticais de saúde pública na APS, como os agendamentos com horários reservados em dias prefixados como horário da gestante, horário para pessoas com hipertensão, horário para as crianças e outros.

Por outro lado, isso não significa reconhecer que há diferentes tipos de demandas que convocam diversos perfis de oferta que se constituem de composições tecnológicas distintas (a atenção aos eventos agudos; a atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; o cuidado paliativo; e o apoio ao autocuidado). Todos esses perfis de oferta serão oferecidos, na perspectiva da agenda aberta, sem que haja, também, fixação de horários especiais destinados a cada um deles e reconhecendo que há fluxos singulares para cada qual.

14.10 A ORDEM DE ATENDIMENTO

A ordem de atendimento tem a ver com a organização das filas nos serviços de saúde. O processo de fila é caracterizado por três elementos: o regime de chegada, o regime de serviço e a disciplina da fila. O processo de chegada é quantificado por meio da taxa média de chegada ou pelo intervalo de tempo entre chegadas sucessivas que ocorrem de maneira aleatória. O processo de atendimento é quantificado mediante o ritmo médio de atendimento e do tempo ou duração média do serviço. A disciplina da fila é a regra que define qual a próxima pessoa a ser atendida, é a ordem em que os usuários são selecionados para o atendimento.

As regras de atendimento mais utilizadas são: FIFO (*first in, first out*), em que o atendimento ocorre por ordem de chegada (primeiro a chegar, primeiro a sair); LIFO (*last in, first out*), o último a chegar será o primeiro a ser atendido; PRI (*priority service*), em que o serviço é por ordem de prioridade definido pelos profissionais de saúde; SIRO (*service in random order*), em que o atendimento aos pacientes segue uma ordem aleatória (FOGLIATTI; MATTOS, 2007).

Na APS, deve-se aplicar a regra da prioridade (PRI) porque a atenção à saúde deve priorizar as pessoas de maiores riscos, mesmo quando tenham chegado depois de pessoas de menores riscos. Isso é especialmente importante para a organização da atenção aos eventos agudos, o que implica a introdução de um sistema de classificação de riscos desses eventos para estabelecer a ordem e o tempo de atendimento por uma equipe (MACKWAY-JONES et al., 2010).

14.11 O TEMPO ESTENDIDO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O princípio da atenção centrada na pessoa, fundamental na organização do acesso à APS, significa que os sistemas de atenção à saúde devem ser estruturados para responder às necessidades das pessoas e famílias que os utilizam.

Infelizmente, nem sempre é assim; e, muitas vezes, ocorre que esses sistemas são desenhados para responder às necessidades dos prestadores de serviços de saúde e podem se expressar no tempo em que as unidades de APS ficam abertas. É comum que estejam funcionando das 7 às 17 horas; muitas vezes, fecham no horário de almoço; e, recentemente, em função da crise econômica dos municípios, uns poucos estão adotando uma prática completamente equivocada de funcionamento somente no horário da manhã, derivando as pessoas usuárias para as unidades de pronto atendimento na parte da tarde.

Assim, na organização do acesso à APS, é necessário que as unidades funcionem, no mínimo, das 7 às 19 horas, sem interrupções para o almoço. Isso é necessário para dar maior flexibilidade de atendimento às pessoas usuárias, bem como para permitir que pessoas que trabalham em tempo integral tenham tempo de chegar às unidades no final do dia.

A lógica restritiva do funcionamento das unidades de APS assenta-se na visão de senso comum de que os cuidados primários podem ser prestados, de forma alternativa, pelas unidades de pronto atendimento. Estas, em relação aos cuidados primários, deveriam destinar-se à atenção aos eventos agudos de menor complexidade (verdes e azuis segundo o sistema Manchester de classificação de risco), somente nos dias e horários em que as unidades de APS estejam fechadas.

Como se viu anteriormente, as evidências indicam que um atendimento em uma unidade de pronto atendimento é feito exclusivamente para o problema da queixa

principal e que cada atendimento nessa unidade de urgência gera outro atendimento na APS e tem um custo muito maior.

14.12 AS TECNOLOGIAS DE ALISAMENTO DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO

Melhorar o fluxo de trabalho e eliminar os desperdícios aumenta a eficiência e a efetividade da clínica da APS. Estima-se que mais de 40% do trabalho clínico é redundante ou apresenta desperdícios. Para contrapor-se a isso, várias estratégias podem ser utilizadas, como o mapa de fluxos, o ciclo de tempo do atendimento, o planejamento das consultas, a reunião da equipe, a coinstalação, a padronização dos consultórios e dos equipamentos, a identificação e remoção de gargalos, a remoção de passos intermediários, o uso de processamento *just-in-time* e o processamento de tarefas em paralelo (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

O mapa de fluxo e o ciclo de tempo do atendimento são ferramentas importantes para realizar o alisamento dos fluxos e para aumentar a eficiência do acesso à APS (BACKER, 2002).

Mapa de fluxo significa acompanhar uma pessoa em uma unidade e anotar detalhadamente o que ocorre nesse circuito desde que a pessoa o inicia até que o termine, anotando todas as observações e impressões. O objetivo é identificar gargalos e compreender suas causas para superá-los. Os principais gargalos costumam ocorrer pelo uso excessivo de papéis, por equipamentos inadequados, por espaços mal dimensionados, pelas duplicações de tarefas, por retrabalhos, por interrupções no trabalho do profissional (por exemplo, para atender chamadas telefônicas ou buscar um formulário) e por atividades que não geram valor para as pessoas usuárias. É importante registrar as observações das pessoas usuárias que são acompanhadas em seus circuitos na unidade.

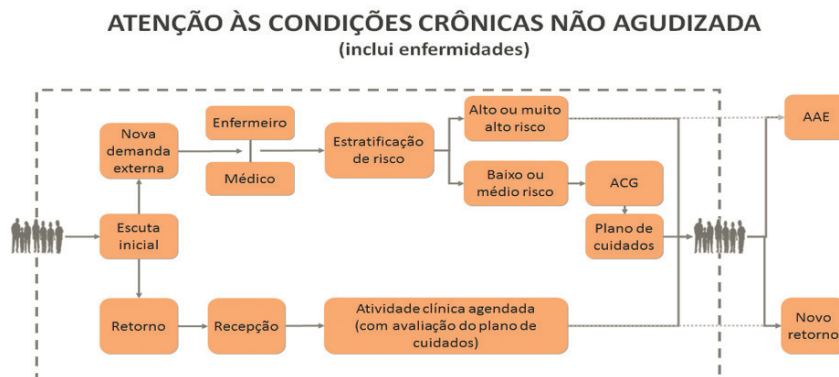
O mapa de fluxos permite uma compreensão dos processos reais, de seus problemas e de suas causas, permitindo imaginar como os processos podem ser redesenhados para garantir eficiência. O redesenho deve ser feito na perspectiva das pessoas usuárias e não dos profissionais de saúde.

Essa ferramenta possibilita identificar processos que geram valor e outros processos que não geram valor para as pessoas e que devem ser eliminados. Tem-se constatado que certos fluxos não agregam valor para as pessoas como certas pré-consultas e o preenchimento de históricos de saúde pelas pessoas usuárias (BACKER, 2002).

O mapa de fluxos deve ser feito para perfis de oferta singulares: fluxos da atenção aos eventos agudos; fluxos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; fluxos de atenção preventiva; fluxos de demandas administrativas; fluxos de atenção domiciliar; fluxos de cuidados paliativos; e fluxos de apoio ao autocuidado.

A Figura 31 mostra um mapa de fluxo normalizado da atenção às condições agudas não agudizadas.

Figura 31: Fluxo normalizado da atenção às condições crônicas não agudizadas na atenção primária à saúde



Fonte: Matos (2016)

14.13 O CICLO DE TEMPO DO ATENDIMENTO

O ciclo de tempo do atendimento baseia-se no mapa de fluxos. Ele mede a quantidade em minutos que uma pessoa despende desde que chega à unidade até que a deixa. O ciclo do tempo não inclui, nos cuidados primários, o tempo gasto no laboratório ou em serviços de apoio diagnóstico.

Essa tecnologia busca distinguir entre o tempo que a pessoa gasta diretamente com os profissionais da equipe (tempo que gera valor) do tempo que gasta em espera de atendimento com esses profissionais (tempo que não gera valor). A meta não é necessariamente reduzir o ciclo de tempo total, mas maximizar o tempo que a pessoa gasta com o atendimento direto pelo profissional. Isso é importante porque se pode aumentar o acesso das pessoas aos atendimentos, mas com incremento dos tempos de espera e das filas no interior da unidade. A meta deve ser otimizar o tempo que gera valor, diminuindo o tempo que não gera valor.

A metodologia para aplicar essa tecnologia consiste em selecionar uma amostra de 15 pessoas por semana em um determinado dia e em uma determinada hora. Deve-se usar o mesmo dia e a mesma hora de cada semana. Esse momento deve ser selecionado durante dia e hora de grande pressão de demanda na unidade, de modo a que se possa captar a verdadeira capacidade do sistema. O registro do tempo deve começar quando a pessoa inicia o atendimento até quando o termina. Se a pessoa chegar muito cedo, há que se considerar somente o tempo em que o atendimento se inicia. A coleção de dados deve parar quando as 15 pessoas são avaliadas.

Um método de medir a quantidade de tempo para cada etapa do atendimento (tempo que gera valor e tempo que não gera valor) é usar o instrumento do ciclo da pessoa usuária.

O ciclo da pessoa usuária pode ser medido de três diferentes formas: a pessoa recebe o formulário e o vai preenchendo ao longo do atendimento; o preenchimento é feito pela equipe ao longo do atendimento; ou uma terceira pessoa acompanha o atendimento e faz as anotações.

O ciclo da pessoa usuária pode ser medido por meio de um instrumento como mostrado no Quadro 12.

Quadro 12: Instrumento ciclo da pessoa usuária

Horário do atendimento: Instrução: por favor preencha o formulário anotando cada item	Hora:
1. Hora de início do atendimento (p. ex.: 13h53)	
2. Hora que o staff administrativo o atendeu	
3. Hora que deixou o membro do staff administrativo	
4. Hora que o profissional de saúde começou o atendimento	
5. Hora que o profissional de saúde terminou o atendimento	
6. Hora em que chegou ao <i>check-out</i>	
7. Hora em que deixou a clínica	
Comentários:	

Fonte Adaptado de Godfrey (2003)

O ciclo de tempo total do atendimento ideal é de 1,5 vez o tempo do atendimento profissional. Assim, se uma pessoa passa 20 minutos com um profissional, o ciclo de tempo do atendimento ideal é de 30 minutos. Em geral, um ciclo de tempo total do atendimento superior a 60 minutos indica a presença de problemas que devem ser sanados.

14.14 O PLANEJAMENTO DOS ATENDIMENTOS

O planejamento das consultas, além de ser muito efetivo, é fácil de ser implementado. Ele envolve uma verificação anterior para examinar se toda a documentação necessária à consulta está disponível. Assim, se uma consulta médica depende do resultado de um exame determinado e se ele não está disponível, faz-se um reagendamento para não se perder o tempo da consulta anteriormente agendada.

14.15 A COINSTALAÇÃO

As pessoas de uma equipe, por trabalharem juntas, devem ser localizadas em espaços contíguos ou em situação de proximidade. É o que se denomina de coinstalação que ajuda a reduzir os ruídos de comunicação e todos os seus efeitos perversos como erros, retrabalhos, atrasos e outras formas de desperdícios.

A distância física entre os passos de um processo gera atrasos, e a localização física pode afetar o tempo de processamento e causar problemas de comunicação. Assim, se a localização física de passos contíguos em um sistema é movida, de modo que estes passos estejam próximos, o trabalho pode fluir melhor de um passo a outro, reduzindo atrasos e diminuindo a necessidade de sistemas de comunicação adicionais.

Um bom exemplo de coinstalação manifesta-se em uma equipe da ESF. Uma comunicação eficiente, oportuna e frequente é essencial para o funcionamento dessa equipe, por consequência, equipes que necessitam de se comunicarem regularmente devem estar fisicamente próximas.

14.16 A PADRONIZAÇÃO DOS CONSULTÓRIOS E DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

A padronização implica reduzir variações desnecessárias em um processo.

Os consultórios devem ser padronizados em termos de espaço físico, materiais e equipamentos para gerar eficiência nos atendimentos. Na prática clínica, reduzir a variação nos consultórios e nos equipamentos e materiais significa que os profissionais não perdem tempo procurando algum item importante antes ou durante o atendimento.

A padronização dos consultórios faz-se em consonância com o conceito de consultório aberto, pelo qual um consultório pode ser utilizado por qualquer profissional em qualquer tempo em que esteja livre. Isso é diferente do trabalho clínico tradicional que aloca consultórios para uso exclusivo de determinados profissionais. A proposta de consultório aberto aumenta a flexibilidade para girar as pessoas usuárias por consultórios disponíveis melhorando o fluxo dessas pessoas e diminuindo as perdas de tempo.

Para implantar a proposta de consultório aberto, os equipamentos e os materiais utilizados devem ser padronizados. Além disso, é importante manter os consultórios com estoque de materiais a fim de evitar interrupções durante a interação clínica entre o profissional e as pessoas usuárias. Para tal, é necessário ter a lista padrão e disponibilizá-la no consultório e ter alguém com a responsabilidade de manter o consultório abastecido com os materiais padronizados. Da mesma forma, deve-se assegurar que cada consultório tenha o equipamento padronizado disponível (ter-

mômetro, esfigmomanômetro, balança, otoscópio, oftalmoscópio e outros) e em bom funcionamento para evitar interrupções no atendimento.

É preciso que haja consultórios suficientes para que todos os profissionais possam utilizá-los e que os fluxos das pessoas usuárias sejam racionalizados. Em geral, os atendimentos se fazem com o profissional fixo em um consultório e as pessoas girando. Contudo, vai-se fixando a ideia de que os profissionais devem girar por vários consultórios, o que aumentaria a eficiência do trabalho clínico.

14.17 A IDENTIFICAÇÃO E A REMOÇÃO DE GARGALOS

O gargalo é alguma coisa que restringe o fluxo das pessoas usuárias dentro e entre os sistemas clínicos. Ele ocorre quando a demanda por um recurso particular (exemplo, um consultório, um profissional ou um exame) é maior que a oferta disponível. Para gerenciá-lo, deve-se primeiro identificá-lo e, depois, remover o trabalho desnecessário incluído nele.

Todo sistema tem um gargalo denominado de passo limitante da velocidade que determina a velocidade com a qual o trabalho transita pelo sistema. Esse gargalo é usualmente o mais valioso e o mais escasso dos recursos. O foco deve estar em otimizar a oferta do gargalo limitante da velocidade, e não em buscar a otimização de cada recurso do sistema.

É muito difícil identificar um gargalo avaliando a demanda e a oferta de cada recurso porque esses elementos podem ser mascarados por gargalos de outras partes do sistema. Para identificar o gargalo, é preciso verificar onde o trabalho está se acumulando ou onde as filas estão se formando. Para identificá-lo, é preciso observar certos sinais dentro do sistema, tais como faltas de informação ou de materiais, ou onde as pessoas usuárias ou os profissionais estão esperando. Muitas vezes, pensa-se que o médico é o gargalo, mas sempre há outros fatores presentes.

Em geral, o trabalho da equipe clínica é o passo limitante da velocidade porque esses profissionais fazem coisas singulares que geram valor para as pessoas. Consequentemente, qualquer trabalho que o profissional clínico faz e que não está relacionado especificamente com suas habilidades e competências deve ser delegado a outro membro da equipe segundo o enfoque da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares.

14.18 A REMOÇÃO DE PASSOS INTERMEDIÁRIOS

Cada membro da equipe de APS que está envolvido no fluxo de pessoas ou de informações adiciona tempo ao processo e aumenta o risco de erros. Se cada renovação de receita exigir a assinatura do médico, deve-se eliminar o passo de ter um enfermeiro para revisar a solicitação ou deve-se desenvolver um sistema que não exija a assinatura do médico em cada receita.

As pessoas usuárias devem ser instruídas para, quando possível, dirigirem-se diretamente ao profissional de sua equipe no *check-in* ao invés de dirigirem-se primeiramente a uma área de recepção central a fim de eliminar um passo extra no processo.

14.19 O USO DE PROCESSAMENTO *JUST-IN-TIME*

O sistema *just-in-time* (no momento certo) foi desenvolvido originalmente para aumentar a eficiência da indústria automobilística. Com esse sistema, os produtos e as matérias primas chegam ao local de utilização somente no momento exato em que for utilizado, eliminando a necessidade de formar grandes estoques.

Um comportamento típico nas organizações de saúde para processar múltiplas tarefas diárias é deixar algumas delas de lado para processá-las mais tarde em bloco. Uma das consequências desse processamento em bloco é aumentar o número de vezes que as pessoas usuárias contactam a unidade para resolver seu problema ou imaginar que ele foi solucionado.

O tempo que se toma em renovar uma receita agora é o mesmo se isso não for feito agora porque serão X minutos agora ou em um momento posterior. Desenvolver tarefas em um processamento *just-in-time* requer ir de uma tarefa a outra rapidamente. Inicialmente, o processamento *just-in-time* parece tomar mais tempo, mas, de fato, resulta em menos trabalho.

Alguns exemplos de processamento *just-in-time* podem ser mencionados.

Faça hoje o trabalho de hoje, se o trabalho for agendamento de atendimento, responder a mensagens, renovar receitas ou preencher formulários. Um sistema que faz hoje o trabalho de hoje responde a cada demanda do dia em que foi gerada. Fazendo hoje o trabalho de hoje, reduzem-se o absenteísmo, o retrabalho e a repetição de telefones e correio eletrônico.

Registre a consulta durante ou imediatamente após sua realização. Essa atitude previne o *backlog* de registro ao final do dia de trabalho e aumenta a eficiência porque o profissional se lembra mais dos detalhes nesse momento que muitas horas depois. Esse sistema exige reservar alguns minutos adicionais ao tempo médio de consulta para que o registro seja feito durante ou no intervalo da próxima consulta. Alternativamente pode-se reservar um intervalo entre cada bloco de hora de 5 a 10 minutos para que o registro seja feito. Esse intervalo pode ser, também, utilizado para falar ao telefone ou responder a correio eletrônico, falar com outro membro da equipe ou prescrever ou renovar receitas.

As frequentes interrupções no trabalho dos profissionais criam variações desnecessárias no fluxo de tarefas, perturbam a coordenação do trabalho da equipe e contribuem para o aumento dos tempos de espera das pessoas usuárias. Con-

sequentemente, é necessário analisar as interrupções durante as consultas porque elas aumentam o tempo de atendimento e podem piorar a qualidade da relação entre o profissional e a pessoa usuária. Essa análise permite evidenciar as causas de interrupções, como a busca de um equipamento ou de um material não disponível no momento, o atendimento telefônico, a interrupção por outro membro da equipe e outras que devem ser minimizadas ou eliminadas. Um método simples de fazer essa análise é registrar em papel toda a lista de interrupções com seu tempo em minutos no curso de uma manhã ou de uma tarde de um dia normal de trabalho. Um instrumento foi desenvolvido para isso, e foi denominado de formulário de atividades não planejadas (BATALDEN, 2003).

Trata-se de um formulário simples que pode ser aplicado durante um período de atendimento como um turno diário ou um dia de trabalho por um profissional. O formulário tem o nome do profissional e a data de aplicação. O preenchimento é feito durante os atendimentos e deve registrar a razão pela qual a atenção à pessoa foi interrompida ou atrasada. O instrumento é mostrado no Quadro 13.

Quadro 13: Instrumento de atividades não planejadas

Razão	Anotação	Total
Interrupção por telefone	////////	8
Interrupção por pessoal administrativo	///	3
Interrupção por pessoal clínico	//////	6
Falta de equipamento	////	5
Falta de material	////////	7
Falta de exame	////	4
Outra razão	//	2

Fonte: Batalden (2003)

14.20 O PROCESSAMENTO DE TAREFAS EM PARALELO

A sequência rígida de passos em um processo significa que um atraso em qualquer passo interrompe inteiramente o processo. O processamento em paralelo significa que o processo total pode continuar mesmo se uma parte dele sofreu atraso. Por exemplo, uma equipe que utiliza um protocolo para vacinação contra influenza pode aplicar a vacina antes da consulta se o profissional estiver atrasado.

Para organizar o processamento em paralelo, necessita-se que os profissionais entendam perfeitamente os elementos do trabalho que fazem. Um *checklist* serve a esse propósito.

14.21 O BALANCEAMENTO DA OFERTA E DA DEMANDA

O segredo para a melhoria do acesso à APS está em alcançar o balanceamento da oferta e da demanda em uma periodicidade diária, semanal e mensal.

As equipes de APS têm mais controle sobre suas ofertas que sobre suas demandas. Isso é potencializado pelo modelo de gestão da oferta que prevalece nas organizações de saúde e que tende a privilegiar a solução para o desequilíbrio entre oferta e demanda pelo incremento da oferta.

Esse processo de balanceamento requer uma excelente compreensão da oferta e da demanda nos cuidados primários e convoca, também, um processo de comunicação eficaz em todos os níveis, em especial utilizando reuniões de equipes clínicas e administrativas.

É importante usar meios de comunicação para gerenciar, diária e semanalmente, as variações de oferta e demanda, bem como antecipar e planejar eventos sazonais.

O objetivo de fazer hoje o trabalho de hoje consiste essencialmente em balancear a demanda de hoje com a oferta de hoje.

14.22 A MEDIÇÃO E A COMPREENSÃO DA OFERTA E DA DEMANDA

A compreensão dos padrões de oferta e demanda semanais, mensais e sazonais permite salientar os esforços em racionalizar a demanda para compatibilizá-la com a oferta e/ou aumentar ou diminuir a oferta em períodos de alta ou baixa demanda.

A melhoria do acesso à APS consiste em equilibrar a oferta e a demanda, o que significa que não há maus *backlogs*, nem atrasos, quando a demanda se faz e quando os serviços são prestados.

O descompasso entre oferta e demanda não somente contribui para um atraso em atender às necessidades das pessoas usuárias, mas, também, costuma ser custosa e gerar desperdícios no sistema.

A experiência de várias organizações de saúde demonstra que a demanda não é imprevisível, ao contrário, é inteiramente previsível. De fato, a demanda por qualquer tipo de serviço pode ser acuradamente prevista com base na população, no escopo da organização prestadora e em seu particular estilo clínico.

Períodos de altas e baixas demandas podem ser antecipados, com base em uma análise de dados de demanda. Um sistema de acesso eficaz usa essas predições da demanda para organizar sua oferta segundo as necessidades das pessoas usuárias em relação aos serviços demandados.

O balanceamento da oferta e da demanda envolve medir a oferta, medir a demanda e comparar as duas.

A medida da oferta deve ser feita para todos os recursos clínicos. É importante verificar a capacidade de oferta em relação aos diferentes perfis de oferta: atenção aos eventos agudos; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; atenção preventiva; atenção às demandas administrativas; atenção domiciliar; cuidados paliativos; e apoio ao autocuidado. Da mesma forma, é preciso medir a demanda por cada tipo de perfil de oferta.

Além disso, é importante medir a demanda externa quando é feita pelas pessoas usuárias e a demanda interna que é gerada pela equipe de saúde, especialmente sob a forma de atendimentos programados de retorno (o bom *backlog*).

Em situações de desequilíbrio mostradas na comparação entre oferta e demanda, é preciso tomar medidas para racionalizar a demanda e depois racionalizar a oferta, buscando balancear esses dois elementos centrais do acesso aos serviços de saúde. Uma dica fundamental: sempre começar o trabalho de balanceamento pelo lado da demanda, e não, como é comumente feito, pelo lado da oferta.

14.23 A MEDIÇÃO DA DEMANDA DIÁRIA

A demanda diária corresponde ao número de pessoas que solicitam atendimento em um dia, sem considerar quando esta demanda foi efetivamente transformada em um atendimento. A demanda não pode ser confundida com o número de atendimentos realizados. Ela deve ser medida por cada profissional clínico e agregada pela equipe.

A demanda por agendamentos vem de duas fontes: interna e externa. A demanda interna tem como fonte a própria equipe que programa os retornos das pessoas usuárias; a demanda externa é feita pelas próprias pessoas, a distância, por correio eletrônico ou telefone, ou presencialmente na unidade de saúde. Assim: demanda = demanda interna + demanda externa.

A meta é chegar a uma demanda diária que seja igual ou menor que a oferta diária.

O plano de coleta de dados envolve a coleta diária, na mesma semana de cada mês, para cada profissional, com referência a: agendamentos diários por telefone independentemente do dia para o qual o agendamento foi realmente realizado; pessoas que chegaram presencialmente à unidade, agendadas para o mesmo dia, agendadas para os dias futuros ou referidas a outras unidades de saúde; agendamentos solicitados por correio eletrônico, por telefone ou por mecanismos centralizados de regulação; pessoas que foram referidas por outras unidades como unidades de urgência, unidades de AAE e hospitalais; e pessoas que foram agendadas no dia para retorno programado.

14.24 A MEDIÇÃO DA OFERTA DIÁRIA

A oferta diária é o número de agendamentos clínicos realizados em um dia.

O tempo de espera para um agendamento é a diferença entre o momento em que o agendamento foi solicitado e o momento em que a oferta se concretizou. É importante compreender a demanda e a oferta por agendamento quando se quer diminuir os tempos de espera.

A oferta refere-se ao total de recursos (pessoas, equipamentos, salas de atendimentos e consultórios) disponíveis em uma unidade de saúde. Quando os recursos totais são bem gerenciados, uma unidade cria oportunidades de agendamentos e/ou espaços para atendimentos das pessoas usuárias. Essas pessoas experienciam a abertura da unidade para os atendimentos na forma da disponibilidade de agendamentos. Como em muitos sistemas o tempo clínico constitui o gargalo, a capacidade de oferta é o tempo total de cada profissional clínico destinado ao agendamento.

A meta é chegar a uma oferta igual ou maior que demanda diária.

O plano de coleta de dados para a oferta diária inicia-se pelo número de profissionais clínicos disponíveis em um dado período. Então há que se medir o número de atendimentos que cada profissional é capaz de realizar na forma como o sistema está operando. Deve-se fazer isso multiplicando os agendamentos realizados por dia pelo número de dias por semana (excluindo o tempo de trabalho não clínico) para obter os agendamentos por semana. Esses cálculos mostram aproximadamente quantos agendamentos e quantos blocos de horas estão disponíveis para cada profissional.

14.25 A MEDIÇÃO DE ATENDIMENTOS A NOVAS PESSOAS USUÁRIAS

Esse número expressa a quantidade total de novas pessoas usuárias atendidas pela equipe clínica no período de um mês. A meta é que esse dado seja determinado rotineiramente em cada equipe de APS.

O plano de coleta de dados é medir o número de novas pessoas usuárias utilizando-se o prontuário clínico.

14.26 A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS

O processo de estratificação de risco da população permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidas por tecnologias e recursos específicos, segundo um sistema de estratificação.

A repercussão no acesso APS dá-se pela construção da previsibilidade e racionalização da demanda, o que é feito por meio da programação de atividades clínicas por pessoas estratificadas por riscos. Assim, a planilha de programação estabelece quantas atividades clínicas, por tipo e por ano por estrato de risco de uma condição crônica não agudizada. Isso tem uma repercussão muito positiva na organização do bom *backlog* de atividades clínicas de retorno.

De um lado, porque permite distribuir por riscos os atendimentos, segundo os parâmetros assistenciais estabelecidos nas diretrizes clínicas. Pessoas de baixos riscos terão uma concentração de atendimentos menor do que pessoas com maiores riscos. Isso não ocorre quando não se estratificam os riscos, o que leva a exageros de ofertas nas pessoas de baixos riscos e/ou a suboferta a pessoas de maiores riscos.

De outro lado, a previsibilidade permite que os atendimentos de retorno sejam distribuídos por um período anual, marcando-os para períodos mensais (fora das variações sazonais atípicas) e para variações diárias de menores pressões de demanda.

A utilização de planilhas de programação facilita o esse passo do balanceamento da oferta e da demanda, como parte da gestão das condições de saúde, conforme se discute no Capítulo 7.

14.27 A IDENTIFICAÇÃO E A ATENÇÃO ADEQUADA DAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS

As demandas de pessoas hiperutilizadoras afetam significativamente a racionalização do acesso aos cuidados primários. A utilização dos serviços de APS pode ser medida pelo número de vezes que uma pessoa utiliza, em um 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, conforme se mostra no Capítulo 10.

As pessoas hiperutilizadoras beneficiam-se do trabalho multiprofissional interdisciplinar, das novas formas de encontro clínico como o atendimento compartilhado a grupo e o grupo operativo. Portanto, não devem ser atendidas somente por consultas presenciais face a face.

É fundamental identificar as pessoas hiperutilizadoras para ajustar demanda e oferta e, também, para ofertar-lhes uma atenção que gere valor para elas.

14.28 A PROGRAMAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE RETORNO

A organização dos atendimentos programados pela equipe, especialmente para pessoas com condições crônicas não agudizadas, o bom *backlog*, deve ser feita,

conforme uma programação prévia, por retornos previstos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Esses atendimentos de retorno estão detalhados nos parâmetros assistenciais contidos nas diretrizes clínicas e devem ser feitos com um horizonte de tempo maior (seis meses ou um ano). Isso permitirá distribuir melhor a carga de trabalho e estabelecer planos de contingência para variações sazonais de determinadas condições de saúde.

Além disso, os atendimentos de retorno devem ser feitos em estações, dias e horários de menor afluxo de pessoas às unidades, detectados no diagnóstico da demanda efetiva por cuidados primários.

Os retornos devem ser discutidos com as pessoas usuárias e devem fazer sentido para elas. Se as pessoas não veem valor nos retornos, elas tendem a ausentar-se deste tipo de agendamento. Além disso, os retornos são facilitados pela qualidade do vínculo que existe entre a equipe e as pessoas a ela adstrita.

Os atendimentos de retorno devem deixar de serem feitos por razões culturais ou por mera solicitação das pessoas.

Alguns atendimentos de retorno, se desnecessários, devem ser eliminados; e outros, se necessários, em certas circunstâncias, podem ser substituídos por atividades não presenciais por telefone, por correio eletrônico ou pela presença no domicílio do ACS.

O aumento de tempo para atendimentos de retorno pode estimular o absenteísmo e, por esta razão, tem de haver uma política específica de convocação das pessoas usuárias para que compareçam aos atendimentos previamente marcados. O papel do ACS é fundamental nesse aspecto.

14.29 A REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO

A racionalização da demanda beneficia-se muito de uma política de redução do absenteísmo. Lembretes realizados pelos ACS ou por internet ou telefone devem ser feitos imediatamente antes do atendimento para diminuir as ausências aos atendimentos agendados. Ademais, pode-se aumentar o número de agendamentos em situações em que o excesso de pessoas é menor que 10% e permitir excesso de agendamentos se a equipe de saúde concorda em trabalhar até que todas as pessoas usuárias sejam atendidas.

O absenteísmo está correlacionado com demoras no acesso e com a fragilidade do atributo da longitudinalidade do cuidado que dificulta as pessoas serem atendidas pelos profissionais da equipe a que estão vinculadas. Assim, quanto menor o tempo que decorre entre a solicitação do agendamento e a data deste agendamento, menor será o absenteísmo. Da mesma forma, se as pessoas têm a possibilidade de

serem atendidas pelos mesmos profissionais ao longo do tempo, o absenteísmo será reduzido.

A diminuição do absenteísmo nas atividades clínicas de retorno exige um sistema de lembrete, com 24 horas de antecedência, sobre o agendamento realizado. As pessoas que se ausentam mais frequentemente devem ser examinadas para se conhecer a causa destas ausências.

A redução do absenteísmo pode ser medida pelo percentual de agendamentos para os quais as pessoas usuárias não compareceram. A fórmula para essa medição é o número total de agendamentos com falta das pessoas agendadas dividido pelo número total de agendamentos disponíveis, multiplicado por 100. A meta a ser alcançada é de 50% de redução em todas as atividades clínicas.

O plano de coleta de dados é contar, no último dia útil de cada mês, para cada profissional de saúde ou atividade clínica de grupo, o número de agendamentos totais disponíveis no mês (denominador) e o número total de pessoas que faltaram à atividade agendada (numerador).

A redução do absenteísmo deve ser uma política deliberada na APS, e para implantá-la, conseqüentemente, algumas atitudes são importantes.

Conhecer as pessoas usuárias. Em unidades em que a percepção é de que o número de ausências às atividades é relativamente pequeno em relação à população total, é necessário examinar mais detidamente as causas destas ausências que podem ser por falta de transporte, lapsos de memória ou outras causas.

Muitas vezes, o absenteísmo está correlacionado com o número de agendamentos que são cancelados pela equipe de APS. Dessa forma, devem ser evitados esses cancelamentos.

O absenteísmo tem a ver com os atendimentos de retorno. Isso não deve ser considerado para eliminar ou diminuir os retornos que constituem o bom *backlog* e que são essenciais no manejo adequado das condições crônicas.

14.30 O REFORÇO DE UMA POLÍTICA DE ATENDER MAIS DE UM PROBLEMA DURANTE UM ATENDIMENTO

Um sistema adequado de acesso à APS tem como objetivo fortalecer o princípio da longitudinalidade do cuidado. Ou seja, deve-se garantir que as pessoas tenham acesso preferencialmente aos profissionais da equipe a que estão vinculadas. Isso é importante na perspectiva sanitária, mas, também, econômica, uma vez que uma pessoa atendida fora de sua equipe irá buscar, quase sempre, um novo atendimento com os seus profissionais e tenderá a ter um atendimento centrado em um único problema.

A clínica da atenção primária tem características próprias. Essa é uma clínica de problemas, e não uma clínica de diagnósticos. Isso significa que, na APS, não se trabalha com o modelo da queixa conduta devendo-se, em um mesmo momento clínico, explorar vários problemas. Esse é o conceito ligado à oportunidade do atendimento clínico.

A ampliação dos problemas a serem abordados em um encontro clínico traz vantagens para as pessoas usuárias, reduzindo o custo de oportunidade de se apresentarem muitas vezes a um atendimento e contribui significativamente para a redução da demanda e dos custos da atenção.

Essa política de aproveitar o tempo clínico para abordar mais de um problema deve ser estimulada na equipe. Cada pessoa com evento agudo que deixa de ser vista por uma equipe de APS para ser atendida em uma UPA significa um atendimento de um só problema que, ainda, costuma gerar outro atendimento na unidade de cuidados primários; o que, além de empobrecer o cuidado clínico e aumentar o custo da atenção, representa uma sobrecarga de demanda no sistema de atenção à saúde.

Uma boa clínica da APS sempre opera com a pergunta: há algo mais que gostaria de me dizer ou de discutir comigo?

Da mesma forma, deve-se sempre buscar saber se uma pessoa a ser atendida já tem um agendamento para outra data. Nesse caso, há que se verificar a necessidade desse novo agendamento ou se essa necessidade pode ser coberta no primeiro agendamento.

O uso de um *checklist* de cuidados preventivos pode antecipar necessidades futuras de pessoas já agendadas que podem ser atendidas no momento de uma consulta, otimizando o custo de oportunidade da atenção à saúde.

14.31 A CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS AOS ATENDIMENTOS PRESENCIAIS FACE A FACE

Neste campo, estarão desenvolvendo-se medidas sugeridas pelo enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial, analisado anteriormente, como a utilização de consultas médicas ou de enfermagem por telefone ou por correio eletrônico; uso de telefone para o monitoramento dos planos de cuidado; uso de alternativas de gerenciamento de demandas administrativas, como a renovação de receitas, que minimizem o atendimento presencial face a face; e uso de instrumentos de teleassistência que permitam manejar complementarmente as condições crônicas não agudizadas. Para que isso possa ocorrer, é preciso haver disponibilização de correio eletrônico institucional, disponibilização de correios eletrônicos dos profissionais da equipe e disponibilização de chat para diálogo entre a equipe e as pessoas usuárias.

Além disso, devem ser introduzidas na rotina da clínica da APS novas formas de atendimento, como a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, os grupos operativos e outras (MENDES, 2012), conforme se discute no Capítulo 10. A oferta desses atendimentos amplia capacidade de oferta dos cuidados primários. Essas atividades devem ser agendadas para aqueles horários em que há menor pressão de demanda para a equipe.

14.32 O GERENCIAMENTO DAS VARIAÇÕES DA DEMANDA E DA OFERTA: OS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Um dos pontos importantes para a organização do acesso à APS é a elaboração de planos de contingência para situações de aumento da demanda ou diminuição da oferta.

A demanda à APS apresenta variações sazonais. No Brasil, ainda que com diferenças regionais, há variações de demanda por problemas das vias aéreas superiores no inverno e por arboviroses no verão (dengue, zika e febre chikungunya). A demanda por essas doenças é significativamente maior em determinados períodos, o que pode constranger o tempo dedicado ao atendimento de outras demandas, gerando uma acumulação de mau *backlog* com todas as suas consequências. Como esses períodos estão bem estabelecidos, pode-se criar previsibilidade para essa demanda aumentada, sem que esse aumento leve a uma situação caótica na unidade de APS.

Esse gerenciamento da demanda sazonal tem a ver com uma programação inteligente da demanda direta da equipe por atendimentos de retorno. Como os retornos devem ser programados de acordo com os parâmetros assistenciais estabelecidos nas diretrizes clínicas e, muitos deles, são de prazos mais longos, nesses períodos de aumento sazonal da demanda, devem ser diminuídos, ao máximo possível, esses agendamentos feitos diretamente pela equipe da APS.

É importante gerenciar a variação na oferta que pode variar tanto quanto ou até mais que a demanda. A variação na oferta pode resultar de doenças inesperadas de profissionais, por ausências ao trabalho por outros motivos que não doenças, por férias, por greves, por obras de reformas na unidade e por outras intercorrências.

Essas variações na demanda e na oferta que ocorrem como parte do dia a dia da APS criam problemas que devem ser respondidos por planos de contingência (INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

Mesmo que haja um equilíbrio entre demanda e oferta, haverá momentos de aumento da demanda, sejam esperados como nas variações sazonais, sejam inesperados como um aumento da procura por serviços em um determinado dia. Para melhor gerenciar as variações de oferta e demanda em uma base diária, há que se desenvolverem planos de contingência para diversas situações.

Certo número de situações ocorre de forma relativamente infrequente, mas não completamente inesperada, como uma mãe que tinha um filho com consulta agendada e que traz outro filho que também está necessitando de atendimento naquele momento. Assim, para evitar distúrbios no fluxo normal da unidade, é preciso desenvolver planos de contingência que estabeleçam protocolos padronizados a serem seguidos nessas situações, bem como definam claramente as responsabilidades de cada membro da equipe nesse processo (como proceder em casos de ausência inesperada de um profissional, em caso de férias, em casos de ausência para uma reunião de trabalho fora da unidade e outras situações).

Costuma acontecer uma ausência súbita de um profissional da equipe e pode ser de curto prazo (ausência por doença de um dia) ou de longo prazo. Por exemplo, em uma ausência inesperada de um dia, o plano de contingência pode prever uma reunião rápida da equipe para identificar quem vai cobrir o colega ausente para aquelas pessoas que não aceitam ter seu atendimento adiado para outro dia. Da mesma forma, a substituição dos profissionais em férias deve ser prevista em planos de contingência.

Uma das ocorrências comuns em uma unidade de APS é a pessoa que chega atrasada ao atendimento. Deve haver um protocolo claro de como se portar nessas situações.

Planos de contingência devem ser feitos para variações sazonais a fim de enfrentar essas situações previsíveis. Por exemplo, em uma epidemia de dengue, pode-se organizar, em uma unidade de APS, um fluxo rápido (*fast track*), com uma equipe especial, para atender pessoas com suspeita da doença, conforme protocolo específico. Com isso, outros profissionais poderiam continuar um atendimento conforme agendamentos previamente realizados.

14.33 O GERENCIAMENTO DO TEMPO DOS PROFISSIONAIS

Há um pressuposto para a organização do acesso à APS: os profissionais devem cumprir o horário diário de 8 horas de trabalho, de segunda a sexta-feira. Em casos da presença de servidores com carga horária de 20 horas, o sistema de agendamento deve prever essa situação.

Uma das medidas efetivas para a racionalização da oferta é o gerenciamento do tempo contratado com os profissionais. É comum que profissionais contratados para 8 horas de trabalhos diários não cumpram efetivamente esse tempo. Às vezes, em instituições mais voltadas para o atendimento das demandas dos profissionais do que da população, as 8 horas de trabalho são transformadas em 32 consultas por dia que, terminadas, levam ao fim do trabalho diário sem o cumprimento total da carga horária contratada.

Para que o acesso à APS seja organizado, é fundamental que os gestores exijam dos profissionais o cumprimento do tempo contratado. Certamente, é preferível que toda a equipe trabalhe com uma carga de trabalho de 8 horas diárias. Isso é fundamental para que o sistema de agendamento por blocos de hora seja efetivado.

A prática tem demonstrado que a adoção de ponto eletrônico, utilizado de forma adequada e transparente, ajuda o gerenciamento do tempo dos profissionais.

Além de garantir a presença integral no horário contratado, o gerenciamento do tempo dos profissionais implica garantir que um percentual máximo do tempo contratado seja utilizado em atividades clínicas que gerem valor para as pessoas usuárias. Como exemplo, o tempo do médico deve ser maximizado em encontros clínicos, tentando diminuir, ao máximo, outras atividades, especialmente de tipo administrativo.

Certamente que se deve planejar um tempo para educação permanente e para reuniões de equipe em tempo protegido.

14.34 O AUMENTO DA OFERTA POR NOVOS INVESTIMENTOS

Após a realização de todas as racionalizações do lado da demanda e da oferta, em certas circunstâncias, ainda poderá permanecer um desequilíbrio entre oferta e demanda.

Nesses casos, justifica-se elaborar um projeto de investimento para incremento da capacidade de oferta de serviços, seja na contratação de novos profissionais, seja na ampliação das instalações físicas ou na aquisição de novos equipamentos.

Devem estar bem estabelecidas estruturas comunicacionais como a comunicação rotineira por papel, a comunicação eletrônica, a comunicação rápida face a face com interação verbal entre os membros da equipe e reuniões da equipe, bem como processos comunicacionais como oferta de feedbacks e técnicas de resolução de conflitos.

14.35 A AUTOAVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS EQUIPES

Uma questão central no trabalho em equipe de APS é a avaliação das percepções da satisfação dos seus membros. Para isso, podem ser usados alguns instrumentos já testados com sucesso.

Um instrumento muito utilizado para a avaliação do trabalho em equipe tem suas bases na teoria do comportamento interpessoal de Schutz (1958) e é denominado FIRO: fundamental interpersonal relations orientation. Esse instrumento tem sido utilizado na avaliação das equipes de APS pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (TAKEDA, 2012b).

Outro instrumento que pode ser utilizado é proposto por Godfrey et al. (2004), como se vê no Quadro 14.

Quadro 14: Instrumento de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe

Instrumento de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe				
1. Eu sou tratad@ com respeito, todos os dias, pelas pessoas que trabalham nesta unidade.				
<input type="checkbox"/> CONCORDO PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> CONCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO PLENAMENTE	
2. Eu recebo tudo que necessito, materiais, instrumentos, equipamentos e motivação para desempenhar meu trabalho.				
<input type="checkbox"/> CONCORDO PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> CONCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO PLENAMENTE	
3. Quando faço um bom trabalho, alguém na unidade reconhece que eu o fiz.				
<input type="checkbox"/> CONCORDO PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> CONCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO PLENAMENTE	
4. Quão estressante é trabalhar nesta unidade?				
<input type="checkbox"/> MUITO ESTRESSANTE	<input type="checkbox"/> MEDIANAMENTE ESTRESSANTE	<input type="checkbox"/> POUCO ESTRESSANTE	<input type="checkbox"/> NÃO ESTRESSANTE	
5. Quão tranquilo é perguntar a alguém a respeito de atender às pessoas?				
<input type="checkbox"/> MUITO FÁCIL	<input type="checkbox"/> FÁCIL	<input type="checkbox"/> DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> MUITO DIFÍCIL	
6. Como você classifica o moral da equipe e suas atitudes no trabalho nesta unidade?				
<input type="checkbox"/> EXCELENTE	<input type="checkbox"/> MUITO BOM	<input type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> RAZOÁVEL	<input type="checkbox"/> RUIM
7. Esta unidade hoje é melhor para se trabalhar do que um ano atrás.				
<input type="checkbox"/> CONCORDO PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> CONCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO PLENAMENTE	
8. Eu recomendo esta unidade como um local muito bom para se trabalhar.				
<input type="checkbox"/> CONCORDO PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> CONCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO PLENAMENTE	
9. O que poderia tornar esta unidade melhor para as pessoas usuárias?				
10. O que poderia tornar esta unidade melhor para os profissionais que trabalham aqui?				
Fonte: Godfrey et al (2004)				

14.36 A DIVISÃO DE TAREFAS NAS EQUIPES

A divisão das tarefas por função dos membros das equipes da APS deve estar, em boa parte, definida nas diretrizes clínicas baseadas em evidências.

A composição de cada equipe surge da discussão de como ela decide balancear a oferta e a demanda. A equipe deve compreender os serviços que provê e decidir quem deveria estar envolvido no trabalho e como o trabalho deveria ser dividido entre seus membros. Esse trabalho começa pela racionalização da demanda e depois da oferta, o que é diferente de estabelecer um padrão arbitrário de equipe e então tentar ajustar a demanda a este padrão.

É necessário que haja um planejamento prévio para cada função-chave de atenção em que fiquem bem claros os papéis de cada membro da equipe. Para isso, sugere-se a utilização de uma folha de distribuição das tarefas nas equipes que deve ser construída, em conjunto, por todos os seus membros. É o que se mostra no Quadro 15.

Quadro 15: Instrumento de distribuição da função e suas tarefas pela equipe da atenção primária à saúde

Função	Médico	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	ACS	Pa	Pb	Pn
Tarefa 1							
Tarefa 2							
Tarefa 3							
Tarefa 4							
Tarefa 5							

Pa, Pb, Pn: Outros profissionais

Fonte: Mendes (2012).

Um conceito-chave para estabelecer as responsabilidades clínicas que otimizam o trabalho da equipe é ter todos os seus membros trabalhando no mais alto nível de expertise e habilidade. Isso deve presidir a divisão de tarefas entre todos os membros de uma equipe. A satisfação dos profissionais tende a aumentar quando eles se sentem confortáveis com seus papéis e responsabilidades.

A otimização do trabalho de uma equipe requer uma clara concepção das necessidades e das demandas das pessoas usuárias de tal forma que as demandas dessas pessoas possam ser balanceadas adequadamente com o cuidado prestado pela equipe (oferta). Isso requer a elaboração e uso de claras descrições de trabalho com definição de competências bem estabelecidas e com atividades educacionais para viabilizá-las na prática (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

14.37 O CROSS-TRAINING DA EQUIPE

O *cross-training* é a oportunidade dada aos profissionais para experimentar áreas diferentes da que eles atuam, proporcionando uma visão geral de todo o processo, o que permite que a equipe possa assumir diferentes trabalhos quando necessários.

A habilidade de uma clínica em responder a variações inesperadas de demanda e de oferta depende da flexibilidade da equipe em ajustar suas responsabilidades diante desses eventos. O *cross-training* não nega a importância de cada membro da equipe estar trabalhando no seu mais alto nível, mas provê uma opção para que um profissional desempenhe papéis de outro em situações inesperadas.

Para desenvolver uma equipe flexível e efetiva, deve-se prover algum grau de *cross-training* de modo que a equipe possa responder às variações rápidas de demanda e oferta ou a eventos inesperados. Como exemplos, profissionais que podem cobrir responsabilidades na equipe quando necessário, profissionais diferentes para participar de atendimentos compartilhados a grupo ou grupos operativos, profissionais diferentes capacitados a fazer exame de pés nas pessoas com diabetes ou profissionais diferentes capacitados a monitorar planos de autocuidado (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

14.38 A REDUÇÃO DA VARIAÇÃO NOS ESTILOS E NOS TEMPOS DE ATENDIMENTOS ENTRE OS PROFISSIONAIS

Há muitas variações nos estilos e nos tempos de atendimentos entre membros de uma equipe e entre equipes distintas de uma mesma unidade de APS que interferem nos fluxos de pessoas usuárias e de atendimentos profissionais. Discussões abertas nas equipes sobre como o trabalho é feito podem ajudar a identificar oportunidades de estabelecer padrões que promovem eficiência no acesso (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

14.39 AS REUNIÕES DA EQUIPE

Reuniões periódicas de equipes são fundamentais para aumentar a eficiência do acesso à APS (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

Uma estratégia eficaz é fazer uma reunião rápida da equipe antes de se iniciarem os atendimentos do dia, envolvendo, também, pessoal administrativo, para repassar a agenda do dia e identificar maneiras de fazer os fluxos correrem bem e, se necessário, elaborar planos de contingência para demandas inesperadas daquele dia. Essa reunião é feita em frente a um quadro de agendamentos, de maneira informal, inclusive para ganhar tempo, com as pessoas de pé.

Essa reunião tem como objetivo examinar todos os agendamentos do dia, antecipar as necessidades das pessoas marcadas para aquele dia e elaborar rapidamente um plano de contingência para uma situação inesperada. Por exemplo, a equipe pode discutir que pessoas que agendaram e não estarão presentes naquele dia (pessoas que cancelaram o agendamento ou que foram atendidas na semana anterior e não necessitam de retorno), que materiais e equipamentos deverão estar presentes nos consultórios e que serviços adicionais a equipe deve prover a uma pessoa que será atendida hoje de modo a tornar um retorno menos provável no curto prazo.

Outra estratégia, complementar à reunião rápida, é a reunião semanal da equipe. São reuniões de toda a equipe, com maior duração, previamente agendadas para todo o ano. Essas reuniões valem-se muito das experiências das reuniões rápidas diárias, e, nelas, a equipe concentra-se em avaliar e planejar seus papéis e responsabilidades, bem como em discutir as oportunidades para a melhoria do trabalho. Por exemplo, as reuniões rápidas definiram algum problema crítico no prontuário clínico e isso deve ser tratado, com maior profundidade, na reunião semanal.

Na última reunião semanal, deve-se fazer um planejamento dos agendamentos para o próximo mês. Nela se revê a oferta real para o mês seguinte, estabelece-se a demanda e desenvolvem-se planos de contingência para superar os eventuais desequilíbrios entre oferta e demanda para aquele mês. Por exemplo, planos de contingências de redução de oferta por eventos inesperados como adoecimento de um membro da equipe e de faltas de materiais ou equipamentos ou de espaços para atendimentos clínicos.

14.40 A AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO PELAS PESSOAS USUÁRIAS

Um dos objetivos do acesso à APS é reforçar o atributo da longitudinalidade do cuidado, e isso pode ser medido pela satisfação das pessoas usuárias com a atenção recebida por profissionais da equipe a que estão vinculadas. Esse indicador de satisfação refere-se à possibilidade de uma pessoa ter sido atendida por um membro da sua equipe que ela queria ver hoje.

A fórmula é: número de pessoas respondendo sim à questão da pesquisa: você foi atendido(a) pelo profissional da sua equipe que você queria ser atendido(a) hoje? dividido pelo número total de pessoas pesquisadas, multiplicado por 100. A meta é ter 80% ou mais de pessoas entrevistadas com resposta sim.

O plano de coleta de dados consiste em criar um questionário com uma única pergunta: você foi atendido(a) pelo profissional da sua equipe que você queria ser atendido(a) hoje: sim ou não?

Deve-se escolher uma semana de cada mês, selecionar randomicamente 50 pessoas e aplicar o questionário no *check-out* da unidade.

14.41 A AVALIAÇÃO DO ACESSO

É importante medir a satisfação do acesso à APS. Isso deve ser feito por tipo de acesso: acesso por telefone, acesso por internet e acesso presencial na unidade de APS.

A fórmula é: número de pessoas que consideram o acesso como excelente, dividido pelo número total de pessoas pesquisadas, multiplicado por 100.

A meta é ter 80% ou mais das pessoas entrevistadas com resposta excelente.

Outra meta deve ser aumentar relativamente os atendimentos a distância (por telefone ou internet) diminuindo os atendimentos presenciais. A razão disso é que os atendimentos presenciais na unidade apresentam custos de oportunidade muito altos para as pessoas.

O plano de coleta de dados consiste em criar um questionário com uma única pergunta: como você considera sua experiência recente de agendamento por telefone, por internet ou presencial na unidade: ruim, regular, boa, excelente?

Deve-se escolher uma semana em cada mês, selecionar randomicamente 50 pessoas para cada tipo de agendamento e aplicar o questionário no *check-out* da unidade.

14.42 AVALIAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA POR ATENDIMENTO

O objetivo é medir a satisfação das pessoas com o tempo de espera para obter o atendimento hoje (tempo decorrido entre a solicitação e o atendimento efetivo).

A fórmula é: número de pessoas que consideram o tempo de espera excelente, dividido pelo total de pessoas entrevistadas, multiplicado por 100.

O plano de coleta de dados consiste em criar um questionário com uma única pergunta: como você considera o tempo de espera para o atendimento realizado hoje: ruim, regular, bom ou excelente?

Deve-se escolher uma semana em cada mês, selecionar randomicamente 50 pessoas e aplicar o questionário no *check-out* da unidade.

REFERÊNCIAS

AHLUWALIA, S.; OFFREDY, M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. **BMC FamilyPractice**, v. 6, n. 39, 2005. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-6-39>. Acesso em: 12 jul. 2009.

ALEXANDER, G. C. et al. Physician in retainer (concierge) practice: a national survey of physician, patient, and practice characteristics. **Journal of General Internal Medicine**, v. 20, n. 12, p. 1079-1083, 2005.

ALMEIDA, C. et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **International Journal of Health Services**, v. 30, n. 1, p. 129-162, 2000.

ALMEIDA, F. N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

ALTSCHLER, J. et al. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physician with team-based task delegation. **Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 5, p. 396-400, 2012.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Emergency department crowding: high-impact solutions**. Irving: American College of Emergency Physicians, 2008.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, M. V. et al. **Equidade na saúde: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

ANGELES, R. N. et al. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. **Canadian Journal of Diabetes**, v. 35, n. 4, p. 344-352, 2011.

ANHANG, P. R. et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical Care Research and Review**, v. 71, n. 5, p. 522-554, 2014.

ARROJO, J. J. C.; FABI, L. F. Impacto do acesso avançado na capacidade de oferta futura em unidade básica de saúde do município de São Paulo. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 47, S5, 2014.

ASFOR, A. T. P. et al. Implantação do acesso avançado como medida resolutive ao absenteísmo às consultas programadas. Gramado: **Anais do Congresso Sul Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, 2014.

BACKER, L. A. Strategies for better patient flow and cycle time. **Family Practice Management**, v. 9, n. 6, p. 45-50, 2002.

BARRET, J. et al. CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: **Canadian Health Services Research Foundation**, 2007.

BATALDEN, P. B. et al. Unplanned activity card. Hanover: **Trustees of Dartmouth College**, 2003.

BAUMGARTEN, A. et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 353-362, 2015.

BECK, R. G.; HORNE, J. M. Utilization of publicly insured public health services in Saskatchewan before, during and after copayment. **Medical Care**, v. 18, n. 8, p. 787-806, 1980.

BELARDI, F. G. et al. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. **Family medicine**, v. 36, n. 5, p. 341-345, 2004.

BENATAR, D. et al. Outcomes of chronic heart failure. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 3, p. 347-352, 2003.

BENNETT, K. J.; BAXLEY, E. G. The effect of a carve-out advanced access scheduling system on no-show rates. **Family medicine**, v. 41, n. 1, p. 51-56, 2009.

BERGESON, S. C.; DEAN, J. D. A systems approach to patient-centered care. **JAMA**, v. 296, n. 20, p. 2848-2851, 2006.

BLERMAN, E. et al. Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. **Studies in health technology and informatics**, n. 77, p. 327-332, 2000.

BLEUSTEIN, C. et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. **American Journal of Managed Care**, v. 20, n. 5, p. 393-400, 2014.

BODENHEIMER, T. Transforming practice. **New England Journal of Medicine**, v. 359, p. 2086-2089, 2008.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH K. **Improving chronic care**: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books/McGraw Hill, v. 81, n. 1, p. 50, 2007.

BODENHEIMER, T. et al. The science of high-performing primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 2, p. 166-171, 2014.

BODENHEIMER, T. et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. **JAMA**, v. 288, n. 19, p. 2469-2475, 2002.

BODENHEIMER, T.; LAING B. Y. The teamlet model of primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 5, n. 5, p. 457-461, 2007.

BOISJOLY, H. et al. Reducing wait time for cataract surgery: comparison of 2 historical cohorts of patients in Montreal. **Canadian Journal of Ophthalmology/Journal Canadien d'Ophthalmologie**, v. 45, n. 2, p. 135-139, 2010.

BRANDENBURG, L. et al. Innovation and best practices in health care scheduling. **NAM Perspectives**. Discussion Paper. Washington, DC: National Academy of Medicine, 2015. Disponível em: <http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2015/Innovation-and-Best-Practices-in-Health-Care-Scheduling.aspx>. Acesso em: 28 set. 2016.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health system**. London: Palgrave, 2015.

BROUSSEAU, D. C. et al. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 158, n. 1, p. 78-82, 2004.

BUNDY, D. G. et al. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 82-87, 2005.

BUSSE, R. et al. **Mapping health services access: national and cross-border issues**. Health Access Project, European Union, 2006.

CAMPINO, A. C. C. et al. **Poverty and equity in Latin America and Caribbean: results of country-case studies from Brazil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Mexico and Peru**. Washington: The World Bank, PNUD and OPAS, 1999.

CARR-HILL, R. et al. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B. et al. (Editors). **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

CASTRO, M. S. M. et al. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

CHAUDHRY, S. I. et al. Telemonitoring in patients with heart failure. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 363, n. 24, p. 2301-2309, 2010.

CHERNIACK, E. P. et al. The use of open-access scheduling for the elderly. **Journal for Healthcare Quality**, v. 29, n. 6, p. 45-48, 2007.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COATES, A. S. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1112-1113, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 26, p. 58, 6 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da atenção à saúde**: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.

COUNCIL, M. H. **Annual report on the performance of the Massachusetts health care system**. Boston: Center for Health Informatics and Analysis, 2014.

CULYER, A. J.; WAGSTAFF, A. Equity and equality in health and health care. **Journal of health economics**, v. 12, n. 4, p. 431-457, 1993.

CUNNINGHAM, P. J. et al. The use of hospital emergency departments for non-urgent health problems: a national perspective. **Medical care research and review**: MCRR, v. 52, n. 4, p. 453-474, 1995.

DARKINS, A. P. et al. Care coordination/home telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions. **Telemedicine and e-Health**, v. 14, n. 10, p. 1118-1126, 2008.

DEPARTMENT OF DEFENSE. **Military health system review**. Washington: Department of Defense, 2014.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. **Access audit**: system-wide review of access. Washington: U.S. Department of Veterans Affairs; 2014.

DEVARAJ, S. et al. Examining the impact of information technology and patient flow on healthcare performance: a theory of swift and even flow (TSEF) perspective. **Journal of Operations Management**, v. 31, n. 4, p. 181-192, 2013.

DIAS, R. B.; NOGUEIRA, F. P. S. Trabalho em equipe. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUBOIS, C. A.; SINGH, D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. **Human Resources for Health**, v. 7, n. 87, 2009.

EMONT, S.; EMONT, N. **Evaluation of the optimizing primary care collaborative**. Dansbury: California HealthCare Foundation, 2009.

EVANS, R. G. User fees for health care: why a bad idea keeps coming back. **Canadian Journal on Aging**, v. 14, n. 2, p. 360-390, 1995.

FARACO, F. S. et al. **Implantação da APS na UNIMED Guarulhos: novo modelo de atenção à saúde do sistema UNIMED**. Guarulhos, 2015. Disponível em: www.unimed.coop.br/pct/serviet/ServietDownload?id=MjE0NzUyMjQ5NA. Acesso em: 13 mar 2016.

FOGLIATTI, M. C.; MATTOS, N. M. C. **Teoria de Filas**. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2007.

FONDATION CANADIENNE POUR L'AMELIORATION DES SERVICES DE SANTÉ. **A bas les mythes: les tickets modérateurs garantissent une meilleure utilisation des services de santé**. Ottawa: FCASS, 2012.

FOURNIER, J. et al. Advanced access decreases wait times in primary health-care. **Healthcare Quartely**, v. 15, n. 1, p. 64-68, 2012.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Pública de México**, v. 27, n. 3, p. 438-453, 1985.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. L. et al. **Health services research: an anthology**. Washington: Pan American Health Organization, 1992.

GODFREY, M. M. (Editor). **Clinical microsystem action guide**. Hanover: Trustees of Dartmouth College, 2004.

GODFREY, M. M. et al. Patient cycle tool. Hanover: **Trustees of Dartmouth College**; 2003.

GOITEN, M. Waiting patiently. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 323, n. 9, p. 604-608, 1990.

GOODALL, S. et al. Implementation of advanced access in general practice: posted survey of practices. **British Journal of General Practice**, v. 56, n. 533, p. 918-992, 2006.

GREENBLATT, J. **Access to urgent medical care, 2001**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

GROSSMAN, C.; TAVARES, M. Consultas por telefone como recurso em atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GRUMBACH, K. Redesign of the health care delivery system: A Bauhaus “form follows function” approach. **JAMA**, v. 302, n. 21, p. 2363-2364, 2009.

GULLIFORD, M. et al. What does access to health care mean? **Journal of health services research & policy**, v. 7, n. 3, p. 186-188, 2002.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2)**. 2009. São Paulo: Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2009.

GUTTMANN, A. et al. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. **British Medical Journal**, v. 342, d2983, 2011.

HALL, R. et al. Patient flow: reducing delay in healthcare delivery. New York: **Springer Science & Business Media**, 2013.

HALLAM, L. You’ve got a lot to answer for, Mr. Bell: a review of the use of the telephone in primary care. **Family practice**, v. 6, n. 1, p. 47-57, 1989.

HEALTHWATCH GLOUCESTERSHIRE. **GP Access Report**. 2014. Disponível em: www.issuu.com. Acesso em: 25 abr. 2015.

HILL, R. Queing methods for services and manufacturing. **Englewood Cliffs**, 1991.

HOFFMAN, K. A. et al. Improving substance abuse data systems to measure “waiting time to treatment: lessons learned from a quality improvement initiative. **Health Informatics Journal**, v. 17, n. 4, p. 256-265, 2011.

HOLTHAUSEN, A.; GOLDBERG, F. Da arte de ser médico. **Veja**, n. 11, p. 72-73, 2017.

HSU, C. K. et al. Spreading a patient-centered medical home redesign: a case study. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 35, n. 2, p. 99-108, 2012.

HUGHES, G. Four hour target for EDs: the UK experience. **Emergency Medicine Australasia**, v. 22, n. 5, p. 368-373, 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Advanced access**: reducing waits, delays, and frustrations on Maine. Boston, MA, 2006. Disponível em: <http://www.ihc.org/resources/Pages/ImprovementStories/AdvancedAccessReducingWaitsDelaysandFrustrationinMaine.aspx>. Acesso em: 27 mar. 2009.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Optimizing patient flow**: moving patients smoothly through acute care settings. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2003.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Resources**. Boston, 2019. Disponível em: www.ihc.org/resources/Pages/default.aspx. Acesso em: 12 nov. 2019.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Third next available appointment**. Boston, MA, 2014. Disponível em: <http://www.ihc.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx>. Acesso em: 13 ago. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Access to health care in America**. Washington: The National Academies Press, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access**: getting to now. Washington: The National Academies Press, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

JEMIAI, N. et al. An overview of cost sharing for health services in the European Union. **Euro Observer**, v. 6, n. 3, p. 1-4, 2004.

KAISER FAMILY FOUNDATION. **Women's health in United States:** health coverage and access to care. Menlo Park: Kaiser Family Foundation, 2002.

KATHERINE, D. R. et al. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Archives of internal medicine**, v. 171, n. 13, p. 1150-1159, 2011.

KIM, C. S. et al. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? **Journal of Hospital Medicine**, v. 1, n. 3, p. 191-199, 2006.

KIM, C. S. et al. Creating value in health care: the case for Lean thinking. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v. 16, n. 12, p. 557-562, 2009.

KIM, H. S.; OH, J. A. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. **Journal of advanced nursing**, v. 44, n. 3, p. 256-261, 2003.

KNIGHT, A. W. et al. Reduced waiting times for the GP: two examples of advanced access in Australia. **MJA**, v. 183, n. 2, p. 101-103, 2005.

KRUGER, D. F. et al. Effect of modern transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestational diabetes mellitus. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 15, n. 8, p. 371-375, 2003.

LaFRAMBOISE, L. M. et al. Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. **Family and community health**, v. 26, n. 4, p. 275-288, 2003.

LAMB, A. Why advanced access is a retrograde step. **British Journal of General Practice**, v. 52, p. 1035, 2002.

LANDSBERG, G. et al. Análise da demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LASSER, K. E. et al. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 16, n. 3, p. 475-486, 2005.

LEAL, A. E. B. et al. **Acesso avançado:** um caminho para a integridade na atenção básica. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, 2015.

LEAL, M. C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEE, E. K. et al. Transforming hospital emergency department workflow and patient care. **Interfaces**, v. 45, n. 1, p. 58-82, 2015.

LEVESQUE, J. F. et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 18, 2013.

LIPPMAN, H. Same-day scheduling. **Hippocrates**, v. 2, p. 49-53, 2000.

LITVAK, E. **Managing patient flow in hospitals**: strategies and solutions. Oak Brook: Joint Commission Resources, 2009.

LITVAK, E. Reengineering flow through the primary care office. In: INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access**: getting to now. Washington: The National Academies Press, 2015.

LITVAK, E.; BISOGNANO, M. More patients, less payment: increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform. **Health Affairs**, v. 30, n. 1, p. 76-80, 2011.

LITVAK, E.; FINEBERG, H. V. Smoothing the way to high quality, safety, and economy. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 369, n. 17, p. 1581-1583, 2013.

LONGTIN, Y. et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

LOPES, P. R. R. O Centro de Atenção Secundária Integrado Viva Vida e Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. Belo Horizonte: **III Seminário do Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas de Santo Antônio do Monte**, 2014.

LUSIGNAN, S. et al. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. **European journal of heart failure**, v. 3, n. 6, p. 723-730, 2001.

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.

MALLARD, S. D. et al. Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. **Journal of public health management and practice: JPHMP**, v. 10, n. 2, p. 148-155, 2004.

MATOS, M. A. B. **Fluxos de cuidado na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Mimeo, 2016.

McKINSTRY, B. et al. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. **British Journal of General Practice**, v. 59, n. 563, e209-218, 2009.

MEHROTRA, A. et al. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 12, p. 915-922, 2008.

MELON, K. A. et al. Beat the clock! Wait times and the production of quality in emergency departments. **Nursing Philosophy**, v. 14, n. 3, p. 223-237, 2013.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **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.

MEYER, H. At UPMC, improving care processes to serve patients better and cut costs. **Health Affairs**, v. 30, n. 3, p. 400-403, 2011.

MHEALTHINTELLIGENCE. **Videovisits gaining favor among providers and patients**. 2017. Disponível em: <http://mhealthintelligence.com/news>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL. **Publicação periódica sobre o número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2015.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MODELL, M. et al. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. **British Medical Journal**, v. 317, n. 7161, p. 788-791, 1998.

MOJA, L. et al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes: a meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. **PLoS ONE**, v. 7, n. 10, e46175, 2012, 2012.

MOONEY, G. Equity in health care: confronting the confusion. **Effective Health Care**, v. 1, n. 4, p. 179-185, 1983.

MURRAY, M. Open access on advanced access scheduling. In: Institute of Medicine. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington: **The National Academies Press**; 2015.

MURRAY, M. Reducing waits and delays in the referral process. **Family Practice Management**, v. 9, n. 3, p. 39-42, 2002.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

MURRAY, M. et al. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access modelo. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1042-1046, 2003.

NATIONAL ACADEMY OF ENGINEERING AND INSTITUTE OF MEDICINE. **Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership**. Washington: The National Academies Press, 2005.

NATIONAL SURVEY OF CONSUMER EXPERIENCES WITH HEALTH PLANS. **Menlo Park**. Kaiser Family Foundation, 2000.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

NOFFSINGER, E. B.; SCOTT, J. C. Understanding today's group visit models. **Group Practice Journal**, v. 48, n. 2, p. 48-58, 2000.

NOLAN, T. W. et al. Reducing delays and wasting times throughout the healthcare system. **Boston: Institute for Healthcare Improvement**, 1996.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. **Rev Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 410-418, 2005.

NUNES, A. et al. **Medindo desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

O'CONNOR, M. E. et al. Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, v. 160, n. 9, 889-893, 2006.

O'HARE, C. D.; CORLETT, J. **The outcomes of open-access scheduling**. American Academy of Family Physicians/Family Practice Management, 2004. Disponível em: www.aafp.org/fpm.

OLDHAM, J. **The National Primary Care Development Team**. 2002. Disponível em: www.guidelines.inpractice.co.uk/augo2_oldham_aug02. Acesso em: 29 out. 2009.

OSTBYE, T. et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 3, p. 209-214, 2005.

PASCOE, S.W. et al. Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 52, p. 367-369, 2004.

PEARL, R. Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. **Health Affairs**, v. 33, n. 2, p. 251-257, 2014.

PETTERSON, S. M. et al. Unequal distribution of the U.S. primary care workforce. **American Family Physician**, v. 87, n. 11, 2013.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PHAN, K.; BROWN, SR. Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. **Family medicine**, v. 41, n. 1, p. 46-50, 2009.

PICKIN, M. et al. Evaluation of advanced access in the national primary care collaborative. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 502, p. 334-340, 2004.

PIETTE, J. D. et al. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. **Diabetes Care**, v. 24, n. 2, p. 202-208, 2001.

PIETTE, J. D. et al. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. **Diabetes Care**, v. 22, n. 8, p. 1302-1309, 1999.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

PINOCK, H. et al. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. **British Medical Journal**, v. 326, n. 7387, p. 477-479, 2003.

PIZER, S. D.; PRENTICE, J. C. What are the consequences of waiting for health care in the veteran population? **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 2, p. S676-S682, 2011.

POPE, C. et al. Improving access to primary care: eight case studies of introducing Advanced Access in England. **Journal of health services research & policy**, v. 13, n. 1, p. 33-39, 2008.

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 Innovacion Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

PRENTICE, J. C.; PIZER, S. D. Delayed access to health care and mortality. **Health Services Research**, v. 42, n. 2, p. 644-662, 2007.

PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care: creating teams for tomorrow**. London: Health Education England, 2015.

QUINN, J. B. Intelligent enterprise: a new paradigm. **Academy of Management Perspectives**, v. 6, n. 4, p. 48-63, 1992.

RADEL, S. J. et al. Redesigning clinical office practices to improve performance levels in an individual practice association model HMO. **Journal for Healthcare Quality**, v. 23, n. 2, p. 11-15, 2001.

RAND HEALTH. **The health insurance experiment**: a classical Rand study speaks to the current health care reform debate. California, 2006. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB_9174. Acesso em: 05 ago. 2009.

ROBINSON, L.W.; CHEN, R. R. A comparison of traditional and open-access policies for appointment scheduling. **Manufacturing & Services Operations Management**, v. 12, p. 330-346, 2009.

ROBLIN, D. W. et al. Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an COM. **Health Serv Res**, v. 39, n. 3, p. 607-626, 2004.

ROHRER, J. E. et al. Impact of open-access scheduling on realized access. **Health Serv Manage Res**, v. 20, n. 2, p. 134-139, 2007.

ROSE, D. et al. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Archives of internal medicine**, v. 171, n. 13, p. 1150-1159, 2011.

SALISBURY, C. Does advanced access work for patients and practices? **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 502, p. 330-331, 2004.

SALISBURY, C. et al. Does advanced access improve access to primary health care? questionnaire survey of patients. **British Journal of General Practice**, v. 57, n. 541, p. 615-621, 2007a.

SALISBURY, C. et al. **An evaluation of advanced access in general practice**: final report. Bristol: National Co-ordinating Centre for NHS Service and Delivery Organisation on R & D; 2007b.

SALISBURY, C. Evaluating open access: problems with the program or the studies? **Annals of internal medicine**, v. 149, n. 12, p. 910-911, 2008.

SALKEVER, D. S. Accessibility and the demand for preventive care. **Social Science and Medicine**, v. 10, n. 9-10, p. 469-475, 1976.

SAMPSON, F. et al. Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. **British Journal of General Practice**, v. 58, n. 554, p. 641-643, 2008.

SCHUTZ, W. C. **FIRO**: a three-dimensional theory of interpersonal behavior. New York: Rinhart & Company, 1958.

SCHWARTZ, I. et al. Setting the revisit interval on primary care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 14, n. 4, p. 230-235, 1999.

SHEA, S. et al. A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, v. 13, n. 1, p. 40-51, 2006.

SHENGELIA, B. et al. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: MURRAY, C. J. L.; EVANS, D. B. **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SINGER, I. A. **Advanced access**: a new paradigm in the delivery of ambulatory care services. Washington: National Association of Public Hospitals and Health Systems, 2001.

SINGH, D. **Transforming chronic care**; evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham, 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.

SMITS, F. T. et al. Defining frequent attendance in general practice. **BMC Family practice**, v. 9, n. 21, 2008.

SOBOLEV, B. G. et al. An observational study to evaluate 2 target times for elective coronary bypass surgery. **Medical Care**, v. 50, n. 7, p. 611-619, 2012.

SOLBERG, L. I. et al. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? **American Journal of Managed Care**, v. 10, n. 10, p. 717-722, 2004.

SOUZA, F. F. M. et al. Resultados. In: RAMOS, L. et al. **Usifamília**: um modelo inovador de atenção integral na saúde suplementar. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2016.

SPERL-HILLEN, J. M. et al. The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. **Preventing chronic disease**, v. 5, n. 1, A16, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STEVENSON, K. et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. **Family practice**, v. 18, n. 1, p. 21-26, 2001.

STRUNK, B. C, CUNNINGHAM, P. J. **Treading water:** American's access to needed medical care, 1997-2001. Washington: Center for Studying Health System Change, 2002.

SUBRAMANIAN, U. et al. Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 3, p. 327-333, 2009.

SZWARCWALD, C. L. et al. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. **BMC Health Service Research**, v. 10, p. 1-7, 2010.

TAKEDA, S. **Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária.** Porto Alegre: SSC/Grupo Hospitalar Conceição, 2012a.

TAKEDA, S. **Avaliação do trabalho em equipe com base no modelo FIRO.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2012b.

TANTAU & ASSOCIATES. **Panels and panel equity.** 2009. Disponível em: <http://www.ihl.org/Pages/Tools/UnderstandingPanelsinPrimaryCare.asp>. Acesso em: 07 maio 2011.

TASCA, R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Caminhos da Saúde no Brasil.** Brasília: CONASS, 2014.

TAVARES, C. **Resultados na CORES IV.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2016.

THE HEALTH COMMITTEE. **Primary care:** fourth report of session 2015-16. London: House of Common, 2016.

TILDESLEY, H. D. et al. Efficacy of A1C reduction using internet intervention in patients with type 2 diabetes treated with insulin. **Canadian Journal of Diabetes**, v. 35, n. 3, p. 250-253, 2011.

TOUSSAINT, J. S.; BERRY, L. L. **The promise of Lean in health care.** Mayo Clin Proc. 2013; 88: 74-82.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 5190-5198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE. **Clinical microsystem action guide.** Hanover: Dartmouth Medical School/CECS, Institute for Healthcare Improvement; 2004. Disponível em: www.clinicalmicrosystem.org.

VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; Jones, A. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. **Health Economics**, v. 13, n. 7, p. 629-647, 2004.

VIACAVA, F. et al. **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

VIDAL, T. B. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH. **Access to primary health care services.** Tumwater: Washington State Department of Health, 2002.

WASSON, J. H. et al. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. **JAMA**, v. 267, n. 13, p. 1788-1793, 1992.

WATERS, H. R. Measuring equity in access to health care. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 4, p. 599-610, 2000.

WEBER, E. J. et al. Implications of England's four-hour target for quality of care and resource use in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 60, n. 6, p. 699-706, 2012.

WITT, M. J. Advanced access works! Improved patient satisfaction, access, and P4P scores. **El Segundo: Greenbranch Publishing; 2006.**

WOLLMAN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2014.

WOMEN'S HEALTH IN UNITED STATES. **Health coverage and access to care.** Menlo Park: Kaiser Family Foundation, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of technical terms on the economics and finance of health services.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems.** Geneva: World Health Organization, 2001.

YARNAL, K. S. et al. Family physicians as team leaders: time to share the care. **Preventing Chronic Disease**, v. 6, n. 2, A59, 2009.

YOUNG, T. P.; McCLEAN, S. I. A critical look at Lean thinking in healthcare. **Quality and Safety in Health Care**, v. 17, n. 5, p. 382-386, 2008.

CAPÍTULO 12 – O DESAFIO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: UM NOVO MODELO DE INTEGRAÇÃO EM REDE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. A ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

1.1 O CONCEITO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A AAE compõe-se de dois elementos: ela é ambulatorial e é especializada.

A atenção ambulatorial foi definida pelo *Royal College of Physicians* como o cuidado clínico que pode incluir o diagnóstico, a observação, o tratamento e a reabilitação que pode ser provida ao longo da interface entre a atenção primária e secundária à saúde (STURGESS; PROUDFOOT, 2009). Dessa definição, emerge um entendimento importante de que APS e AAE constituem um sistema integrado que fundamenta todo o modelo de organização inovador da AAE que se propõe neste capítulo.

Grifell (2011) conceitua a AAE como o segundo nível de acesso dos cidadãos à atenção à saúde que atua como referência e consultora da APS.

O Ministério da Saúde conceituou a AAE como o conjunto de ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2004). Em outro documento, o Ministério da Saúde definiu a AAE como os cuidados ou tratamentos que extrapolam a capacidade de resolução dos serviços de atenção primária e que são referenciados ou encaminhados pelas portas de entrada do sistema e são prestados a indivíduos e/ou grupos. (BRASIL, 2012).

De acordo com Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazeres profissionais em que se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura.

Para Solla e Chioro (2008), a atenção especializada é conceituada e delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e téc-

nicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas, que devem ser ofertadas de forma regionalizada e hierarquizada e obedecendo ao princípio da economia de escala.

Valderas et al. (2009) definem a AAE como o campo dos médicos especialistas na atenção às condições de saúde incomuns para a APS e que exigem alto grau de conhecimento técnico ou de equipamento especializado.

Rocha (2014) entende a AAE como um conjunto de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a atenção básica e a atenção hospitalar.

A atenção especializada ambulatorial destina-se a pessoas não internadas, mas não se identifica com um local específico dentro de um sistema de atenção à saúde (ROCHA, 2014). Nesse sentido, ela pode ocorrer em ambulatórios hospitalares ou em ambulatórios fora de hospitais.

Em realidade, os lugares da AAE variam entre diferentes países: na Inglaterra, na Holanda e no Canadá, a maioria dos especialistas está em ambulatórios hospitalares; na Holanda, dá-se o mesmo modelo hospitalar; na Dinamarca, a AAE é ofertada em ambulatórios integrados a hospitais públicos ou por especialistas autônomos em consultórios privados; na Itália, a AAE é oferecida em unidades locais ou hospitais públicos e privados contratados por uma unidade de saúde local (THOMSON et al., 2012).

Na medida em que as reflexões teóricas sobre a AAE vão avançando, surge um posicionamento inovador sobre a integração dos cuidados especializados com a APS. Esse modelo integrado aparece na literatura como cuidado compartilhado (KATES et al., 2002; VINGILIS et al., 2007; KELLY et al., 2011; LYTHGOE; ABRAHAM, 2016; TESSER; POLI NETO, 2017), cuidado colaborativo (BOWER et al., 2006), cuidado integrado (PORTER, 2007) ou matriciamento (CAMPOS, 1999). Mendes (2011) sugere uma organização em rede da AAE com a APS em que esses dois espaços de atenção se integrem em um único microssistema clínico, ainda que operando separadamente em unidades diferentes. Essa concepção, ao fundamentar-se no conceito de rede, quebra o princípio da hierarquia tão presente nos documentos teóricos, legais e operacionais do SUS.

A integração da AAE e da APS normalmente é feita vinculando a AAE e a APS realizadas em espaços físicos separados; contudo, na organização KP, operadora de planos de saúde dos Estados Unidos, é comum que especialistas e generalistas estejam trabalhando juntos em uma mesma unidade física de saúde (PORTER, 2007).

1.2 A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS

A organização da AAE reveste-se de um caráter estratégico importante para a consolidação do SUS como política pública de saúde.

Como se viu no Capítulo 2, as opiniões desfavoráveis das pessoas sobre o SUS concentram-se nas dificuldades de acesso a certos equipamentos de saúde. Dentre eles, destaca-se a AAE, em que os longos tempos de espera e as filas causam grandes insatisfações na população (GOUVEIA et al., 2003; SARMENTO JÚNIOR, 2005; SIMON et al., 2008; GIOVANELLA et al., 2009; BENDER et al., 2010; SPEDO et al., 2010; PADOVANI et al., 2012; VIEIRA et al., 2015).

Esses tempos de espera por AAE podem contribuir para o agravamento das condições crônicas (HADORN, 2000; GUERRA, 2007; PADOVANI et al., 2012). Economicamente, diminuem a produtividade do trabalho e o rendimento escolar (PATERSON et al., 2006; VIEIRA, 2007). Podem, ainda, elevar os gastos dos sistemas de saúde e os gastos individuais induzindo a compra de serviços privados (LIMA et al., 2005; REGIDOR et al., 2006; PADOVANI et al., 2012).

Do ponto de vista econômico, a AAE representa um gasto significativo do SUS. Em termos percentuais, as despesas com AAE em 2014 significaram 13,8% do gasto total do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Disso resulta a importância econômica que um novo modelo de AAE terá no SUS.

A AAE constitui um ponto de atenção à saúde ambulatorial especializado organizado no nível secundário de uma RAS. No SUS, é mencionada com mais frequência como um equipamento ambulatorial de “média complexidade”.

Para propor uma organização ótima da AAE, há que se reconhecer que se trata de um equipamento para o atendimento ambulatorial especializado para enfrentamento de condições crônicas não agudizadas. A AAE não se destina a atender aos eventos agudos, mesmos aqueles determinados por agudizações de condições crônicas que são objeto das unidades ambulatoriais de urgência e de emergência. Dessa forma, a AAE destina-se ao atendimento ambulatorial exclusivo de condições crônicas não agudizadas que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção.

Além disso, a AAE é uma unidade ambulatorial de atenção secundária, o que significa que não deve existir na totalidade dos municípios, mas, preferivelmente, deve localizar-se nas cidades-polo de regiões ou microrregiões de saúde, com escala adequada para a oferta de cuidados secundários, conforme discutido no Capítulo 6.

Isso deve ocorrer em função de princípios da organização das RAS como o da economia de escala e de suas relações com a qualidade e da disponibilidade de recursos especializados, conforme se analisa no Capítulo 4. Isso significa que uma unidade de AAE deve ser um equipamento regional com escala suficiente para prestar serviços efetivos, eficientes e de qualidade (MENDES, 2011).

No SUS, a AAE é conhecida por várias denominações diferentes, como centros de especialidades médicas, policlínicas, ambulatórios de especialidades médicas, consórcios intermunicipais de especialidades, ambulatórios de especialidades médicas, núcleos de especialidades de saúde, centros regionais de referência especializada e outras. Em muitas situações, a AAE está localizada em ambulatórios de hospitais. Em pequenos municípios, é comum a contratação de médicos especialistas que se deslocam para ofertar consultas especializadas, em geral, sem suporte adequado de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na análise da AAE, há que se ressaltarem duas dimensões fundamentais: a de um vazio assistencial e cognitivo; e sua operação na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das RAS, o que implica articular-se em rede com a APS.

Os diagnósticos elaborados por técnicos do SUS são quase unânimes em mencionar que a AAE constitui um vazio assistencial em nosso sistema público de saúde (SOLLA; CHIORO, 2008; OLIVEIRA et al., 2010; SPEDO et al., 2010; CANONICI, 2014; TESSER; POLI NETO, 2017). Especialmente, tem sido relatada a insuficiência de atendimentos especializados em neuropediatria, vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia e neurologia (SILVA et al., 2017).

Ainda que se possa reconhecer que há vazios assistenciais em determinadas regiões ou em determinadas especialidades, um exame mais profundo indica que o principal problema é o vazio cognitivo, que implica compreender que o modelo de AAE que se pratica esgotou-se porque se baseia em modelos de gestão de oferta e de regulação assistencial que, também, se esgotaram, tal como se mostra nos Capítulos 5 e 6.

A tese da AAE como vazio assistencial é, no mínimo, discutível.

A Tabela 21 indica o número de consultas básicas e de consultas especializadas realizadas pelo SUS em 2018.

Tabela 21: Número de consultas médicas na atenção básica e na atenção especializada realizadas no SUS – 2018

Tipo de consulta	Número Total
Consulta médica na atenção básica	92.920.621
Consulta médica na atenção especializada	99.679.796

Fonte: Brasil (2019).

O exame da Tabela 21 demonstra que, no ano de 2018, o total de consultas médicas especializadas foi 7,2% maior do que o total de consultas médicas de APS.

Ainda que esses resultados não signifiquem o número de pessoas atendidas em cada tipo de consulta, porque uma pessoa pode ter conseguido mais de uma consulta por ano nas duas modalidades, não deixa de ser uma *proxy* de análise de atendimentos nesses dois tipos de procedimentos clínicos.

Um estudo realizado no município de Recife, Pernambuco, objetivou analisar a suficiência da oferta de consultas especializadas em cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular comparada aos parâmetros assistenciais da Portaria GM/MS nº 1.101/02 (BRASIL, 2002), bem como utilização da oferta e acesso às consultas no período de janeiro a junho de 2011 (MELO, 2012). O resultado é que, para uma necessidade normatizada de 29.133 consultas especializadas, foram oferecidas pelo SUS 102.867 consultas, 3,5 mais do que o padronizado pela portaria referida. Os *superavit* de consultas realizadas em relação à norma foram de 291,4% em cardiologia, 471,6% em oftalmologia, 903,2% em endocrinologia e 911,1% em cirurgia vascular. A pergunta é: essas consultas especializadas geraram valor para as pessoas usuárias do SUS? Ou de outra forma: essas consultas especializadas contribuíram para a estabilização das condições crônicas das pessoas usuárias? Certamente, a solução não está em atualizar a norma construindo um novo parâmetro de oferta, mas em romper com esse modelo de gestão de oferta estabelecendo-se parâmetros de necessidades coerentes com o modelo de gestão da saúde da população.

Como se viu no Capítulo 10, a APS no SUS, quando bem organizada, apresenta alto potencial de resolução. Foi o que aconteceu em Florianópolis, Santa Catarina, em que a referência da APS para a AAE foi de 12,5% (GUSSO, 2009); no Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi de 9% (TAKEDA, 2013); e em Toledo, Paraná, foi de 5% (FREITAS, 2016).

Esses dados evidenciam que nesses municípios analisados poucas pessoas atendidas na APS foram encaminhadas à AAE. Além disso, indicam que uma organização racional do acesso à AAE depende, fundamentalmente, da melhoria da qualidade da APS e da construção de uma relação estreita entre esses dois níveis de atenção. As soluções tópicas que têm sido propostas para a AAE parecem não ser suficientes para resolver os seus problemas. É preciso ir mais a fundo, o que envolve superar o vazio cognitivo que se manifesta no campo da AAE.

Esse vazio cognitivo decorre do fato de que a AAE é uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo e no Brasil. Há uma carência de produção científica relevante sobre a AAE (CANONICI, 2014; CARMO, 2017). Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE encontram-se menos trabalhos comparativamente com a APS e com a atenção hospitalar.

Nesse sentido, há que se marcar que a AAE constitui um vazio cognitivo que necessita ser superado para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente. Essa constatação sugere que devem ser estimuladas as investigações relativas à AAE em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa para que os seus problemas sejam solucionados de forma mais racional.

Além disso, a AAE que se pratica está inserida em sistemas fragmentados de atenção à saúde, como um espaço institucional sem comunicação e coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Merhy e Franco (2003) afirmaram que o debate da organização da assistência à saúde no SUS ocupou-se da atenção hospitalar e da APS, sendo que a AAE não mereceu uma consideração mais significativa por parte dos formuladores das políticas de saúde, limitando-se às relações entre demanda e oferta sem avançar em modelos integrativos com os outros níveis de atenção à saúde em busca da integralidade do cuidado. Rocha (2014) afirmou que não há uma política nacional de AAE no SUS.

A fragmentação da AAE manifesta-se em duas dimensões: em uma, ela não se coordena com outros pontos de atenção como APS e atenção hospitalar; em outra, ela se fragmenta internamente em consultas especializadas, exames complementares e terapias especializadas que levam a agendamentos múltiplos, atrasos no tratamento, estímulo ao absenteísmo, filas, perda de oportunidade terapêutica e mudanças no estágio clínico e no prognóstico (CANONICI, 2014).

É preciso ter claro que as origens da AAE praticada atualmente no SUS estão no modelo médico assistencial do Inamps fortemente fragmentado e com sobrevalorização das estruturas especializadas na prática médica. Esse modelo inampsiano, instituído na década de 1970, privilegiava uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Coerente com esse modelo, o Inamps desenvolveu e implantou uma proposta de organização da AAE denominada de Postos de Assistência Médica (PAM) que se caracterizavam pela centralidade no atendimento por médicos especialistas com acesso direto sem interferência da APS. Até hoje, persistem, em várias cidades brasileiras, como unidades de AAE absorvidas por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, PAM que, mesmo tendo mudado de nome, conservaram muito da estrutura ideológica e operacional do modelo inampsiano.

A experiência dos PAM certamente influenciou, na perspectiva do planejamento da oferta, os parâmetros da Portaria nº 1.101 de 2002, inflando relativamente as

consultas especializadas que deveriam corresponder a 22% do total das consultas programadas. Cabe lembrar que essa portaria foi uma atualização, 20 anos depois, da Portaria MPAS nº 3.046 de 1982, em que se fizeram poucas modificações na norma do Inamps (BRASIL, 1982).

A (des)organização fragmentada da AAE herdada da cultura médica inampsiana é responsável por muitos problemas de efetividade, de eficiência e de qualidade que afetam este nível de atenção, ainda hoje, no SUS.

A Portaria nº 1.101/2002 foi revogada formalmente, mas a cultura que a gestou e a consolidou ainda prevalece, sobretudo pelo domínio do modelo de gestão da oferta e de seu modelo de regulação assistencial.

A instituição de unidades de AAE sem articulação em rede com a APS, tal como se faz comumente no SUS, leva a resultados ruins, provocando inefetividade, ineficiência, baixa qualidade dos serviços e insatisfação das pessoas usuárias.

Em decorrência dos vazios cognitivos e da organização fragmentada, o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias prevalentes, é que a AAE é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta que gera os vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial (SPEDO et al., 2010). Esses vazios expressariam um desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços ambulatoriais especializados de nível secundário.

Ainda que não se possa negar que há *deficit* de oferta em algumas especialidades, uma parte substantiva do problema parece residir nos vazios cognitivos. Um aprofundamento do diagnóstico vai mostrar que muitos problemas que se manifestam, fenomenicamente, sob a forma de vazios assistenciais, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações em rede entre a APS e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários.

Certas situações são fundamentais para causar desequilíbrios entre oferta e demanda por AAE. Tomem-se, como exemplos, quatro delas.

Como se viu no Capítulo 7, há evidências de que 70% a 80% das pessoas com condições crônicas apresentam quadros de menores complexidades que devem ter sua atenção concentrada na equipe da APS e nas ações de autocuidado apoiado porque, em geral, não se beneficiam da AAE. Não obstante, as unidades de AAE, por falta da estratificação de riscos na APS, estão lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas menos complexas.

Essa é uma das causas que pressionam, forte e indevidamente, a agenda das unidades de AAE, gerando reclamações sobre as dificuldades de se conseguirem consultas com especialistas e alimentando filas intermináveis. Isso pode ser minimizado com a introdução da estratificação de riscos na APS, o que reduziria significativamente a demanda por AAE.

Além disso, o modelo de regulação assistencial praticado no SUS tem uma propensão em buscar solucionar desequilíbrios de oferta e de demanda sempre pelo lado do aumento da oferta desconsiderando, em geral, ações relevantes de racionalização da demanda.

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de AAE é a vinculação definitiva das pessoas referidas por generalistas aos profissionais especializados, o chamado efeito velcro. Em um município brasileiro de grande porte, verificou-se que 65% das consultas médicas com especialistas eram de retorno, e, apenas, 35% eram de casos novos (ALBIERI, 2011). No município de São Paulo, de 100 mil consultas de especialidades oferecidas mensalmente no *call center*, apenas 20 mil (20,0%) são novas (SPEDO et al., 2010). É certo que um pequeno percentual de pessoas pode se vincular definitivamente aos especialistas. Contudo, uma AAE bem organizada está baseada no papel interconsultor dos especialistas, o que, além de prover uma melhor atenção à saúde, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE.

Outro fator de desequilíbrio entre oferta e demanda está na exagerada centralização da AAE na consulta médica individual e presencial. Em geral, as unidades de AAE convencionais não operam com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado interdisciplinar. Por outro lado, não há uma prática de introdução de novas formas de atenção individual e coletiva que permitiriam aliviar, relativamente, a agenda dos médicos especialistas e melhorar a qualidade da atenção.

Mais ainda, observa-se um grau elevado de absenteísmo nas unidades de AAE do SUS, o que é fator de ineficiência e reflexo de uma má qualidade do cuidado. O absenteísmo na atenção ambulatorial é bastante relevante na experiência internacional em que os valores foram de: 20,0% a 26,0% (LLOYD et al., 1993); 10,0% a 25% (MURDOCK, 2002); 19,0% (MOLFENTER, 2013); 26,1% a 36,4% (YOUSSEF et al., 2014); 5,0% a 39,0% (MENENDEZ; RING, 2015). O mesmo se passa no Brasil, com valores de: 34,4% (BENDER et al., 2010); 25,0% (FERNANDES, 2011); 24,1% a 41,2% (CAVALCANTE, 2013); 10,0% a 30,0% (CANELADA et al., 2014); 18,0% (ALBIERI et al., 2014); 26,8% a 31,3% (TAKADA et al., 2014); mais de 25,0% (OLESKOVICZ et al., 2014); 48,9% (IZECKSOHN; FERREIRA, 2014); no estado de São Paulo, 19,0% a 24,2% em ambulatórios da administração direta, 1,3% a 30,2% em um ambulatório de hospital de cardiologia e 8,8% a 36,6% em ambulatórios médicos de especialidades. Mais da metade das ausências em um ambulatório examinado deveu-se à falta de transporte e ao esquecimento pelas pessoas (BITTAR et al., 2016). O absenteísmo significa desperdício de recursos escassos dos sistemas de atenção à saúde, chegando a £ 900 milhões por ano no Reino Unido (FYSH, 2002) e a R\$ 1,1 milhão por ano em Uberlândia, Minas Gerais (FERNANDES, 2011). A magnitude do problema do absenteísmo, manifestada no Brasil e em outros países, sugere que suas causas envolvem, também, fatores mais estruturais que exigem mudanças profundas no modelo de AAE hegemônico.

Esses quatro fatores – como se verá há outros além deles –, se modificados, poderiam ter um impacto significativo na superação do desequilíbrio entre a demanda e a oferta por AAE. Isso implicaria, predominantemente, mudanças de processos nas unidades de AAE, sem grandes investimentos na estrutura para incremento unilateral da oferta de serviços.

A proposta de organização da AAE que aqui se propõe, assentada em um novo modelo cognitivo construído a partir de evidências científicas, especialmente derivadas da teoria das RAS e dos modelos de atenção às condições crônicas, supõe uma mudança radical na forma como se estruturam esses equipamentos de saúde no SUS (MENDES, 2011).

Ela rompe com o arranjo microeconômico da fragmentação do cuidado para instituir a integração em rede da APS com a AAE, propõe a mudança do modelo de gestão da oferta para a gestão da saúde da população e conforma um novo modelo de regulação assistencial que ordene os fluxos de pessoas, produtos e informações entre estes dois níveis das RAS.

Tudo isso significa que se trata de uma inovação que vai além da inovação de sustentação para constituir-se em uma inovação disruptiva porque constrói um novo conceito e torna a atenção à saúde mais acessível à população (CHRISTENSEN et al., 2009).

1.3 A GOVERNANÇA DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A governança da AAE no SUS é variada, mas o modelo original foi o do PAM que, em geral, operava com unidades vinculadas ao Inamps. Com o fim do Inamps, essas unidades foram incorporadas a Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, incluindo a transferência dos profissionais de saúde.

Além disso, há unidades de AAE próprias de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e há outras que funcionam em hospitais públicos e filantrópicos.

Recentemente, vem-se dando um movimento significativo de operação das unidades de AAE por Consórcios Intermunicipais ou Interfederativos de Saúde, como ocorre, por exemplo, nos estados do Paraná, do Ceará, da Bahia e do Espírito Santo. Esse arranjo organizativo parece virtuoso para a governança da AAE porque são associações que envolvem os municípios de uma região de saúde que são, também, responsáveis pela prestação dos serviços de APS, o que, em tese, facilitaria a coordenação entre esses dois níveis de atenção.

Há, ainda, unidades de AAE operadas por fundações privadas, como é o caso da Fundação José Maria dos Mares Guia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (OLIVEIRA FILHO; LOPES, 2016).

Além do arranjo organizativo, é fundamental na governança da AAE considerar o aspecto central das modalidades de pagamento dos prestadores de serviços, tal como se discutiu no Capítulo 9.

Nesse sentido, um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de modo eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

As mudanças no modelo de financiamento são fundamentais para transitar de uma AAE que é uma máquina de produção de procedimentos para uma rede de produção de cuidados (CARMO, 2017).

A governança da AAE deve ser referida pelo conceito de governança em rede, analisado no Capítulo 6.

Por consequência, quando se opera com o conceito de RAS, há mudanças significativas nos sistemas de atenção à saúde e na organização da AAE. Com a superação da fragmentação e a instituição de RAS, os diferentes componentes dos sistemas de atenção à saúde transformam-se qualitativamente. Assim, a AAE nas redes é muito diferente da AAE nos sistemas fragmentados.

A diferença fundamental está em que, nas RAS, há comunicação e interdependência entre os diversos componentes e há uma coordenação que é exercitada pela APS. Disso decorre o fato de que a organização da AAE não pode ser feita de forma independente, como nos sistemas fragmentados, mas de forma coordenada entre os cuidados especializados e a APS. Isso significa estabelecer um novo modelo de AAE estruturado em rede com os pontos de atenção, mas especialmente com a APS.

2. OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS NA ATENÇÃO À SAÚDE

A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de profissionais. O trabalho em RAS implica relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas.

No caso, os generalistas são os profissionais que atuam nas equipes da APS, e os especialistas são os profissionais que fazem parte de equipes de AAE que constituem pontos de atenção secundária das RAS.

A relação entre generalistas e especialistas é uma expressão temática das tendências organizacionais em geral em que se observou a necessidade da especialização

para lidar com uma complexidade crescente, mas sob a supervisão e coordenação de gerentes generalistas quando essa complexidade é muito alta (MOORE, 1992). As funções dos generalistas, em quaisquer campos da atividade humana, são: enxergar a organização e suas relações com o ambiente externo; atuar como centros de comunicação entre todas as partes da organização e do ambiente externo; e ajudar a organização a adaptar-se às mudanças internas e externas. Os problemas intraorganizacionais ou entre a organização e o ambiente externo são levados ao generalista, que pode tentar resolvê-lo ou encaminhá-lo para um especialista para solucioná-lo, mas, ainda assim, cabe ao generalista garantir que o problema seja tratado conforme o interesse geral da organização, o que é sua tarefa (McWHINNEY; FREEMAN, 2010).

É preciso ter em mente que os especialistas da saúde não são somente os médicos. Nos ambulatórios especializados, há outros especialistas, como assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem, nesses ambulatórios, trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, em um ambulatório especializado em diabetes, pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes, e em um ambulatório especializado em pessoas idosas, pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção às pessoas idosas.

A utilização de enfermeiros especialistas é crescente em vários países. Na Suécia, é comum a utilização deles em diabetes e em doenças respiratórias crônicas (BOURGEAULT et al., 2008). Nos Estados Unidos, havia, em 2010, aproximadamente 60 mil enfermeiros especialistas (*clinical nurse specialists*), boa parte deles trabalhando em ambulatórios especializados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011). Há enfermeiros especialistas em uma condição crônica, como diabetes ou asma, e há enfermeiros especialistas em mais de uma condição crônica, os *advanced practice nurses* (SINGH, 2005).

Evidências demonstraram que o trabalho de enfermeiros especialistas é efetivo e eficiente. Uma revisão sistemática de sete ensaios clínicos randomizados mostrou que o trabalho de enfermeiros especialistas em pessoas idosas portadoras de condições crônicas melhorou os resultados da atenção e reduziu custos (RYDEN et al., 2000). Ensaio clínico randomizado, realizado na Holanda, demonstrou que o trabalho de enfermeiros especialistas com crianças portadoras de asma reduziu as consultas e os custos da atenção (KAMPS et al., 2004). Ensaio clínico randomizado, feito na Escócia, verificou que as pessoas portadoras de insuficiência cardíaca acompanhadas por enfermeiros especializados tiveram menores probabilidades de morrer e de se internarem (BLUE et al., 2001).

No SUS, há experiências relevantes de utilização de equipe multiprofissional, com trabalho interdisciplinar, em ambulatórios especializados. No Centro Integrado de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, um ambulatório especializado mi-

corregional para doenças cardíacas, diabetes, atenção às gestantes e às crianças, vários especialistas trabalham em conjunto: médicos (endocrinologista, angiologista, cardiologista, obstetra e pediatra), enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo (ALVES JÚNIOR, 2011). No Centro Mais Vida de Belo Horizonte, um equipamento de atenção ambulatorial especializada para atenção às pessoas idosas, há diversos especialistas na equipe: médicos (geriatra, neurologista), enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social (MORAES, 2011).

Em relação aos médicos, na perspectiva de sistemas de atenção à saúde estruturados em RAS, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias.

É o que sugerem McWhinney e Freeman (2010) quando afirmam que qualquer organização depende do equilíbrio entre generalistas e especialistas, mas que, nas organizações de saúde, até pouco tempo atrás, questionava-se o valor dos médicos generalistas, com o argumento de que a explosão do conhecimento impossibilitava uma atuação de generalistas e convocava a fragmentação da medicina em especialidades. Esse posicionamento envolve um erro de argumento ao assumir que o conhecimento é uma porção material que cresce por adição. Assim, se correto esse raciocínio, isso ocorreria com qualquer especialidade que, após a acumulação de conhecimentos no tempo, teria de se fragmentar em subespecialidades. Com isso, demonstra-se, por contradição, que não é real a suposição da impossibilidade do generalista.

As falácias sobre os médicos generalistas e os médicos especialistas baseiam-se em seis conceitos equivocados: o generalista tem de conhecer todo o campo do conhecimento médico; em qualquer campo da medicina, o especialista sempre sabe mais do que o generalista; ao especializar-se, a incerteza pode ser eliminada; é apenas por meio da especialização que se pode atingir a profundidade do conhecimento; à medida que a ciência avança, a carga de informação aumenta; e o erro em medicina é geralmente causado por falta de informação (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Há de se reconhecer que generalistas e especialistas têm formações e competências diferentes, especialmente quando os generalistas são médicos de família e comunidade, um profissional imprescindível à APS.

Quanto à formação, os médicos generalistas devem ser formados e educados em unidades de cuidados primários e por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção. Essa deveria ser uma terminalidade a ser garantida pelas escolas médicas na graduação, acrescida da formação de especialistas em medicina de família e comunidade, especialmente em residências médicas. Já os médicos especialistas devem ser formados por pós-graduações com ênfase em centros ambulatoriais e hospitalares especializados, o que, em geral, já ocorre.

As competências dos médicos de família e comunidade e especialistas são diferenciadas. Os médicos que praticam a APS devem tolerar a ambiguidade porque muitos problemas não podem ser codificados segundo uma nomenclatura padrão de diagnóstico; devem saber se relacionar com as pessoas usuárias sem a presença de uma anomalia biológica; e devem ser capazes de manejar vários problemas ao mesmo tempo, muitas vezes não relacionados com uma etiologia ou uma patogênese. O médico da APS é orientado para os problemas e formado para responder às manifestações mais frequentes desses problemas, em um contexto de atenção centrada na pessoa e na família e com orientação comunitária. Ele deve ter competências para a solução de problemas não diferenciados, competências preventivas, incluindo a prevenção quaternária, competências terapêuticas e competências de gestão de recursos locais (McWHINNEY; FREEMAN, 2010). O papel do médico generalista é ilustrado por um dito espanhol que afirma: *“O médico de família do Rei da Espanha sabe menos cardiologia que um cardiologista, mas é o que mais sabe sobre o Rei”* (GUSSO, 2005).

Diferentemente, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelos generalistas; como seu treinamento ocorre em pontos de atenção secundários e terciários, operam com estágios mais diferenciados dos problemas e tendem a superestimar a probabilidade de ocorrência de enfermidades sérias na população (STARFIELD, 2002). Os especialistas, ao lidar com maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em função da escala. No entanto, não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores que quando o cuidado é provido por médicos generalistas. Estudos que comprovam a superioridade do cuidado oferecido por especialistas estão mais propensos a serem metodologicamente frágeis, particularmente em relação a falhas de ajuste para o *mix* de casos (STARFIELD, 2007).

Não obstante as diversidades entre médicos generalistas e especialistas, há que se reconhecer que é falso o dilema colocado sobre esses profissionais. Um bom sistema de atenção à saúde há, sempre, de operar com o trabalho conjunto desses médicos. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações que devem ser equilibradas.

Do ponto de vista qualitativo, impõem-se relações compartilhadas de trabalho entre os especialistas e generalistas, em função das evidências produzidas pelo modelo de atenção crônica, o CCM (WAGNER, 1998).

Do ponto de vista quantitativo, deve ser buscada uma relação ótima entre médicos de família e comunidade e especialistas, o que não ocorre no SUS por falta de oferta de médicos com formação em saúde da família e comunidade. Esse equilíbrio exigirá o incremento forte da oferta desses profissionais para atuarem na APS.

A utilização excessiva dos médicos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção à saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, 25% dos beneficiários do sistema *Medicare*, um programa público de atenção às pessoas idosas, que apresentam cinco ou mais condições crônicas, fazem, em média, por ano, 13 consultas médicas a diferentes médicos que geram 50 prescrições diferentes, e isso ocorre em função da falta de coordenação da atenção à saúde por médicos generalistas (CHRISTENSEN et al., 2009). Além disso, como mostrou uma clássica pesquisa sobre variações regionais da atenção à saúde nos Estados Unidos, feita com beneficiários do programa *Medicare*, a presença excessiva de especialistas leva a resultados sanitários e econômicos inferiores (WELCH et al., 1993). A comparação entre regiões de maiores e menores gastos em saúde mostrou que as de maiores gastos, apesar de ofertarem mais serviços (aproximadamente 60% a mais que as de menores gastos), apresentavam menor satisfação das pessoas usuárias em relação a serviços preventivos e o mesmo nível de acesso. O estudo reitera o que se sabe: há associação entre mais dinheiro e mais serviços, mas não há associação entre mais serviços e mais saúde. Uma das explicações para esses resultados foi a forte orientação para especialistas que caracterizavam as regiões de altos gastos.

É fundamental que a relação entre médicos generalistas e especialistas seja coordenada pelos generalistas. Há evidências de que a introdução de médicos generalistas gera bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população (SHI, 1994; VOGEL; ACKERMAN, 1998; JARMAN et al., 1999; GULLIFORD, 2002; CAMPBELL et al., 2003; SHI et al., 2003; SHI et al., 2005). Há, também, evidências de que o acesso regular à APS provida por generalistas, em relação àquela prestada por especialistas, leva à redução da mortalidade (WEINBERGER et al., 1996; FRANKS; FISCELLA, 1998); à melhoria dos níveis de saúde (O'MALLEY et al., 2005); a um maior acesso a serviços preventivos e a uma cobertura maior de vacinação (REGAN et al., 2003); à redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (PARCHMAN; CULLER, 1994); e a melhores resultados pós-cirúrgicos (ROOS, 1976). Uma revisão sistemática encontrou que a continuidade do cuidado é mais provável de ocorrer com os generalistas do que com os especialistas e está associada com menores taxas de internação e de atenção em unidades de urgência e emergência e com redução dos custos totais da atenção à saúde (PARCHMAN et al., 2002).

Do ponto de vista econômico, os médicos generalistas, segundo estudo feito em 14 países da OECD, custaram, em média, em remuneração do trabalho, 50% menos que os especialistas (FUJISAWA; LaFORTUNE, 2008). Estudo realizado nos

Estados Unidos mostrou que, no ano de 2005, o salário médio anual de um médico de família foi de US\$ 161 mil; o de um obstetra, de US\$ 247 mil; o de um anesthesiologista, de US\$ 325 mil; o de um urologista, de US\$ 335 mil; o de um cirurgião ortopedista, de US\$ 396 mil; e o de um cirurgião cardíaco, de US\$ 427 mil (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007). Há outros trabalhos que evidenciaram os menores custos dos generalistas (GREENFIELD et al., 1992; De MAESENEER et al., 2003). Países com maior proporção de médicos generalistas tendem a apresentar menores gastos sanitários per capita em relação aos países com maiores proporções de especialistas (STARFIELD, 2002).

A explicação dos maiores gastos com especialistas está na propensão desses médicos em aumentar o volume dos procedimentos realizados (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2005). Mesmo quando o valor pago pelos procedimentos foi reduzido, tal como ocorreu no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, os especialistas compensaram essa redução pelo incremento do volume de procedimentos (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2005). No período de 1988 a 2002, enquanto o volume de procedimentos feitos por médicos generalistas, por beneficiário/ano, cresceu 2,6%, o volume de procedimentos ofertados por cardiologistas e dermatologistas aumentou 5,9%. Outros estudos mostraram que os especialistas incrementaram sua produtividade fazendo mais procedimentos por hora de trabalho; ao contrário, dada a natureza e a pressão da agenda dos médicos de APS, não é possível aumentar a produtividade desses profissionais sem prejudicar a qualidade e diminuir a satisfação das pessoas usuárias. Pode-se concluir que há uma associação forte entre o aumento do volume e o aumento da renda dos especialistas, sugerindo que os aumentos em volume são mais significativos que os aumentos nos valores dos procedimentos para determinar o crescimento da renda dos médicos especialistas (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007). Mais uma manifestação do princípio da indução da demanda pela oferta tão presente nos sistemas de atenção à saúde, como se mostra no Capítulo 1.

Do ponto de vista de outro objetivo dos sistemas de atenção à saúde, a equidade, constatou-se que médicos generalistas contribuem para a redução das iniquidades em saúde, o que não acontece com os especialistas (STARFIELD, 2006).

Os médicos de APS variam segundo países: nos Estados Unidos, diferentes profissionais – internistas especializados, internistas generalistas, médicos de família, obstetras e pediatras – estão presentes na prestação de cuidados primários, mas na Europa Ocidental e no Canadá, predominam os médicos de família e os clínicos gerais.

Pesquisa feita nos Estados Unidos, comparando a APS prestada por internistas e médicos de família/generalistas, mostrou que: os internistas gastaram mais tempo com as pessoas usuárias; pediram mais exames laboratoriais (73% das consultas contra 34% dos médicos de família/generalistas); solicitaram mais radiografias (53% das consultas contra 19% dos médicos de família/generalistas); por outro lado, os internistas tiveram maior probabilidade de oferecer orientações referentes

a problemas de saúde (17,8% dos internistas contra 12,4% dos médicos de família/generalistas). Essa mesma pesquisa, comparando os pediatras e os médicos de família/generalistas, concluiu que os pediatras pediram mais exames laboratoriais, mas prescreveram menos medicamentos para certas categorias de doenças (NOREN et al., 1980). Outra pesquisa demonstrou que os pediatras realizaram mais testes diagnósticos, deram mais orientação para o crescimento e desenvolvimento e realizaram mais imunizações, enquanto os médicos de família orientaram mais sobre os problemas familiares, deram mais orientação sobre sexualidade e apresentaram maior probabilidade de oferecer uma variedade mais ampla de serviços, especialmente em cirurgias menores. Essa pesquisa comparou, também, o trabalho dos médicos de família e dos internistas generalistas, o que revelou que os internistas pediram duas vezes mais exames de sangue, radiografias torácicas e eletrocardiogramas, gastaram mais tempo com as pessoas, encaminharam mais a especialistas, internaram mais e o custo médio da consulta foi duas vezes maior para os internistas (FERRIS et al., 1998; STARFIELD, 2002). Outro estudo comparativo de médicos de família e internistas generalistas indicou que as pessoas atendidas pelos médicos de família gastaram menos com medicamentos e fizeram menos consultas com dermatologistas e psiquiatras, mas se utilizaram mais de consultas de urgência e emergência; as taxas de hospitalização, de consultas ambulatoriais e os gastos com exames de laboratório e radiológicos foram iguais para os dois tipos de médicos (STARFIELD, 2002). Em termos de satisfação das pessoas usuárias, ela foi maior entre os que utilizaram os médicos de família em relação aos que utilizaram internistas generalistas ou pediatras (OSTBYE et al., 2005). Uma pesquisa verificou que uma maior oferta de médicos de APS está associada com menores taxas de mortalidade, mas ao desagregar os tipos de médicos, constatou que essa redução se deu com os médicos de família, mas não com os internistas generalistas, nem com os pediatras (SHI et al., 2003).

No que diz respeito às proporções entre especialistas e generalistas, estudos realizados em áreas com presença maior de especialistas que de generalistas mostraram piores resultados: maiores taxas de consultas médicas desvinculadas das necessidades de saúde; os especialistas podem tratar exageradamente as pessoas de maneira superficial; e há maior frequência de exames complementares falso-positivos (ENGEL et al., 1989; STARFIELD, 2005a). Os testes falso-positivos apresentaram a probabilidade de levar a diagnósticos de doenças que não existem e, por consequência, a novos testes e a tratamentos desnecessários; a probabilidade da acurácia de resultados positivos dos testes diagnósticos variou com o lugar em que é feito: é de 1:50 na APS e de 1:3 na atenção especializada (STARFIELD, 2005b); os médicos de APS estão em melhores condições de evitar erros de diagnósticos porque conhecem melhor as pessoas que atendem e as acompanham longitudinalmente, por longos períodos (STARFIELD, 2005b). Estudo mostrou que há uma associação entre maiores proporções de especialistas e taxas de mortalidade mais altas. Em geral, os especialistas solicitam mais exames complementares porque são treinados em pontos de atenção secundários e terciários nos quais as pessoas apresentam uma maior possibilidade de ter uma doença. Estudo feito no programa Medicare, nos Estados Unidos, mostrou que as regiões com mais alta concentração de especialistas apresentaram gastos

maiores em saúde e propiciaram uma atenção menos efetiva e de menor qualidade (BAICKER; CHANDRA, 2004).

Tem sido sugerido que a excessiva utilização da AAE em relação à APS nos Estados Unidos é uma das causas de o país, apesar de ter o maior gasto per capita em saúde no mundo, apresentar níveis de saúde inferiores aos de países desenvolvidos que gastam muito menos. Sabe-se, também, que quanto maior a oferta de especialistas, maiores as taxas de consultas a esses profissionais, em função do princípio da indução da demanda pela oferta. Além disso, verifica-se que a utilização dos especialistas fora de sua área de atuação principal produz resultados piores que os médicos generalistas. Pode-se afirmar que os médicos de APS lidam tão bem quanto os especialistas no cuidado das doenças específicas mais comuns e têm melhor desempenho quando as medidas de qualidade são mais genéricas (STARFIELD, 2005b).

Há estudos que comparam a atenção às gestantes prestada por obstetras e médicos de família. Um deles não encontrou diferenças nos riscos biológicos para as gestantes, mas concluiu que aquelas cuidadas por médicos de família tiveram uma incidência significativamente menor de cesarianas, de uso de fórceps, de diagnósticos de desproporção cefalopélvica e de nascimentos prematuros (DEUTCHMAN et al., 1995). Outro estudo observou que as mulheres atendidas por médicos de família, em relação àquelas atendidas por obstetras, apresentaram menor probabilidade de receber anestesia peridural durante o trabalho de parto ou uma episiotomia e apresentaram taxas menores de cesarianas (HUETSON et al., 1995).

As proporções entre médicos generalistas e especialistas variam fortemente, mesmo em países que adotaram os generalistas na APS: no Reino Unido: 60% de generalistas e 40% de especialistas; em Portugal: 30% de generalistas e 70% de especialistas; na Espanha, 37% de generalistas e 63% de especialistas; e nos Estados Unidos, um terço de generalistas e dois terços de especialistas (GUSSO, 2005; STARFIELD, 2005b). No Brasil, computaram-se, em 2017, 451.777 médicos, dos quais 282.298 eram especialistas (64,5%) e 169.479 (35,5%) eram não especialistas; os especialistas em medicina de família e comunidade eram 5.486, o que representava 1,21% dos médicos totais e 1,94% dos médicos especialistas (SCHEFFER et al., 2018). Esses dados mostram que a situação de oferta de médicos de família e comunidade em nosso país é crítica.

Com relação ao percentual de pessoas atendidas por especialistas, há uma variação por países: 60% a 80% da população nos Estados Unidos, 31% da população em Ontário, Canadá; 30% da população na Espanha e 15% das pessoas abaixo de 65 anos no Reino Unido (GUSSO, 2005).

A análise de todas essas evidências permite supor que um bom sistema de atenção à saúde, estruturado na perspectiva das RAS, deve buscar uma otimização das relações entre os médicos especialistas e os médicos generalistas, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

É oportuno que as evidências sobre médicos generalistas e especialistas sejam refletidas na realidade do SUS. Algumas críticas realizadas de forma desinformada e sem base em evidências tentam impingir à ESF a pecha de uma solução simplista e obsoleta, sacralizada ideológica e corporativamente, e que se expande politicamente. Por isso surge uma proposta de reformulação da APS que consistiria em substituir o médico de família e comunidade pela presença permanente, nas unidades de APS, de pediatras, clínicos gerais e obstetras (PINOTTI, 2008).

Várias pesquisas realizadas no SUS, em diferentes partes do País, mostraram que a forma de organizar a APS com base na ESF superou os modelos convencionais em todos os atributos dos cuidados primários; em nenhuma delas observou-se a predominância dos modelos convencionais sobre o PSF (HARZHEIM, 2004; MACINKO et al., 2004; ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; STRALEN et al., 2008; CHOMATAS, 2009).

Como se viu anteriormente, não existe evidência de que o uso de especialistas na APS produza melhores resultados sanitários que a utilização dos médicos de família e comunidade. Além disso, essa alternativa seria inviável em função da restrição da oferta desses especialistas e pelo alto custo que essa proposta importaria.

A solução médica para o SUS, portanto, está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na APS, formando-os melhor, focando a graduação em medicina nos cuidados primários, expandindo as residências em medicina de família e comunidade e garantindo programas de educação permanente efetivos. Além de oferecer salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer medicina que lhes exige dedicação integral (MENDES, 2012).

3. O PROBLEMA: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE SAÚDE OU O MODELO SILOS

As evidências indicam que é fundamental operar, nas RAS, com relações produtivas entre a APS e a AAE e entre os generalistas e os especialistas para obter 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 de formas consistentes e coordenadas. Como produto da fragmentação, a AAE é desenvolvida como um ponto de atenção isolado, fragmentado internamente pelos serviços que produz e externamente instituída com baixo grau de comunicação com outros pontos de atenção, especialmente com a APS. É o que se denomina de uma organização em silos ou modelo Silos da AAE.

A organização da AEE nos sistemas fragmentados de atenção à saúde implica resultados econômicos e sanitários ruins e insatisfação de profissionais e das pessoas usuárias. É o que se relata no Boxe 4.

Boxe 4: 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 hipoglicemiante e anti-hipertensiva até que a depressão estivesse controlada e encaminhou-a ao ambulatório especializado de saúde mental para revisão da depressão. A Sra. G. teve muita dificuldade em agendar uma consulta no ambulatório de saúde mental. Depois de muito tempo, conseguiu 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 alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu a um cardiologista que, também, ela não conhecia. O cardiologista disse-lhe que sua medicação anti-hipertensiva era inadequada e que ela necessitava de uma medicação mais poderosa. Receitou, então, dois novos medicamentos anti-hipertensivos, 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. 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 acidente vascular encefálico 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 Horner et al. (2013).

O caso da Sra. G. revela uma forma de relação entre a APS e a AAE definida como relação em silos (HORNER et al., 2013). É a forma mais encontrada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde e significa que não há uma coordenação do cuidado às pessoas usuárias.

Esse caso 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 não 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 (CUMINNS et al., 1980; GANDHI et al., 2000). 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 et al., 2010).

No SUS, nas relações entre a APS 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 (efeito velcro); o especialista repete exames que já haviam sido feitos na APS; uma mesma pessoa adstrita a uma equipe da APS é encaminhada, por uma central de regulação, a diferentes especialistas de uma mesma especialidade, em tempos diferentes, com o critério de onde tem vaga naquele dia; o especialista recebe pessoas que não deveriam ser referidas a ele; o especialista se queixa que o médico de APS encaminha errado porque tem poucos conhecimentos; as relações entre os generalistas e os especialistas são impessoais e de desconfiança mútua; as relações entre os generalistas e os especialistas estruturaram-se, muitas vezes, em visões fantasiosas de cada qual em relação ao outro; a consulta com especialista demora muito tempo para ser realizada, sendo uma fonte de insatisfação da população; as pessoas se sentem abandonadas quando chegam à unidade de AAE por falta de apoio nessa transição; quando o especialista indica outro especialista, a pessoa tem de entrar em uma outra fila para conseguir a consulta; e a atenção especializada é concentrada no médico, sem participação protagônica de outros profissionais de uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. 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 APS não está estruturada para responsabilizar-se pela coordenação da relação com a AAE; os generalistas e os especialistas atuam em silos que não se comunicam; a APS não regula a AAE, o que é feito por centrais de

regulação 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 APS que permita os encaminhamentos de pessoas que efetivamente se beneficiam da AAE, segundo as evidências produzidas por modelos de atenção às condições crônicas; 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 APS e os especialistas são impessoais, não permitindo o trabalho clínico conjunto; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica, carecendo de equipes multiprofissionais interdisciplinares; em geral, a comunicação não conta com instrumentos de regulação assistencial que vão além de relatórios de referência e contrarreferência; os relatórios de referência e contrarreferência são pobres no registro das orientações aos profissionais da APS e das pessoas usuárias; em geral, esses relatórios não são feitos sob a forma de planos de cuidados interdisciplinares; não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição; e não há uma vinculação entre os profissionais da APS e os especialistas, o que indica a inexistência da territorialização da AAE.

Nos sistemas de atenção à saúde, deve haver um equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta. Quando esse equilíbrio se rompe, o sistema torna-se de baixa efetividade.

Uma das razões determinantes dos problemas que se apresentam no modelo Silos de AAE é o desequilíbrio entre a complexa estrutura da demanda e a reduzida estrutura da oferta, conforme se vê no Quadro 16.

Quadro 16: As relações entre a estrutura da demanda e da oferta no modelo Silos de atenção ambulatorial especializada

Estrutura da demanda	Estrutura da oferta
Por condições crônicas não agudizadas altamente complexas	Consultas médicas ou outros procedimentos médicos especializados
Por condições crônicas não agudizadas complexas	Eventuais atendimentos por outros profissionais
	Dispensação de medicamentos
	Solicitação e/ou oferta de exames especializados

Para responder a essa complexa estrutura de demanda, em geral, a AAE estruturada pelo modelo Silos oferta uma reduzida carteira de serviços composta principalmente de consultas médicas, de eventuais atendimentos por outros profissionais trabalhando sem interdisciplinaridade, de dispensação de medicamentos e de solicitação e/ou realização de exames complementares ou de procedimentos especializados.

Em geral, o produto do AAE no modelo Silos são prescrições médicas, realização de exames complementares e/ou de outros procedimentos. Não costuma haver um plano de cuidado mais integral partilhado com a APS e uma preocupação genuína com o monitoramento das pessoas atendidas.

Além disso, os serviços ofertados pela AAE limitam-se, em geral, a serviços assistenciais (consultas e outros procedimentos médicos e exames) quase não existindo outras funções importantes dos cuidados especializados como a educação permanente, a supervisão clínica, a segunda opinião e a pesquisa clínica.

Essa limitada estrutura de oferta não é suficiente para responder, com efetividade e eficiência, à complexidade da demanda referida à AAE.

Essa forma de estruturação em silos das relações entre APS e AAE está na base dos problemas da Sra. G., apontados no Boxe 3, e das evidências de fracasso desse modelo, explicitadas anteriormente.

É claro que o modelo Silos de organização da AAE no SUS se esgotou, convocando um novo modelo de integração em rede dos cuidados primários e secundários.

4. UMA PROPOSTA INOVADORA DE SOLUÇÃO: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA INTEGRADA EM REDES COORDENADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OU O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL (MODELO PASA)

Os problemas que decorrem da organização em silos da AAE exigem uma resposta que implica mudanças profundas que levem à sua integração em RAS coordenadas pela APS. Isso significa instituir um novo modelo organizativo da AAE que se denomina de organização em rede ou modelo Pasa e que se sustenta em dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS e a construção da AAE como um ponto de atenção secundária ambulatorial de uma RAS coordenada pela APS.

Na prática social, estabelecem-se diferentes formas de relação entre a APS e a AAE, sendo as mais comuns a relação de referência e contrarreferência, a relação de visitas periódicas e de trabalho conjunto 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 APS e a AAE que se move de uma total ausência de coordenação

(modelo Silos) para uma forte coordenação em rede entre esses dois pontos de atenção à saúde (modelo Pasa).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a APS e a AAE, essência do modelo Pasa, é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, sob a coordenação da atenção primária. 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, as visitas periódicas e o trabalho conjunto entre especialistas e generalistas, a intermediação por gestores de caso, a educação permanente, a segunda opinião e a pesquisa clínica. Todos esses elementos são incorporados no modelo Pasa, que se diferencia, radicalmente, do modelo Silos, mas que agrega, como partes suas, vários mecanismos de regulação assistencial além da referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas, o trabalho conjunto, a supervisão clínica e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias e a pesquisa clínica.

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 (HORNER et al., 2013). A coordenação do cuidado faz-se em diferentes dimensões, mas, aqui, concentra-se na dimensão da relação entre a APS 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 (HORNER et al., 2013).

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 transferências de responsabilidades e de informações entre a APS e a AAE; avaliar as necessidades e as 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 alcance 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 APS 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 a 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, seja realizado 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 APS 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, por meio do sistema de atenção à saúde. Isso implica a coordenação clínica que envolve determinar a quem e onde 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. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva dos profissionais surgem quando as pessoas 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 entre 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 resultantes da fragmentação da atenção à saúde (McDONALD et al., 2007).

A relação entre a APS e a AAE, no modelo Pasa, tem dois elementos centrais: um, o fluxo das pessoas entre a APS 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 APS 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, 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 APS 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 APS e a AAE.

A relação entre a APS e a AAE, no modelo Pasa, deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001): ser segura: ser planejada para evitar danos às pessoas; ser efetiva: ser baseada em diretrizes clínicas baseadas em evidências; ser pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno; ser centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades; ser eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços; ser equitativa: independentemente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas; e ser coordenada: os generalistas da APS 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 APS.

Para que a relação entre a APS e a AAE seja de alta qualidade, ela deve garantir fluxos e transições adequados. Um dos modelos desenvolvidos para atingir essas relações de qualidade entre esses dois pontos de atenção à saúde é o modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo *MacColl Center for Health Care Innovation* (HORNER et al., 2013).

O modelo Pasa convoca para si o modelo da coordenação do cuidado para estruturar a inserção da AAE nas RAS e para instituir novas relações com os outros pontos de atenção à saúde, especialmente com a APS.

O modelo da coordenação do cuidado é proposto na perspectiva da APS. Ele considera os pontos de atenção especializada e suas relações com a APS e sumariza os elementos que contribuem para o alcance 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 ESF e a AAE. Esses elementos, quando aplicados, permitem que os prestadores recebam as informações 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 32.

Figura 32: O modelo da coordenação do cuidado



Fonte: Adaptado de Horner et al. (2013).

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 infraestrutura de informação adequada.

A existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, que interliguem a APS e a AAE é fundamental. A existência de um relatório de referência padronizado, com dados da pessoa e de sua história clínica, é imprescindível. Na medida em que o modelo amadureça, tanto o relatório de referência quanto o de contrarreferência devem ser ampliados para um plano de cuidado interdisciplinar.

A responsabilização pela transição é da unidade de AAE, que deve apoiar as pessoas que estejam sendo ali atendidas e que tem de se comunicar com a APS sobre o que está sendo feito.

A APS deve ser preparada para dar conta de exercitar a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou a mudança de muitos processos, como a estratificação de riscos das condições crônicas, a capacidade de elaborar planos de cuidados interdisciplinares, a vinculação das pessoas usuárias aos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência com base em evidências e a montagem do prontuário clínico.

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 plano de cuidado multiprofissional interdisciplinar. Há padrões de qualidade para a coordenação do cuidado como os definidos pelo *National Committee for Quality Assurance* (NCQA 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 de ser gerenciados. Por isso, sugere-se que haja, nas unidades da APS, profissionais da equipe que se encarreguem do apoio às pessoas que necessitam de 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 AAE; 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 quando os generalistas, os especialistas e as pessoas usuárias concordam com os propósitos da referência e quando 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 (plano de cuidado da APS), pelas informações que os generalistas desejam na contrarreferência estruturadas em planos de cuidados multiprofissionais interdisciplinares e pelos papéis dos generalistas e dos especialistas depois do atendimento especializado.

As informações essenciais de um plano de cuidado de referência são: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contacto, nome do especialista e informação de contacto, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de autocuidado desenvolvido com a pessoa (BERTA et al., 2009).

Ao longo do tempo, conforme os cuidados vão se coordenando, as relações entre os generalistas e os especialistas deixam de ser de impessoalidade, desconfiança e de distância para transformarem-se em parcerias e inter-relações próximas (PHAM et al., 2009). Essa aproximação vai se dando gradativamente e se aprofundando em diálogos que envolvem: a definição conjunta de critérios para planos de cuidado da APS e da AAE; 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, o efeito velcro, ou os especialistas referem as pessoas usuárias a outros especialistas sem comunicarem aos generalistas). Em uma 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 e estão ligados por algum aplicativo de comunicação. Os especialistas devem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento a 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 busquem os mesmos objetivos (CURRY; HAM, 2010).

Em função das singularidades do SUS e das dificuldades de comunicação que existem entre os profissionais que estão na APS e na AAE, seria interessante contar com profissionais de ligação entre esses pontos de atenção. Uma proposta que parece interessante seria ter na unidade de AAE um médico de família e comunidade com residência e experiência clínica relevante que faria a ligação entre os médicos especialistas e os generalistas.

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 (condições crônicas não agudizadas), vai à contramão do modelo da coordenação do cuidado.

Para superar esse problema, muitas vezes, é necessária uma territorialização da AAE, de tal forma que haja uma vinculação dos generalistas, em um determinado território (distrito sanitário ou regional de saúde em grandes municípios e micror-regiões de saúde em municípios médios e pequenos), aos especialistas da AAE. A vinculação não é somente interunidades, mas de equipes da APS com equipes da AAE. O sistema tradicional, hegemônico no SUS, de referir a um especialista que tenha vaga, definida pela central de regulação, em um determinado dia, que provavelmente não será o mesmo que a pessoa irá consultar em um segundo momento e que não conhece os generalistas, 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 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 as informações necessárias para que possam desempenhar suas funções (referência); de outro, os especialistas devem prover as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas (contrarreferência). Isso em um 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; os eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que essa informação crítica flua de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência. Na inexistência de sistemas eletrônicos, pode-se operar com papel e usar telefone para a comunicação.

Além da incorporação pelo modelo Pasa da coordenação do cuidado, deve-se ampliar a planta de pessoal e a carteira de serviços da AAE.

A correta aplicação do modelo Pasa, construído com base na coordenação do cuidado, deve ampliar a sua carteira de serviços para dar conta da complexidade da demanda que lhe chega. Portanto, esse modelo pressupõe um adensamento tecnológico da AAE para que possa operar com efetividade e eficiência. É o que se mostra no Quadro 17.

Quadro 17: O equilíbrio entre a estrutura da demanda e da oferta no modelo PASA de atenção ambulatorial especializada

Estrutura da demanda	Estrutura da oferta
Por condições crônicas não agudizadas altamente complexas	Consultas médicas Outros procedimentos médicos especializados Consultas de enfermagem especializada
Por condições crônicas não agudizadas complexas	Dispensação de medicamentos e farmácia clínica Solicitação e oferta e/ou realização de exames complementares Consultas com outros profissionais especializados Grupos operativos Grupos terapêuticos Atendimentos compartilhados a grupos Atendimentos conjuntos de especialistas e generalistas Atendimentos contínuos por equipe interdisciplinar Atendimentos a distância (teleassistência) Apoio ao autocuidado

Fonte: Mendes (2015)

O Quadro 17 aponta para uma necessária ampliação da oferta na AAE para responder, com efetividade e eficiência, à complexidade da demanda que lhe chega.

Além dos serviços normalmente prestados pelo modelo Silos, agregam-se outros que são imprescindíveis para a construção do modelo Pasa. Essa carteira ampliada de serviços inclui: consultas de enfermagem especializada; atendimentos individuais especializados com outros profissionais (farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, assistente social e outros de acordo com as condições crônicas específicas); grupos operativos; grupos terapêuticos; novas formas de encontros clínicos como os atendimentos contínuos por equipe interdisciplinar, os atendimentos compartilhados a grupo; apoio ao autocuidado; atendimentos a distância; teleassistência, especialmente por meio da provisão de segunda opinião pelos especialistas aos profissionais da APS; a educação permanente dos profissionais da APS por meio de atividades como cursos e seminários; a supervisão clínica dos profissionais da APS; e, principalmente quando esse modelo for aplicado em instituições acadêmicas, a pesquisa clínica.

O modelo PASA é capaz de gerar valor para as pessoas usuárias da AAE, conforme se indica no Boxe 5.

Boxe 5: O caso da Sra. H.

A Sra. H. 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 hipoglicemiantes e anti-hipertensivas 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 APS, 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 o coordenador 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 de APS. O Dr. M. a atendeu prontamente, ajustou a medicação anti-hipertensiva e pediu que ela retornasse dias depois. Quando retornou, estava melhorando da depressão, e sua pressão estava se normalizando.

Fonte: Adaptado de Horner et al. (2013).

Esse caso reflete alguns dos resultados positivos que se tem encontrado sobre o modelo Pasa de 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 (McINNES; MCGHEE, 1995; TEMMINK et al., 2001; KASPER et al., 2002; REA et al., 2004; SINGH, 2005); pela obtenção de melhores resultados sanitários (EASTWOOD; SHELDON, 1996; GRIFFIN, 1998; DONOHOE, 2000; TEMMINK et al., 2001; KASPER et al., 2002; MAISLO; WEISMAN, 2004; CURRY; HAM, 2010; GOODWIN; LAWTON-SMITH, 2010; SANTOS, 2012); pela maior satisfação das pessoas usuárias (BYNG et al., 2004; CURRY; HAM, 2010); e pela melhoria da comunicação (MALCOLM et al., 2000; MORMAN et al., 2001; HYSLOP; ROBERTSON, 2004).

O modelo Pasa ou 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.

A introdução da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE exigirá mudanças muito profundas na relação atualmente predominante e isso repercutirá fortemente na organização da APS.

Muitas mudanças, algumas na estrutura, mas a maior parte nos processos, deverão ser feitas na APS para a construção social 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 interdisciplinar na APS; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de necessidades para referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos; a instituição na APS de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; a centralização 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.

5. OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS

O modelo Silos, característico dos sistemas fragmentados, é o modelo hegemônico de organização da AAE no SUS.

Como se viu anteriormente, esse modelo de AAE consolidou-se na experiência do Inamps de trazer para o seguro social brasileiro os supostos da medicina liberal, gerados nos Estados Unidos e materializou-se no PAM. Depois evoluíram para unidades de AAE com diferentes denominações, mas mantendo os supostos ideológicos e operacionais da matriz inampsiana.

O modelo Pasa dificilmente se encontra no SUS, a não ser em algumas experiências pontuais, e isso decorre da hegemonia da fragmentação em nosso sistema público de saúde.

Os dois modelos apresentam características muito distintas. O que determina, fundamentalmente, esses dois modelos é se a APS e a AAE são parte de um sistema fragmentado e atuam como silos independentes, ou se estão inseridas em RAS e se comunicam organicamente, coordenadas pela APS.

Por consequência, as unidades de AAE nesses dois modelos estruturam-se e cumprem funções completamente distintas.

O modelo PASA constitui uma inovação disruptiva e, por esta razão, confronta com as ideias de senso comum e com a inércia organizacional que sustentam o modelo SILOS. A implantação do modelo PASA convoca mudanças significativas que transpõem a dimensão técnica para atingir as dimensões política, ideológica e econômica.

Politicamente, a implantação do modelo PASA significa, do ponto de vista dos profissionais de saúde, uma redistribuição de poder entre os generalistas e os especialistas, o que modifica a lógica flexneriana do especialismo da medicina científica (FLEXNER, 1910; MENDES, 1985). Do ponto de vista dos gestores e dos prestadores de serviços do SUS, coloca a gestão dos fluxos e contrafluxos na equipe da APS, criando constrangimentos técnicos, com base em diretrizes clínicas, à livre ação das instituições de saúde, dos prestadores de serviços, dos especialistas e até mesmo de centrais de regulação no ordenamento desses fluxos. Economicamente, incide fortemente sobre os prestadores de serviços, especialmente os especialistas, os mais bem posicionados na arena política dos sistemas de atenção à saúde, em duas vertentes: quando modelam as unidades de AAE a partir das evidências recolhidas nas linhas-guia e detalhadas nos protocolos clínicos, reduzindo a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde, um forte foco de ineficiência dos sistemas e de indução da demanda pela oferta (MENDES, 2011); e quando mudam o foco da gestão da saúde retirando-o da gestão da oferta, muito sujeito à ação de *lobbies* de interesses mais bem estruturados, para colocá-lo nas necessidades das populações beneficiárias do sistema de atenção à saúde por meio da gestão da saúde da população e de parâmetros epidemiológicos.

Há que ficar claro que a proposta de RAS, por sua radicalidade, não é neutra; nela, os interesses da população, expressos por suas necessidades de saúde, sobrepõem-se aos interesses políticos, econômicos e tecnológicos dos atores sociais que estão presentes, em situação vantajosa, na arena política sanitária.

A proposta de implantação da AAE, na perspectiva do modelo Pasa, pode sofrer uma confrontação direta, quando constrange a liberdade de ordenamento do acesso dos gestores da saúde ou impõe limitações técnicas à ação de especialistas, ou indireta e mais sutil, quando, apossando-se da ideia inovadora desse novo modelo, faz uma releitura da proposta transformando-a em uma prática social conservadora que não agregará valor para as pessoas usuárias.

Há diferenças qualitativas significativas entre os modelos Silos e Pasa. As principais diferenças estão contidas no Quadro 18.

Quadro 18: As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada

Modelo Silos	Modelo Pasa
Gestão da oferta	Gestão da saúde da população
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo compartilhado com a APS
Programação feita na própria unidade ou na APS sem estratificação de risco	Programação feita na APS com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS na unidade de AAE
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional interdisciplinar
Relação entre generalista e especialista: inexistente ou faz-se por frágil processo de referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
O produto da unidade é uma prescrição médica ou uma solicitação ou realização de exame complementar ou de procedimento especializado	O produto da unidade é um plano de cuidado feito por uma equipe multiprofissional interdisciplinar
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências e compartilhadas entre generalistas e especialistas
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos familiares eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de autocuidado	Atenção com plano de autocuidado compartilhado entre generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, de supervisão clínica, educacional, de teleassistência e de pesquisa
Presença de efeito velcro	Ausência de efeito velcro

Fonte: Mendes (2015)

Uma característica diferencial importante dos dois modelos está na forma de gestão. O modelo Silos funciona com o sistema convencional da gestão da oferta, fortemente ancorado em um sistema de programação que, em geral, opera o planejamento da oferta, a partir de parâmetros populacionais gerais ou de séries históricas. Esse modelo, muitas vezes, leva à imposição de quotas de procedimentos e à

determinação de tetos financeiros que definem uma quantidade de procedimentos a serem ofertados pelos diferentes gestores da saúde. Esse sistema de gestão da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde. No modelo Pasa, a gestão é da saúde da população que se faz a partir das necessidades de saúde da população efetivamente cadastrada na APS, por meio de parâmetros epidemiológicos que derivam das diretrizes clínicas baseadas em evidência.

O que marca, fortemente, as diferenças entre os dois modelos de organização da AAE são as relações entre a APS e AAE. No modelo Silos, essa relação não é orgânica; já o Pasa é referido pela relação da coordenação do cuidado.

O modelo Silos é parte de um sistema fragmentado de atenção à saúde que, em geral, pratica uma atenção especializada isolada, em que não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos de atenção à saúde, nem coordenação do cuidado pela APS. Não raro, funciona como uma caixa preta. Chega-se, ali, algumas vezes diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da APS, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária. Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Esse sistema é cheio de retrabalhos e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, e exames são ressolicitados frequentemente. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da APS. O modelo Pasa é totalmente diferente porque está integrado em uma RAS, sob coordenação da APS. A programação desse modelo é feita na APS e, então, discutida, em oficina conjunta, com a equipe da AAE. Dessa forma, cada equipe da APS sabe, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, ao Pasa; consequentemente, a unidade de AAE recebe, antecipadamente, essa programação, aumentando a previsibilidade do sistema.

O modelo Silos, muitas vezes, permite a demanda aberta com entrada direta nesse ponto de atenção à saúde. Essas unidades de AAE são inauguradas e, imediatamente, as pessoas usuárias começam a demandá-las, algumas vezes diretamente, são acolhidas e agendadas e reagendadas, bloqueando, em pouco tempo, as suas agendas. Ao contrário, o modelo Pasa é um sistema fechado, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias porque só se chega nele por meio da APS.

O modelo Silos, às vezes, tem a liberdade de se autogovernar, o que explica o grande número de atendimentos de retorno com que eles operam em relação aos atendimentos de primeira consulta. Isso decorre, em parte, do seu caráter de sistema aberto, e, em parte, em função da fragmentação do sistema de atenção à saúde e da fragilidade da APS em exercitar a coordenação do cuidado. O autogoverno, exercitado no modelo Silos, não tem a capacidade de garantir a continuidade da atenção e acaba por restringir as intervenções na perspectiva do cuidado especia-

lizado, sem uma visão integrada das intervenções de níveis primários e terciários. No modelo Pasa, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas é da APS, que é responsável pela coordenação do cuidado. Nenhuma pessoa usuária deve chegar a uma unidade de AAE, à exceção dos casos de retorno, se não for referida pela APS.

O modelo Silos opera sem uma programação racional ou elabora sua própria programação com base em parâmetros de oferta. Diferentemente, a programação do modelo Pasa é feita, em oficinas de programação, com participação conjunta de pessoal da APS e da AAE. A base dessa oficina são os parâmetros epidemiológicos utilizados na APS, por estratos de risco, que permitem saber, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas por tipos de intervenções e que recursos humanos, materiais e financeiros são necessários para operar a unidade de AAE.

Essas formas singulares de governança dos dois modelos implicam que o modelo Silos seja acessado por uma central de regulação, acionada pelos gestores; diversamente, no modelo Pasa, o acesso regulado é realizado diretamente pelas equipes da APS, podendo utilizar a interface dos sistemas de informações clínicas e/ou do complexo regulador.

No modelo Silos, o processo de atenção está centrado no cuidado profissional do médico especialista. Em geral, a unidade de AAE organizada nesse modelo não conta com um trabalho de uma equipe multiprofissional operando de forma interdisciplinar, o que empobrece a atenção prestada e pressiona a agenda do médico especialista. Além disso, a forma de atendimento é centrada na consulta médica individual face a face. No modelo Pasa, há uma equipe multiprofissional que se envolve na clínica de forma interdisciplinar e planejadamente, sem implicar redundâncias e retrabalhos entre os diferentes membros, cada qual agregando valor às pessoas usuárias pelas vantagens comparativas que adicionam na atenção à saúde. Ademais, os atendimentos vão além das consultas individuais face a face, incorporando novas formas de atenção, como a atenção compartilhada a grupo, a atenção contínua e a teleassistência.

No modelo Silos, em geral, não há uma vinculação de generalistas a especialistas. Por consequência, as relações entre esses profissionais são burocráticas e impessoais, não havendo atividades conjuntas entre eles. Não havendo vinculação de generalistas a especialistas, não há vinculação das pessoas usuárias a especialistas, o que leva a uma situação em que uma mesma pessoa, para um mesmo problema, possa ser atendida por vários profissionais da mesma especialidade, com condutas distintas, em tempos diferentes. Os sistemas de referência e contrarreferência são pouco estruturados, gerando fluxos de informações inadequados, em ambos os sentidos, e problemas na transição. No modelo Pasa, há uma vinculação de generalistas a especialistas, preferivelmente e quando possível, com territorialização da AAE. Isso permite estabelecer relações pessoais entre esses profissionais que se conhecem e trabalham juntos, em várias circunstâncias. Em decorrência disso, é possível ter uma vinculação de uma pessoa usuária a um especialista, o que é muito importante. Os

sistemas de referência e contrarreferência estão bem desenvolvidos, com fluxos de informações padronizados, em dupla via. Os relatórios de referência e contrarreferência são constituídos por planos de cuidado interdisciplinares. Há a preocupação em garantir apoio às pessoas usuárias na transição.

No modelo Silos, o produto da unidade de AAE, em geral, é a prescrição médica e/ou a realização ou solicitação de exames complementares ou procedimentos especializados. No modelo Pasa, o produto da unidade de AAE é um plano de cuidado interdisciplinar feito por uma equipe multidisciplinar que é encaminhado à APS para aplicá-lo e monitorá-lo. Ou seja, no modelo Pasa, a atividade clínica dos especialistas é fundamentalmente de interconsulta e supervisão.

No modelo Silos, as decisões clínicas não são tomadas, em geral, a partir de diretrizes clínicas com base em evidências científicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes serviços da RAS, por estratos de risco. Isso leva a uma enorme variabilidade de procedimentos, mesmo entre diferentes especialistas que atuam em uma mesma unidade, o que gera ações inefetivas e ineficientes. Como não há o manejo clínico por estratos de risco, muitas vezes, os especialistas atendem pessoas que não se beneficiam da atenção especializada, o que pressiona a agenda desses especialistas. No modelo Pasa, todo trabalho clínico dessas unidades está definido em diretrizes clínicas baseadas em evidências, com estratificação de riscos. Dessa forma, só chegam aos especialistas aquelas pessoas usuárias de maiores riscos. Não se trabalha com gestantes, mas com gestantes de risco habitual, de risco intermediário e de alto risco; não se trabalha com hipertensão, mas com hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco. Isso é fundamental porque ajuda a organizar o sistema de atenção à saúde e a melhorar a qualidade da atenção.

Em geral, o modelo Silos trabalha com prontuários clínicos individuais, muitas vezes em papel, e que não estão integrados em RAS e, portanto, não permitem uma comunicação eficaz deste nível com a APS, nem um manejo adequado das condições crônicas. A fragmentação do prontuário clínico não permite a continuidade do cuidado. Além disso, esses prontuários são individuais, o que empobrece a visão da saúde da família, uma proposta fundante do SUS. Além do mais, não sendo eletrônicos, esses prontuários não permitem o registro das pessoas usuárias por riscos relativos a cada condição, o que fragiliza a atenção prestada e gera redundâncias e retrabalhos. O modelo Pasa deve operar com prontuários eletrônicos que devem circular, concomitantemente, em todos os níveis do sistema, especialmente *on-line* com a APS. Esses prontuários são familiares, o que viabiliza a incorporação, nos cuidados, dos instrumentos potentes da abordagem familiar. Eles permitem registrar todos os portadores de uma determinada condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários, e enviar alertas e dar *feedbacks* aos profissionais e às pessoas usuárias (WAGNER, 1998). Nesses prontuários, há campos específicos para as informações de referência e contrarreferência e campo para o plano de cuidado e para o plano de autocuidado que pode ser acessado por generalistas e especialistas.

O modelo Silos não trabalha com as ferramentas modernas da gestão da clínica. A razão é simples: não havendo a normalização dos processos de trabalho em diretrizes clínicas baseadas em evidências, não é possível utilizarem-se essas tecnologias. Já o modelo Pasa estrutura, a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências, as tecnologias de gestão de condição de saúde e de gestão de caso.

No modelo Silos, normalmente, não há um plano de cuidado para cada pessoa atendida. O coração de uma atenção de qualidade no atendimento especializado é esse plano, sem o qual há muitas orientações conflitantes, além de nenhuma proatividade das pessoas usuárias no seu autocuidado. No modelo Pasa, toda pessoa tem seu plano de cuidado que é elaborado, cooperativamente, entre generalistas, especialistas e pessoas usuárias e suas famílias, com contratação de metas e com monitoramento periódico; e cada plano de cuidado envolve necessariamente um plano de autocuidado.

O modelo Silos, em geral, ocupa-se estritamente de funções assistenciais. Já o modelo Pasa agrega outras funções imprescindíveis à unidade de AAE: uma função de supervisão clínica das equipes da APS; uma função educacional de participar de processos de educação permanente na AAE e na APS; uma função de teleassistência, principalmente na segunda opinião, e, quando possível, uma função de pesquisa, especialmente no campo da pesquisa clínica.

No modelo Silos, é frequente a presença do efeito velcro que é a propensão das pessoas usuárias encaminhadas à AAE para permanecerem ali por longo tempo, independentemente de seu grau de risco. O modelo Pasa, ao operar com a estratificação de risco planos de cuidados compartilhados entre a AAE e a APS e com a função principal de interconsulta e supervisão, diminui as chances de manifestação do efeito velcro, o que torna a atividade clínica mais efetiva e eficiente e de melhor qualidade.

6. OS FUNDAMENTOS DO MODELO PASA

O modelo Pasa apresenta um conjunto de fundamentos, como o princípio da suficiência, a complementaridade entre APS e AAE, a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas e a superação do conluio do anonimato.

6.1 O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA

O princípio da suficiência das RAS é que garante a atenção no lugar certo e com o custo certo. Ele diz que em uma 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 não agudizadas menos complexas, não devem ser realizadas na atenção especializada porque, em alguns casos, geram iatrogenias e/ou porque atendidas nestes níveis de maior densidade tecnológica são mais caras.

Em relação aos custos diretos, conforme se vê na Tabela 22, 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.

Tabela 22: Custos da atenção em diferentes pontos de atenção de atenção à saúde

Ponto de atenção à saúde	Custo em Euros
Autocuidado	0
Consulta médica por telefone	10
Consulta de enfermagem na APS	25
Consulta médica na APS	35
Consulta médica especializada	50
Gestão de caso	100-150
Internação domiciliar	50-200
Internação hospitalar	400-900

Fonte: Gobierno Vasco (2010).

6.2 AS DIFERENÇAS E A COMPLEMENTARIDADE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL 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 19.

Quadro 19: As diferenças entre as clínicas da atenção primária à saúde e da atenção especializada

Campo	APS	Atenção especializada
Ambiente do cuidado	Foco na pessoa e na família Foco na saúde Foco em problemas pouco estruturados vistos no início Foco em problemas Ambiente pouco medicalizado	Foco no órgão ou sistema Foco em doenças Foco em problemas bem definidos vistos mais tarde Foco em diagnósticos Ambiente muito medicalizado
Formas de atuação dos profissionais	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 em um pequeno número de problemas	Exames mais específicos que sensíveis Aceitam-se sobrediagnóstico, mas não se aceitam falsos negativos Provas em paralelo Concentração do cuidado em um único problema ou em um número mínimo de problemas
Continuidade do cuidado	Continuidade sustentada	Continuidade relativa
Resultados	Menores custos e iatrogenias	Maiores custos e iatrogenias

Fontes: McWhinney e Freeman (2010); Cunillera (2012); Lopes (2012a).

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

Observar as diferenças mostradas no Quadro 19 é fundamental para a implantação do modelo Pasa.

Por exemplo, a clínica da APS é predominantemente uma clínica de problemas porque grande parte das condições examinadas não pode ser catalogada na CID; diferentemente, a clínica da AAE é uma clínica de diagnósticos. Por essa razão, um instrumento operacional da APS é a CIAP, que é uma ferramenta que possibilita classificar questões relativas às pessoas, e não somente a doenças, envolvendo os motivos de consultas e as respostas propostas pelas equipes de saúde de acordo com o registro de saúde orientado por problemas (LOPES, 2012b). A CID deve ser utilizada quando ocorre o diagnóstico de uma doença.

As diferenças entre as clínicas da AAE e da APS determinam campos de atuação dos profissionais de saúde bem definidos. Essa é a razão pela qual não se devem ter especialistas atuando na APS porque a clínica especializada opera com padrões não

compatíveis com os cuidados primários. Isso ocorre mesmo com as especialidades básicas da medicina. O inverso também é verdade, ainda que não seja comum o generalista trabalhando em funções de especialistas.

Há evidência que as clínicas da APS e da AAE são muito diferentes, mas a boa notícia é que são complementares. Isso reforça a importância do modelo Pasa que promove a integração em rede desses dois pontos de atenção à saúde, o que não ocorre no modelo Silos.

6.3 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 definição do modelo Pasa porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e por recursos específicos.

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 a diferencia por riscos e estabelece, em diretrizes clínicas baseadas em evidências, os tipos e lugares de atenção e a sua concentração relativa em cada grupo populacional. Dessa forma, as pessoas com condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto aquelas com de condições de maiores 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 AAE.

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 AAE para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas não agudizadas.

6.4 A SUPERAÇÃO DO CONLUIO DO ANONIMATO

O conluio do anonimato é uma das categorias da teoria balintiana (BALINT, 2005) que se aplica às relações entre os médicos da AAE e os médicos de APS.

Essa categoria foi descrita para analisar a relação entre médicos de APS e de médicos especialistas, na qual há um desequilíbrio de poder entre eles que se manifesta em um tipo de relação professor-aluno, em que os especialistas são vistos na condição de detentores do saber e do poder. Nessa situação, os médicos de APS tendem a não assumir as responsabilidades do atendimento das pessoas encaminhando-as a vários especialistas. Os médicos especialistas, por seu turno, também não assumem as responsabilidades na atenção a essas pessoas limitando-se a dar pareceres sobre prováveis disfunções de órgãos. Esse mecanismo leva as pessoas, utilizando estratégias de sobrevivência ante uma situação incontrolável, a buscarem muitos médicos e a fazer muitos exames. O resultado é que as pessoas têm médicos para seus pulmões, para seus corações, para suas peles, mas não têm médicos para si mesmas (BRANCO et al., 2012).

O modelo Silos estimula o conluio do anonimato porque as relações entre médicos de APS e especialistas são fantasiadas de lado a lado uma vez que esses profissionais não se conhecem, não trabalham conjuntamente e não partilham planos de cuidados. O modelo Pasa muda isso ao tornar reais as relações entre especialistas e generalistas que, em função das necessidades das pessoas usuárias que acompanham, conhecem-se, coparticipam de atividades educacionais, compartilham planos de cuidados e os monitoram e se comunicam frequentemente por meios eletrônicos. Ou seja, no modelo Pasa, os médicos especialistas, os médicos generalistas e as pessoas usuárias se apresentam no cuidado compartilhado à saúde com nomes e endereços próprios. Isso faz toda a diferença.

7. A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A implantação do modelo Pasa na AAE exige, pela profundidade das mudanças que convoca, uma estratégia bem estabelecida. Para a formulação de um desenho estratégico, alguns pontos-chave devem ser considerados.

7.1 QUEM SE BENEFICIA DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA?

Há uma ideia de senso comum que expressa uma convicção de que todas as pessoas portadoras de condição crônica devem ser vistas por especialistas, especialmente por médicos especialistas.

Para analisar essa ideia, duas questões são fundamentais: a primeira: é possível atender por meio de especialistas todas as pessoas com condições crônicas? A segunda: se fosse possível fazê-lo, seria desejável atender por meio de especialistas todas as pessoas com condições crônicas?

Para responder à primeira questão, analisou-se o caso da 20ª Região de Saúde do Paraná em relação à hipertensão arterial. Essa região tem 358 mil habitantes, dos quais 250.600 (70% da população total) são totalmente dependentes do SUS na assistência à saúde. Definindo-se a prevalência da hipertensão arterial em 20% da população adulta, na região, existiriam 35.084 pessoas portadoras de hipertensão arterial. Se essa população com hipertensão arterial recebesse, em média, 1,5 consulta médica por ano por cardiologista, seriam necessárias 52.625 consultas de cardiologistas por ano. Se os cardiologistas trabalhassem em uma unidade de AAE com carga horária semanal de 20 horas, dedicando um terço de seu trabalho somente às pessoas portadoras de hipertensão arterial, chegou-se a uma necessidade de 45 cardiologistas. A região não tem, nem terá nos próximos anos, nem a metade dessa força de trabalho médico especializado. O mesmo raciocínio aplicado aos portadores de hipertensão arterial no município de Fortaleza, Ceará, indicou uma necessidade de 260 cardiologistas vinculados ao SUS na AAE para o controle dessa condição crônica, o que é impossível de ter (MENDES, 2019).

A resposta à primeira questão, portanto, é simples, não há a possibilidade de que todas as pessoas com condições crônicas sejam atendidas por especialistas.

A segunda questão remete a outra: quem se beneficia da AAE?

A resposta vem dos princípios da organização da AAE, especialmente do princípio da complementaridade das clínicas da APS e da AAE e da estratificação de risco feita segundo o MPR.

O exame do quadro que mostra as distinções entre as clínicas da APS e da AAE indica que nem todas as pessoas portadoras de condições crônicas devem ser referenciadas à atenção especializada porque podem, pela natureza intrínseca da clínica especializada, ser submetidas a procedimentos iatrogênicos, desnecessários e mais caros. Assim, em uma subpopulação com uma condição crônica, há um segmento importante que não se beneficia da AAE.

Essa situação determinada pela natureza diferenciada das clínicas de APS e AAE leva a uma definição de quem se beneficia e de quem não se beneficia da atenção especializada.

Essa questão intrigou os estudiosos dos modelos de atenção às condições crônicas e foi respondida pelo MPR, descrito detalhadamente no Capítulo 7, e que mostra que a AAE deve ser destinada exclusivamente às pessoas com condições crônicas mais complexas. Ocorre que essas condições complexas atingem em torno de 25% das pessoas com condições crônicas.

A utilização da estratificação de risco e do MPR tem, portanto, um papel importante no aumento da efetividade e da eficiência da clínica. Além disso, ao definir a atenção no lugar certo, segundo o princípio da suficiência, deixando para a aten-

ção na APS da maioria das pessoas com condições crônicas menos complexas que constituem em torno de 75% dos casos, diminui os custos da atenção e previne as iatrogenias.

Como os níveis de risco estabelecem a concentração de cuidados profissionais, gera-se um efeito virtuoso sobre as agendas de especialistas, diminuindo a pressão da demanda, e sobre as agendas dos profissionais da APS, concentrando uma carga maior de atendimentos nas pessoas com condições complexas em relação àquelas com condições menos complexas. Cria-se, dessa forma, um ambiente de eficiência em toda a RAS.

É comum verificar-se, nas unidades de AAE do SUS, a presença significativa de pessoas com condições crônicas menos complexas que não vão se beneficiar da atenção nela ofertada, o que aumenta a pressão da demanda por cuidados especializados. Nessa situação, o sistema de atenção à saúde se ajusta de duas formas perversas, impondo cotas para a utilização da AAE ou alimentando filas intermináveis. Quando se examinam as filas para AAE nas condições crônicas, verifica-se que, ali também, existem pessoas com condições crônicas menos complexas que não vão se beneficiar dos cuidados especializados, juntamente com outras pessoas com condições complexas, sem uma hierarquia de atendimento entre elas. Sem a implantação de um processo de estratificação, é impossível administrar, de forma racional, as filas da AAE, priorizando as pessoas que efetivamente se beneficiam desses cuidados especializados e organizando os atendimentos por riscos.

7.2 A VINCULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O modelo Pasa de AAE baseia-se em uma estreita vinculação, em rede, desse ponto de atenção à saúde com a APS. É como se fossem duas faces de uma mesma moeda. Por essa razão, consideram-se dois pontos de atenção à saúde, mas organizados como um único microssistema clínico.

Essa característica inerente a esse modelo tem implicações na estratégia de sua implantação.

O modelo Silos, em geral, implanta-se de forma autônoma, em coerência com o sistema de atenção à saúde de que é parte. Assim, ao implementar esse modelo, consideram-se, apenas, a organização da estrutura e dos processos intrínsecos a este nível de atenção, desconsiderando a necessidade de organizar a APS.

No modelo Pasa é diferente, dado que sua essência está na organização da AAE em RAS coordenadas pela APS. Em consequência, ao se organizar a AAE pelo modelo Pasa, deve-se, também, estruturar a APS.

Para fazer isso, três opções estratégicas são possíveis: organizar primeiro a AAE e depois a APS, organizar primeiro a APS e depois a AAE e organizar concomitantemente a AAE e a APS. A escolha de uma dessas possíveis alternativas vai-se fazer a partir das condições concretas que se encontrarem nas realidades das RAS. Entretanto, quando possível, a organização concomitante é a mais virtuosa.

Há que se enfatizar que a estratégia de implantação do modelo Pasa exige, necessariamente, ações organizacionais na AAE e na APS.

A importância da organização da APS decorre de suas funções nas RAS. Nos sistemas fragmentados, a APS apresenta uma única função, a de constituir um nível de atenção resolutivo. Nas RAS, além da função resolutividade, a APS deve cumprir as funções de responsabilização e de coordenação, tal como se considerou no Capítulo 10.

A razão dessa opção estratégica dual é que não se pode organizar a AAE sem fazer o mesmo com a APS. Isso decorre dos princípios e de diretiva que regem a organização da AAE mencionados anteriormente: o princípio da complementaridade, o princípio da coordenação e a estratificação de risco pelo MPR.

Para que se implante o modelo Pasa de AAE, é imprescindível que a APS esteja preparada para o cumprimento de algumas atividades essenciais para o funcionamento desse modelo, como: ter a população adstrita cadastrada e vinculada a uma equipe de cuidados primários; fazer o diagnóstico e a estratificação de risco das condições crônicas a serem atendidas na atenção especializada; ser capaz de fazer o manejo clínico exclusivo das pessoas com condições crônicas menos complexas e compartilhar o manejo clínico das pessoas com condições crônicas complexas com a AAE; ser capaz de executar e monitorar os planos de cuidado referidos pela equipe interdisciplinar de especialistas; e ser capaz de operar as novas tecnologias de manejo de pessoas com condições crônicas.

A implantação do modelo Pasa de AAE exige uma APS com maior adensamento tecnológico, o que implica oferecer uma carteira de serviços mais ampla, que envolva consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com outros profissionais, dispensação de medicamentos e farmácia clínica, atenção domiciliar, solicitação/coleta/realização de exames complementares, grupos operativos, grupos terapêuticos, vacinações, rastreamento de doença, atendimentos compartilhados a grupos, atendimentos contínuos, atendimentos a distância, atendimentos por pares, apoio ao autocuidado, gestão de casos, matriciamento de generalistas e especialistas, acesso a segunda opinião, acesso a serviços comunitários e, quando possível, pesquisa clínica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Por tudo isso, ao estruturar o modelo PASA, há que se fazer, também, a construção social da APS conforme descrito no Capítulo 10. Mesmo porque uma AAE inovadora não poderá funcionar sem uma APS renovada e ampliada.

7.3 AS MUDANÇAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA

A estratégia de implantação do modelo Pasa de AAE está calcada na tríade estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 2003).

Usando-se esse modelo de Donabedian, a estratégia de implantação do modelo Pasa envolverá mudanças na estrutura e nos processos para produzir resultados sanitários e econômicos.

Ocorre que já existe uma rede importante de AAE no SUS, funcionando no modelo Silos. Essa rede já conta com uma razoável estrutura nos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Portanto, não se deve partir do nada, mas de uma estrutura já existente. Essa estrutura é tradicional e é operada com processos incoerentes com o novo modelo que se quer implantar.

Contudo, há movimentos recentes de implantação de unidades de AAE com excelente estrutura, mas que operam com processos mais próximos do modelo Silos.

Por consequência, a implantação do modelo Pasa poderá exigir mudanças na estrutura e nos processos da AAE. As mudanças fundamentais serão nos processos, mas poderá haver necessidade de mudanças nos recursos físicos e humanos.

As mudanças processuais, à semelhança do que ocorre na APS, devem ser baseadas em gestão de processos, com implantação que envolva modelos de melhoria e processos de educação tutorial.

Uma estratégia racional não deve partir de propostas que envolvam, necessariamente, a construção de novas unidades de AAE com uma iconização muito ao gosto dos marqueteiros públicos. Sempre é melhor verificar as possibilidades de reformas físicas nas unidades já existentes. Somente quando for imprescindível, deve-se pensar na construção de novas unidades físicas.

O mesmo raciocínio aplica-se aos recursos humanos. Deve ser aproveitada a planta de pessoal que já exista na unidade de AAE e, se necessário, fazer a contratação de outros profissionais. Contudo, já se pode antecipar uma situação. O modelo Silos está fortemente ancorado no trabalho do médico especialista, existindo uma carência de equipe multiprofissional (assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, e outros conforme o objeto da unidade de AAE). Esses novos profissionais devem ser incorporados à AAE para que o modelo Pasa funcione.

7.4 A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NO SUS

O modelo Pasa tem sido implantado no SUS especialmente pelo Projeto da Planificação da Atenção à Saúde desenvolvido pelo CONASS em colaboração com

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A partir de uma experiência inicial desenvolvida na região de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais (OLIVEIRA FILHO; LOPES, 2016; MENDES et al., 2018), esse modelo tem sido aplicado em diferentes regiões do País (GUIMARÃES et al., 2018; EVANGELISTA et al., 2019).

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O. **O caso de Diadema**. Brasília: Seminário sobre regulação na APS, 2011.

ALBIERI, F. A. O et al. Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: **Secretaria Municipal de Saúde**; 2014.

ALVES JÚNIOR, A. C. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2011.

BAICKER, K.; CHANDRA, A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiarie's quality of care. **Health Affairs**, 2004; W4:184-197.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BENDER, A. S. et al. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BERTA, W. et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 55, n. 6, p. 621-625, 2009.

BITTAR, O. J. N. V. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA**, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BLUE, L. et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7315, p. 715-718, 2001.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving chronic care: strategies and tools for a better practice**. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BODENHEIMER, T. et al. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, v. 288, n. 14, p. 1775-1779, 2002.

BOURGEAULT, I. L. et al. **How can optimal skill mix be effectively implemented and why?** Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

BOWER, P. et al. Collaborative care for depression in primary care, making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. **The British journal of psychiatry**, v. 189, p. 484-493, 2006.

BRANCO, R. F. G. R. et al. Grupos Balint. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Traçado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria nº 3.046, de 20 de julho de 1982**. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília: Gráfica do INAMPS, 1983. p.36-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.101**, de 12 de junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A Z**. Brasília: Ministério da Saúde/ CONASEMS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2019. Disponível em: www.datasus.gov.br.

BYNG, R. et al. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. **The British journal of general practice**, v. 54, n. 501, p. 259-266, 2004.

CAMPBELL, R. J. et al. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. **Family Medicine**, v. 35, n. 1, p. 60-64, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CANELADA, H. F. et al. **Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede**. 2014. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/reduo-do-absentesmo-atraves-da-gestao-da-agenda-e-do-trabalho-em-rede-956>. Acesso em: 30 out 2015.

CANONICI, E. L. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde**. São Paulo: PROADI-SUS, 2014.

CARMO, D. **Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos para uma rede de produção de cuidados**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CAVALCANTE, R. P et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipe de saúde da família, João Pessoa, PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63-84, 2013.

CHOMATAS, E. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFRGS, Porto Alegre, 2009.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CUMMINS, R. O. et al. Communication failure in primary care: failure of consultants to provide follow-up information. **JAMA**, v. 243, n. 16, p. 1650-1652, 1980.

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 for improved outcomes**. London: The King's Fund, 2010.

DE MAESENEER, J. H. et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 13, p. 144-148, 2003.

DEUTCHMAN, M. E. et al. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 8, p. 440-447, 1995.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONOHUE, M. E. et al. Improving foot care for people with diabetes mellitus: a randomized controlled trial of an integrated care approach. **Diabetic Medicine**, v. 17, n. 8, p. 581-587, 2000.

EASTWOOD, A. J.; SHELDON, T. A. Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. **Quality in Health Care**, v. 5, n. 3, p. 134-143, 1996.

ELIAS, P. E. 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**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ENGEL, W. et al. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. **Medical Care**, v. 27, n. 3, p. 306-314, 1989.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, 2019. Disponível em: <http://www.ceenciasaudecoletiva.com.br/artigos/o-planejamento-e-a-construcao-das-redes-de-atencao-a-saude-no-df/17161?id=17161>. Acesso em: 20 jun 2019.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, A. Uma em quatro pessoas não vai a consulta. **Correio de Uberlândia**, 2011. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoas-nao-vai-as-consultas>.

FERRIS, T. G. et al. Changes in daily practice of primary care for children. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 152, n. 3, p. 227-233, 1998.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bethesda: Science and Health Publications**, 1910.

FRANKS, P.; FISCELLA, K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. **Journal of Family Practice**, v. 47, n. 2, p. 105-109, 1998.

FREITAS, F. O. **A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná**. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016.

FRIEDMAN, N. M. et al. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. **Effective Clin Pract**, v. 1, n. 1, p. 5-11, 1998.

FUJISAWA, R.; LaFORTUNE, G. **The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries?** Paris: OECD, Health Working Papers n° 41; 2008.

FYSH, T. Missed outpatient appointments. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 95, n. 7, p. 376-377, 2002.

GANDHI, T. K. et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, n. 9, p. 626-631, 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GRIFELL, E. **Atenção especializada ambulatorial e hospitalar em Catalunha: funções e interfaces.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14327&-tip o=B>. Acesso em: 20 jan. 2012.

GOBIERNO, V. **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi.** Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

GOODWIN, N.; LAWTON-SMITH, S. **Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management.** 2010. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN>. Acesso em: 20 jul. 2012.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, S109-218, 2005.

GREENFIELD, S et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. **JAMA**, v. 267, n. 12, p. 1624-1630, 1992.

GRIFFIN, S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. **British Medical Journal**, v. 317, n. 7155, p. 390-396, 1998.

GUERRA, A. F. M. et al. Otorrinolaringologia pediátrica no sistema de saúde de Belo Horizonte. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 5, p. 719-725, 2007.

GUIMARÃES, A. M. D. N et al. **Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da aten-**

ção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.

GULLIFORD, M. C. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? **Journal of Public Health Medicine**, v. 24, n. 4, p. 252-254, 2002.

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. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2009.

HADORN, D. C. Setting priorities for waiting lists: defining ours terms. **Canadian Medical Association Journal**, v. 163, n. 7, p. 857-860, 2000.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Salud de la Familia en la region Sur de Porto Alegre**. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.

HORNER, K. et al. Care coordination: reducing care fragmentation in primary care. In: PHILLIPS, K. E. et al. (Editors). **Safety medical initiative implementation guide series**. Seattle: MacColl Center for Health Care Innovation, 2013.

HUETSON, W. J. et al. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. **Journal of Family Practice**, v. 40, n. 4, p. 345-351, 1995.

HYSLOP, A.; ROBERTSON, K. Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. **Informatics in primary care**, v. 12, n. 2, p. 103-107, 2004.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-704, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century**. Washington: The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The future of nursing: leading change, advancing health**. Washington: The National Academies Press, 2011.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

JARMAN, B. S. et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7197, p. 1515-1520, 1999.

KAMPS, A. W. A et al. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. **European Respiratory Journal**, v. 23, n. 2, p. 304-309, 2004.

KASPER, E. K. et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 39, n. 3, p. 471-480, 2002.

KATES, N. et al. Collaborative working group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association: shared mental health care. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 48, p. 936, 2002.

KATON, W. et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. **JAMA**, v. 273, n. 13, p. 1026-1031, 1995.

KELLY, B. J. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, p. 31, 2011.

LIMA, D. M. G. et al. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 68, n. 3, p. 357-362, 2005.

LLOYD, M. et al. Non-attendance at outpatient clinics: is it related to the referral process? **Family Practice**, v. 10, n. 2, p. 111-117, 1993.

LOPES, J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012a.

LYTHGOE, M. P.; ABRAHAM, S. Good practice in shared care for inflammatory arthritis. **The British journal of general practice**, v. 66, n. 648, p. 275-277, 2016.

LOPES, J. M. C. Registro de saúde orientado por problemas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012b.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MAISLOS, M.; WEISMAN, D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. **Acta Diabetologica**, v. 41, n. 2, p. 44-48, 2004.

MALCOM, L. et al. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. **The New Zealand Medical Journal**, v. 113, n. 1123, p. 514-517, 2000.

MacCOLL CENTER FOR HEALTH CARE INNOVATION. **The care coordination model**. 2018. Disponível em: maccollcenter.org/resources/care-coordination-model. Acesso em: 02. mar. 2019.

McDONALD, K. M. et al. Care coordination, Volume 7. In: SHOJANIA, et al. (Editors). **Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.

McDONALD, K. M. et al. **Care Coordination Atlas Version 3**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.

McINNIS, G. T.; McGHEE, S. M. Delivery of care for hypertension. **J Hum Hypertens**, v. 9, n. 6, p. 429-433, 1995.

McWHINNEY, I.; FREEMAN, T. **Manual de medicina da família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION. **Healthcare spending and the Medicare program**. 2005. Disponível em: <http://www.medpac.gov>. Acesso em: 20 maio 2009.

MELO, G. B. T. **Análise da suficiência de consultas especializadas no município de Recife, PE**. Recife: 2012. Monografia – Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da ESF. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Cálculos do autor**. 2019.

MENDES, E. V et al. Integrated care in the unified health system of Brazil: the laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. **International Journal of Healthcare Management**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1436412>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MENENDEZ, M. E.; RING, D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. **Hand**, v 10, n. 2, p. 221-226, 2015.

MERHY, E. E. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**. Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

MOLFENTER, T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. **Subst Use Misuse**, v. 48, n. 9, p. 743-749, 2013.

MORAES, E. M. **Centro Mais Vida Macro Centro I**. Belo Horizonte: Instituto Jenny de Andrade Faria de atenção à saúde do idoso/Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG; 2011.

MOORE, G. The case of disappearing generalist: does it need to be solved? **Milbank Q**, v. 70, n. 2, p. 361-379, 1992.

MOORMAN, P. W. et al. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 8, n. 4, p. 372-378, 2001.

MURDOCK, A. et al. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 95, n. 6, p. 284-286, 2002.

NCQA PATIENT-CENTERED MEDICAL HOME. National Committee for Quality Assurance (NCQA). **Care coordination Standards**. 2011. Disponível em: <http://www.ncqa.org>. Acesso em: 13 fev. 2019.

NOREN, J. et al. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. **New England Journal of Medicine**, v. 301, p.11-16, 1980.

OLESKOVICZ, M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, 2014.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 6 anos de história da previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

OLIVEIRA, R. C. et al. **A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade**. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Organizador). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010.

OLIVEIRA FILHO, W.; LOPES, P. R. Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia: Instituto Regional de Saúde da Mulher/Centro Integrado Viva Vida e Hipertensão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Inovação na atenção ambulatorial especializada**. Brasília: CONASS, 2016.

O'MALLEY, A. S. et al. Health Center trends, 1994-2001: what do they portend for the federal growth initiative? **Health Affairs**, v. 24, n. 2, p. 465-472, 2005.

OSTBYE, T. et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 3, p. 209-214, 2005.

PADOVANI, C. S. S. et al. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 4, p. 317-322, 2012.

PARCHMAN, M. L.; CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. **Journal of Family Practice**, v. 39, n. 2, p. 123-128, 1994.

PARCHMAN, M. L. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. **Medical Care**, v. 40, n. 2, p. 137-144, 2002.

PATERSON, W. G. et al. Wait times for gastroenterology consultation in Canada: the patients' perspective. **Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 24, n. 1, p. 411-423, 2006.

PHAM, H. H. et al. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. **Ann Intern Med**, v. 150, n. 4, p. 236-242, 2009.

PINOTTI, J. A. PSF. **Folha de São Paulo**, 30 de novembro de 2008.

PORTER, M. **Population care and chronic condition**: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

REA, H. et al. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Internal Medicine**, v. 34, n. 11, p. 608-614, 2004.

REGAN, J et al. The role of federally funded health centers in serving the rural population. **Journal of Rural Health**, v. 19, n. 2, p. 117-124, 2003.

REGIDOR, E. et al. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 5, p. 352-359, 2006.

ROCHA, D. C. **Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada**: elementos para pensar uma política. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão da Universidade de Campinas, Campinas, 2014.

ROOS, N. P. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. **Inquiry**, v. 16, n. 1, p. 73-83, 1979.

RYDEN, M.B. et al. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. **The Gerontologist**, v. 40, n. 6, p.654-662, 2000.

SANTOS, S.M. **Integração do programa de atenção ao idoso do HC/UFMG (Centro Mais Vida) e atenção primária em Belo Horizonte**: experiência e

resultados. Belo Horizonte: Oficina de Trabalho da Atenção à Saúde do Idoso, 2012.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A et al. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 3, p. 256-262, 2005.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil**, 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/ Conselho Federal de Medicina, 2018.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. **International Journal of Health Services**, v. 24, n. 3, p. 431-458, 1994.

SHI, L. et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. **Journal of the American Board of Family Practice**, v. 16, n. 5, p. 412-422, 2003.

SHI, L. et al. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. **Public Health**, v. 119, n. 8, p. 699-710, 2005.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SIMON, J. C. et al. Avaliação do tempo de espera para consultas de reumatologia em um centro de atendimento terciário de Porto Alegre, RS. **Revista AMRIGS**, v. 52, p. 303-308, 2008.

SINGH, D. **Which staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature**. Birmingham: Health Services Management Centre; 2005.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SPEDO, S. M. et al. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

- STARFIELD, B. Entrevista. **Boletim Saúde para Todos**, v. 1, n. 1, 2005a.
- STARFIELD, B. **The primary solution**: put doctors where they count. 2005b. Disponível em: <http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>. Acesso em: 06 jun. 2019.
- STARFIELD, B. **Challenges to research on equity in health**. Adelaide: 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health, 2006.
- STARFIELD, B. **Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde**. Recife: Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados, 2007.
- STRALEN, C.V. et al. Percepção de 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**, v. 24, n. 1, p. S148-S158, 2008.
- STURGESS, I.; PROUDFOOT, A. Ambulatory care: what is it and do we need it? **British Journal of Hospital Medicine**, v. 70, n. 1, p. 15-18, 2009.
- TAKADA, J. Y. et al. **Causas de absenteísmo ambulatorial em pacientes idosos portadores de doenças cardíacas**. 2014. Disponível em <https://so-cesp2014.com.br/trabalho/resumo/2594>.
- TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- TEMMINK, D. et al. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? **Arthritis & Rheumatology**, v. 45, n. 3, p. 280-286, 2001.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.
- THOMSON, S. et al. **International profiles of health care systems**. Washington: The Commonwealth Fund, 2012.
- VALDERAS, J. M. et al. Ambulatory care provided by office-based specialists in the United States. **Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 2, p. 104-111, 2009.
- VIEIRA, E. W.R. et al. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, p. 65-71, 2015.

VIEIRA, J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? **Nursing**, v. 17, p. 30-35, 2007.

VINGILIS, E. et al. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. **Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v. 5, n. 4, p. 1-10, 2007.

VOGEL, R. L. et al. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? **International Journal of Health Services**, v. 28, n. 1, p. 183-196, 1998.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WEINBERGER, M. et al. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For the Veteran Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. **New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 22, p. 1441-1447, 1996.

WELCH, W. P. et al. Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. **New England Journal of Medicine**, v. 328, p. 621-627, 1993.

YOUSSEF, A. et al. Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 9, n. 1, p. 23-29, 2014.

CAPÍTULO 13 – O DESAFIO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS DO SUS

1. A INEFICIÊNCIA E OS DESPÉRDÍCIOS NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM PROBLEMA GLOBAL

A eficiência deve ser uma preocupação fundamental dos sistemas de atenção à saúde. De um lado, porque a atenção ineficiente pode levar a resultados ruins desnecessários para as pessoas diretamente afetadas, seja em termos de resultados sanitários, seja em insatisfações com o sistema de atenção à saúde. Além disso, a ineficiência dos sistemas de atenção à saúde desvia recursos de outros setores produtivos em que eles poderiam ser utilizados produtivamente.

O aumento da eficiência permite que os recursos sejam mais bem gastos dentro e fora do setor saúde e garante uma melhor governança no sistema de atenção à saúde.

Especialmente nos sistemas públicos de atenção à saúde, a percepção de eficiência permite manter e aumentar o compromisso dos cidadãos em pagarem os impostos que sustentam estes sistemas em função dos benefícios que recebem. Ao contrário, uma percepção de aumento da ineficiência pode minar a confiança nas instituições e na solidariedade social dos quais dependem os sistemas de saúde pública.

A ineficiência dos sistemas de atenção à saúde é um problema universal, encontrada, portanto, em todos os países do mundo. Em boa parte, essa ineficiência decorre das singularidades dos sistemas de atenção à saúde nos campos organizacional, econômico e tecnológico que conduzem naturalmente ao uso pouco racional dos recursos e que foram examinadas no Capítulo 1.

Em estudos de sistemas comparados os Estados Unidos, país que gasta o maior volume de recursos no planeta, é o que tem pior rank de eficiência (DAVIS et al., 2014). Estima-se que, em 2009, foram despendidos nesse país quase U\$ 800 bilhões em gastos inadequados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010). Estudo do Instituto de Pesquisa em Saúde da PricewaterhouseCoopers estimou que mais de metade dos mais de US\$ 2 trilhões que os Estados Unidos gastam em saúde cada ano é desperdiçada (PRICEWATERHOUSECOOPER'S HEALTH INSURANCE INSTITUTE, 2009).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos identificou seis áreas de desperdícios no sistema de atenção à saúde desse país que, se superados, poderiam produzir ganhos de eficiência de, no mínimo, 20% dos gastos totais daquele sistema: falhas na pres-

tação de serviços, falhas na coordenação do cuidado, sobreutilização de tecnologias, complexidade administrativa, falhas no sistema de preços e fraudes e abusos.

James e Poulsen (2016) estimaram que, nos Estados Unidos, de 35% a 50% dos US\$ 3 trilhões gastos em saúde são desperdiçados.

A Organização para o Desenvolvimento Econômico e Desenvolvimento verificou, entre os seus países-membros, grandes desníveis de eficiência (JOURMARD et al., 2008; OECD, 2010).

A Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde afirma que, das despesas anuais globais em saúde, cerca de US\$ 5,3 trilhões, aproximadamente US\$ 300 bilhões, são consumidos por corrupção e erros (EUROPEAN HEALTHCARE FRAUD AND CORRUPTION NETWORK, 2010).

A OMS, no Relatório Mundial da Saúde de 2010, estimou que 20% a 40% de todas as despesas da saúde são desperdiçadas pela ineficiência em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Não é diferente no Brasil: as ineficiências e os desperdícios se manifestam de forma significativa nos sistemas privado e público de atenção à saúde. A partir de dados da OMS, podem-se estimar perdas mínimas por ineficiências e desperdícios nos setores público e privado brasileiros da ordem de R\$ 110 bilhões por ano. Para Mere Jr. (2017), esse valor chegaria a R\$ 165 bilhões por ano.

Estimativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar para o ano de 2017 evidenciou um gasto de R\$ 27,7 bilhões em fraudes e desperdícios, o que correspondeu a 19,1% da despesa assistencial total do sistema de saúde suplementar (LARA, 2018).

Aplicando-se ao SUS o limite inferior (20%) da estimativa da OMS (2010), pode-se estimar um desperdício de mais de R\$ 45 bilhões por ano, um valor muito significativo.

Estudo do Banco Mundial estimou que os ganhos de eficiência do SUS poderiam atingir de R\$ 36,15 bilhões a R\$ 38,85 bilhões por ano, o que representa 0,57% a 0,62% do PIB brasileiro (ARAUJO; PONTES, 2017).

Os diferentes estudos sobre as ineficiências dos sistemas de atenção à saúde demonstram que elas são enormes e que se pode, portanto, fazer "*mais saúde pelo mesmo dinheiro*" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A ideia de eficiência é fácil de entender, mas difícil de ser medida em função da existência de fatores externos aos sistemas de atenção à saúde, os determinantes sociais da saúde. Ademais, uma parte do sistema pode operar eficientemente em um sistema global ineficiente. Pode-se ter um hospital operando com eficiência em um sistema global ineficiente que tem problemas na APS. Nesse caso, como nas

internações por condições sensíveis à atenção primária ou nas reinternações de curto prazo, há um uso inadequado dos hospitais.

As ineficiências nos sistemas de atenção à saúde trazem sérios problemas (CYLUS et al., 2016): podem diminuir os ganhos de saúde nas pessoas que receberam atenção porque lhes nega o melhor cuidado possível dentro dos limites dos recursos disponíveis; ao consumir recursos excessivos em tecnologias inefetivas, podem negar atenção a outras pessoas que se beneficiariam da atenção se os recursos tivessem sido mais bem usados; o uso ineficiente de recursos no setor saúde pode sacrificar a oportunidade de consumo em outros setores como a educação, o saneamento e outros; e o desperdício de recursos na atenção ineficiente pode diminuir a consciência da sociedade para pressionar por recursos para a saúde e refletir no capital social e no bem-estar.

A eficiência nos sistemas de atenção à saúde pode ser vista em duas dimensões: a dimensão jurídica fundamental nos sistemas públicos de saúde e a dimensão econômica que se manifesta em diferentes tipos de eficiências como a eficiência técnica, a eficiência de escala e a eficiência alocativa.

2. A DIMENSÃO JURÍDICA DA EFICIÊNCIA NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A eficiência normalmente é tratada no campo da economia. Contudo, no Brasil, ela tem, nas organizações públicas, uma dimensão jurídica fundamental porque constitui um dos princípios da administração pública brasileira.

O SUS, como um sistema público de atenção à saúde, deve obedecer aos princípios da administração pública.

"Em sentido formal, a administração pública constitui o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços do próprio Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade. Numa visão global, a Administração Pública é, pois, todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas" (MEIRELLES, 2016).

Por seu turno, os princípios são definidos como *"um mandamento nuclear de um sistema, uma disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas compondo-lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico. É o conhecimento dos princípios que preside a intelecção das diferentes partes componentes de um todo unitário que há por nome de sistema jurídico positivo. Violar um princípio é muito*

mais grave do que transgredir uma norma qualquer. A desatenção ao princípio implica ofensa não apenas a um específico mandamento obrigatório, mas a todo sistema de comando” (MELLO, 2000).

A Constituição Federal de 1988, no caput do art. 37, manifesta que a Administração Pública direta e indireta de quaisquer dos Poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Portanto, a eficiência é um dos princípios constitucionais explícitos da administração pública brasileira, e isso significa que o SUS deve pautar suas ações de acordo com este princípio.

A eficiência não é um conceito jurídico, mas econômico já que não significa norma, e, sim, atividades. Dessa forma, o princípio da eficiência conduz a atividade administrativa no sentido de alcançar os melhores resultados com os recursos que estão disponíveis, buscando atingir os melhores benefícios com custos menores. Em outras palavras, a eficiência obedece à norma da racionalidade, ou seja, da obtenção dos maiores benefícios com os menores custos possíveis.

“Dever de eficiência é o que se impõe a todo agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros” (MEIRELLES, 2016).

O princípio administrativo da eficiência é de difícil definição, não se podendo precisá-lo sem a ajuda de parâmetros previamente definidos e que devem ser alcançados pelos agentes públicos (MAFFINI, 2008).

O princípio da eficiência implica o compromisso do agente público de executar suas funções utilizando os recursos de forma ótima e evitando desperdícios. Além disso, deve buscar o melhor desempenho possível para satisfazer os interesses dos administradores e da sociedade (GASPARINI, 2005).

O princípio da eficiência na administração pública apresenta duas dimensões. Pode ser considerado pelo lado do modo de atuação do agente público em que se espera um melhor desempenho, mas também pelo modo de organizar, estruturar e disciplinar a administração buscando produzir bons resultados para a sociedade (DI PIETRO, 2005).

Esse princípio impõe aos agentes públicos a busca do bem comum por meio de uma ação imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, de qualidade e com moralidade e legalidade, utilizando bem os recursos públicos para evitar desperdícios e para garantir a rentabilidade social (MORAES, 2007). Contudo, em nome da eficiência, não se pode sacrificar a legalidade; esses dois princípios constitucionais

da administração devem ser conciliados, ou seja, a atuação dos agentes públicos deve ser, concomitantemente, eficiente e legal (MEDAUAR, 2009).

A eficiência deve ser um objetivo fundamental em qualquer campo da atividade humana, mas principalmente na administração pública (MILESKI, 2003). Por consequência, isso vale para os sistemas públicos de saúde. Ou seja, a eficiência há de constituir um objetivo fundamental do SUS.

3. A DIMENSÃO ECONÔMICA DA EFICIÊNCIA NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A palavra eficiência deriva do latim *efficientia* que significa virtude ou força para a produção de um dado resultado.

O conceito de eficiência dos sistemas de atenção à saúde significa a razão entre os recursos consumidos (os *inputs*) e os valores obtidos (*outputs*) que cria uma métrica genérica que é o recurso consumido por unidade de valor obtida.

Essa formulação simples adquire complexidade no campo operacional porque nos sistemas de atenção à saúde existe uma série de processos inter-relacionados que, em uma avaliação, podem ser eficientes ou ineficientes.

A transformação de *inputs* em *outputs* constitui uma função de produção em que indica o máximo nível de *output* possível para uma dada quantidade de *inputs*. Assim, há que se medir o sucesso dos *inputs* se transformarem em *outputs*, como a satisfação das pessoas no nível micro ou a redução da mortalidade infantil no nível macro do sistema de atenção à saúde (CYLUS et al., 2016).

As ineficiências se manifestam quando esses máximos não são obtidos (JACOBS et al., 2006).

O conceito de função de produção pode ser aplicado no nível micro de um micro-sistema clínico e no nível das unidades macro do sistema global de atenção à saúde. A intenção, em ambos os níveis, é obter indicações de que os recursos são transformados em produtos ou em valores mais gerais como a melhoria da saúde da população (CYLUS et al., 2016).

Nem sempre os sistemas de atenção à saúde têm bons desempenhos por duas razões principais. A primeira é que os recursos podem ser investidos em alguns produtos que não são prioritários para a população. Por exemplo, os tratamentos com tecnologias fúteis no fim da vida podem criar alguns benefícios para alguns prestadores de serviços, mas não para a população que se beneficiaria se estes recursos fossem aplicados em procedimentos que representassem maiores ganhos de saúde para a sociedade. A segunda razão para a ineficiência é que pode haver um

uso impróprio dos *inputs* no processo de produção dos *outputs* do sistema. Desperdício de recursos em qualquer estágio do processo de produção pode significar que haverá menos *outputs* que seriam possíveis para um dado nível de recursos. Por exemplo, se o sistema de atenção à saúde não assegura um custo adequado dos medicamentos, menos produtos serão alcançados tanto em termos de quantidade de pessoas atendidas ou de qualidade da atenção.

As pesquisas sobre eficiência estão baseadas em duas categorias principais: uma abordagem econômica que utiliza funções paramétricas que determinam eficiência econômica absoluta em contraposição a um *benchmarking* e programas matemáticos não paramétricos que avaliam eficiência de uma organização em comparação com outras (RODRIGUES et al., 2015). A abordagem econômica pode não ser factível uma vez que requer um tamanho de amostra bastante amplo e a especificação das funções eficiência e ineficiência.

A avaliação da eficiência é um ponto central nos sistemas de atenção à saúde e, por consequência, deve ser feita regularmente no SUS, em seus diferentes âmbitos organizacionais para que se possam utilizar os recursos escassos de forma mais racional.

Nesse sentido, uma política coerente de financiamento do SUS, além das proposições feitas nos Capítulos 8 e 9 relativas ao incremento dos recursos para a saúde e à introdução de novas modalidades de pagamento aos prestadores de serviços, pressupõe uma agenda de eficiência para o nosso sistema público de saúde.

De certo modo, o SUS deve à sociedade brasileira uma agenda de eficiência que permita melhorar a qualidade de seus gastos, a qual deve se fazer concomitantemente com um movimento de inovação. Isso se justifica por duas razões. Uma primeira deriva do fato de que os sistemas estão perfeitamente desenhados para produzirem os resultados que efetivamente produzem; assim, se quisermos mudar os resultados, temos de mudar o sistema. Isso significa não fazer mais do mesmo, mas fazer diferente. Uma segunda implica que só há inovação quando as mudanças agregam valor para as pessoas que utilizam os sistemas de atenção à saúde.

Ainda que essa agenda deva ser feita em diversos âmbitos do SUS, destaca-se, neste capítulo, uma agenda de melhoria dos hospitais que participam de nosso sistema público de atenção à saúde.

A razão é que os hospitais representam uma grande quantidade relativa de recursos do SUS. Por consequência, a implementação de uma agenda de eficiência na atenção hospitalar terá alto impacto na eficiência global do SUS.

Dados do Ministério da Saúde (2018) indicaram que, em 2014, os gastos hospitalares com internações no SUS atingiram R\$ 47,3 bilhões, assim distribuídos: R\$

16,8 bilhões federais (35,5%), R\$ 23,9 bilhões estaduais (50,5%) e R\$ 6,6 bilhões municipais (14,0%), o que indica uma participação superior a 50% do gasto estadual. Nesse ano, os gastos hospitalares representaram 22,2% dos gastos totais do SUS e 41,0% dos gastos do SUS em atenção curativa.

Quando se examinaram as despesas correntes do SUS em 2014 por prestadores de serviços de saúde, verificou-se que as despesas com hospitais atingiram R\$ 78,1 bilhões, seguidos de estabelecimentos de APS com R\$ 50,1 bilhões, e de estabelecimentos de AAE com R\$ 13,1 bilhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Isso significa que parte substancial da AAE é operada por hospitais. Além disso, demonstra que os recursos pagos aos estabelecimentos hospitalares correspondem a 36,8% das despesas correntes do SUS.

4. A REDE HOSPITALAR DO SUS

Tendo em vista que o gasto mais significativo no SUS é com a atenção hospitalar, deve-se dar atenção especial às ineficiências com que opera a rede hospitalar desse sistema público. É nos hospitais que se concentra o emprego dos profissionais de saúde, e eles constituem importantes centros de educação dos profissionais de saúde e principais espaços de desenvolvimento e incorporação tecnológica.

Os hospitais são organizações muito complexas e multipropósitos que produzem grande variedade de serviços e produtos, como internações, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de emergência, diagnósticos, pesquisa, educação dos profissionais de saúde, serviços de hotelaria, serviços sociais e ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças e ações comunitárias (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os hospitais operam concomitantemente quatro conjuntos de serviços: serviços administrativos, serviços gerais, serviços técnicos/especializados e serviços de internação (RAIMUNDINI, 2003).

A combinação das múltiplas atividades desenvolvidas em um hospital contribui para que a estrutura organizacional se torne grande e complexa (MALAGÓN-LONDOÑO et al., 2003). Isso fez Peter Drucker afirmar que *"os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor"* (DRUCKER, 2002).

Em 2017, havia 6.761 hospitais no Brasil; destes, 5.530 (81,7% do total) eram de hospitais vinculados ao SUS por contratos ou convênios. O número total de leitos era de 494.109, sendo 336.941 (69,1%) de hospitais vinculados ao SUS. Em termos percentuais, 21% eram municipais, 8% estaduais, 1% federal e 70% privados (CNES,

2017). Esses hospitais fizeram, em 2014, 11.536.016 internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Brasil tinha, em 2017, 2,13 leitos por mil habitantes (TABWIN, 2017). Há uma percepção geral de que há um grande *deficit* de leitos hospitalares no Brasil e que, por consequência, deverão ser feitos investimentos para aumentá-los no intuito de chegar a um valor próximo ao dos países da União Europeia, que foi, em 2014, de 5,2 leitos por mil habitantes (OECD/EU, 2017).

Estudo feito pelo The Commonwealth Fund (2016) mostrou que os leitos hospitalares agudos por mil habitantes apresentaram valores próximos ao encontrado no nosso país: Estados Unidos: 2,5; Suécia, 2,4; Israel, 2,3; Reino Unido, 2,3; Singapura, 2,0. Chama a atenção os casos de Israel, Reino Unido e Singapura porque são países com baixo número de leitos em termos internacionais e que, não obstante, estão entre os melhores sistemas de atenção à saúde do mundo (BRITNELL, 2015).

Esses dados internacionais sugerem que o principal problema dos hospitais do SUS não está na quantidade de seus leitos, mas na qualidade e na eficiência desses recursos.

Um aspecto importante da rede hospitalar brasileira é sua estratificação (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Um pequeno número de hospitais, principalmente grandes instituições privadas e instituições públicas vinculadas a universidades, opera com novos arranjos organizativos, com modelos de gestão avançados e com programas de qualidade. Esses hospitais modernos constituem centros de excelência semelhantes àqueles dos países ricos, desenvolvem pesquisas biomédicas, propiciam educação permanente de alta qualidade, incorporam rapidamente os avanços tecnológicos e são acreditados por instituições internacionais e nacionais.

Contudo, a realidade desse estrato moderno não está presente em todos os hospitais brasileiros. A grande maioria dos hospitais de nosso país – o estrato tradicional – apresenta baixa eficiência, ausência de mecanismos de gestão eficazes, falta de transparência, escala inadequada, graves problemas na qualidade dos serviços prestados; e muitos estão em desconformidade com a legislação sanitária vigente (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Nesse estrato está a maioria dos hospitais do SUS.

A comparação desses dois estratos hospitalares mostra diferenças fundamentais entre eles. Especialmente importantes são as diferenças de eficiência entre o estrato moderno e o estrato tradicional.

5. CONCEITOS DE EFICIÊNCIA

Há alguns conceitos básicos em eficiência como: a eficiência alocativa, a eficiência técnica e a economia de escopo.

5.1 A EFICIÊNCIA ALOCATIVA

A eficiência alocativa é a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível considerando os preços (ANDRADE et al., 2007).

Ela pode ser utilizada para escrutinar as escolhas de *inputs* e de *outputs*. Do lado dos *outputs*, examina se os recursos escassos estão dirigidos para produzir o correto *mix* de atenção à saúde, dadas as preferências dos gestores. A eficiência alocativa pode examinar se a organização sob avaliação utiliza um *mix* ótimo de recursos como um *mix* de competências laborais para produzir os *outputs* desejados dados os preços desses *inputs* (CYLUS et al., 2016).

Constitui, também, a base do trabalho das agências de avaliação tecnológica em saúde que frequentemente utilizam os anos de vida ajustados por qualidade como as medidas centrais de benefícios de tratamento e o custo por ano de vida ajustado por qualidade como o critério primeiro de custo-efetividade das tecnologias utilizadas. Isso significa que os gestores que pagam os serviços querem verificar se seus recursos financeiros estão maximizando os resultados sanitários. Ou seja, um prestador é alocativamente eficiente se ele oferece serviços com baixos níveis de custo-efetividade porque os *inputs* usados produzem *outputs* com alto potencial de ganhos sanitários.

Estudo realizado no Reino Unido mostrou que o custo em libras por ano de vida ajustado por qualidade variou de £ 750 na prótese de quadril, £ 3.000 no transplante renal, £ 5.000 no transplante cardíaco, £ 11.000 na hemodiálise em casa e £ 14.000 na hemodiálise no hospital (BRIGGS; GRAY, 2000).

A eficiência alocativa pode ser avaliada ao nível geral de um sistema de atenção à saúde para verificar se, dado um *mix* de serviços que representa uma quantidade agregada de recursos, os resultados sanitários estão sendo otimizados. Assim, um sistema de atenção à saúde alocativamente eficiente busca assegurar os recursos entre os serviços de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde, de APS, de AAE e de atenção hospitalar para levar a um nível máximo de resultados sanitários alinhados com as necessidades da população (CYLUS et al., 2016).

Os indicadores podem mostrar se o sistema de atenção à saúde está desempenhando de forma pobre por causa de uma má alocação entre esses serviços. As internações por condições sensíveis à atenção primária são um indicador de má alocação, sugerindo que uma melhoria da APS levará à melhoria da eficiência

(BILLINGS et al., 1996). Da mesma forma, as reinternações hospitalares até 30 dias é outro indicador de que se melhorar a qualidade da APS estas internações podem ser reduzidas (JENKINS et al., 2011).

Como se viu no Capítulo 12, a organização em rede da APS com a AAE apresenta um ganho de eficiência alocativa considerável, já que a estratificação de risco das pessoas nos cuidados primários tem impacto forte nas referências para os cuidados especializados.

Uma ineficiência alocativa que tem sido constatada no SUS é a utilização de UPA para o manejo de eventos agudos de baixos riscos. Vários estudos mostraram que essa ineficiência alocativa se dá pelas seguintes razões: a grande maioria das urgências atendidas nas UPA (pessoas classificadas como azuis e verdes) poderia ser atendida pelas equipes de APS; os atendimentos dessas urgências menores nas UPA quebra o atributo da longitudinalidade do cuidado; o médico de uma UPA concentra-se em um único problema, a queixa principal, e o médico da ESF cuida, em média, de 3 a 4 problemas por consulta; o atendimento da UPA não substitui o atendimento na APS e, conseqüentemente, uma consulta se transforma, no mínimo, em duas consultas; o atendimento da UPA é muito mais caro que o atendimento da APS (MURRAY; BERWICK, 2003; BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007; SORANZ, 2016; ARAUJO, 2018).

A eficiência alocativa pode se manifestar em unidades de análises menores como um microsistema clínico da APS. Algumas métricas, como uso inadequado de antibióticos, prescrição irracional de exames de apoio diagnóstico ou referências excessivas a UPAS, indicam ineficiência alocativa (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

Quando se consideram os diferentes níveis de um sistema de atenção à saúde, pode-se observar que algumas equipes de saúde desempenham de forma ótima alguns serviços como, por exemplo, os serviços preventivos. Entretanto, em uma visão mais global do sistema, pode-se verificar que os decisores fizeram uma má alocação entre serviços preventivos e curativos; por consequência, essas equipes eficientes operam dentro de um sistema global ineficiente (CYLUS et al., 2016).

Até agora, a eficiência alocativa tem buscado a utilização de diretrizes clínicas *ex-ante* para definir que procedimentos devem ser ofertados. Uma vez que essas diretrizes estejam sendo preparadas de acordo com os princípios de custo-efetividade, elas podem ser utilizadas *ex-post* para explorar se os prestadores de serviços se desviaram das políticas institucionais de cuidados certos e proveram cuidados pobres, como se discute no Capítulo 14.

Do lado dos *inputs*, há uma longa lista de indicadores de ineficiência alocativa na forma de uso impróprio dos recursos. Por exemplo, as métricas relativas aos *mixes* de habilidades, tanto no sistema global quanto no nível micro. É possível construir métricas de atendimentos realizados em lugares errados (UPA ao invés de APS ou

unidade hospitalar ao contrário de APS ou utilizando recursos equivocados como o uso de transporte sanitário de urgência para condições não urgentes.

5.2 A EFICIÊNCIA TÉCNICA

A eficiência técnica é combinação dos insumos em certa proporção e escala que evita desperdícios e gera a maior quantidade possível de produto; ela diz respeito apenas à relação quantitativa entre insumos utilizados e produtos gerados e não faz qualquer menção à minimização de custos dado que não considera preços. Ou seja, diz-se que há eficiência técnica se o maior número possível de produtos é alcançado dada uma quantidade determinada de insumos, ou, se uma quantidade menor de insumos é utilizada para gerar uma dada quantidade de produtos (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Ela assenta-se em considerações de cunho tecnológico que são específicas do processo produtivo retratado (ANDRADE et al., 2007).

A eficiência técnica indica a extensão na qual o sistema está minimizando o uso de *inputs* para produzir os *outputs* desejados, independentemente dos valores colocados naqueles *outputs*, isto é, a eficiência técnica procura maximizar os *outputs* envolvidos, dado um nível desejado de *inputs*. De qualquer forma, as variações no desempenho em relação ao maior nível de produção possível é uma indicação de ineficiência técnica ou de desperdício. O interesse primário da eficiência técnica reside no desempenho operacional da organização, e não nas escolhas estratégicas relativas a que *outputs* produzir ou a que *inputs* consumir. Se a ineficiência toma a forma de *inputs* perdidos na produção de resultados de saúde ou de *inputs* direcionados equivocadamente para resultados sanitários de baixo valor, é necessário compreender a natureza de tais ineficiências (CYLUS et al., 2016).

Uma unidade tomadora de decisão (DMU, *decision making unit*) que possui um escore de eficiência técnica interna elevada é considerada localmente eficiente, o que significa que estão operando eficientemente os fatores internos a cada unidade como os processos gerenciais praticados e o grau de comprometimento de seus funcionários que geram efeitos positivos sobre a relação entre produtos gerados e insumos utilizados.

O grau de eficiência técnica pode ser expresso em termos de produção física obtida por unidade de fator fixo ou variável e/ou pelo nível de tecnologia utilizada. E quanto maior o nível tecnológico ou a proporção de produção por unidade de fator, maior será o grau de eficiência técnica.

A eficiência técnica elimina a possibilidade de qualquer desperdício de recurso, o que implica duas condições: de um lado, obter a máxima produção para um dado conjunto de fatores ou atingir um dado nível de produção utilizando uma menor quantidade de recursos; de outro, utilizar os recursos variáveis de tal forma que os produtos físicos médios e marginais sejam decrescentes e positivos (SILVA, 1977).

Sabe-se que a análise e a medição da ineficiência técnica são mais simples que da ineficiência alocativa. Isso não exige uma especificação *ex-ante* de normas; basta uma avaliação para verificar se os *outputs* produzidos foram maximizados, dados os *inputs* e os fatores externos do ambiente organizacional.

A essência da análise da ineficiência técnica está na verificação do desempenho comparativo. Os indicadores de eficiência técnica analisam o custo total de produzir uma determinada unidade de produto, por exemplo, o custo de uma pessoa com uma determinada condição de saúde. Esse é o caso do sistema DRG utilizado nas organizações hospitalares (FETTER, 1991; QUENTIN et al., 2016).

Tomando-se o processo de produção na atenção à saúde, tem-se uma cadeia que vai dos custos, para os recursos humanos e materiais utilizados, para as atividades (testes diagnósticos, procedimentos cirúrgicos), para os produtos físicos (episódio de cuidado) e para os resultados (melhoria na duração e na qualidade da vida, experiência de cuidado das pessoas). A ineficiência pode ocorrer em qualquer estágio desse processo de transformação. Primeiro, a transformação do dinheiro em recursos humanos e materiais exige avaliar se esses recursos foram adquiridos ao menor preço possível (custo de medicamentos de marca ou genéricos ou custo dos salários médios em relação ao mercado). Segundo, o processo de produção move-se para as atividades produzidas pelos recursos humanos e materiais e aí se deve analisar se as fontes de desperdícios incluem a utilização de pessoal altamente habilitado e custoso para produzir atividades que deveriam ser realizadas por trabalhadores menos especializados, ou o uso de horas de trabalho excessivas para o desempenho de uma determinada atividade, ou o número de testes realizados por um histologista por mês. Terceiro, o processo de produção caminha para agregar atividades para produzir serviços para uma determinada pessoa. Isso pode ser considerado um episódio de cuidado, formado por um agregado de muitas atividades como testes, procedimentos e consultas. Aqui há grandes possibilidades para desperdícios como duplicação ou testes desnecessários, uso de drogas de marca ao invés de medicamentos genéricos, tempo de permanência longo. Tudo depende de como os processos internos são organizados para maximizar os resultados dado um nível de *inputs*. O indicador taxa média de permanência nos hospitais que representa o número de dias de utilização dos leitos hospitalares ajustados por complexidade cai nessa categoria. Quarto, o estágio final do processo de produção é a qualidade dos *outputs* produzidos. Mesmo quando empregam os mesmos recursos, atividades e episódios de cuidados, há uma grande variação na efetividade de diferentes prestadores. Ainda que dois hospitais produzam um número idêntico de cirurgias de joelho, em função das variações na prática clínica e na competência, a duração e a qualidade de vida e a experiência das pessoas com o cuidado podem variar entre eles. A qualidade do cuidado tornou-se uma questão central para os gestores, e sua medição é essencial para se assegurar um quadro amplo da eficiência (CYLUS et al., 2016).

A eficiência técnica total é dada pela eficiência interna multiplicada pela eficiência de escala. Ou seja, Eficiência técnica total = Eficiência interna x Eficiência de escala.

A eficiência interna está associada a fatores internos das organizações, como práticas administrativas, estrutura organizacional e processo produtivo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Essa eficiência depende fundamentalmente da capacidade de gestão dos hospitais.

As economias de escala estão associadas ao tamanho da unidade produtora. Elas ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número destas atividades, sendo o longo prazo um período suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde e, especialmente, nos hospitais.

A teoria econômica assume que as relações entre os custos médios e o tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, quando a escala de uma unidade produtiva cresce determinando aumento dos produtos, os custos médios tendem a decrescerem, o que gera economias de escala. Contudo, os aumentos de escala podem gerar fontes adicionais de custos e, além de um volume crítico, os custos médios podem crescer, configurando uma situação de deseconomia de escala (ALETRAS, 1997).

Há economias de escala quando se pode dobrar o produto com menos do que o dobro dos custos; há deseconomias de escala quando, para dobrar o produto, é necessário que os custos mais que dobrem. A economia de escala envolve os rendimentos crescentes de escala que são condições em que os insumos são usados em proporções constantes à medida que a produção aumenta, isto é, quando as proporções de insumos são fixas (ROCHA, 2012).

A economia de escala indica a habilidade de uma unidade produtiva identificar o seu tamanho ótimo de produção em termos dos insumos utilizados, permitindo que ela ganhe os benefícios das economias de escala, o que significa produzir o máximo de produtos por unidade de insumo ou reduzir os custos médios unitários de produção (GIANCOTTI et al., 2017).

Há várias fontes de economias de escala. Primeiro, uma larga escala de operações permite maiores oportunidades para a divisão de trabalho e para a especialização. Segundo, há fatores tecnológicos que aumentam as vantagens de escala como a existência de um acúmulo de custos fixos que implica que os custos unitários podem se reduzir em função da produção incrementada; ou quando uma unidade produtiva incrementa sua capacidade instalada sem aumentar, na mesma proporção, os custos de investimentos. Terceiro, há economias em reservas de trabalho ou de materiais em grandes unidades se ocorre uma demanda variável por seus serviços. Quarto, a escala proporciona maior flexibilidade e gera possibilidades de diversas composições de insumos, o que pode conduzir a uma organização mais eficiente dos processos de produção. Quinto, a escala viabiliza compras de insumos em maiores quantida-

des, gerando maior poder de negociação por parte dos compradores e baixando os custos destes insumos.

Além disso, a escala pode estar associada à curva de aprendizagem. Uma unidade produtiva aprende, ao longo do tempo, com o aumento da produção derivado de uma maior escala. A curva de aprendizagem relaciona as quantidades de insumos necessários para produzir uma unidade de produto à medida que aumenta a produção cumulativa da unidade produtiva. À medida em que os administradores e os trabalhadores adquirem maior prática no processo de produção, o custo marginal e o custo médio de determinado nível de produção se reduzem. Isso se deve a algumas razões: os administradores, com o tempo, aprendem a organizar o processo produtivo com maior eficiência; os trabalhadores demoram mais tempo para realizar tarefas no início e vão aumentando a velocidade de produção com a maior experiência adquirida ao longo do tempo; e, também com o passar do tempo, os administradores e os trabalhadores adquirem confiança em produzir inovações nos produtos diminuindo seus custos. Por exemplo, o número de horas gastas na produção de uma aeronave tende a diminuir à medida que o número de aeronaves produzidas aumenta (ROCHA, 2012).

5.3 A ECONOMIA DE ESCOPO

Existe um outro conceito importante para a eficiência dos sistemas de atenção à saúde que é o de economias de escopo. Elas ocorrem quando a produção conjunta de uma única empresa é maior do que aquilo que poderia ser produzido por duas empresas diferentes, cada uma das quais gerando produtos diferentes. Ou seja, ocorrem economias de escopo quando a produção conjunta de uma única empresa é maior do que aquilo que poderia ser produzido por duas empresas que geram produtos únicos (ROCHA, 2012).

As economias de escopo manifestam-se nas unidades hospitalares devido à diminuição de custos que derivam do aumento da variedade de serviços ofertados ou pela produção conjunta de serviços por um hospital. Como exemplo, se as economias de escopo ocorrem na atenção ambulatorial e nas internações hospitalares, devem se organizar hospitais que operem esses serviços de forma única, e não em duas organizações diferentes. As economias de escopo podem resultar, por exemplo, da eliminação de duplicação de equipamentos, da eliminação de especialidades clínicas redundantes em um mesmo hospital ou do uso insuficiente de equipamentos caros (ALETRAS et al., 1997). Não se observou uma associação direta entre economia de escala e economia de escopo (ROCHA, 2012).

6. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DA EFICIÊNCIA HOSPITALAR

A análise da eficiência hospitalar é feita principalmente com a utilização de duas técnicas complementares, a análise envoltória de dados, conhecida pela sigla inglesa DEA, e o *benchmarking*.

A DEA e o *benchmarking* utilizados conjuntamente permitem indicar as unidades mais eficientes que serão parâmetros para que outros hospitais melhorem seus desempenhos.

6.1 A ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS

A DEA leva a uma visão global da eficiência dos hospitais avaliando múltiplas variáveis de insumos e produtos simultaneamente e expressando o grau de eficiência em uma média simples. O *benchmarking* complementa a DEA porque contribui para a explicação e a interpretação desta técnica. O *benchmarking* avalia um indicador ou uma dimensão de cada vez.

Ela não é um modelo estatístico porque não trata os dados de forma agregada e não objetiva apresentar medidas sínteses como média, mediana e desvio padrão. Ela se caracteriza como uma técnica de programação linear voltada para a medição de eficiência relativa das unidades tomadoras de decisão. Na construção matemática do modelo em DEA, possibilita-se construir a fronteira de referência para as variáveis de *inputs* a partir de conjunto de observações e calcular a distância da fronteira para cada uma das observações individuais (LOBO et al., 2011).

A DEA baseia-se na busca por uma relação ótima entre uma unidade de produto (serviço prestado, no caso do hospital) e uma quantidade de insumos utilizados possibilitando uma orientação para o produto. Outra relação possível é a análise de uma unidade de produto em relação à minimização da quantidade de insumos despendidos por unidade de produto, sendo, neste caso, a análise orientada para o insumo (GUERRA, 2011).

A DEA é uma metodologia para mensuração comparativa de eficiência de DMU. O padrão comparativo de eficiência de uma dada DMU é obtido por intermédio da revelação do desempenho das outras DMU sob análise de maneira que a referência não é obtida teórica ou conceitualmente, mas mediante observação das melhores práticas (MARINHO, 2001a).

Utilização da DEA objetiva a construção de uma fronteira eficiente composta pelas DMU (no caso, os hospitais) com esta característica e o estabelecimento da posição das demais unidades em relação a esta fronteira. As DMU eficientes recebem um escore igual a um, enquanto para aquelas consideradas ineficientes são atribuídos escores positivos e inferiores à unidade. Esses índices de eficiência são indicadores

relativos, o que significa que comparam a DMU em relação às outras DMU da amostra (ANDRADE et al., 2007).

A DEA busca solucionar as heterogeneidades entre as DMU ao estabelecer como unidade ineficiente aquela situada sobre a fronteira que lhe é mais semelhante, definindo, dessa forma, um padrão de comparação. Essas DMU são chamadas de pares e são definidas por meio de projeção das unidades ineficientes sobre a fronteira de eficiência (MARINHO, 2001b).

A DEA tem sido aplicada na avaliação da eficiência hospitalar internacionalmente (REGISTER; BRUNNING, 1987; VALDMANIS, 1992; BURGESS; WILSON, 1996; WEBSTER et al., 1998; BARBETTA et al., 2001; GROSSKPPFE et al., 2001; WENG et al., 2009; ALMEIDA; FIQUE, 2011; FLOKOU et al., 2011; CELIK; ESMERAY, 2014; BAHADORI et al., 2016; FRAGKIADAKIS et al., 2016; DU, 2017; KARAHAN; DINÇ, 2018; KOCISOVA et al., 2018).

6.2 O BENCHMARKING

O *benchmarking* foi conceituado como um processo sistemático e contínuo de avaliação de produtos, serviços e práticas de trabalho em organizações reconhecidas por apresentarem as melhores práticas, visando à melhoria das unidades de produção. O foco do *benchmarking* pode ser interno, externo ou funcional, comparando o desempenho em uma função ou processo determinado com a melhor performance obtida em qualquer tipo de indústria (HIGGINS, 1997).

O *benchmarking* é um método para comparar o desempenho de algum processo, prática de gestão ou produto da organização com o de um processo, prática ou produto similar, que esteja sendo executado de maneira mais eficaz e eficiente, na própria ou em outra organização (COUTTOLENC, 2014).

Ele ajuda a melhorar o desempenho porque identifica organizações com melhores práticas como modelos, comparando um processo de trabalho determinado com relação a parceiros potenciais e assumindo ou adaptando as boas práticas (GOHLKE, 1997).

Os objetivos do *benchmarking* hospitalar é fazer comparações, identificar os fatores das diferenças de desempenho, desenvolver estratégias de melhorias e realizar análises setoriais ou por grupos de hospitais (COUTTOLENC, 2014).

As principais utilidades do *benchmarking* hospitalar são: identificar boas práticas a serem seguidas, selecionar ou contratar os melhores prestadores, estabelecer metas e parâmetros a alcançar, produzir informação para o público, desenhar políticas de pessoal, reduzir tempo de internação, diminuir tempo de uso de salas de cirurgia e dar suporte ao marketing (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

7. ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA DOS HOSPITAIS DO SUS

Há vários estudos sobre a eficiência técnica dos hospitais do SUS realizados por meio da DEA e de *benchmarking*. Não obstante, La Forgia e Couttolenc (2009) indicam as limitações que as avaliações dos estudos brasileiros sobre eficiência hospitalar apresentaram: a utilização de amostras pequenas e/ou a inclusão de um número excessivo de variáveis de insumo e produto para garantir a robustez dos resultados; o uso comum das contas hospitalares costuma distorcer os resultados porque seus valores não refletem a utilização de recursos ou o produto real dos hospitais; e grande parte desses estudos apresentam escopo limitado tanto do ponto de vista geográfico quanto aos tipos de hospitais.

7.1 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA DOS HOSPITAIS DO SUS UTILIZANDO A ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS

Marinho (2001b) estudou a eficiência operacional de seis hospitais públicos e privados, localizados no estado de São Paulo, por meio da utilização de indicadores de desempenho. Por meio da utilização da DEA, tornou-se possível estabelecer *rankings* para esses hospitais e definir valores ótimos de produção e de consumo individuais e agregados em todos os *inputs* e *outputs* relacionados com o sistema. Além disso, foi possível identificar, para os hospitais menos eficientes, referências de melhores práticas que serviriam para incrementar seus desempenhos operacionais.

Calvo (2002) fez uma comparação entre hospitais públicos e privados que atuam no estado de Mato Grosso prestando serviços ao SUS, utilizando dados de 1998. Para isso, comparou 40 hospitais públicos e 40 hospitais privados semelhantes em porte, nível de especialização e níveis de referência e contrarreferência. Aplicou-se a DEA para a construção da fronteira empírica de eficiência técnica de cada grupo de hospitais. Verificou-se que, do ponto de vista operacional, os hospitais públicos e privados são iguais porque houve 15 hospitais públicos e 16 hospitais privados eficientes. A DEA foi aplicada a 80 metas eficientes para verificar o efeito da propriedade pública ou privada na produtividade dos hospitais. Formaram a fronteira de eficiência produtiva 12 hospitais públicos e 14 hospitais privados, o que indicou não haver diferenças entre as produtividades dos hospitais públicos e privados. Os resultados permitiram concluir que o tipo de propriedade, pública ou privada, não afetou a eficiência produtiva das atividades assistenciais dos hospitais analisados.

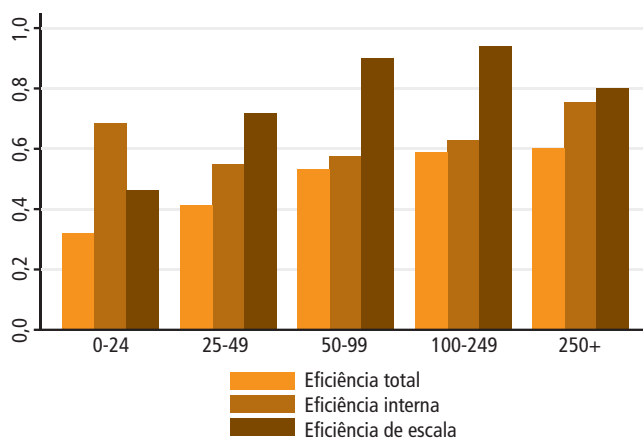
Wolff (2005) analisou a eficiência de 74 hospitais filantrópicos e privados que atendiam ao SUS no estado de Santa Catarina, utilizando a DEA sob orientação da expansão da produção e com dados de 2002. Os resultados mostraram que 33 hospitais da amostra eram eficientes (46,4%). Observou-se que, entre os hospitais não eficientes, 75% poderiam melhorar sua produtividade em, pelo menos, 6,4%; 50% poderiam melhorar em quase 17%; 25% poderiam melhorar em pelo menos 23%; e um hospital poderia melhorar em 83%. Verificou-se que seria possível ao

conjunto de hospitais aumentar em 11% o número de internações nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, em 8% nas de cirurgia geral e clínica médica e em 11% nas de cuidados prolongados, psiquiatria, fisiologia e pediatria. Seria também possível ao conjunto de hospitais reduzir, simultaneamente, os recursos físicos em 3%, e os recursos humanos em 10%, mantidos os recursos financeiros do SUS constantes.

Andrade et al. (2007) utilizaram a DEA para a análise da eficiência de 457 hospitais de Minas Gerais. Os dados examinados foram relativos ao ano de 2005. A partir dos indicadores de eficiência média, esses hospitais foram classificados em três categorias: eficientes, ineficientes e muito ineficientes. Os hospitais eficientes foram aqueles que obtiveram escore médio de eficiência no intervalo de 0.8 a 1; os hospitais ineficientes apresentaram escore médio acima da média total do escore e abaixo de 0.8; e os hospitais muito ineficientes foram aqueles que apresentaram escore de eficiência abaixo da média total.

O Gráfico 14 mostra os resultados da pesquisa de eficiência nos hospitais mineiros, por número de leitos.

Gráfico 14: Eficiência interna, de escala e total dos hospitais de Minas Gerais, por número de leitos, 2005

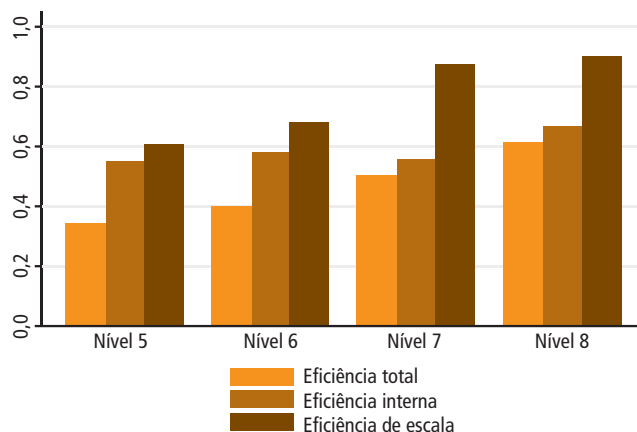


Fonte: Andrade et al. (2007).

Em primeiro lugar, chamou a atenção a baixa eficiência total média, representada pelo escore de 0.45. Esse resultado significa que um hospital típico é 55% menos eficiente que os mais eficientes ou, então, que utiliza duas vezes mais insumos que os eficientes. Além disso, o desvio padrão da eficiência total é pequeno comparado à média, indicando que os hospitais do estado de Minas Gerais são homogêneos na ineficiência. Os hospitais eficientes somam 30 hospitais no universo de 459, o que representa menos de 7% sendo que mais da metade dos hospitais é classificada como muito ineficiente. O coeficiente de eficiência de escala de 0,74 significa que um hospital típico opera com uma planta equivalente a três quartos do tamanho

ótimo. Em relação aos retornos de escala, a grande maioria dos hospitais apresenta retornos crescentes, implicando que um aumento do tamanho do hospital aumentaria a eficiência. A variável geográfica não é significativa. Os hospitais eficientes, os ineficientes e os muito ineficientes estão distribuídos por todas as regiões do estado. Analisando o escore de eficiência total média, evidencia-se uma relação crescente entre o grau de eficiência e o tamanho do hospital. Esse comportamento mostrou uma função de produção para a maior parte dos hospitais com retornos crescentes de escala. O grupo mais eficiente de hospitais tem acima de 250 leitos, seguido dos hospitais que possuem entre 100 e 249 leitos. Considerando o escore médio de eficiência interna, nota-se que mesmo quando se segmentou por tamanho, o coeficiente médio da eficiência interna é menor que o da eficiência de escala para todos os grupos de tamanho exceto hospitais com menos de 25 leitos. Esse comportamento evidenciou que os problemas de gestão são os mais relevantes. Pesquisou-se, também, a eficiência interna, de escala e total dos hospitais de Minas Gerais segundo níveis de complexidade, conforme se mostra no Gráfico 15.

Gráfico 15: Eficiência interna, de escala e total dos hospitais de Minas Gerais, por níveis de complexidade, 2005



Fonte: Andrade et al. (2007).

Comparando-se os escores médios de eficiência total entre os níveis de complexidade dos hospitais, observou-se uma relação crescente entre o nível de complexidade do hospital e o grau de eficiência. A eficiência total média dos hospitais do menor nível de complexidade é bastante baixa, inferior aos demais grupos de complexidade. Os hospitais que têm nível de complexidade maior apresentaram os maiores escores de eficiência média. A comparação entre os escores de eficiência interna média e eficiência de escala média reforçou a constatação de que o maior problema dos hospitais está na gestão interna porque, para todos os níveis de complexidade, o coeficiente médio de eficiência interna é inferior ao coeficiente médio da eficiência de escala. O escore médio da eficiência de escala evidenciou que o hospital típico operava com a escala produtiva 40% menor em relação ao nível de escala ótima. A

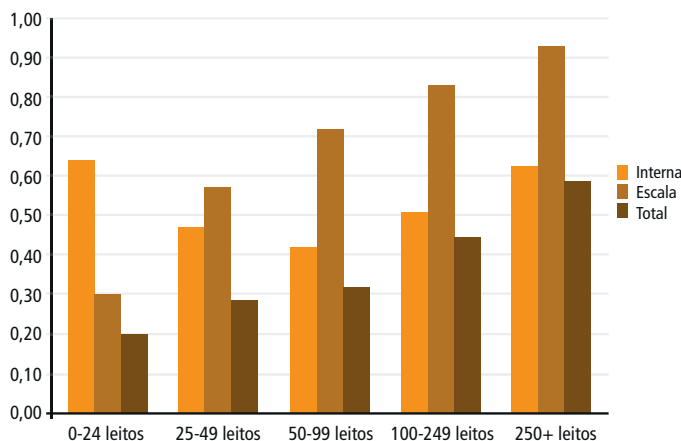
respeito dos retornos de escala, aproximadamente 89% das unidades apresentaram retornos crescentes de escala. Esses resultados permitiram concluir que a maioria desses hospitais pequenos deve aumentar sua planta para obter ganhos de eficiência.

Lins et al. (2007) aplicaram a DEA para aferir o desempenho de 31 hospitais universitários brasileiros com o objetivo de demonstrar como a modelagem por DEA permite aferir o desempenho dos hospitais e subsidiar a avaliação da implantação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino pertencentes a universidades federais brasileiras. Para isso, consideraram-se indicadores de assistência, ensino e pesquisa e utilizou-se o programa Ideal (*Interactive Data Envelopment Analysis Laboratory*) como ferramenta de avaliação de desempenho. O Ideal é um sistema capaz de prover a visualização tridimensional da fronteira de produtividade, facilitando a análise exploratória e escolha das variáveis pertinentes, assim como a compreensão dos resultados do modelo (multiplicador e envelope) pelo especialista e decisor. Foi apresentado o *benchmark* dos hospitais universitários por meio de indicadores de resultado (*outputs*), que consideraram as diferenças estruturais e/ou as demandas regionais (*inputs*). A modelagem também permitiu indicar as mudanças necessárias para as unidades ineficientes (alterações nos vetores de *inputs* e/ou *outputs*) e gerar recomendações sobre a distribuição dos recursos públicos baseada em qualidade/eficiência.

Cesconetto et al. (2008) avaliaram a eficiência produtiva de 112 hospitais conveniados ao SUS no estado de Santa Catarina, com o objetivo de verificar quais são os hospitais eficientes quanto ao aproveitamento de seus recursos. Os resultados do estudo indicaram 23 hospitais eficientes, além de apontar as metas eficientes de produção para cada unidade avaliada. De acordo com o modelo empírico definido, o número de internações com altas poderia ser aumentado em 15% de acordo com o modelo DEA orientado para expansão da produção. Quando se aplica o modelo DEA orientado para a redução de insumos, o número de médicos, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem poderia ser reduzido em 25%; o número de leitos, em 17%; e o valor de autorização de internação hospitalar (AIH), em 13% para a rede hospitalar em estudo.

La Forgia e Couttolenc (2009) fizeram uma pesquisa avaliativa da eficiência de uma amostra aleatória de 588 hospitais brasileiros, selecionada e estratificada por regiões e esferas e com base na Assistência Médico-Sanitária do IBGE 2002. Os hospitais da amostra tinham em média 64 leitos; 61% tinham menos de 50 leitos; 27%, menos de 25 leitos; e 17%, 100 leitos ou mais; os hospitais federais e estaduais eram maiores do que os municipais ou filantrópicos. Os resultados estão mostrados no Gráfico 16.

Gráfico 16: Eficiência interna, de escala e total dos hospitais do Brasil, segundo números de leitos, 2002



Fonte: La Forgia e Couttolenc, 2009.

Os hospitais variaram em termos de complexidade tecnológica, medida em uma escala de 0 a 10. A complexidade média foi de 4,4; 63% apresentaram complexidade muito baixa (0 e 1); a complexidade tecnológica aumentava em relação ao número de leitos, de 3,1 em hospitais com mais de 24 leitos para 8,3 em hospitais com 250 leitos ou mais; os hospitais universitários apresentavam maior complexidade, as unidades estaduais e privadas filantrópicas estavam em nível intermediário e as unidades municipais operavam com baixa complexidade. A utilização da DEA indicou uma alta ineficiência entre os hospitais da amostra juntamente com grande dispersão na pontuação: dos 428 hospitais com 25 leitos ou mais, apenas 25 (5,8%) eram eficientes em termos da eficiência técnica total recebendo pontuação 1; e os restantes 403 (94,2%) ficaram bem abaixo da fronteira de eficiência com pontuação média geral de 0,431, o que significa que o hospital médio produz um terço do produto produzido pelas unidades consideradas eficientes, usando o mesmo volume de recursos; o grau da eficiência interna média foi de 0,667, e da eficiência de escala média, de 0,520; a baixa média da eficiência técnica significou que o hospital médio poderia aumentar fortemente sua eficiência aperfeiçoando a sua gestão de gerenciamento de insumos e usando mais racionalmente os recursos disponíveis; o hospital médio brasileiro utilizava uma quantidade muito maior de cada recurso disponível em relação aos hospitais eficientes; uma fonte importante de ineficiência estava no uso excessivo de pessoal médico, administrativo e de apoio; para alcançar o nível das unidades mais eficientes, o hospital típico teria de reduzir em 51% os médicos e residentes, em 45% o pessoal de enfermagem, em 36% os equipamentos e em 46% os consultórios médicos; os hospitais federais necessitariam reduzir o uso real de recursos em proporções maiores que os hospitais estaduais e municipais; e a questão mais importante para os hospitais privados era o uso excessivo de salas de consulta e de pessoal médico. O tamanho insuficiente dos hospitais constituiu o

fator isolado na determinação da baixa eficiência técnica total: a pontuação média da eficiência de escala associada à baixa escala de 0,52 determinou uma queda da eficiência técnica total para 0,341; 91% dos hospitais demonstraram retornos de escala crescentes, o que implicava que poderiam aumentar sua eficiência e reduzir seus custos significativamente se aumentassem sua escala de operações; e 6% dos hospitais apresentaram retornos de escala decrescentes, o que indicou que poderiam aumentar sua eficiência se reduzissem seu tamanho. Dos hospitais, 61% tinham menos de 50 leitos, uma escala baixa. A eficiência variou por esferas de hospitais: os privados lucrativos constituíram o grupo mais eficiente, seguidos pelos privados filantrópicos; os hospitais públicos administrados pelo governo, especialmente os federais, foram os menos eficientes; os hospitais administrados por Organizações Sociais tenderam a ser muito eficientes. A complexidade tecnológica estava associada positivamente com o tamanho dos hospitais medido pelo número de leitos, e, por esta razão, aumentos da complexidade tecnológica foram associados a ganhos de eficiência total e de escala. Os hospitais universitários foram menos eficientes porque consumiram uma quantidade significativamente maior de recursos para produzir uma mesma quantidade de produto que hospitais que não são de ensino.

Castilho (2014) avaliou a eficiência técnica relativa dos hospitais com atendimento do SUS em Minas Gerais, no ano de 2012, procurando verificar quais foram os hospitais eficientes quanto ao aproveitamento de seus recursos, tanto internos quanto de escala. Para essa análise, aplicou a DEA. Os resultados apontaram que a maior parte dos hospitais examinados foram ineficientes. Nos hospitais com até 24 leitos, a eficiência total foi de apenas 34% da planta ótima; nos hospitais de 25 a 49 leitos, foi de 40%; nos hospitais de 50 a 99 leitos, foi de 46%; nos hospitais de 100 a 249 leitos, foi de 74%; e nos hospitais de mais de 250 leitos, foi de 76%. Compararam-se os dados desse estudo com a pesquisa feita por Andrade et al. (2007) que evidenciou um aumento na eficiência interna e uma queda na eficiência de escala no período entre os dois trabalhos.

Matos (2014) verificou a eficiência de 17 dos 21 hospitais universitários das regiões Norte e Nordeste utilizando a DEA. Os resultados indicaram que unidades de maior desempenho apresentaram baixo volume de *inputs* em relação aos índices obtidos pelas unidades menos eficientes, demonstrando a necessidade de uso mais racional de recursos por parte de alguns hospitais universitários estudados.

Trivelato et al. (2015) analisaram a eficiência de 35 hospitais públicos, privados lucrativos e filantrópicos, escolhidos aleatoriamente, compondo uma amostra estratificada. Os hospitais variaram por tamanho de 40 a 1164 leitos, sendo a média de 278 leitos. Os dados trabalhados foram relativos ao ano de 2012. Os resultados evidenciaram que, dos 35 hospitais, somente 12 (34,2%) do total da amostra foram considerados eficientes. Isso significa que houve uma baixa capacidade dos hospitais em gerar produtos e que alguns hospitais conseguiram, com menor alocação de recursos, chegar a melhores resultados. Os hospitais públicos e privados lucrativos foram mais eficientes que os hospitais filantrópicos.

Silva et al. (2016) avaliaram, por meio da DEA, a eficiência produtiva de hospitais credenciados pelo SUS na região Sul. A análise fez-se em uma amostra de 139 hospitais localizados em municípios de mais de 100 mil habitantes dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Aplicou-se uma técnica de *clusters* para agrupar os municípios semelhantes em relação aos seus *inputs*. Os resultados mostraram que entre os hospitais examinados, nos três *clusters*, o escore de eficiência foi atingido por 34% dos hospitais catarinenses, 49% dos hospitais paranaenses e 35% dos hospitais gaúchos.

Souza et al. (2016) analisaram, por meio da DEA, a eficiência de 15 hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, em que foram criadas três formulações diferentes, combinando indicadores financeiros e operacionais. A pesquisa envolveu o período de 2008 a 2012. Assim, foram estudados os pesos atribuídos às variáveis em cada uma das formulações, como medida de importância das variáveis na definição da fronteira de eficiência. Também foram analisadas as variáveis de escala resultantes em cada uma das formulações propostas. Ao analisar os pesos, a variável de maior impacto foi a razão entre o número de médicos pelo número de profissionais, nas formulações 1 e 3. Em contrapartida, para a formulação 2, a variável de maior impacto, segundo este critério, foi a razão entre o número de médicos pelo número de internações. As variáveis de escala também foram analisadas para as formulações 1 e 3 e foram encontrados valores negativos. Isso demonstra que, na formulação das fronteiras de eficiência, essas estruturas apresentaram significativas deseconomias de escala. Por sua vez, na formulação 2, verificou-se o oposto, ou seja, economias de escala positivas, que indicaram a capacidade da melhoria do atendimento médico considerando o aumento dos *inputs* analisados. De maneira complementar, verificou-se que apenas dois hospitais (dentro os hospitais que compuseram a amostra) foram apontados como eficientes de forma simultânea nas três formulações propostas. Por fim, 40% dos hospitais foram considerados ineficientes em todas as formulações propostas.

Botega et al. (2019), utilizando a DEA, analisaram hospitais em Minas Gerais, no ano de 2015. Foram considerados 205 hospitais de pequeno porte, 161 hospitais de médio porte e 49 hospitais de grande porte que, em sua grande maioria, prestavam serviços ao SUS. Os hospitais de médio e grande portes, diferentemente dos hospitais de pequeno porte, apresentaram uma maior amplitude dos valores observados para a eficiência técnica. Quanto à eficiência de escala, é clara a diferenciação entre os hospitais de pequeno porte e os de médio e grande porte. Os hospitais de pequeno porte apresentaram taxa de ocupação de 24,21% e TMP de 3,52 dias; os hospitais de médio porte apresentaram taxa de ocupação de 45,97% e TMP de 4,47 dias; os hospitais de grande porte apresentaram taxa de ocupação de 66,18% e TMP de 6,17 dias.

7.2 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA INTERNA DOS HOSPITAIS DO SUS UTILIZANDO O *BENCHMARKING*

La Forgia e Couttolenc (2009) analisaram a eficiência dos hospitais brasileiros aplicando na amostra que conduziram quatro valores referenciais externos ou *benchmarks*: o valor médio para todos os hospitais do SUS obtidos do MS/Datasus; a mediana para hospitais incluídos no programa de acreditação do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) em São Paulo; a média para países da OECD; e o valor da mediana para o grupo dos “*top 100 hospitals*” dos Estados Unidos. Apesar das estatísticas internacionais serem frequentemente pouco comparáveis entre si, elas provaram ser úteis como referências. As conclusões para o Brasil mostraram considerável dispersão entre os hospitais para a maioria dos indicadores, o que indica grande ineficiência em muitos hospitais.

Os indicadores utilizados foram: o giro de leitos, a ocupação dos leitos, o TMP, o pessoal por leito, a produtividade cirúrgica e o uso de tecnologia.

O índice de giro de leitos (IGL) mede a taxa de saídas hospitalares por leito sendo utilizado para avaliar a eficiência no uso de recursos físicos. A média para a amostra foi de 50,4, mais alta do que a média dos países da OECD, que foi de 32,6 e abaixo dos hospitais do CQH que foi de 64,7. Foi observada uma grande dispersão entre os hospitais. O índice foi maior para os hospitais privados com fins lucrativos (56,9), seguidos por hospitais municipais (53,7), estaduais (50,0), hospitais filantrópicos (45,5) e hospitais federais (32,6). O IGL médio alto dos hospitais brasileiros sofre a influência das unidades de pequeno porte que internam pessoas de baixa gravidade, em boa parte internações por condições sensíveis à atenção primária. O IGL para os hospitais públicos foi menor (28,8).

A taxa de ocupação de leitos indica a percentagem do total de leitos-dia nos quais um leito é utilizado. É um indicador de desempenho hospitalar que reflete o nível de utilização dos recursos físicos disponíveis. O parâmetro internacional de ocupação eficiente de leitos é de 75% a 85% (EUROPEAN HOSPITAL AND HEALTHCARE FEDERATION, 2014). La Forgia e Coutollenc (2009) verificaram que a taxa média de ocupação dos hospitais de agudos foi de apenas 37%, bem abaixo das taxas médias dos hospitais do CQH (65%) e dos hospitais da OECD (71%). Dos hospitais analisados, 58% apresentaram taxas de ocupação abaixo de 30%. Hospitais com menos de 50 leitos apresentaram taxas médias de ocupação de 22%, e apenas 8% dos hospitais apresentaram taxas de 80% ou mais. As taxas de ocupação mostraram-se positivamente relacionadas com o tamanho dos hospitais. A taxa média de ocupação em 2013 foi menor ainda, atingindo 34% (TABWIN, 2013), e isso significa que em um período de 11 anos esse indicador permaneceu muito baixo.

O TMP indica o número médio de dias que as pessoas passam internadas em um hospital. Esse indicador varia de acordo com a severidade dos casos. Ineficiências técnicas altas levam a um TMP mais elevado. Permanências elevadas desperdiçam

recursos hospitalares, não estão associadas com atenção de maior qualidade e aumentam artificialmente as taxas de ocupação de leitos. No estudo de La Forgia e Couttolenc (2009), os prestadores privados apresentaram as menores TMP; e os hospitais federais apresentaram os maiores valores. O TMP da amostra do estudo (2,9 dias) foi mais baixo que o CQH (3,4 dias) e do que a média dos hospitais vinculados ao SUS (4,4 dias). O TMP dos hospitais brasileiros foi mais baixo que dos hospitais europeus (7,8 dias) provavelmente em função da atenção a uma população mais idosa. O TMP está associado positivamente com o porte dos hospitais. O TMP foi de 4,5 em 2013 (TABWIN, 2013).

Ainda que não haja normas internacionais para este indicador, as comparações entre hospitais similares podem ser úteis na definição de ineficiências. Para La Forgia e Couttolenc (2009), a composição por categoria profissional varia por esferas. Em média, médicos e pessoal de enfermagem foram 22% a 30%; os outros profissionais compostos por pessoal administrativo e de apoio geral foram 48%. Essa categoria de outros profissionais variou mais entre hospitais que a de médicos e pessoal de enfermagem. Os hospitais públicos utilizaram quase duas vezes mais outros funcionários (2,1 por leito) que os privados. Essa categoria responde por 29% do pessoal nos hospitais da amostra, enquanto na França, esse valor é de 19% do total. O número médio de funcionários por leito ocupado foi de 10,5, muito maior que o *benchmark* CQH (6,3) e os cem melhores hospitais dos Estados Unidos (5,2). Esse uso intensivo de pessoal nos hospitais brasileiros pode resultar de baixos custos da mão de obra, de baixa qualificação, da baixa produtividade dos trabalhadores ou de uma combinação desses três fatores.

Em relação à produtividade hospitalar medida pelo DRG, Serufo Filho (2014) realizou um estudo transversal em 116 hospitais e em 145.710 pessoas usuárias, no período de 2012 a 2014, comparando a mediana de permanência hospitalar dos percentis de permanência dos mesmos produtos assistidos por hospitais que vendem serviços ao governo dos Estados Unidos, sendo as variações encontradas denominadas variações de produtividade e sua razão definida como produtividade no uso do leito para gerar produtos assistenciais. Dos casos, 37,6% foram de DRG clínicos; e 64,2%, de DRG cirúrgicos. A produtividade dos hospitais brasileiros estudados foi 28,4% menor que a dos hospitais americanos. Quando se compararam as medianas de tempo de internação ajustadas por tipo de produto DRG, encontrou-se uma produtividade de tratamento cirúrgico 3,7% menor que a produtividade dos hospitais americanos e produtividade do tratamento clínico 46,3% menor que a produtividade dos hospitais americanos no percentil 50. Os determinantes da longa permanência nos leitos de hospitais brasileiros podem ser explicados, apenas parcialmente, pela complexidade mensurada pela metodologia do DRG. Outros fatores além dessa complexidade assistencial determinaram 71,8% do tempo das internações de pessoas tratadas clinicamente e 50,4% das pessoas tratadas cirurgicamente. Essas perdas de produtividade dos hospitais brasileiros foram estimadas em R\$ 9,1 bilhões ao ano.

O índice de internações cirúrgicas por sala cirúrgica que é uma *proxy* da taxa de cirurgias por sala é um indicador importante do desempenho dos serviços hospitalares. La Forgia e Couttolenc (2009), observaram um índice médio anual de 173, o que significava 0,66 cirurgias por sala por dia útil, uma indicação de baixa produtividade dos centros cirúrgicos. Esses índices variaram de 73 (0,31 por sala por dia útil) em HPP a 350 (1,5 por sala por dia útil) em hospitais de grande porte. Os hospitais municipais apresentaram os menores índices. Os hospitais federais apresentaram índices mais baixos do que os hospitais privados e estaduais. O movimento cirúrgico é considerado um fator que modifica a produtividade e a qualidade dos hospitais. São considerados parâmetros para avaliação da eficiência do uso das salas cirúrgicas a taxa de ocupação, o tempo de permanência, a recuperação anestésica, o intervalo de tempo entre as cirurgias, a taxa de atraso e a taxa de suspensão de cirurgias (GERCHAK et al., 1996). Pesquisas nacionais e internacionais realizadas em hospitais públicos mostraram taxas de suspensão de cirurgias que variaram de 3,6% a 28,0%. Os fatores de cancelamento foram os seguintes: relacionados com as pessoas usuárias, 23,1% a 70,3%; relacionados com o hospital, foram de 9,1% a 34,8%; relacionados com a alocação de recursos humanos, foram de 3,6% a 50,0%; e relacionados com materiais, foram de 1,6% a 5,12% (JUSTA; MALIK, 2013).

Outras pesquisas mostraram os seguintes resultados relativos a taxas de ocupação em hospitais brasileiros de maior porte: em um hospital terciário privado, 79% (NEPOTE, 2009); em um hospital de ensino, 66% (JOAQUIM, 2005) e em outro hospital terciário, 76% (NEPOTE, 2003).

La Forgia e Couttolenc (2009) utilizaram um índice de complexidade tecnológica por leito desenvolvido pelo Banco Mundial. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os hospitais federais apresentaram maior uso de tecnologias por leito (1,29), seguidos pelos hospitais privados lucrativos (1,16). Os HPP estiveram entre os maiores usuários de tecnologias, depois dos hospitais de 250 ou mais leitos. Isso indica que os HPP utilizam em excesso tecnologias em relação à sua capacidade de usá-las adequadamente. Os resultados sugeriram que boa parte da tecnologia hospitalar disponível no Brasil está concentrada em unidades privadas pequenas e especializadas, o que parece refletir mais os incentivos econômicos do que a eficiência ou a necessidade assistencial.

A sobreutilização de tecnologia pelos hospitais de todos os tamanhos é um dos fenômenos que constituem o cuidado pobre nos serviços de saúde (SAINI et al., 2017), tal como se discute no Capítulo 14. Esse é um dos principais problemas dos sistemas de saúde do mundo, fonte de enormes ineficiências e de má qualidade da atenção à saúde que se manifesta fortemente nos hospitais.

8. O AUMENTO DA EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS DO SUS

As avaliações de eficiência técnica dos hospitais do SUS realizadas pela DEA e pelo *benchmarking* mostraram grandes ineficiências interna e de escala nessas instituições.

Uma estimativa baseada no baixo índice de ocupação sugeriu que até 40% dos gastos hospitalares poderiam ser reduzidos de forma significativa (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Estudos feitos pelo Banco Mundial revelaram que a melhoria do desempenho hospitalar do SUS poderia gerar ganhos de R\$ 3 bilhões, 0,05% do PIB, e que a racionalização dos HPP poderia adicionar R\$ 1,3 bilhão, 0,03% do PIB (ARAUJO e PONTES, 2017).

Uma agenda de eficiência hospitalar poderia ser construída com medidas de aumento da eficiência interna e da eficiência de escala dos hospitais do SUS.

8.1 UMA AGENDA DE EFICIÊNCIA INTERNA DOS HOSPITAIS DO SUS

Uma agenda de melhoria da eficiência interna dos hospitais do SUS convoca mudanças em vários aspectos da atenção hospitalar, como a gestão de pessoas, a gestão de suprimentos e logística, a gestão financeira e de custos, a contratualização dos hospitais e a gestão dos fluxos assistenciais.

Além desses pontos essenciais para o aumento da eficiência interna dos hospitais do SUS, cabe mencionar, como importantes, a gestão da clínica e as mudanças nos sistemas de pagamentos dos serviços hospitalares.

Com relação à gestão da clínica, é forçoso ressaltar que a gestão dos hospitais do SUS se volta, quase exclusivamente, para a gestão dos recursos, ou seja, para a gestão das atividades meio. Pouco se avançou na gestão das atividades fim que são representadas pelas tecnologias de gestão da clínica. Isso significa uma enorme perda de oportunidade para ganhos de eficiência hospitalar.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), a ausência de padrões para procedimentos médicos e de protocolos clínicos constitui um fator central para explicar as variações de custos hospitalares e contribui para um insuficiente controle desses custos, para a ineficiência interna e para a baixa qualidade do atendimento.

Para aumentar a eficiência interna dos hospitais do SUS, é necessário introduzir as ferramentas de gestão da clínica. Cinco delas são fundamentais: as diretrizes clínicas sob a forma de protocolos clínicos baseados em evidências, a gestão das condições de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera.

Essas tecnologias formam um sistema que tem como base as diretrizes clínicas, a partir das quais se derivam as quatro outras tecnologias.

Todas essas tecnologias devem fazer parte da gestão cotidiana dos hospitais para que se tenha uma atenção à saúde eficiente e de qualidade. Essas tecnologias estão bem detalhadas no Capítulo 14, para o qual se remete o leitor.

Em relação aos sistemas de pagamentos praticados nos hospitais do SUS, suas deficiências são bem conhecidas. Em uma pesquisa nacional, La Forgia e Couttolenc (2009) demarcaram bem os problemas nesse campo. Os sistemas existentes são pouco utilizados como instrumentos de definição de políticas e de incentivo ao desempenho nos hospitais. O mecanismo de orçamento por elemento de despesa, o mais comum nos hospitais públicos, está na base de ineficiência e de custos mais altos. O sistema alocativo fundamenta-se em padrões históricos de insumos e gastos, sem recompensas para controle dos gastos e qualidade da atenção. Essa modalidade de financiamento oferece incentivos pobres ao aumento da produtividade, à melhoria gerencial, à racionalização da oferta e a um ambiente de uso de informações. O mecanismo de pagamento aos prestadores por AIH faz-se com base em uma tabela de valores predefinidos para os serviços prestados, configurando um modelo de pagamento por procedimentos (*fee-for-service*), já superado. A definição dos valores das tabelas de reembolso não guarda relação com os custos reais dos serviços ou com o uso dos recursos, em boa parte em função da carência de informações robustas e do controle de custos. Dadas as distorções de preços relativos, muitos valores são pagos abaixo dos custos; e alguns poucos acima dos custos. Esse desequilíbrio prejudica o acesso das pessoas aos tratamentos de que necessitam e impossibilita a utilização custo-efetiva dos recursos do SUS.

Os diagnósticos realizados sobre o tema, geralmente, terminam por concluir que os recursos para a atenção hospitalar são poucos e há que aumentá-los por meio de um reajuste da tabela SUS. Isso significa um grave equívoco.

Nesse tema, internacionalmente, parece haver uma posição consensual de que a modalidade de pagamento por procedimentos não constitui uma solução racional porque estimula a prestação de serviços e não gera valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Assim, a solução do pagamento dos serviços hospitalares do SUS não está em reajustar sua anacrônica tabela de valores, mas em mudar o sistema, instituindo novas modalidades que possam maximizar a geração de valor. Essa discussão é feita mais profundamente no Capítulo 8 e aplica-se especialmente bem à questão hospitalar.

8.1.1 A GESTÃO DE PESSOAS

Pesquisas feitas com a DEA indicaram que uma das causas principais da ineficiência hospitalar é o número excessivo de pessoal. Hospitais eficientes com pontuação na

DEA de 1 para a eficiência total utilizaram 20% menos pessoal por leito do que a média dos hospitais da amostra (COUTTOLENC et al., 2004). Outra pesquisa verificou que o hospital típico brasileiro utilizava 39% a mais de pessoal, excluindo médicos, do que os hospitais mais eficientes (MARINHO, 2001a).

A razão pessoal por leito varia entre os hospitais. Os hospitais brasileiros usaram, em média, 50% mais pessoal por leito que os hospitais da OECD e muito mais que a Dinamarca, cujo valor era de 3,4 funcionários por leito. O número excessivo de pessoal nos hospitais do SUS se mostrou mais significativo quando se analisou por leito ocupado, o que elevou o valor para 10,5. Estudo realizado em 533 hospitais de São Paulo mostrou os seguintes valores de pessoas por leitos ocupados: HPP, 14,9; hospitais médios, 11,8; e grandes hospitais, 4,9. Esse valor é bem superior ao observado nos 100 melhores hospitais dos Estados Unidos (COUTTOLENC et al., 2004; PICCHIALI, 2009; RAMOS et al., 2015).

A composição do pessoal hospitalar por categoria profissional varia significativamente entre os hospitais do SUS. Tomando-se o número de médicos e enfermeiros e pessoal administrativo e de apoio geral (outros profissionais), verificou-se que os hospitais públicos usaram duas vezes mais outros funcionários (2,1 por leito) que hospitais privados. Uma pesquisa feita com hospitais do SUS mostrou que 29% do total de pessoal era administrativo e de apoio; esse percentual na França era de 19% do total (COUTTOLENC et al., 2004). Dos gastos totais de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 60% foram com servidores dos hospitais próprios que eram responsáveis por apenas 10% das internações totais do SUS naquele estado (ALMEIDA, 2016).

A gestão de pessoas nos hospitais apresenta características singulares que dificultam a implementação de ações intervenções racionalizadoras: regime de plantões que cria obstáculos à formação de equipes estáveis de atendimentos; número de vínculos de profissionais com grande quantidade de empregos e jornadas de trabalho muito longas; formas de contratação precarizadas que não permitem um contrato psicológico adequado entre profissionais e organização; e ausência de planos de carreira e de perspectivas a longo prazo. A associação desses fatores pode levar a uma alta rotatividade dos profissionais, ao baixo nível de satisfação no trabalho e à ausência de motivação (CAMPOS; MALIK, 2016).

Além disso, o uso intensivo de pessoal nos hospitais brasileiros pode ser explicado de efeito combinado de baixos custos de mão de obra, baixa qualificação profissional, baixa produtividade do trabalho e ausência de padronização dos processos clínicos.

Não obstante, a organização da gestão de pessoas é fator importante a ser considerado na melhoria da eficiência interna dos hospitais. Ulrich (1998) propôs um modelo lógico que pensa a gestão de pessoas de uma forma. Nesse modelo, a gestão de pessoas assume múltiplos papéis, desempenhando ao mesmo tempo funções operacionais e estratégicas voltada para pessoas e processos. Esses papéis

são: administração de estratégias, administração da infraestrutura, administração da contribuição dos funcionários e administração da transformação e da mudança.

Utilizando esse modelo, Campos e Malik (2016) estabeleceram os papéis e atividades da área de gestão de pessoas a serem desenvolvidos nos hospitais. Na área de administração de estratégias: definição de estratégias da área vinculadas às estratégias da organização; planejamento da força de trabalho; e BSC. Na administração da infraestrutura: recrutamento e seleção; remuneração; benefícios; gestão de desempenho; plano de cargos e salários; capacitação; universidade corporativa; sistema de informação; e sistema de controle. Na área da contribuição dos funcionários: clima organizacional; qualidade de vida no trabalho; comunicação; saúde ocupacional; atividades sociais e comemorativas; relações sindicais; e relações com conselhos profissionais. Na administração da transformação e da mudança: gestão de competências; gestão do conhecimento; e trabalho em equipe.

8.1.2 A GESTÃO DE SUPRIMENTO E LOGÍSTICA

A gestão de suprimento e logística foi definida como uma função integradora responsável pela articulação das principais funções e processos de negócios dentro e entre empresas por meio de um modelo de negócio coerente e de alto desempenho (NEDER, 2015).

As práticas dessa cadeia constituem um conjunto de atividades empregadas em uma organização para promover o gerenciamento efetivo de seus suprimentos e logística (LI et al., 2005).

O objetivo da gestão de suprimentos e logística consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo certo e com o menor custo. Suprimentos são os itens que serão adquiridos, administrados, armazenados, processados, distribuídos e transportados pelo sistema logístico (REINHARDT FILHO, 2016).

Organizar a gestão dos suprimentos e logística é importante para aumentar a eficiência interna dos hospitais do SUS porque o sistema de materiais consome boa parte do orçamento dessas unidades de saúde. Os custos diretos provenientes de pagamento a fornecedores podem variar de 23% a 29% do orçamento total dos hospitais. Quando se somam os custos indiretos aos custos diretos, esses valores percentuais podem atingir entre 35% e 45% dos orçamentos totais dos hospitais e tendem a aumentar com o grau de desorganização do sistema de materiais. Uma simulação mostra duas situações: um hospital em que os gastos diretos e indiretos com o sistema de materiais seja 33% dos gastos totais, e outro em que esse valor seja de 50%. No primeiro caso, cada R\$ 3,00 economizados no sistema de materiais significarão R\$ 1,00 de economia no orçamento; no segundo caso, cada R\$ 2,00 de economia no sistema de materiais representarão R\$ 1,00.

Uma avaliação realizada para o BNDES sobre a capacidade gerencial dos hospitais filantrópicos vinculados ao SUS verificou que somente 23,2% dos hospitais analisados faziam controle regular de estoque (BARBOSA et al., 2002). Isso pode ser um indicativo da ausência de processos efetivos de gestão de suprimentos e logística nessas instituições.

Uma avaliação de hospitais filantrópicos vinculados ao SUS constatou que a gestão de suprimentos e logística dos hospitais foi apontada por todos como essencial, pois representava uma grande oportunidade de economia de recursos. Contudo, essa dimensão apresentou uma grande variância entre a gestão dos hospitais, alguns evoluídos, utilizando as mais modernas ferramentas de gestão de suprimentos e logística; outros hospitais não dispunham de sistemas de gestão de suprimentos e logística organizados, o que possivelmente explicou as grandes diferenças no tamanho dos estoques e de elevados recursos aplicados nessa área. A conclusão foi que a organização da gestão de suprimentos e logística constituía uma grande oportunidade de economia de recursos para os hospitais (LEAL; MORGADO, 2008).

Os desafios da gestão de suprimentos e logística nos hospitais do SUS são enormes. É o que relataram Sousa e Freitas (2016) sobre a rede hospitalar pública estadual do estado do Ceará que englobava dez unidades, 1.987 leitos e que movimentou mais de R\$ 200 milhões ao ano, 2.155 itens diferentes adquiridos em mais de mil processos de compras diferentes e que registrou inúmeras rupturas de estoque, que operou com completa falta de padronização de medicamentos e materiais, aquisição morosa e graves consequências à resolubilidade assistencial. Alguns problemas críticos foram constatados: inexistência de controles eficientes; pulverização de estoques, não existindo o compartilhamento entre as unidades; índice de perda importante de estoque em função do vencimento dos prazos de validade; elevada quantidade de itens avariados por falhas de armazenagem. Os suprimentos representavam 40% dos gastos totais com custeio, o que é um percentual muito relevante. Constatou-se que a aquisição da administração direta chegava a ter variações de 1% a 15% se comparada às aquisições dos consórcios ou organizações sociais. As intervenções realizadas em vários pontos da gestão de suprimentos e logística, como no planejamento, na aquisição, no armazenamento e na distribuição, permitiram reverter a percepção de desabastecimento e produziram resultados favoráveis na prática assistencial.

O caso da rede hospitalar pública do estado do Ceará certamente não é isolado, mas tende a refletir uma situação mais ampla de desorganização da gestão de suprimentos e logística do SUS.

8.1.3 A GESTÃO FINANCEIRA E DE CUSTOS

Os hospitais do SUS carecem de melhor gestão financeira e de custos. Para isso, é fundamental organizar o setor financeiro dessas instituições a fim de que possam exercitar, eficientemente, a alocação eficiente dos recursos financeiros e patrimoniais para propiciar as condições adequadas de liquidez, balanceando as funções e capital

de giro e de investimentos em ativos fixos, de modo a otimizar o exercício da atividade operacional e a correspondente geração de bons resultados (MATOS, 2016).

A gestão financeira dos hospitais trata de demonstrações financeiras, indicadores financeiros, gestão e análise de custos hospitalares, gestão e controle orçamentário e administração do capital de giro e decisões de investimento de capital (MATOS, 2016).

A área da gestão dos custos hospitalares foi identificada como uma área muito crítica nos hospitais do SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Uma pesquisa demonstrou que os custos médios de procedimentos hospitalares apresentaram variações significativas mesmo depois de se ajustarem os casos por *case mix* (DIAS et al., 2004). O custo médio de 107 procedimentos analisados foi de R\$ 2.606,00, variando de R\$ 513,00 para o tratamento conservador de traumatismo craniano a R\$ 48.436,12 para transplante de pulmão. Além disso, os custos médios variaram fortemente para um mesmo procedimento realizado em um mesmo hospital e entre hospitais distintos. O coeficiente de variação variou de 20% (microcirurgia vascular intracraniana) a 221% (transplante de rim com doador vivo), com uma média geral de 55%.

Os fatores mais importantes para explicar as variações dos custos, apontados na pesquisa, foram as diferenças em *case mix*, as características dos hospitais, a taxa média de permanência, o tipo de prática clínica e o tipo de procedimento. As diferenças na composição das gravidades dos casos influenciam as variações de custos. Os custos médios variam entre hospitais de diferentes características. Os hospitais universitários tenderam a apresentar maiores custos, em boa parte porque estes hospitais são menos eficientes que os hospitais privados e porque estão submetidos aos problemas de financiamento do SUS; e os problemas de financiamento do SUS levam à ineficiência sistêmica porque os hospitais são incentivados a optar por procedimentos mais bem remunerados ou a adotar políticas indiscriminadas de corte de custos.

O coeficiente de variabilidade dos custos sofre influência da taxa média de permanência podendo levar a um incremento de 20% dos custos médios; observou-se que a eficiência quase sempre esteve inversamente associada à taxa média de permanência (MARINHO, 2001a). As variações de custos foram fortemente influenciadas pelas práticas clínicas estabelecidas. A quase inexistência de diretrizes clínicas baseadas em evidências deixa margem para uma enorme variabilidade em função da falta de padronização; pessoas submetidas aos mesmos procedimentos receberam tratamentos completamente diferentes em combinações e quantidades de insumos e serviços como, por exemplo, duração de cirurgias e de internações e testes diagnósticos.

Há grande variabilidade de custos por tipos de procedimentos, sendo que os procedimentos clínicos apresentaram coeficientes de variabilidade maiores que os

procedimentos cirúrgicos, provavelmente porque são menos padronizados ou porque têm maior variabilidade de gravidade e de tempo de internação (DIAS et al., 2004).

Outro fator importante na eficiência hospitalar foi a estrutura de custos. Um gasto excessivo em pessoal pode prejudicar a alocação de recursos para medicamentos e materiais. Os serviços hospitalares consumiram 62,2% dos custos totais dos procedimentos; os serviços profissionais, 11,5%; os serviços de diagnósticos, 6,4%; os medicamentos e materiais médicos, 11,3%; as órteses e próteses, 5,8% e os medicamentos e procedimentos especiais, 2,8%. Os hospitais públicos apresentaram maiores gastos com pessoal (68%) em relação aos hospitais privados (58%), mas têm menores gastos em suprimentos, o que sugere que podem operar com problemas de eficiência alocativa (DIAS et al., 2004).

La Forgia e Couttolenc (2009) enfatizaram a importância de informações sobre custos. Nos hospitais do SUS, existe uma enorme carência de dados sobre custos, o que dificulta o planejamento e o monitoramento eficiente do desempenho hospitalar. Sistemas de informações médicas e gerenciais inadequados limitam as possibilidades de desenvolvimento de estimativas de custos e de seu gerenciamento e, por consequência, dificultam os processos de faturamento, de pagamento e de controle de gastos.

É fundamental, para aumentar a eficiência interna dos hospitais e para garantir a transparência do desempenho nas atividades operacionais dessas instituições, que se utilizem rotineiramente instrumentos efetivos de gestão de custos. Isso se faz por meio de três abordagens de apuração de custos: custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividade (MATOS, 2016).

O custeio por absorção constitui o instrumento mais utilizado e resulta da apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados; todos os gastos relativos ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos elaborados (MARTINS, 2001). Nos hospitais, utiliza-se o custeio por absorção plena que leva em conta custos e despesas e em que a apropriação de custos se faz sob a forma de centros de custos e custeio de procedimentos hospitalares.

O custeio direto, denominado também de análise das relações custo-volume-lucro, objetiva analisar os custos em relação ao nível de atividade operacional. Esse instrumento permite compreender as flutuações dos resultados diante das mudanças no volume de serviços em razão das formas como se comportam os custos fixos e variáveis e propicia identificar o ponto de equilíbrio representado pelo volume de serviços em que ocorre a igualdade entre receitas e custos.

O custeio baseado em atividade permite avaliar se a atividade usada na geração dos serviços, sob determinado nível de custeio, é compatível com o nível de valor agregado ao produto ou ao serviço prestado. Esse instrumento permite identificar

quais atividades que agregam ou não agregam valor às pessoas usuárias, analisar custos derivados de capacidade ociosa e aprimorar a gestão de preços.

8.1.4 A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Um fator importante para melhorar a eficiência interna dos hospitais do SUS reside na implantação de mecanismos de contratualização interna e externa mais efetivos.

Ainda que o SUS tenha um longo histórico de contratação de hospitais privados e de terceirização de serviços médicos e não médicos nos hospitais, uma pesquisa revelou que esses contratos geralmente são instrumentos passivos que pecam por não especificar adequadamente os produtos e por não estabelecer claramente os resultados esperados. Quando considerado o desempenho, não tem relação com o financiamento; e o monitoramento e a avaliação desses contratos são frágeis (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Isso significa que os entes contratantes do SUS se apresentam, nas relações contratuais com prestadores de serviços, com baixo grau de estatalização (HONESKO, 2003), o que gera um desequilíbrio entre contratante e contratado que, em certas situações, pode sobrepor os interesses privados sobre os interesses públicos.

Os prestadores de serviços hospitalares ao SUS organizam-se em diferentes arranjos organizativos, compondo um caleidoscópio complexo que admite três grandes grupos: um primeiro, de caráter público e estatal, constituindo a administração pública direta e indireta; um segundo, constituído no âmbito privado, mas compondo, diferenciadamente, funções de interesse público e definidos como entidades do terceiro setor; e o terceiro, também de domínio privado, mas operando com base em regras de mercado e podendo, em certas circunstâncias, prestar serviços ao sistema público (BARBOSA; VECINA NETO, 2016) .

Os dois grupos privados, com e sem finalidade lucrativa, concentram a maior parte dos hospitais que prestam serviços ao SUS e foram responsáveis por 57% do total das internações hospitalares de nosso sistema público no ano de 2006 (BARBOSA; VECINA NETO, 2016). Isso implica que a maior parte das internações hospitalares do SUS é feita por hospitais privados; contudo, a prestação de serviços por hospitais estatais ainda permanece muito significativa.

Os problemas dos hospitais estatais já foram detectados, há décadas, como a dificuldade de fixar, entender e executar objetivos (MOTTA, 1983). A administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais e sem qualidade e influências políticas externas. Assim, a finalidade da administração passou a serem os meios e seus processos, e não os fins. Isso se reflete na gestão hospitalar estatal em dificuldade de incorporação tecnológica e de tecnologia de informação, e de modernização administrativa e de gestão de pessoas.

O resultado, em grande parte dos hospitais estatais, é fragilidade de gestão eficiente e de qualidade dos serviços (SANTOS, 2006).

Sob a influência de movimento de mudanças na administração pública na arena internacional como a construção do Estado competente (HILDEBRAND; GRINDLE, 1994), a reinvenção dos governos (OSBORNE; GAEBLER, 1994), a instauração do Estado contratador (TROSA, 2001) ou como nova gestão pública (MILLS et al., 2001), surgiram propostas de alternativas ao modelo estatal. Dentre elas, podem ser mencionadas: administração indireta, autarquia, autarquia de regime especial, agência executiva, agência reguladora, fundação de direito público, consórcio público, fundação pública de direito privado, empresa pública, sociedade anônima, serviço social autônomo, organização social, organização social de interesse público, fundações de apoio e convênios (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Como consequência, o centro da discussão sobre a eficiência dos hospitais deslocou-se para o tipo de arranjo organizativo que deveria prevalecer para solucionar os problemas de eficiência dos hospitais estatais. Todavia, a questão central – que é a de aumentar o grau de estatalidade dos entes contratadores do SUS para que possam gerenciar efetivamente os contratos feitos consigo mesmos (contratos internos) ou com prestadores organizados segundo outros arranjos organizativos (contratos externos) – permanece em segundo plano.

Esse tem sido um equívoco que precisa ser superado rapidamente. Um mesmo arranjo organizativo pode ser virtuoso em uma situação e vicioso em outra. Como exemplo, ainda que a contratação de organizações sociais seja vista, por uns, como positiva no campo da prestação de serviços hospitalares ao SUS (FERREIRA JUNIOR, 2002; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002; SEIXAS, 2003; MENDES et al., 2005; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), não raro, pela baixa capacidade do ente contratante em gerenciar esses contratos, geram-se situações de ineficiência e, até mesmo, de suspeitas de corrupção (WERNECK; BOTTARI, 2016).

Em outros termos, uma Secretaria Estadual de Saúde pode contratar uma organização social para prestar serviços hospitalares, mas para que isso resulte em bons resultados, ela tem de desenvolver uma capacidade ótima para gerenciar o contrato; sem isso, o ente contratado, ainda que tenha boa capacidade gerencial para executar os serviços, pode propor e alcançar objetivos que são os seus, e não necessariamente os do ente contratante.

Ou seja, para que os contratos internos e externos funcionem, tem de haver um equilíbrio na capacidade gerencial de contratante e contratado para gerar valor para as pessoas usuárias dos serviços. Portanto, é fundamental resgatar a importância de bons contratos de gestão entre os entes contratantes e contratados na atenção hospitalar do SUS.

O histórico de contratualização do SUS fez-se segundo uma concepção restrita da teoria dos contratos. É necessário compreender a complexidade do tema da contratualização para que se possa aumentar o grau de estatalidade dos entes contratantes do SUS para elaborar, implantar, monitorar e avaliar os contratos de gestão com os hospitais contratados.

O sistema de atenção à saúde é complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações, de acordo com o que se discute no Capítulo 1. A cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma “solução cooperativa” que produza um excedente cooperativo (COOTER; ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é por meio de contratos firmados entre partes diferentes.

O contrato coloca juntas duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas. O contrato pode ser definido como o acordo entre dois ou mais agentes econômicos por meio 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.

O crescente interesse pelos contratos entre entes reguladores e financiadores e entes prestadores de serviços de saúde é atribuído ao desapontamento com os padrões alocativos dos recursos dos sistemas gerenciais hierárquicos, normalmente vigentes nas organizações estatais. Estas, hierarquicamente rígidas, operando com os tradicionais sistemas de comando e controle, são, muitas vezes, capturadas pelos interesses dos prestadores de serviços e de suas burocracias, tornando-se incapazes de se focalizarem nos seus sujeitos, os cidadãos.

Ao estabelecer a relação contratual, ainda que dentro da mesma instituição estatal, destrói-se a lógica hierárquica e institui-se uma relação dialógica pela via do contrato, uma norma negociada. Na relação contratual, não haverá mais um lado que manda e outro que obedece e um lado que pensa e outro que executa. O princípio da autoridade se mantém, mas em outra dimensão que é a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente com outros níveis organizacionais, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais.

Trosa (2201), analisando a introdução dos mecanismos contratuais nas organizações estatais, fala em espírito do contratualismo, algo que supera uma visão mais singela do contrato como instrumento jurídico e se consolida como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre entes contratantes e entes contratados que passa a se reger pelo princípio da parceria.

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos

problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e, sobretudo, a construção do sentido de responsabilização.

O contrato exige uma relação bilateral entre o lado da demanda, o ente contratante ou comprador – que atua como agente das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde, indivíduos e famílias – e o lado da oferta, os entes prestadores de serviços de saúde. Do lado da demanda, o ente regulador e financiador institui-se como uma organização monopsônica, fortalecendo-se perante os prestadores; do lado da oferta, é necessário que os entes prestadores de serviços adquiram uma autonomia administrativa que os permita fazer as decisões com a liberdade necessária para cumprir o que foi acordado no contrato (REHNBERG, 1997).

Os propósitos gerais de um contrato são: coordenar as atividades das partes, assegurando a produção de um excedente cooperativo; distribuir os frutos da cooperação; e assegurar que os compromissos sejam cumpridos. Para atingir esses propósitos, as partes estão obrigadas a adotar regras de comportamento aceitas de comum acordo.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de atenção à saúde (SAVAS et al., 1998): estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidade aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde; dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir um maior empenho em atingir os produtos contratados; aumentam a eficiência dos prestadores de serviços; incentivam a criação e utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem uma melhor focalização nos interesses da população; e tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social.

Por outro lado, os sistemas de contratação podem determinar, pelo menos, duas consequências indesejadas, o que torna necessário ter presente para impedir que se manifestem.

Uma primeira é o aumento exagerado dos custos de transação. Foi o que aconteceu no Reino Unido, no início do processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde, onde chegou a haver 3.800 entes contratantes, especialmente médicos gerais, com um incremento significativo dos custos de transação, o que obrigou, em um segundo momento, a reduzir fortemente o número desses entes, agrupando os médicos gerais (JORGE, 2001). O mesmo passou na Colômbia, onde os custos de transação decorrentes da introdução de um sistema singular de quase-mercados, baseado na competição gerenciada, atingiram um valor muito grande, colocando em xeque a solvência do sistema de atenção à saúde daquele país (JARAMILLO, 2001).

Uma segunda, a possibilidade de aumentar a fragmentação do sistema de atenção à saúde quando se fazem contratos, separadamente, com hospitais, ambulatórios especializados, unidades de APS etc. Esse parece ser o caso da Espanha, onde a contratação isolada de hospitais e de unidades de APS aumentou a incomunicação entre esses pontos de atenção e incrementou a fragmentação do sistema (VÍA, 2001). Contudo, a fragmentação não é inerente aos mecanismos de contratação porque, no Reino Unido, a instituição de grupos de médicos de APS como agentes de contratação de todos os serviços de atenção secundária e terciária aumentou a integração do sistema (BOADEN, 1997).

Uma forma de evitar a fragmentação é contratar uma série de pontos de atenção à saúde que propiciem uma assistência contínua por meio de RAS, dando-se ênfase aos mecanismos de coordenação assistencial (MENDES, 2011).

Os contratos são construídos a partir de quatro variáveis principais: os objetivos das RAS contidos nos planos estratégicos; as evidências e o custo efetividade das tecnologias de saúde; a disponibilidade e a capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; e as necessidades das pessoas usuárias.

Além disso, é necessário trabalhar com ciclos de contratação. Esses ciclos partem das necessidades de saúde que se expressam em planos de saúde; os planos de saúde definem os serviços de saúde a comprar; esses serviços devem ser especificados em que quantidades e com que qualidades; isso leva à definição e assinatura do contrato entre o contratante e o contratado; o contrato deve ser monitorado e avaliado por um sistema de informação gerencial que emite relatórios de gestão de acordo com as necessidades de diferentes clientelas; os ciclos se fecham quando a avaliação dos serviços prestados realimenta os planos de saúde e os planos de contratos.

O plano de contratação deve englobar: as condições estruturais dos prestadores, se possível, definindo sistema de acreditação; os instrumentos de gestão da clínica, especialmente os protocolos clínicos a serem utilizados e as ferramentas de gestão da utilização, como os sistemas de auditoria retrospectivos, prospectivos e concomitantes; as condições de acesso aos serviços; a especificação de padrões de qualidade dos serviços. Se possível, as pessoas usuárias devem ser envolvidas na especificação dos serviços a serem contratados.

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).

Na definição dos produtos, as partes devem definir os objetivos de sua aliança e os produtos que, dela, se esperam, no caso, quais os serviços de saúde que serão prestados a uma população. Essa definição deve ser feita da forma mais precisa possível, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos e seus indicadores de

mensuração ou qualificação. A explicitação dos produtos deve englobar indicadores de produção, de produtividade, de qualidade dos serviços de saúde e de satisfação da população.

Na escolha e organização dos recursos, as partes devem especificar quais recursos serão utilizados, por cada uma delas, para atingir os objetivos do contrato e definir como esses recursos serão gerenciados.

A coordenação no tempo e no espaço indica quando e onde os produtos serão disponibilizados. Devem ser considerados, aqui, o desenvolvimento de recursos estratégicos, a reestruturação da oferta e a coordenação da assistência prestada na RAS. Os contratos, por representarem uma mudança cultural radical, devem ter um período de vigência maior que permita construir uma relação solidária. No Reino Unido, muitos contratos têm vigência de cinco anos (JORGE, 2001).

O sistema de garantias defende cada parte contra o comportamento oportunístico da outra e deve ser entendido como uma forma de dissuasão entre as partes. Para que esse sistema seja eficaz, a penalização deve exceder os benefícios que derivariam do comportamento oportunista de cada uma das partes e cobrar um valor justo pela desistência do contrato.

No sistema de monitoramento e avaliação, os produtos definidos e transformados em indicadores quantitativos e qualitativos devem ser checados com uma periodicidade predeterminada por controladores externos e internos e devem estar submetidos, quando couber um contrato legal, às normas e foros jurídicos estabelecidos de comum acordo. A avaliação far-se-á sobre indicadores de estrutura, processos e de resultados, entendidos como etapas de uma mesma cadeia lógica de objetivos e que compõem o painel de bordo do contrato. A avaliação é operacionalizada por um sistema de informação gerencial. A avaliação dos serviços envolverá: o elenco de serviços prestados, a utilização e o acesso aos serviços, a integração da atenção prestada, a qualidade dos serviços e a eficiência dos prestadores de serviços. Faz parte da avaliação um sistema de opiniões de pessoas usuárias construído por pesquisas de opinião e/ou grupos focais.

O sistema de incentivos é um dos elementos mais decisivos em um contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as retribuições por meio de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as duas partes.

O sistema de pagamento estabelece a modalidade de pagamento dos prestadores de serviços ente contratante. Ela pode ser única ou mista, sendo a tendência afastar-se do pagamento por procedimentos (*fee-for-service*), conforme se analisa no Capítulo 8.

Há diferentes tipologias de contratos nos sistemas de atenção à saúde. Entretanto, 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 endógenos são aqueles que os entes contratante e contratado são instituições estatais. Há, aqui, duas possibilidades. Em uma, os entes prestadores de serviços estão subordinados ao ente contratante (uma Secretaria Estadual de Saúde faz um contrato com seus hospitais próprios); em outra, os entes contratante e contratado pertencem a organizações estatais distintas (uma Secretaria Municipal de Saúde faz um contrato com um hospital da Secretaria Estadual de Saúde). Em ambos os casos, não há uma política de desestatização dos entes prestadores de serviços de saúde e, por consequência, não se estabelece uma relação jurídica formal porque o ente prestador não é uma unidade autônoma, do ponto de vista legal.

Nos contratos endógenos, está-se diante de um contrato moral, e não de um contrato legal, por isso, têm sido denominados de acordos de serviços (ENGLAND et al., 1997), de termos de compromisso ou de quase-contratos (SOJO, 2000) porque esses contratos não dispõem de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos. A autonomia jurídica do ente prestador é substituída pelo conceito de centro de responsabilidade, entendido como um centro prestador de serviços que entra em uma via contratual com sua tutela, sem mudar sua natureza jurídica estatal (TROSÁ, 2001). Assim, são os contratos realizados na Costa Rica e no Reino Unido. Contudo, na Nova Zelândia, há uma lei que dá aos contratos endógenos força legal (FERLIE et al., 1996).

Os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. É o caso dos contratos entre um Ministério da Saúde e uma agência executiva, uma Secretaria Estadual de Saúde e organizações sociais e uma Secretaria Municipal de Saúde e 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, portanto, em capacidade para formalizar e responsabilizar-se, moral, administrativa e juridicamente, pelo que foi pactuado nos contratos. Nesse caso, aplica-se, mais, a expressão contrato de gestão.

8.1.5 A GESTÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

Na agenda de aumento da eficiência interna dos hospitais do SUS, é fundamental incorporar intervenções para racionalização dos fluxos assistenciais. Essa agenda é, também, denominada de gestão dos fluxos das pessoas usuárias ou gestão dos fluxos de pacientes.

Essas intervenções têm um alto impacto especialmente na racionalização da oferta dos serviços hospitalares e, por esta razão, contribuem significativamente para o aumento da eficiência dessas unidades de saúde. Como afirmou Litvak (2010), somente a gestão dos fluxos assistenciais pode, simultaneamente, melhorar a qualidade e diminuir os custos da atenção à saúde.

A gestão dos fluxos assistenciais deriva da introdução no setor saúde das ciências de gestão operacional realizada no setor industrial. Sua expansão está por se fazer com maior força nos sistemas de atenção à saúde, que apresentam, nesse aspecto, um atraso secular (DENTZER, 2010). As pessoas, ainda que não sejam coisas, fluem por meio dos sistemas de atenção à saúde de tal forma que certos padrões podem ser identificados como em outros sistemas produtivos.

O processo pelo qual as organizações de saúde, em geral, e os hospitais, em particular, recebem, admitem e dão altas aos pacientes requer uma delicada orquestração entre os profissionais de saúde e os serviços. O sucesso dessa orquestração – o fluxo das pessoas usuárias – pode ser traduzido na segurança e satisfação dessas pessoas, na satisfação e estabilidade dos profissionais, na tranquilidade administrativa e nos resultados econômicos e sanitários das organizações.

Rudolph (2010) indica que os problemas de fluxos assistenciais inadequados são de diversas ordens: na utilização dos recursos, no incremento dos erros médicos, nos atrasos na atenção às pessoas, na ocorrência de pessoas que deixam os serviços sem serem vistos, no aumento da taxa média de ocupação e na satisfação dos profissionais e das pessoas usuárias.

Há, atualmente, uma percepção de que o problema da ineficiência dos fluxos de pessoas usuárias, especialmente nos hospitais, é um problema que merece ser priorizado caso se queira gerar valor para as pessoas e para a sociedade e reduzir os custos da atenção (BERWICK et al., 2008).

Quando o fluxo de pessoas usuárias é inadequado, os problemas aparecem; e as reclamações dos profissionais e dos gestores ocorrem. Muitas vezes, a resposta aos problemas de fluxo nos hospitais é "solucionada" aumentando o número de leitos para atendimentos de urgência e nas áreas de internação. A mera adição de novos leitos pode exacerbar o problema ao criar espaços para as pessoas que ficam esperando o cuidado (RUDOLPH, 2010).

O Instituto de Medicina lançou um documento de alto impacto propondo como atravessar o abismo da qualidade no qual estabeleceu os seis objetivos de uma atenção à saúde de qualidade: segurança, efetividade, eficiência, oportunidade, equidade e centralidade nas pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Berwick (2014), uma das maiores autoridades mundiais em qualidade da saúde, propôs um sétimo objetivo muito pervasivo e altamente solucionável que é o da organização do fluxo das pessoas usuárias nas unidades de saúde.

A questão dos fluxos assistenciais teve um desenvolvimento rápido e extraordinário porque tocou um ponto sensível aos gestores de saúde e porque atacava um fenômeno que estava na origem de ineficiências, como tempos de espera longos, filas para exames e procedimentos médicos, cancelamentos frequentes de procedimentos e desconforto de profissionais de saúde e das pessoas usuárias.

O conceito de fluxo deve ser analisado desde diferentes perspectivas. Nesse sentido, o fluxo de pacientes nos serviços de saúde apresenta algumas características singulares: fluxo como eficiência e ciclo de tempo; fluxo como redução de variação, como aumento da previsibilidade e como melhor prognóstico; fluxo como pensamento sistêmico; fluxo como empoderamento dos prestadores de serviços e como criador de melhores expectativas; e fluxo como gestão da capacidade de demanda (JENSEN et al., 2014).

O fluxo de pacientes deve resultar de um processo eficiente ou oportuno em termo de tempo e se mede pelo tempo de resposta às necessidades das pessoas. A redução dos tempos de respostas aumenta a eficiência da atenção e reduz os custos.

Para Haraden et al. (2003), o fator-chave para a melhoria dos fluxos de pacientes está na redução das variações de processos que impactam esses fluxos. A metodologia da variabilidade consiste em eliminá-la quando possível e gerenciá-la otimamente quando não se pode eliminá-la. Litvak (2004) estabelece três classes de variações que ocorrem naturalmente e, por essa razão, são denominadas de variações naturais: variação clínica, variação de fluxo e variação profissional. A presença da variabilidade natural torna impossível desenhar um fluxo de paciente que seja 100% eficiente e que, ao mesmo tempo, entregue os serviços com as melhores qualidades possíveis. Isso significa que, nos sistemas de atenção à saúde, não se pode reproduzir igualmente uma linha de produção de automóveis da Toyota. Metodologias como a teoria das filas e métodos tradicionais de organização e métodos podem ser utilizados para desenhar sistemas que permitem o gerenciamento das variações naturais (VASWANI et al., 2010). Diferentemente das variações naturais, as variações artificiais derivam de inadvertência, das práticas de agendamentos dos prestadores de serviços e/ou da inadequada gestão dos fluxos de pessoas usuárias. Por exemplo, dois pacientes com doenças e recuperações semelhantes podem despendar tempos distintos em uma unidade de tratamento intensivo em função da disponibilidade de leitos para recebê-los.

A variabilidade artificial pode comprometer a qualidade do cuidado aumentando a mortalidade, pode dificultar a atenção no lugar certo e no tempo certo, pode aumentar os tempos de espera nas unidades de urgência e emergência pela competição com internações eletivas e nas cirurgias urgentes (NOVACK et al.,

2007). Qualquer variabilidade aumenta os custos e reduz a eficiência, mas a maior parte da variabilidade que gera disfunções sistêmicas nos serviços de saúde vem da variabilidade artificial que não pode ser prevista ou gerenciada, mas que deve ser investigada e eliminada. A variabilidade artificial estimula a insatisfação das pessoas usuárias devido a longos tempos de espera, como nos casos de esperas nas unidades de urgência e emergência (BASTANI et al., 2008). A variabilidade artificial aumenta a pressão sobre um sistema de atenção estressado ao adicionar crescentemente picos e vales na demanda que diminui a satisfação dos profissionais de saúde com seu trabalho. A variabilidade artificial aumenta a ineficiência e os custos quando reduz o número de pessoas que poderiam ser atendidas, dada uma quantidade de recursos disponíveis. De fato, como se constatou nos Estados Unidos, o alisamento da variabilidade artificial é a única maneira de aumentar a taxa de ocupação de leitos sem comprometer o acesso ao cuidado.

O fluxo assistencial deve ser enfrentado como problema sistêmico. O pensamento sistêmico, aplicado às organizações, tem sido proposto por diversos autores como Ackoff (1981), Peters (2003) e Senge (2010). A habilidade de pensar sistemicamente é uma das mais difíceis de dominar no campo das organizações. O pensamento sistêmico nas organizações de saúde consiste na compreensão das interconexões que existem entre diferentes unidades ou processos dos sistemas de atenção à saúde. Dessa forma, a melhoria do fluxo em uma unidade determinada pode não significar a otimização do sistema; ao contrário, algumas melhorias no fluxo de um subsistema podem causar problemas em outros subsistemas. Muitos aspectos dos sistemas de atenção à saúde são sensíveis ao pensamento sistêmico, como os serviços de transição e o alinhamento dos incentivos porque a atenção a uma mesma pessoa é provida em várias partes do sistema, muitas das quais operam em silos funcionais que funcionam sem conexão ou comunicação entre elas. Para organizar os fluxos assistenciais, o pensamento sistêmico é fundamental e significa que as inter-relações fundamentais de processos e de serviços devem ser reconhecidas, medidas e incentivadas. Não é incomum pensar que se resolve o problema na unidade de urgência e emergência, a questão do fluxo de pacientes nos hospitais está solucionada. Não é verdade porque, ainda que os efeitos inadequados se manifestem na urgência e emergência, os problemas de fluxos são sempre sistêmicos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2009).

A gestão de fluxo assistencial deve ser entendida como uma forma de empoderamento dos profissionais de saúde. Para Jensen et al. (2014), o empoderamento existe à medida que os profissionais de saúde têm a liberdade de adaptar os serviços às necessidades das pessoas usuárias em tempo real. O empoderamento não se restringe à forma como o cuidado é provido porque apresenta repercussões gerais sobre o sistema global. A gestão dos fluxos assistenciais apresenta a habilidade de antecipar e exceder as expectativas das pessoas usuárias.

A gestão dos fluxos assistenciais deve ser vista como uma capacidade de balanceamento da demanda e da oferta, um enorme desafio nos serviços de saúde. O

balanceamento entre oferta e demanda em todos os pontos das RAS é essencial para chegar a sistemas eficientes e efetivos (HALL, 2013). Por essa razão, o conceito fundamental na organização do acesso é o balanceamento entre oferta e demanda. Isso implica manter uma constante capacidade analítica de compreensão da dinâmica envolvida nessa relação para tomar ações, seja do lado da oferta, seja do lado da demanda, visando ao seu equilíbrio (MURRAY; BERWICK, 2003). Nos sistemas de atenção à saúde em que se pratica a gestão da oferta, como nos sistemas públicos e privados brasileiros, há uma sobrevalorização das ações de incremento da capacidade de oferta, sem outras ações concomitantes de racionalização da oferta. Mais ainda, há uma subvalorização das ações de racionalização da demanda que, em geral, não são consideradas (GRUMBACH, 2009; MENDES, 2015). O balanceamento da demanda e da oferta constitui um componente crítico da gestão dos fluxos assistenciais e requer inúmeros instrumentos, estratégias e intervenções para realizá-lo adequadamente (JENSEN et al., 2014; MENDES, 2015).

Os benefícios da gestão dos fluxos assistenciais são claros para essas pessoas e se dão em várias dimensões. Fluxos adequados aumentam a segurança dos pacientes pela redução dos erros médico, pela preservação do acesso e pela melhoria dos resultados clínicos. Fluxos apropriados aumentam a satisfação das pessoas usuárias pela humanização do atendimento, pela redução dos tempos de espera e pela possibilidade de gerenciar os tempos de espera por meio da aplicação dos princípios da psicologia da espera (MAISTER, 1985). Fluxos certos contribuem para o empoderamento dos profissionais de saúde, para a formação de equipes efetivas e para a criação de um ambiente positivo para o trabalho. Fluxos adequados trazem benefícios aos gestores pela redução de riscos, pelo aumento da satisfação dos pacientes, pela estabilidade da força de trabalho, pela redução dos tempos médios de ocupação e pela adesão às normas regulatórias (JENSEN et al., 2014).

Os fluxos assistenciais estão relacionados com o aumento de uma variável crítica na gestão hospitalar, que é o tempo médio de permanência, porque as variações de vales e picos que incrementam os tempos dos fluxos contribuem para isso. Uma pesquisa demonstrou que a redução do tempo médio de permanência de um hospital típico de 300 leitos em 0,25 dia resultava em um incremento funcional de 12 leitos (KOBIS; KENNEDY, 2006). No Hospital Albert Einstein, no município de São Paulo, a aplicação da gestão de fluxos assistenciais promoveu um incremento das saídas e uma redução do tempo médio de permanência que significou um incremento virtual de 66 leitos, uma economia de investimentos de, no mínimo, R\$ 60 milhões; houve aumento de saídas sem a necessidade do aumento de leitos na mesma proporção (CERONDOGLO NETO, 2016).

A resposta aos problemas dos fluxos assistenciais nos hospitais é, em geral, dada por um conjunto de estratégias sistêmicas.

As estratégias sistêmicas em saúde foram definidas como aqueles métodos que aplicam *insights* científicos a fim de compreender os elementos que influenciam os

resultados sanitários e modelam as relações entre esses elementos e alteram desenhos, processos ou políticas baseados no conhecimento de modo a produzirem melhor saúde a custos mais baixos (KAPLAN et al., 2013).

Outros setores, especialmente industriais, têm lidado com problemas semelhantes de fluxos e obtiveram resultados positivos utilizando as estratégias sistêmicas. As ferramentas da engenharia industrial ou da engenharia de produção têm sido bem-sucedidas em aumentar a eficiência e a efetividade em áreas correlatas relativas à organização de fluxos. Utilizando essas estratégias de forma sistêmica, numerosas indústrias coordenam as suas operações em vários lugares, ordenam as suas logísticas, desenham novas tecnologias e utilizam processos consistentes.

O mesmo pode ocorrer nas organizações de saúde, especialmente com os hospitais, não obstante a presença de preconceitos culturais que colocam dúvidas e/ou resistências sobre a aplicabilidade dessas estratégias advindas do campo da engenharia da produção no setor saúde.

Essas estratégias sistêmicas têm sido utilizadas com sucesso por várias organizações de saúde para melhorar a eficiência, a efetividade, a qualidade, a segurança e as experiências das pessoas usuárias e apresentam grande potencial para melhorar a prestação dos serviços de saúde. Contudo, o sucesso da utilização dessas estratégias, na área da saúde, depende da possibilidade de obter uma integração entre os vários elementos da RAS e da aplicação em todos os pontos dessas redes, e não somente em um ponto de atenção ou em um departamento isolado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Entre as estratégias sistêmicas que têm sido aplicadas na gestão dos fluxos assistenciais nos hospitais, com sucesso, estão o sistema Lean de produção, o Seis Sigma, o PDSA, a teoria das filas e outras tecnologias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

O sistema Lean, utilizado originalmente pelo sistema Toyota de produção, é uma abordagem sistemática que permite a identificação e a eliminação de perdas nos processos produtivos e que tem como foco principal agregar qualidade e entregar às pessoas somente o que elas consideram como valor (GRABAN, 2009). Os benefícios do Lean na saúde envolvem ganhos na segurança dos processos, na eliminação de diversas formas de desperdício, jornadas clínicas mais rápidas e simples e uma melhor experiência global do cuidado prestado. A essência do sistema Lean é a contínua eliminação das atividades desnecessárias e os desperdícios que permeiam praticamente todos os tipos de processos assistenciais, de suporte e administrativos. Eliminando-se os esforços desnecessários, sobrarão tempo e recursos para fazer acontecer os processos necessários e haverá mais tempo e recursos disponíveis para as coisas realmente importantes. Eliminar os desperdícios é deixar de fazer as coisas que não agregam valor, dirigindo a capacidade de trabalho no sentido de otimizar a qualidade do cuidado e diminuindo custos da atenção. Os princípios do sistema Lean são: criar valor para as pessoas usuárias, atitude de melhoria contínua, unidade de propósito,

respeito pelas pessoas, Lean é visual e Lean é padronização com flexibilidade (PINTO; BATTAGLIA, 2014). O sistema Lean aplica-se melhor em grupos de processos. Na saúde, tem sido muito utilizado em unidades hospitalares e ambulatoriais de forma a reduzir atrasos, erros e procedimentos desnecessários, impróprios ou redundantes, por essa razão, é particularmente útil na racionalização dos fluxos assistenciais e do acesso aos serviços de saúde (YOUNG et al., 2004; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Inter-relacionado com o sistema Lean está o mapeamento de fluxo de valor, que consiste em um diagrama estruturado que documenta todos os passos dos processos envolvidos ao longo dos diferentes departamentos para a obtenção de determinado produto ou serviço, capturando elementos de tempo como a duração dos processos e os tempos de espera entre eles. Como produto, tem-se uma imagem realista do processo, fornecendo bases para a eliminação das perdas e desenvolvimento de um processo racional (GRABAN, 2009).

O Seis Sigma é uma ferramenta desenvolvida na Motorola e que pode ser definida como uma estratégia gerencial planejada, com foco nos resultados de qualidade e financeiros, com o objetivo de promover mudanças significativas nas organizações, buscando sempre melhorias nos processos, produtos e serviços oferecidos aos clientes. Pode-se dizer que o foco principal do Seis Sigma é a satisfação dos clientes, por meio da redução de defeitos nos processos e o ótimo desempenho da empresa (PERLARD, 2012). O sistema Lean e o Seis Sigma são frequentemente combinados quando um objetivo organizacional crítico é reduzir desperdícios e erros (GAYED et al., 2013). O Sigma é uma letra do alfabeto grego e uma métrica de variação usada na estatística. Os sigmas constituem uma escala de qualidade em que o nível 1 sigma significa uma alta quantidade de defeitos e perdas (691 em 1 milhão) e o nível 6 sigma implica um baixíssimo nível de defeitos e perdas (3 em 1 milhão). A ferramenta é aplicada por meio de metodologias compostas por cinco fases cada uma e conhecidas pelos acrônimos DMAIC, aplicada em processos já existentes, e DMADV, utilizada em projetos focalizados na criação de novos produtos ou processos (OSMO, 2016). O processo do Seis Sigma envolve definir metas claras, mensurar o sistema existente, analisar o sistema atual, incrementar o sistema de forma a melhorá-lo e controlar o novo sistema desenvolvido (HARRY, 1998). O Seis Sigma tem sido aplicado para melhorar a atenção à saúde em várias situações, como o processamento de faturas, a redução de erros de medicação, a melhoria dos fluxos de pacientes e o acesso aos serviços de saúde (KWAK; ANBARY, 2006).

O ciclo PDSA é uma técnica simples que visa ao controle dos processos, podendo ser usada de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização.

A teoria das filas aplica o estudo da matemática para desenhar sistemas capazes de prever ou minimizar filas. Uma variedade de técnicas de otimização não linear, algumas alicerçadas nos princípios do controle estatístico de processos, têm sido utilizadas em diferentes aplicações de filas em telecomunicações, organizações bancárias, rotas de veículos e serviços de correios. A teoria das filas começou a ser

aplicada em múltiplos processos da atenção à saúde envolvendo filas de pessoas usuárias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Ela é um método analítico que aborda um fenômeno estudando as relações entre as demandas e as ofertas e os atrasos sofridos pelas pessoas usuárias para avaliação das medidas de desempenho dessas relações em função da disposição desses sistemas. A formação das filas decorre do aumento dos consumidores e da incapacidade do sistema para atender a essa demanda. Essa teoria, por meio de técnicas de simulação, procura um ponto de equilíbrio que balanceie oferta e demanda (ARENALES, 2007). As filas nos serviços de saúde são determinantes de custos sociais em situações em que o sistema de preços não tem influência relevante na alocação de recursos. O tempo de espera exerce um duplo papel. Primeiro, o tempo gasto impõe, às pessoas que estão na fila, um custo de oportunidade que se relaciona com o valor das atividades que elas deixam de exercer enquanto esperam atendimento. Além do mais, o tempo despendido nas filas diminui o valor presente dos serviços prestados, dada uma taxa de desconto intertemporal subjetiva às pessoas. A esses dois componentes de custos, devem ser adicionados os custos de uma possível deterioração da situação de saúde ao longo desse mesmo tempo e os custos do tratamento realizado enquanto as pessoas esperam na fila (MARINHO, 2006). O processo de fila é caracterizado por três elementos: o regime de chegada, o regime de serviço e a disciplina da fila (TORRES, 1966). O processo de chegada é quantificado por meio da taxa média de chegada ou pelo intervalo de tempo entre chegadas sucessivas que ocorrem de maneira aleatória. O processo de atendimento é quantificado mediante o ritmo médio de atendimento e do tempo ou duração média do serviço. A disciplina da fila é a regra que define qual a próxima pessoa a ser atendida, é a ordem em que os usuários são selecionados da fila para o atendimento. As regras de atendimento mais utilizadas, como especificado no Capítulo 11, são: FIFO; LIFO; PRI e SIRO (FOGLIATTI e MATTOS, 2007). Nas filas da saúde, em geral, deve-se aplicar o PRI porque a atenção à saúde deve priorizar as pessoas de maiores riscos, mesmo quando tenham chegado depois de pessoas de menores riscos, o que implica a classificação de riscos dos eventos agudos e a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas.

Algumas outras tecnologias são utilizadas na gestão dos fluxos assistenciais como a teoria das restrições e os princípios da psicologia da espera (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Resultados positivos da aplicação do sistema Lean na melhoria dos fluxos hospitalares foram observados em diferentes situações. Na Suécia, foram fechados 10 mil leitos hospitalares nas duas últimas décadas e apesar disso este país ocupou a 5ª classificação entre as 195 nações que foram avaliadas pelo índice de acesso e qualidade (THE LANCET, 2017). Uma hipótese que explica essa aparente contradição está na utilização do sistema Lean aplicado nos hospitais suecos que permitiu o aumento do giro dos leitos e a redução dos tempos de espera (DICKSON et al., 2009; MOZZACATO et al., 2012).

A aplicação da gestão dos fluxos de pacientes em um hospital diminuiu o tempo de resposta dos serviços de urgência e emergência em 85%, o que implicou um aumento de 87,1 no escore de avaliação da satisfação dos pacientes (RUDOLPH, 2010).

Em um hospital de urgência e emergência de Goiânia, Goiás, a aplicação da gestão de fluxos assistências utilizando o sistema Lean reduziu em 68% o tempo médio de permanência nessa unidade (HUGOL, 2017).

8.2 A EFICIÊNCIA DE ESCALA DOS HOSPITAIS DO SUS

8.2.1 A IMPORTÂNCIA DA ESCALA NOS HOSPITAIS

A escala é um dos fatores principais para que os serviços de saúde gerem valor para as pessoas (PORTER; TEISBERG, 2007). Além disso, ela é fundamental para a operação de serviços hospitalares de forma eficiente; portanto, este é um ponto importante em uma agenda de eficiência dos hospitais do SUS. Isso decorre dos fundamentos da construção das RAS, como se menciona no Capítulo 4.

Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. Por se beneficiarem de economias de escala e por disporem de recursos escassos, os hospitais devem ser relativamente concentrados na construção das RAS (MENDES, 2011). Esse é o fundamento básico que sustenta a inserção de hospitais nessas Redes.

Um dos problemas principais dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta universalmente está na instituição de sistemas fragmentados que se opõem à construção de um ciclo virtuoso da atenção à saúde. A consequência é um círculo vicioso de fragmentação, serviços realizados em ambiente com escala insuficiente, baixo compartilhamento de instalações, ineficiências e desperdícios e sérios problemas de qualidade.

A escala torna viável uma integração dos serviços de saúde, especialmente os hospitalares; possibilita flexibilidades, otimiza os investimentos fixos, reduz custos e está associada à qualidade desses serviços. Ou seja, a escala hospitalar impacta a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Ademais, torna possível operar modelos de atenção à saúde baseados em ciclos de atendimentos completos e no compartilhamento de informações.

Os efeitos combinados de escala, experiência e aprendizagem criam um círculo virtuoso pelo qual os valores entregues pelos prestadores de serviços podem aumentar rapidamente. Esse círculo funciona assim: maior escala em uma condição de saúde > rápido acúmulo de experiência > aumento da eficiência > melhores informações e dados clínicos > equipes mais integralmente dedicadas > instalações mais especializadas > maior alavancagem nas compras > crescente capacidade para a subspecialização > melhores possibilidades no ciclo do atendimento > maior

volume de pacientes para diluir custos de tecnologia de informação > melhorias de processos e medição > inovações mais rápidas > melhores resultados ajustados a riscos > melhoria de reputação > maior escala em uma condição de saúde e assim por diante (PORTER; TEISBERG, 2007).

A relação entre escala, experiência e resultados não é automática já que depende da capacidade de aprendizagem. Pode-se ter volume, mas a melhoria relaciona-se com a aprendizagem consciente que é um instrumento forte de aperfeiçoamento em um sistema de atenção à saúde. Pesquisas evidenciaram que certos procedimentos melhoraram frequentemente em hospitais com alta produção que investiram em ensaios clínicos que levaram à aprendizagem do que em hospitais de alta produção que não investiram em ensaios clínicos. De forma semelhante, pesquisas concluíram que o tempo de formado dos médicos não está correlacionado com melhores resultados sanitários, o que indica que médicos com longos anos de experiência não necessariamente se mantêm atualizados sobre as melhores práticas clínicas (CHOUHRY et al., 2005).

8.2.2 A INTEGRAÇÃO HORIZONTAL DOS HOSPITAIS

Nas RAS, devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical (MENDES, 2011).

A integração horizontal, na atenção hospitalar, faz-se com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e obter ganhos de escala e se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica.

O movimento de aumentar a eficiência de escala dos hospitais é universal, e a forma de fazê-lo tem sido, predominantemente, por meio do processo de fusão.

As fusões podem ocorrer nos limites de uma área geográfica ou envolvendo várias áreas geográficas. As fusões de hospitais em várias áreas geográficas geram uma cadeia de hospitais. Contudo, os resultados provindos de pesquisas sobre o tema, realizadas nos Estados Unidos, indicam que as economias de escala não fluem automaticamente das fusões hospitalares. Realmente, o histórico das grandes corporações mostra que essas economias de escala são obtidas pela obtenção de altos volumes de produtos em uma velocidade rápida, mas essa condição é pouco encontrada em fusões hospitalares (BURNS; PAULY, 2002).

Uma pesquisa verificou que as economias de escala são mais prováveis de ocorrer em fusões de hospitais menores do que em grandes hospitais (DRANOVE, 1998). Uma análise de fusão registrou economias de 1% a 2% (KASTOR, 2001). Houve evidências de que as eficiências de escala obtidas pela fusão de hospitais derivam da melhor coordenação clínica (LYNK, 1995). Alguns estudos observaram uma redução da competição pelas fusões hospitalares (BOGUE, 1995). Observaram-se efeitos positivos das fusões hospitalares na competição por preços (YOUNG et al., 2000).

A questão das fusões hospitalares foi examinada no ambiente do Reino Unido sob a inspiração da reforma tatcheriana que postulava a introdução da competição pelo lado da oferta (FERGUSON; GODDART, 1997). Assim, os *Hospital Trusts* deveriam competir entre si para produzir ganhos de eficiência. Ainda que a concentração de serviços hospitalares seja frequentemente assumida como positiva pelos ganhos de eficiência que implicam, essa premissa não é totalmente definitiva. Em parte, isso ocorreu em função de *trade-offs* entre a eficiência e a escolha dos hospitais pelas pessoas usuárias e a acessibilidade (CARR-HILL et al., 1997). Entretanto, prevaleceu um posicionamento de que as fusões resultam em economias de escala, o que, por seu turno, produziria ganhos de eficiência (FERGUSON; GODDART, 1997).

Kaul et al. (2015) fizeram uma revisão ampla sobre os efeitos da escala nos sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos que está passando por muitas e profundas mudanças, algumas delas em função do *Affordable Care Act (Obamacare)*. Como, em geral, os sistemas de pagamento estão mais controlados, tanto por pagadores públicos quanto privados, há uma pressão sobre os sistemas de atenção à saúde para reduzir seus custos de 20% a 25% no curto prazo. Essas mudanças ambientais geraram movimentos fortes de fusões e alianças estratégicas nos sistemas e nos hospitais. Estima-se que esse movimento de reforma deverá atingir em torno de mil hospitais nos próximos dez anos. A lógica dessas mudanças é que sistemas de atenção à saúde maiores serão capazes de levar a economias de escala, reduzindo custos administrativos e clínicos. Estima-se que as fusões das organizações de atenção à saúde tenham um potencial de redução de custos de 15% a 30%.

Estudos mostraram que, quando se tomaram os hospitais isoladamente, as fusões geraram economias de escala; houve correlação estatisticamente significativa entre o número de leitos e os custos por pessoa atendida, sendo que os hospitais maiores apresentaram menores custos em relação aos hospitais menores, tanto em hospitais lucrativos quanto não lucrativos. O fator central na redução de custos foi o tempo médio de permanência. Esses ganhos de escala não foram verificados quando se analisaram os sistemas de atenção à saúde em seu conjunto. As razões para isso foram: as unidades individuais dentro dos sistemas operam de forma fragmentada sem considerar sua participação em um sistema integrado; a resistência a diretrizes clínicas produzidas pelo sistema leva à baixa padronização nos âmbitos das unidades individualizadas; a gestão é feita com métricas singulares em cada unidade sem a visão do todo; e os objetivos são de curto prazo verificáveis na unidade individualizada, e não em todo o sistema.

Para que as fusões operem com eficiência na perspectiva dos sistemas, alguns pontos devem ser considerados pelos gestores dos sistemas de atenção à saúde: o redesenho do modelo operacional para trazer mais transparência e controle sobre o nível sistêmico mais que ao nível das unidades individuais; a elaboração e a implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidências em todas as unidades do sistema; a identificação e a racionalização de serviços que são redundantes nas

linhas de cuidado em relação às unidades fundidas; e a introdução de medidas de desempenho no sistema como um todo e não em cada unidade individual.

Alexander et al. (1996) verificaram que os efeitos de curto prazo nas fusões hospitalares foram, de modo geral, modestos, mas diferiram em função das condições em essas fusões ocorreram. Os resultados mais favoráveis foram obtidos em fusões que se deram em hospitais de tamanhos similares. Sinay (1998) indicou que a fusão hospitalar reduziu o custo de produção por levar a ganhos de escala e de escopo, tornando os hospitais mais eficientes. Ahgren (2008) estudou as fusões hospitalares na Suécia e verificou moderados aumentos na qualidade dos serviços e um incremento da cooperação pela via da especialização clínica. Anthun et al. (2017) avaliaram a reforma norueguesa no setor hospitalar no período de 1999 a 2014, caracterizada por reorganização e fusões dos hospitais, e constataram um aumento de produtividade de 24,6% no período, com um crescimento anual médio de 1,5%.

8.2.3 A RELAÇÃO ENTRE VOLUME E RESULTADOS SANITÁRIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE

Uma singularidade dos serviços de saúde é que costuma haver uma relação entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, entre outras razões, os profissionais de saúde estariam mais bem capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER et al. 1982).

Por isso, os compradores públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade. Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e à concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só poderiam ser realizadas em hospitais que fizessem, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA E BOS, 1991).

No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais em busca de escala e qualidade (FERGUSON; GODDART, 1997).

Nos Estados Unidos, verificou-se que a escala, em uma determinada condição de saúde, permitiu melhores resultados econômicos e sanitários, como é o caso St. Luke's Episcopal Hospital, que realizou mais de 100 mil cirurgias de revascularização do miocárdio e em que o efeito combinado de escala, experiência e aprendizagem geraram um círculo virtuoso que aumentou o valor dos serviços para as pessoas (PORTER; TEISBERG, 2007).

Essas relações entre escala e mortalidade são fortes em cirurgias de revascularização do miocárdio, angioplastias coronarianas, aneurisma de aorta abdominal e cirurgia de câncer de esôfago. O mesmo parece ocorrer no campo do diagnóstico, como mostram Smith-Bindman et al. (2005) ao verificarem que os diagnósticos de

câncer de mama são mais precisos quando o radiologista lê um número maior de mamografias por ano.

No Rio de Janeiro, verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e as taxas de mortalidade por essas cirurgias (NORONHA et al., 2003).

Halm et al. (2002) fizeram uma revisão de 135 estudos sobre a relação entre volume e qualidade dos serviços que cobriram 27 procedimentos cirúrgicos e condições clínicas. Destes, 77% dos que envolveram volumes de hospitais e 69% dos que englobaram volume de médicos apresentaram associações estatisticamente significativas entre alto volume e melhores resultados. As associações mais fortes foram encontradas em tratamento de Aids, cirurgia de câncer de pâncreas, câncer de esôfago, cirurgia de aorta abdominal e cirurgias cardíacas (uma mediana de 3,3 a 13 mortes excessivas por 100 casos) e foram atribuídas ao baixo volume.

Um seminário realizado para examinar as relações entre escala e qualidade concluiu que em dois terços dos trabalhos examinados houve uma associação entre volume e qualidade e que o volume de serviços realizados é a melhor proxy disponível para a qualidade em grande parte dos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). O relatório final envolveu 88 estudos em 8 condições: cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia cardíaca pediátrica, endarterectomia carotídea, cirurgia de aneurisma da aorta abdominal, cirurgia de câncer, angioplastia transluminal coronariana, infarto agudo do miocárdio e Aids. Os estudos demonstraram que há pouca dúvida de que, para as condições ou para as cirurgias examinadas, o alto volume obtido por hospitais ou por médicos esteve associado com melhores resultados sanitários. Dos estudos revistos, 77% encontraram associações estatisticamente significativas entre alto volume e melhores resultados. Nos 23% de estudos remanescentes, essas associações não foram estatisticamente significativas.

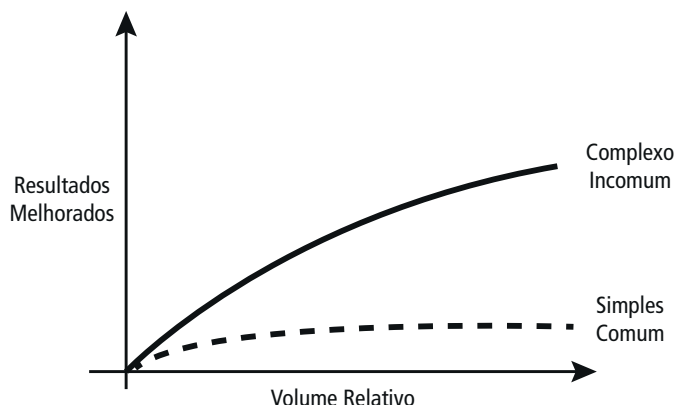
Os estudos não conseguiram explicar quais os fatores específicos que explicam as diferenças nos resultados de prestadores de alto e baixo volume. Contudo, um terço da diferença entre alto e baixo volume na mortalidade por infarto agudo do miocárdio poderia ser atribuída ao uso mais frequente, nos hospitais de alto volume, de medicação mais efetiva com base em evidências.

Os resultados desses estudos apresentam implicações potenciais para o desenvolvimento de políticas públicas dirigidas a informar a população e os prestadores de serviços sobre a natureza das relações entre volume e qualidade da atenção à saúde. Em vários estados americanos, as informações sobre o volume de cirurgias realizadas por hospitais e por médicos são regularmente disponibilizadas, e isso reflete uma política de transparência e *accountability*. No Brasil, esses dados não estão disponíveis, mas seria interessante que se estimulasse isso para dar maior possibilidade de escolha consciente pelas pessoas e para fazer com que os profissionais de saúde se preocupassem com esse tema.

Há evidências robustas de que a qualidade dos serviços de saúde ofertados apresenta variações entre médicos (BURNS et al., 1991), entre hospitais (GLASGOW; MULVIHILL, 1996) e entre sistemas de atenção à saúde (CHERNEW; SCALON, 1998). Não obstante as evidências, poucas organizações de saúde, profissionais e pessoas usuárias têm usado essa informação para obter serviços de maior qualidade. Há indicações de que as pessoas, ao selecionarem as organizações ou os profissionais, dão maior valor às informações de custo que de qualidade da atenção (SCHNEIDER; EPSTEIN, 1998).

Uma pesquisa realizada na Escócia verificou que a maioria dos estudos sobre a relação entre volume e resultados sanitários fizeram-se em hospitais por meio da verificação da mortalidade no curto prazo, ou seja, até 30 dias depois da internação (MURRAY; TEASDALE, 2005). Isso tem estimulado a busca de resultados na morbidade ou na qualidade de vida como, por exemplo, nas cirurgias de próstata (BEGG et al., 2002). Contatou-se que havia nas relações entre volume e resultados sanitários dois tipos de curvas conforme se vê na Figura 33.

Figura 33: O conceito de relações entre volume e resultados sanitários



Fonte: Murray e Teasdale, 2005.

Como se vê na Figura 33, as curvas são diferentes para condições de saúde incomuns e complexas e para condições de saúde comuns e simples. Certamente, as relações entre volume e resultados sanitários são mais significativas nas condições incomuns e complexas.

Os autores se perguntam o que é mais importante: o volume das atividades de um médico ou de uma unidade hospitalar? A maioria dos estudos centram-se no volume do hospital, e não no volume de cirurgias ou de médicos. Parece que todas essas dimensões são importantes, mas provavelmente o volume hospitalar seja mais relevante, ainda que não haja consenso a respeito. Urbach e Baxter (2004) argumentaram que o mais importante é o volume do hospital do que o volume de procedimentos específicos.

Uma revisão sistemática de 32 estudos que analisou as relações entre volume de procedimentos cirúrgicos feitos por cirurgiões e resultados sanitários em 15 condições de saúde evidenciou associações que variaram de moderadas a altas entre essas duas variáveis; em alguns procedimentos, como cirurgias de câncer colorretal, bariátrica e de câncer de mama, essas relações foram especialmente altas (MORCHEL et al., 2010).

Uma revisão sistemática foi realizada sobre as relações entre volume e resultados sanitários na Itália (AMATO et al., 2013). Nesse país, há, desde 2009, o Programa Nacional de Resultados que avalia os resultados da atenção hospitalar no Sistema Nacional de Saúde. Na edição de 2013, o programa incluiu, além dos resultados sanitários, um conjunto de indicadores de volume para verificar as evidências de associação entre essas duas variáveis. A análise se fez sobre 38 áreas clínicas. Evidências de associações positivas entre volumes e mortalidade hospitalar até 30 dias foram demonstradas em 26 áreas clínicas, entre elas: Aids, aneurisma da aorta abdominal, angioplastia coronariana, infarto agudo do miocárdio, artoplastia do joelho, cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia de câncer (de mama, de pulmão, colo do útero, rins, estômago, esôfago, pâncreas e próstata), colecistectomia, aneurisma cerebral, endarterectomia da carótida, cuidado neonatal intensivo, cirurgia cardíaca pediátrica e outras. Em 12 áreas clínicas, não foram encontradas evidências de associação entre volume e resultados sanitários (artoplastia de quadril, cirurgia de câncer retal, apendicectomia, colectomia, cirurgia de câncer dos testículos, cateterização cardíaca, trauma, histerectomia, hérnia inguinal e oncologia pediátrica). A revisão não permitiu identificar um limite predefinido ótimo, mas os dados mostraram uma forte melhoria dos resultados na primeira parte da curva. Em alguns casos, as melhorias dos resultados foram graduais ou constantes em função do aumento do volume; e em outros casos, verificou-se que os valores limites superiores, depois de alcançados, não melhoravam.

Uma avaliação da associação entre volume de cirurgias cardíacas e mortalidade mostrou que os hospitais de alto volume apresentavam uma mortalidade média de 2,41%, enquanto os hospitais de baixo volume tinham uma mortalidade média de 4,34% (PATEL et al., 2013). O ponto de corte que distinguia um hospital de altos volumes era de 390 procedimentos em quatro anos. Os hospitais de alto volume em relação aos de baixo volume apresentaram menores taxas de ventilação prolongada (24,9% versus 30,9%), de pneumonia (6,6% versus 9,0%) e de falência generalizada de órgãos (0,7% versus 1,8%).

8.2.4 O TAMANHO ÓTIMO DOS HOSPITAIS

De acordo com o princípio da economia de escala, o aumento do tamanho de uma pequena unidade produtiva, alocando o dobro ou triplo dos recursos, permitiria realizar ganhos de escala quando o produto desses investimentos fosse maior que o dobro ou o triplo dos investimentos realizados. O tamanho ótimo é aquele em que as economias de escala tenham se manifestado, mas sem a emergência de deseconomias (GIANCOTTI et al., 2017).

Em função das relações existentes entre escala e resultados sanitários e econômicos, tem-se procurado estabelecer um tamanho ótimo dos hospitais.

Uma fonte importante de deseconomia potencial na atenção hospitalar relaciona-se com a escala e o escopo dos hospitais. Assim, faz sentido econômico aumentar a escala dos hospitais para fazer melhor uso de expertise, da infraestrutura e dos equipamentos disponíveis. Contudo, a partir de certo ponto da escala, o hospital desgarra-se do seu nível ótimo de tamanho e começa a entrar em uma situação de deseconomia. Do outro lado da escala, os pequenos hospitais tendem a ser ineficientes porque sua infraestrutura fixa e seus custos administrativos geram deseconomias.

Hefty (1969) estudou as economias de escala e os custos hospitalares e verificou que, no longo prazo, estabelece-se uma curva de formato de U com os custos mínimos nos hospitais de 200 a 300 leitos. Finkler (1979) concluiu que os hospitais de mais de 300 leitos tinham um maior potencial de ganhos de escala até atingirem 600 leitos. Esses resultados foram confirmados em um estudo de Vitaliano (1987). Para Aletras et al. (1997), a escala hospitalar ótima de hospitais gerais pode estar entre 200 e 300 leitos porque hospitais de menos de 200 leitos apresentaram deseconomias; de outra forma, hospitais de mais de 400 leitos podem ser muito grandes para promover a diminuição dos custos. Dranove (1998) observou que as deseconomias de escala ocorreram em hospitais que produziram mais de 10 mil altas anuais.

Posnett (1999), em um artigo em que colocou dúvidas se na questão hospitalar maior é melhor, indicou que as evidências demonstravam que dois hospitais de 400 leitos eram mais eficientes do que um hospital de 800 leitos. Weaver e Deolalikar (2003) pesquisaram uma amostra de 654 hospitais vietnamitas e verificaram que os hospitais gerais com uma média de 516 leitos e os hospitais especializados com uma média 226 leitos apresentaram economias de escala; ao contrário, os hospitais gerais com uma média de 357 leitos e os hospitais especializados com uma média de 192 leitos apresentaram deseconomias de escala. Preyra e Pink (2006) elaboraram um estudo de levantamento das economias de escala e de escopo no período prévio que antecedeu ao forte movimento de fechamento e de fusão de hospitais ocorrido na Província de Ontário, no Canadá e concluíram que esse movimento determinou realmente ganhos de escala significativos e aumento de eficiência. Em Portugal, foram realizados três estudos que buscaram estabelecer o tamanho ótimo dos hospitais públicos nesse país. Carreira (1999) chegou ao tamanho de 214 leitos; Lima (2003), a 241 leitos; e Fortuna (2009), a 233 leitos. Kristensen et al. (2012) verificaram que o cenário anterior à reforma que levou à redução dos hospitais da Dinamarca tinha um potencial de aumentar a eficiência dos hospitais. Giancotti et al. (2017) fizeram uma revisão sistemática sobre tamanho ótimo de hospitais e concluíram que as economias de escala ocorrem em hospitais de 200 a 300 leitos e que há deseconomias em hospitais de menos de 200 leitos e de mais de 600 leitos.

8.2.5 A ESCALA ÓTIMA NA ATENÇÃO HOSPITALAR: O CASO DA ÍNDIA

Britnell (2015) escreveu um livro de sistemas de atenção à saúde comparados no qual buscou responder a uma pergunta perturbadora: qual é o melhor sistema de saúde do mundo? E o fez fugindo à tentação de indicar um único país. Ao contrário, compôs um sistema perfeito indicando as melhores práticas para 12 aspectos relevantes nesses sistemas: valores e universalidade; APS; serviços comunitários; saúde mental e bem-estar; promoção da saúde; empoderamento das pessoas e das comunidades; pesquisa e desenvolvimento; inovação, talento criativo e velocidade; informação, comunicação e tecnologia; liberdade de escolha; financiamento; e atenção às pessoas idosas.

No quesito de inovação, talento criativo e velocidade, o país escolhido foi a Índia. Para Britnell (2015), enquanto muitos criticam os níveis de saúde da Índia, todos deveriam aprender com seus modelos de atenção à saúde e com a velocidade na qual experimento, reflexão e implementação ocorrem.

Nesse país com uma população de 1,2 bilhão de pessoas, somente 300 milhões têm seguro saúde. Isso leva a uma situação de gastos catastróficos em saúde que consomem 18% da renda das famílias. O gasto público em saúde é muito baixo, somente 1% do PIB.

Essa situação levou à criação de um sistema privado grande em que se destacam hospitais de larga escala. Esses hospitais operam com um modelo de utilizar volume para diminuir os custos e aumentar a qualidade dos serviços. Por exemplo, os médicos da *Aravind Eye Care* fazem, em média, de 1.000 a 1.400 cirurgias oftalmológicas por ano, número bem superior à média dos Estados Unidos de aproximadamente 400 cirurgias por ano.

Há alguns hospitais que utilizam esse modelo organizacional de larga escala. Um deles é o *Narayana Hrudayalaya Health*, situado em Bangalore, uma cidade de 8,4 milhões de habitantes, hospital privado de fins lucrativos (KNOWLEDGE WHARTON, 2010; BRITNELL, 2015; GRABOYES, 2017).

Esse hospital foi criado pelo Dr. Devy Shetty, cirurgião cardíaco com formação médica no Reino Unido que, por algum tempo, foi médico pessoal da Madre Teresa de Calcutá. Ele se colocou um desafio: na Índia, em torno de 2,5 milhões de pessoas necessitavam de cirurgias cardíacas por ano, mas a oferta era de apenas 90 mil. Sua interação com Madre Teresa de Calcutá fez com que ele, além de observar seu trabalho humanitário, se perguntasse como seria possível tornar serviços de saúde complexos e de qualidade acessíveis a grande número de pessoas. A resposta veio pela construção de um modelo de atenção hospitalar que combinava a gestão de fluxos assistenciais dos Estados Unidos com as tecnologias Lean japonesas e com a tecnologia indiana “jugaad”, que busca solucionar problemas complexos por meio de tecnologias engenhosamente simples.

A proposta do Dr. Shetty baseava-se na ideia de que os sistemas de atenção à saúde necessitam mais de inovações de processos do que de produtos. Segundo ele, a indústria da saúde não necessita de uma pílula mágica ou da última versão do aparelho de ressonância magnética, mas de processos inovadores que podem produzir cuidados de saúde de qualidade e a baixos custos.

Em um país que tem apenas 0,7 leito por mil habitantes, a proposta foi criar grandes cidades hospitalares através do país. A cidade hospital de Bangalore está planejada para atingir, no curto prazo, 5 mil leitos, envolvendo vários centros de especialidades nas áreas de doenças cardiovasculares, oncologia, atenção materno-infantil, ortopedia e outras.

A proposta é expandir a experiência de Bangalore para várias outras cidades indianas, chegando a um total de 30 mil leitos em cinco anos. A aposta é que, à medida que o volume aumentar, obter-se-ão maiores economias de escala, baixando os custos e tornando mais acessível aos serviços às grandes massas indianas.

A unidade de atenção às doenças cardíacas, aberta em 2001, opera com mil leitos. Ela faz, em média, 30 cirurgias por dia. As taxas de mortalidade dessa unidade são em torno de 2%, menores que de alguns estados americanos. As taxas de infecção nas unidades de cuidados intensivos são muito baixas, mesmo para os padrões internacionais.

As cirurgias cardíacas nos Estados Unidos costumam custar mais de US\$ 50.000,00; na Índia, esse valor é de aproximadamente de US\$ 5.000,00 a US\$ 7.000,00; no Hospital Narayana elas custam menos de US\$ 3.000,00, independentemente da complexidade do caso e da duração das internações. A meta é chegar a um custo médio de US\$ 800,00 por cirurgia cardíaca.

Os médicos são pagos por salários, e não por procedimentos realizados, mas estes profissionais estão satisfeitos com este sistema de pagamento.

A grande escala permite compras em preços favoráveis. As luvas cirúrgicas são adquiridas por valores que correspondem a 40% do preço médio praticado no mercado indiano. O hospital moveu-se para os raios X digitais. Os equipamentos de imagem, como ressonâncias magnéticas e tomógrafos computadorizados, são utilizados 14 horas por dia, sendo que os atendimentos noturnos são mais baratos que os diurnos. Além disso, a alta escala tem permitido a aquisição de equipamentos a preços mais baratos que os praticados no mercado.

O hospital é acreditado pela *Joint Commission International*. Ele utiliza extensivamente tecnologias de gestão como o sistema Lean e o trabalho multiprofissional interdisciplinar baseado em uma racional de divisão de tarefas. Em uma cirurgia cardíaca, os cirurgiões seniores entram em campo quando suas habilidades são requeridas; outras tarefas são realizadas por cirurgiões juniores ou por enfermeiros.

Isso vai permitir que um cirurgião cardíaco possa chegar a fazer 20 mil cirurgias em sua vida profissional o que, certamente, impacta a qualidade da atenção prestada. Ademais, o hospital investe pesadamente em telemedicina para prover acesso, de forma descentralizada, às pessoas.

8.2.6 OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Enquanto as evidências internacionais são claras em estabelecer um patamar mínimo de 100 ou 200 leitos para um hospital operar com eficiência, no SUS, os números indicam a existência de um grande contingente de HPP.

Por sua conformação, os HPP brasileiros distanciam-se fortemente do conjunto de características que definem um hospital moderno integrado em RAS, conforme a proposição da OMS: deve ser um lugar para manejo de eventos agudos; deve ser de utilização exclusiva em casos com possibilidades terapêuticas; e deve ter densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa contar com unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo, unidades de internação, centro cirúrgico, unidades de urgência e emergência, unidades de atenção ambulatorial especializada, hospital dia, assistência farmacêutica e atenção domiciliar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os HPP foram definidos como todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internação de pacientes, que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente de médicos. A condição de HPP exige a presença de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos (LÓPEZ, 2004).

O HPP não é um fenômeno internacional. Como exemplo, 80% dos leitos hospitalares do Reino Unido estão localizados em hospitais de mais de 300 leitos.

No Brasil, têm sido considerados HPP hospitais com menos de 50 leitos, ainda que a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte disponha sobre hospitais de 5 a 30 leitos localizados em municípios ou microrregiões de até 30 mil habitantes (BRASIL, 2004).

Essa política, ainda que vigente, teve baixa adesão dos gestores do SUS e dos HPP, e, na prática, constitui letra morta. Isso indica que não é fácil solucionar um problema extensivo e complexo a partir de uma norma nacional detalhada, como é tradição da normativa do Ministério da Saúde. A leitura do art. 5º da Portaria nº 1.404/2004 mostra a distância entre o idealismo da norma e o mundo real quando se propõe que os HPP devem operar com uma taxa de ocupação de 80% e com uma média de permanência de 4 dias.

Historicamente, o surgimento dos HPP no Brasil indica uma tendência contrastante com um padrão histórico de grandes unidades hospitalares mantidas pelo SUS, e o aumento dessas unidades pode estar mais ligado a interesses políticos do que a critérios técnicos (SANTOS; GERCHMAN, 2004). A criação dos HPP nos municípios menores deveu-se a uma política de investimentos tradicional, estimulada pela municipalização autárquica, e reforçada em tempos recentes por meio de emendas parlamentares em que os critérios da micropolítica superpõem-se aos critérios das necessidades da saúde das populações e a argumentos técnicos que consideram efetividade, eficiência e qualidade dos serviços (UGÁ; LÓPEZ, 2007). Se essas constatações são verdadeiras, o estabelecimento de emendas impositivas no âmbito federal pode agravar a irracionalidade dos mecanismos de alocação de recursos para o SUS, em especial na atenção hospitalar.

O fenômeno brasileiro dos HPP está associado a deseconomias de escala geradoras de ineficiências. Além disso, como se viu nas relações entre volume e qualidade dos serviços de saúde, a baixa escala tende a determinar uma má qualidade dos serviços ofertados.

Os HPP, em grande parte, enfrentam dificuldades de sustentabilidade econômica. Ademais, carece de uma definição de seu real papel no SUS. Para sobreviverem, induzem a demanda pela oferta de leitos com o intuito de cobrir seus custos fixos, realizando excessivas internações por condições sensíveis à atenção primária (BARBOSA et al., 2014). Por isso, os HPP tendem a gerar, além de deseconomias de escala, ineficiências alocativas significativas ao estabelecer uma competição predatória com a APS

Em 2005, eles somaram 4.705 estabelecimentos e 18% dos leitos existentes no Brasil. Desses, 78% realizaram internações para o SUS. Enquanto o total de hospitais cresceu 26% no período de 2004 a 2006, o número de HPP se elevou em 50%. 610 HPP vinculados ao SUS não apresentaram AIH. Eles operaram com uma taxa média de ocupação muito baixa de 32,8%, o que indica enorme ineficiência operacional. Predominaram os hospitais situados na faixa de 11 a 30 leitos, correspondentes a 48% do total. Quanto à natureza jurídica desses hospitais, predominaram os privados (57%) e, entre estes, entidades privadas com finalidade de lucro (39%), enquanto as beneficentes sem fins de lucro representaram 16% do total. A maioria dos HPP eram hospitais gerais (62%), enquanto as unidades mistas representaram 19% do total (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

A estrutura dos HPP é de baixa densidade tecnológica. A sala cirúrgica está presente em 89% desses hospitais; as salas de curativos, em 76% deles; e a sala de partos, em 65% deles. Não obstante o grande número de salas de cirurgia, a produção desses hospitais teve grande predomínio de procedimentos de clínica médica. Apenas 29% dos HPP de menor porte tinham sala de parto. Os eletrocardiógrafos estiveram presentes em 50% dos hospitais; os desfibriladores cardíacos, em 44%; os berços

aquecidos, em 43%; os aparelhos de raios X simples, em 33%; e os aparelhos de ultrassom, em 11% (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

O perfil de recursos humanos indicou que os HPP se limitam, no máximo, a prestar atendimentos nas quatro especialidades básicas: clínica médica, obstetrícia, pediatria e cirurgia geral: contraditoriamente, apenas 34% têm clínico geral, 26% têm obstetras, 23% têm cirurgia geral e 18% têm pediatra (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Os dez serviços ambulatoriais mais frequentes que corresponderam a 62,98% do total da produção dos HPP foram: administração de medicamentos, 18,84%; exames de patologia clínica, 12,54%; atendimento médico de urgência, 6,70%; consultas e atendimentos em clínicas básicas, 6,28%; consultas em clínica médica, 4,90%; curativos, 3,86%; inalação e nebulização, 3,32%; atendimento com observação em 24 horas, 2,44%; atendimento por ACS, 2,35%; e consulta em pediatria, 1,75%. Em relação às internações, o perfil da produção concentrou-se em parto, pneumonia, enteroinfecção, insuficiência cardíaca, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, pielonefrite, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Um estudo da produção de serviços dos HPP no estado do Rio Grande do Sul evidenciou que essas unidades de saúde tendiam a ser menos eficientes e eficazes no desempenho das funções de um hospital geral e suscitou a hipótese de que, nelas, estivessem ocorrendo, de forma muito significativa, as internações por condições sensíveis à atenção primária, o que apontava, também, para uma ineficiência alocativa (NARDIN, 2015).

Essa relação entre HPP e internações por condições sensíveis à atenção primária se comprovou em Minas Gerais. Nesse estado, em 2004, essas condições representaram 48,2% nos hospitais de até 30 leitos, de 43,0% nos hospitais de 31 a 50 leitos e de 10,8% nos hospitais de 400 ou mais leitos (COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS, 2005).

Um estudo feito com 64 HPP no estado do Rio Grande do Sul que não preenchiam os requisitos mínimos para a celebração de contratos de prestadores no SUS verificou que a taxa média de ocupação desses hospitais foi de apenas 7% em relação a um padrão de 75% a 85%. Em relação à produção cirúrgica, observou-se que em 55 hospitais (83% do total) foi de zero cirurgia, e apenas 3 hospitais tiveram produção superior a 140 cirurgias por ano. A carga horária média dos médicos disponibilizada nesses hospitais correspondeu a 23% do total de horas mínimas requeridas por um hospital geral. Em relação à produção clínica, 70% dos hospitais comprovaram alguma produção (NARDIN, 2015).

Vedana et al. (2016) fizeram uma avaliação dos HPP da 15ª Região de Saúde do Paraná. Essa região tem 30 municípios e uma população de aproximadamente 800 mil habitantes. Na região, há 12 HPP, 8 públicos e 4 privados, localizados em municípios de 3.000 a 6.500 habitantes, à exceção de Mandaguaçu e Santa Fé que

apresentaram, respectivamente, populações de 21.672 e 11.413 habitantes. Nesses 12 hospitais, foram internados, em 2015, 2.174 pessoas em situações de urgências e 1.301 para cuidados eletivos. As internações por condições sensíveis à atenção primária foram, em média, 33,7% do total, mas variaram de 4,7% a 76,6%. A taxa de média de ocupação dos leitos foi de 20,0%, mas variou de 1,9% a 21,1%. A produção ambulatorial desses hospitais foi de 95.688 procedimentos, sendo que 73,0 % deles poderiam ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde a um custo muito menor. Os quatro procedimentos ambulatoriais mais comuns foram, pela ordem, administração de medicamentos em atenção básica (23,3%), aferição de pressão arterial (19,0%), consulta médica em atenção básica (18,3%), atendimento de urgência em atenção básica (16,9%); todos eles poderiam ter sido feitos, com vantagens, na APS. O gasto total anual desses HPP foi de R\$ 16. 441.352,00, sendo que R\$ 13.771.790,00 (83,8%) foram realizados pelos municípios. Considerando-se que esses 12 municípios sede de HPP tinham, em seu conjunto, uma população 83.085 habitantes, o gasto per capita em 2015 foi de R\$ 197,88. O valor total aplicado nesses HPP é 2,47 vezes maior do que o total aplicado nos dois hospitais microrregionais, Astorga e Colorado, referências para esses municípios menores, que foi de R\$ 6.654.969,00. Cabe considerar que as distâncias entre esses municípios e o polo microrregional é muito pequena. Na Microrregião de Colorado, a distância mínima de Paranacity é de 22 km com tempo de viagem de 18 minutos; e a distância máxima de Santa Inês é de 34,5 km e tempo de viagem de 32 minutos. Na Microrregião de Astorga, a distância mínima de Iguaraçu é de 18 km e tempo de viagem de 20 minutos; e a distância máxima de Santa Fé é de 42 km e tempo de viagem de 39 minutos. Retirando-se os 73% de procedimentos ambulatoriais que poderiam ser realizados, com vantagens, na APS, os custos de cada internação hospitalar realizada em três dos HPP analisados superaram R\$ 30.000,00 e em um deles superou R\$ 40.000,00, o que é um resultado espantoso, já que o custo médio da cada pessoa internada nesse tipo de hospital foi estimada em R\$ 400,00 (POLARA, 2017).

Esses dados demonstram que o fenômeno dos HPP não se deve a dificuldades de acesso, como é mais comum de acontecer em outros países, mas à municipalização autárquica que caracterizou os primórdios do SUS e à lógica perversa da micropolítica vigente em nosso país.

O valor total das 2.444.893 internações hospitalares realizadas nos HPP, em 2005, foi de R\$ 836.700.362,00, o que significou um valor médio de R\$ 342,00; esse valor comparado com o valor médio das AIH faturadas pelo SUS, que foi de R\$ 586,00, confirma a baixa complexidade e o baixo valor da produção dos HPP. Embora eles tenham produzido 21% das AIH pagas, despenderam somente 12% dos recursos (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

No que diz respeito à situação econômico-financeiras dos HPP, LaForgia e Coutolenc (2009) constataram um endividamento progressivo em função dos custos superarem as receitas que são, quase exclusivamente, provenientes do SUS.

Ainda que se indique, até mesmo na literatura internacional, que os HPP devam executar principalmente ações relacionadas com a atenção materno-infantil e com a atenção às urgências e emergências, em nosso país, isso não ocorre. Uma das razões é que, em uma amostra de HPP, dois terços não possuíam equipe médica e de enfermagem destinadas ao atendimento às urgências e emergências, e um quarto não dispunha de equipe para o acompanhamento do binômio mãe-filho durante o parto e o puerpério. Esses resultados obtidos em HPP brasileiros demonstraram que eles expõem as pessoas usuárias a danos inaceitáveis, especialmente afetando a segurança dos pacientes (CORRÊA, 2009).

Em 2013, havia no Brasil 3.524 HPP cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) assim distribuídos pelas regiões: Norte, 331; Nordeste, 1.332; Centro-Oeste, 488; Sudeste, 897; Sul, 476. É o que se mostra na Figura 34. Dos HPP, 78,18% possuem leitos SUS. Quanto à modalidade de gestão dos HPP, 59,02% são de gestão municipal, 12,40% de gestão estadual e 28,58% mista municipal e estadual. Quanto ao tipo de atendimento prestado pelos HPP, a maior parte dos estabelecimentos, 65,04%, não possui informações detalhadas sobre o regime em relação ao qual são ofertados serviços de saúde para a população; para aqueles que detalharam o regime de funcionamento, notou-se que 34% dos hospitais ofertaram serviços em regime contínuo semanal, 24 horas por dia, 7 dias por semana. (BARBOSA et al., 2014).

Figura 34: Distribuição espacial dos HPP brasileiros – 2013.



Fonte: Barbosa et al. (2014).

A normativa do Ministério da Saúde que estabelece as diretrizes para a contratualização dos hospitais no âmbito do SUS estabelece que sua aplicação se faz em hospitais públicos com um mínimo de 50 leitos, hospitais privados com fins lucrativos com um mínimo de 50 leitos e hospitais privados sem fins lucrativos com um mínimo de 30 leitos (BRASIL, 2013a). Isso significa que a maioria dos HPP não está

contemplada nessa norma e, por consequência, encontra-se em um limbo em termos de processos de contratualização. Ou seja, a questão central do financiamento do custeio federal para os HPP continua em aberto, gerando insegurança para a sustentabilidade financeira destes hospitais.

Tome-se o exemplo do Rio Grande do Sul. Nesse estado, existem 151 HPP; deste total, apenas 28% firmaram termo de contratualização de ações e serviços de saúde com gestores estaduais e municipais. Esses fatos demonstram que os objetivos da política nacional de HPP de inserir esses hospitais em RAS não foi alcançado minimamente (BRASIL, 2013a).

Trabalho recente mostrou que os HPP se concentram em regiões mais pobres e em municípios menores (ARAUJO; PONTES, 2017).

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (2014) fez uma pesquisa com os gestores estaduais do SUS sobre os HPP que constatou que apenas 26,9% dos estados tinham uma política já implementada. A maior importância desses hospitais, segundo os gestores estaduais, foram: pequenas cirurgias, 77%; materno-infantil, 77%; internação clínica, 77%; apoio às ações de APS, 73%; urgência e emergência, 62%; e atendimento ambulatorial nas clínicas básicas, 61,7%. Os estados participaram no financiamento dos HPP: hospitais públicos, 84,6%; hospitais privados filantrópicos, 61,50%; e hospitais privados contratados, 34,6%. Os recursos humanos, especialmente os médicos, são o fator principal nos custos desses hospitais. 61,5% dos estados pretendiam apoiar financeiramente HPP localizados em regiões de difícil acesso; 50%, HPP de menos de 30 leitos; e 46,5%, HPP de menos de 50 leitos. Dos gestores estaduais, 50% julgaram problemático estabelecer uma política para HPP para hospitais de menos de 20 leitos. Dos gestores estaduais, 29,6% julgaram complicado estabelecer uma política para hospitais públicos municipais, e 29,6%, para hospitais privados filantrópicos. Os maiores graus de importância dos problemas dos HPP para os gestores municipais foram: não existe priorização federal para esse segmento; não existe uma definição clara do papel dos HPP na APS; existem impedimentos orçamentários e contratuais para os gestores estaduais e municipais; e os recursos são insuficientes e estão mal distribuídos entre as regiões. Maiores graus de demanda dos HPP para gestores municipais, Prefeitos, deputados e diretores de hospitais: recursos financeiros, 84,7%; contratação de médicos, 80,8%; e definição do papel dos HPP nas RAS regionais, 57,7%. Maiores intensidades da demanda na definição do papel dos HPP nas RAS: falta de profissionais para realizar os serviços, 92,0%; definição da relação entre HPP e APS, 76,0%; falta de protocolos de encaminhamento, 70,6%; e dificuldade de definição de hospitais de referência para os HPP, 68,0%. Maior intensidade das demandas em relação à regulação: flexibilidade para encaminhamento a outros hospitais. Maiores intensidades das demandas em relação à contratação de recursos humanos: médicos especialistas, 78,0%; médicos de clínicas básicas, 69,0%. Maiores intensidades das demandas em relação aos recursos financeiros: destinação de recursos de custeio pelos estados, 84,0%; recursos para aquisição de equipamentos, 84%; recursos para complementação da tabela,

77%. Quanto à necessidade da existência dos HPP, 69,2% dos gestores estaduais acham que deveriam existir, e 26,9% acham que não deveriam existir. Os gestores estaduais que responderam que os HPP não deveriam existir sugeriram mudanças no perfil assistencial para APS, para centro de especialidades médicas, para atendimento de urgência, para unidade de reabilitação e para unidades de cuidados prolongados. Todos os estados da região Sul, Sudeste e Nordeste, dois estados da região Centro-Oeste e nenhum estado da região Norte acharam que o sistema de pagamento deve ser por orçamento global. Em relação aos papéis dos HPP nas RAS: os gestores das regiões Sul e Sudeste acharam que os HPP deveriam ser especializados em leitos de retaguarda, pacientes acamados, recuperação pós-cirúrgica e atenção domiciliar; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apontaram para a inserção dos HPP nas redes de urgência e emergência, apoio à APS e ações de saúde bucal em função das dificuldades de acesso a hospitais maiores; e em todas as regiões foram destacadas a importância da regulação dos HPP pelas centrais de regulação. As áreas prioritárias para a capacitação de recursos humanos para os HPP foram redes temáticas, sistemas de imagem e gestão hospitalar. Os estados da região Norte propuseram incentivos especiais para as regiões afastadas e para os vazios assistenciais. Os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste enfatizaram a importância de manutenção dos HPP.

Os HPP não estão associados somente à questão econômica das deseconomias de escala. Em função das relações que existem na atenção hospitalar entre escala e qualidade, esses hospitais apresentam maus resultados sanitários quando comparados com hospitais maiores.

No Brasil, segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNAAS) do Ministério da Saúde, quanto menor o porte hospitalar, menor foi o cumprimento da legislação sanitária brasileira e, por consequência, menor a qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2011).

Corrêa (2009) analisou o grau de conformidade dos HPP aos padrões do PNAAS. Os resultados foram: 27,39% não possuíam responsável para resolução de situações adversas; 18,47% não realizaram adequadamente a guarda de prontuários; 72,61% não apresentaram Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; 61,78% não asseguraram a limpeza, desinfecção e esterilização adequadas de seus instrumentais; 55,41% não realizaram manutenção predial corretiva; 72,61% não asseguraram o bom funcionamento de seus equipamentos; 54,78% não apresentaram condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências; 45,86% não realizaram acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos; e 40,04% não possuíam condições adequadas ao atendimento ao parto. Esse autor concluiu que a maior parte dos HPP brasileiros apresentava riscos à população atendida. Um quinto não garantia a guarda de prontuários, um quarto não possuía condições adequadas para realização de partos de risco habitual, um terço não apresentava condições adequadas de atendimento de urgências e dois terços não assegurava o controle de infecção nem o manejo correto de seus materiais no que se refere à limpeza,

desinfecção e esterilização. Ou seja, os HPP não eram seguros para as pessoas neles atendidas, o que lesava o princípio da segurança dos pacientes.

Um dos principais papéis que têm sido imputados aos HPP é a atenção materno-infantil. Por isso afirmar-se que uma instalação essencial desses hospitais é a sala de parto em função de sua localização e perfil assistencial. Contudo, como mostram dados internacionais e nacionais, a oferta de partos em HPP pode ser responsável por uma atenção de má qualidade e pelo aumento da mortalidade materna e infantil.

Uma revisão sistemática dos resultados obstétricos em 600 hospitais rurais dos Estados Unidos, que eram hospitais com baixo volume de partos, revelou que eles apresentaram maiores taxas de morbidade materna quando comparados com hospitais de ensino que operavam com grandes volumes. As causas para essa morbidade aumentada nos pequenos hospitais foi uma alocação de recursos insuficiente, o que incluía as dificuldades de recrutamento de recursos humanos e de manutenção de suas competências (MANN et al., 2017).

Estudo feito no estado do Rio Grande do Sul, na Macrorregião Missioneira, verificou que dos 50 hospitais analisados, apenas 15 deles apresentaram a ocorrência de 1 ou mais partos por dia; 35 desses hospitais apresentaram uma ocorrência de menos de 1 parto por dia. O estudo recomendou que partos não deveriam ser realizados em hospitais que faziam menos de 1 parto por dia (BRASIL, 2013b).

A recomendação feita, provavelmente, decorreu de pesquisa feita em todos os municípios do Rio Grande do Sul que buscou relacionar o volume de partos feitos nos hospitais com a situação da atenção ao parto e ao recém-nascido e com o coeficiente de mortalidade infantil, conforme se mostra na Tabela 23.

Tabela 23: Estratificação dos municípios do Rio Grande do Sul por número de partos por ano nos hospitais locais, por situação de atenção ao parto e ao recém-nascido e por coeficiente de mortalidade infantil – 2010

Ocorrência de Partos Ano no Hospital local	Número de Municípios	% do total de Partos 2010	Situação da Atenção ao Parto e RN	CMI 2010
Zero	257	0	Inexiste	0
< 26	38	0,3%	Crítica – Hospitais de Pequeno Porte	60,92
< 52	27	0,7%		30,32
52 a < 200	72	4%	Crítica – Hospitais de Pequeno Porte	12,50
200 a < 365	37	6%		11,95
365 a < 500	11	4%	Razoável – Hospitais locais e Microrregionais	11,50
500 a 1000	28	19%		10,85
1000 e +	28	66%	Qualificada – Hospitais Regionais e Macrorregionais	9,61
Porto Alegre	6	33%		6,00

Fonte: Brasil (2013b).

A análise da Tabela 23 mostra que o coeficiente de mortalidade infantil (número de óbitos por mil nascidos vivos) foi de: 60,92 nos hospitais que faziam menos de 26 partos por ano; de 30,32 nos hospitais que faziam menos de 52 partos por ano; de 12,50 nos hospitais que faziam de 52 a menos de 200 partos por ano; de 11,95 nos hospitais que faziam de 200 a menos de 365; de 11,50 nos hospitais que faziam de 365 a menos de 500 partos por ano; de 10,85 nos hospitais que faziam de 500 a menos de 1.000 partos por ano; de 9,61 em hospitais que faziam 1.000 ou mais partos por ano; e de 6,00 em hospitais que faziam 1.000 ou mais partos por ano em Porto Alegre. Os dados mostraram uma probabilidade 10 vezes maior de morte infantil nos hospitais com menor número de partos (60,92) em relação aos hospitais de Porto Alegre. Isso provavelmente se explica pelo fato de que a situação da atenção ao parto e ao recém-nascido, nos HPP, responsáveis por 11% dos partos no estado, foi considerada crítica.

A prestação de serviços materno-infantis nos HPP é problemática. Além disso, os partos feitos nesses hospitais são muito caros. Polara (2016) estimou que cada parto realizado no estado de São Paulo, em hospitais que faziam até 1 parto por dia, custou, em média, R\$ 19,000,00, valor muito alto em relação aos pagos pela Tabela do SUS.

De tudo que se considerou sobre os HPP caberia uma pergunta audaciosa: esses hospitais são parte do problema ou da solução da atenção hospitalar no SUS?

Não é uma questão fácil de ser respondida. Talvez, por essa razão, a situação dos HPP vem sendo empurrada com a barriga. A tentativa ensaiada na Política Nacional para os HPP deu em nada. Até porque não solucionou adequadamente a questão do financiamento federal e porque impôs critérios absolutamente inviáveis na realidade dos HPP brasileiros. Por outro lado, essa política simplesmente ignorou, na sua normativa, a perturbadora realidade dos HPP. O fato, contudo, é que esses hospitais existem, são numerosos e estão localizados em muitos municípios brasileiros.

Boa parte das dificuldades de solução desse problema advém de certo conflito que existe entre uma racionalidade federativa e política que gerou e ampliou uma política de criação dos HPP. Essa racionalidade foi incentivada pela perspectiva da municipalização autárquica e pela lógica de um sistema político voltado crescentemente para investimentos municipais em que vivem as bases políticas que devem ser atendidas segundo suas representações singulares de saúde. Isso conflita com uma racionalidade técnica assentada em evidências que demonstra sobejamente a fragilidade operacional e econômica desses hospitais em entregar serviços efetivos, eficientes e de qualidade à população.

Se o problema persiste, há que buscar alternativas de solução. Tem havido propostas para a organização dos HPP.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2014) propôs diretrizes para a reorganização dos HPP, considerando-se, como tais, os hospitais de 20 a 49 leitos e caracterizando-os como um ponto ou conjunto de pontos de atenção cuja missão e perfil assistencial deve ser estabelecido em consonância com o desenho regional das RAS em cada estado, sob coordenação estadual e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite Estadual ou Comissão Intergestores Bipartite Regional. A definição do perfil e do modelo de atenção à saúde deveria: responder às necessidades locais; estar em consonância com as diretrizes e eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar; estabelecer os mecanismos de referência e contrarreferência com os demais pontos de atenção das RAS e cumprir os requisitos técnicos e normativos específicos das redes temáticas. O financiamento seria tripartite e seria feito por um valor/leito/mês de R\$ 8.000,00 a R\$ 10.400,00 conforme o Índice Desenvolvimento Humano dos municípios. Esses valores são muito maiores que os fixados na Política Nacional de HPP (BRASIL, 2004), que era de R\$ 1.473,00/leito/mês. Estimou-se um custo total desse financiamento de R\$ 6,373 bilhões por ano. O impacto orçamentário poderia ser um obstáculo à adoção dessa proposta, na parte econômico-financeira.

Contudo, a primeira parte da proposta do Conass merece uma consideração mais cuidadosa porque aponta para um dos pressupostos fundamentais de uma política para os HPP no SUS. Trata-se da inserção desses hospitais em redes regionais de atenção à saúde.

Não há possibilidade de avançar na questão dos HPP sem superar a visão da municipalização autárquica que levou a uma situação em que mais da metade dos municípios brasileiros disponha de hospitais para cuidados agudos. Essa ruptura do princípio da economia de escala levou a uma situação insustentável que combina ineficiência e baixa qualidade. Portanto, não haverá uma solução para o problema dos HPP, nem mesmo para todos os serviços do SUS, se não se radicalizar o conceito de RAS e de regiões de saúde. A base normativa já está dada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. É preciso torná-la operacional.

De um lado, talvez seja necessário, em algumas circunstâncias, rever as atuais regiões de saúde para dar a elas a escala suficiente para planejar e operacionalizar as RAS, incluindo, em todas elas, os níveis de APS, de atenção secundária (média complexidade) e de atenção terciária (alta complexidade). Muitas regiões hoje existentes não têm o nível terciário e, sem ele, as redes não se fecham.

Posto isso, e no caso da atenção hospitalar, há que se definirem tipologias de estruturas hospitalares para a atenção secundária e terciária que tenderão, pelos princípios de escala e de escopo, a se concentrarem em municípios-polos micro e macrorregionais. Nessa lógica, deve-se pensar uma saída para cada HPP, pactuada na própria região, com a participação de todos os municípios.

Essa proposta difere das tentativas que têm sido feitas por portarias do Ministério da Saúde que tratam de propor uma solução única a que diferentes HPP de diferentes regiões do Brasil devam aderir. A busca de uma solução única, distante das diferentes realidades locais e regionais de um país continente tem sido – como foi no caso da Política Nacional para os HPP – um fracasso no SUS. O Brasil diverso jamais será apreendido por uma norma federal que proponha soluções operacionais únicas. Os HPP da região amazônica têm singularidades que os distanciam dos HPP das regiões Sul e Sudeste; da mesma forma, dentro de uma mesma região, como se viu no caso da 15ª Região de Saúde do Paraná, há diferenças entre os HPP que podem levar à proposição de distintas funcionalidades dentro de uma rede regional.

O que se deveria fazer seria estabelecer, como norma nacional, uma diretriz geral de uma política para os HPP que considerasse alternativas de organização de diferentes tipos de hospitais, mas cuja reinterpretação na realidade local e regional fosse feita, com um grau maior de liberdade, por acordos regionais. Assim, não haveria um formato único para os HPP; ao contrário, diferentes possibilidades que envolvam os mecanismos clássicos de organização desses hospitais poderiam ser pactuadas, e um HPP teria uma funcionalidade distinta de outro HPP da mesma região de saúde.

A norma federal – assim, também, a norma estadual – não deve ser impositiva, mas abrir espaço, dentro de certos parâmetros e de um cardápio de funcionalidades, para que os diferentes atores sociais de uma região de saúde pactuem como se dará a atenção hospitalar em seus diferentes níveis, incluindo os HPP.

O planejamento regional deveria orientar os fluxos de investimentos incluindo uma sinalização para as emendas parlamentares impositivas. Dessa forma, poder-se-ia tentar diminuir o grau de irracionalidade de fluxos negociados diretamente com cada município que, certamente, poderão ocorrer com essas emendas.

Quais são os mecanismos clássicos que têm sido adotados na experiência internacional para a racionalização dos HPP? São basicamente quatro alternativas: o fechamento, a conversão, a fusão ou a aliança estratégica.

Esses mecanismos de racionalização têm sido usados como parte de reformas dos sistemas de atenção à saúde no contexto de crises econômicas e de aumento dos gastos setoriais. O resultado tem sido uma tendência universal na diminuição dos leitos hospitalares. O Brasil não escapará a essa tendência.

O caso da Europa é bem expressivo dessa tendência. No período de 1980 a 1994, a redução de leitos por mil habitantes ocorreu em quase todos os países da Europa Ocidental, com uma queda média de 10,7 para 7,8 leitos por mil habitantes (27,1%). Em alguns deles, essa queda foi muito acima da média: Finlândia, de 15,5 para 10,1; Suécia, de 15,1 para 6,4; Noruega, de 16,5 para 3,1. O mesmo movimento ocorreu, com muita força, em outras regiões da Europa. Como exemplos, no período de 1980 a 1994, a redução percentual do número de leitos por mil habitantes foi de: 31% na

Albânia, 21% na Croácia, 32% na Estônia, 19% na Geórgia, 20% no Cazaquistão; e 26% no Uzbequistão (SALTMAN; FIGUERAS, 1997).

Não tem sido diferente no Brasil. Um levantamento do Conselho Federal de Medicina mostrou uma queda de 23.565 leitos de internação na rede pública em cinco anos recentes. Em dezembro de 2010, o País tinha 335.482 leitos de internação para uso exclusivo do SUS; em dezembro de 2015, esse número diminuiu para 311.917 leitos, uma queda de 7,5% no período (CANCIAN, 2016).

Há certo amadurecimento no plano internacional em relação aos pequenos hospitais. É muito difícil mantê-los como lugar de atenção resolutiva e de qualidade aos eventos agudos, ou seja, operá-los como hospitais de agudos. Por sua baixa escala, os HPP não dispõem de densidade tecnológica, nem de volume para prestar serviços efetivos, eficientes e de qualidade em relação aos eventos agudos.

Estudo do Banco Mundial estimou que a racionalização da rede de HPP no Brasil poderia representar uma economia de 0,03% do PIB de nosso país (ARAUJO; PONTES, 2017). Em tempo de crise no financiamento do SUS, o enfrentamento das ineficiências dos HPP certamente deve ser uma prioridade. A proposta, muito comum, de simplesmente aumentar os recursos para os HPP não parece fazer sentido.

Por outro lado, há que se considerar o valor simbólico dos HPP. Esses pequenos hospitais cumprem uma função simbólica que contribui para a segurança psicossocial e apresentam participação econômica local significativa, especialmente pela via do emprego (CORRÊA, 2009). Além disso, a proposição de fechamento de hospitais em um modelo médico hospitalocêntrico constitui para a população uma razão contraintuitiva que, per si, gera enormes resistências.

Esse valor simbólico manifesta-se, por exemplo, na ideia de que as pessoas devem nascer no município em que residem. Vecina Neto (2007) relata o caso de um município paulista cujo jornal local noticiou que seus cidadãos passariam a nascer naquele município porque foi inaugurado um HPP de 6 leitos. Isso pode ter sido alterado em função de normativa recente de registro de nascimento.

Uma das alternativas a considerar para a solução do problema dos HPP é o fechamento de hospitais.

A alternativa de fechamento de hospitais tem como base a constatação de que é melhor fechar hospitais do que reduzir números de leitos, o que poderia aumentar a ineficiência de escala (SALTMAN; FIGUERAS, 1997). Não obstante, esses dois movimentos podem ocorrer concomitantemente.

Uma análise realizada com cinco hospitais fechados mostrou que os recursos economizados com os fechamentos mais que compensaram as reduções no bem-estar social das comunidades locais (CAPPES et al., 2010).

Vários países vêm utilizando a alternativa de fechamento dos hospitais. No Reino Unido houve, no período de 1979 a 1986, o fechamento de muitos hospitais que se concentraram, mais significativamente, em pequenos hospitais localizados em zonas rurais. O mesmo fenômeno ocorreu em países como a Alemanha e o Canadá (BURKEY et al., 2017).

A avaliação do fechamento de pequenos hospitais tem sido feita em vários locais. Rosenbach e Dayhoff (1995) estudaram o fechamento de hospitais em 12 estados americanos e verificaram que isto não causou mudanças nas taxas de mortalidade e que a população foi dirigida para a atenção hospitalar em hospitais de ensino, o que significou que não houve prejuízo ao acesso. Buchmueller et al. (2006) analisaram o fechamento de hospitais na cidade de Los Angeles e notaram que houve uma melhoria da qualidade da atenção à saúde da população após esse fechamento porque as pessoas usuárias foram encaminhadas para hospitais com melhores desempenhos.

Ainda que nos casos analisados não tenha havido prejuízo para a população após o fechamento dos hospitais, no caso brasileiro, poderia se pensar que esta alternativa poderia não ser a melhor, ainda que eventualmente possa ser utilizada.

A estratégia de conversão consiste em dar outra funcionalidade a um HPP que não seja a prestação de serviços de internação hospitalar em eventos agudos.

Há várias possibilidades de novas funcionalidades na conversão dos HPP: unidade de APS, unidade de pronto atendimento, centros de assistência social integrados com APS, unidade de cuidados continuados, hospital dia e outras. Algumas dessas funcionalidades foram identificadas pelos gestores estaduais do SUS (ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, 2014). Esses hospitais poderiam oferecer leitos de retaguarda, com tecnologia embarcada de baixa densidade, que permitiriam um giro mais rápido dos leitos dos hospitais de agudos secundários e terciários, a custos muito menores e com qualidade.

Um caso típico de conversão de pequenos hospitais aconteceu na Província de Saskatchewan, no Canadá, com a transformação, em 1992, de 52 hospitais rurais em unidades de APS ou em centros comunitários de bem-estar (JAMES, 1999). Liu et al. (2001) estudaram os efeitos conversão desses pequenos hospitais de Saskatchewan e concluíram que essas mudanças não tiveram nenhum impacto negativo na saúde e no bem-estar das populações anteriormente atendidas por eles. Para esses autores, a boa saúde de uma população não depende da presença de pequenos hospitais, mas de enfoques criativos para a provisão de boa APS, o que inclui a capacidade de atenção aos eventos agudos de menores riscos e de boa comunicação com a população sobre a intencionalidade e os resultados dessas mudanças.

Os resultados das mudanças em Saskatchewan estão fazendo com que esse modelo esteja sendo considerado para ser implantado na Província de New Brunswick no Canadá (CBC NEWS, 2014).

Um caso de conversão de um HPP bem-sucedido ocorreu no município de Munhoz de Melo. Esse município de 3.900 habitantes que pertence à 15ª Região de Saúde do estado Paraná tinha um HPP de 6 leitos. O Prefeito Municipal e o Secretário Municipal de Saúde lideraram um movimento de conversão do HPP em uma unidade de APS ampliada. Isso envolveu capacidade técnica e de comunicação com a população e uma estratégia de mudança muito bem conduzida pelos gestores municipais. Houve um amplo movimento, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, de melhoria da APS, tornando-a acessível a toda a população em tempo oportuno. Eliminaram-se as filas, e as equipes foram capacitadas para a atenção aos eventos agudos, às condições crônicas, para a prestação de cuidados promocionais e preventivos e para atenção domiciliar. O HPP era muito caro e ineficiente em função de taxas de ocupação muito baixas. O hospital foi convertido em uma unidade de pronto atendimento incorporada à unidade de APS. As pessoas portadoras de condições crônicas foram diagnosticadas, estratificadas por riscos e manejadas na APS com suporte do Cismusep (Consórcio Intermunicipal Público de Saúde do Setentrião do Paraná) que opera um centro de especialidades localizado em Maringá para as condições de alto e muito altos riscos. Há uma Academia de Saúde que articula as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças em conjunto com a unidade de APS. Os casos que necessitam de internação geral são referidos para um hospital microrregional ou para hospitais terciários de Maringá, de maiores densidades tecnológicas. O sistema funciona a custo menor e com resultados muito satisfatórios. As taxas de estabilização de pessoas com diabetes e hipertensão arterial são excelentes. A aprovação da saúde pelos moradores da cidade tem sido superior a 90% (ARAÚJO, 2017). A experiência de Munhoz de Mello indica que um processo de conversão bem conduzido pode conviver com altos índices de aprovação da gestão municipal. É importante ressaltar que, após a conversão do hospital em uma unidade ampliada de APS, o Prefeito Municipal se reelegeu com uma votação muito significativa.

O mecanismo da fusão hospitalar, o mais comum para ganhos de escala em hospitais maiores, tem sido pouco aplicado em HPP. A alternativa da fusão não tem sido relatada na experiência internacional em relação a esses hospitais. Contudo, algo próximo foi proposto com uma fusão parcial das atividades meio dos hospitais. Rocha (2013), analisando a realidade hospitalar do estado de Minas Gerais, sugeriu que a busca de economias de escala poderia solucionar o problema da sustentabilidade financeira dos HPP. O autor afirmou que uma análise da composição dos custos hospitalares mostrou que cerca de 20% não estão associados à atividade produtiva, ou seja, são custos fixos tenha o hospital 1 ou 300 leitos. Destacam-se atividades de *back-office* como contabilidade, gestão de pessoas, faturamento, manutenção, tesouraria e compras, entre outros. Grande parte dos custos variáveis está em setores de apoio, tais como lavanderia, central de material e esterilização e assistência farmacêutica que operam de forma subótima. Relatou que existem pequenos hospitais em cidades próximas ou, às vezes, na mesma cidade, e com todas essas estruturas em multiplicidade e operando de forma subótima. Como exemplo, tomou a microrregião tripolar de Capelinha, Turmalina e Minas Novas. São três cidades de porte

semelhante, distantes menos de 50 km entre si, com três hospitais fundamentais para a resolatividade da microrregião. Cada hospital funciona de forma isolada, sem nenhuma integração e, por isso, há uma estrutura três vezes mais custosa de apoio e *back-office*. Alguns setores, como o de diagnóstico por imagem, já perceberam esse ralo de desperdício e criaram centros integrados de administração, em que a parte de *back-office* de mais de dez unidades espalhadas pelo Brasil é feita por uma única estrutura de pessoal. Esse mesmo setor descobriu, na formação de *holdings*, uma forma de otimizar o poder de negociação com fornecedores de equipamentos e insumos, que permitiu uma redução do custo operacional de mais de 20% em relação a uma unidade isolada. Em função disso, propôs a realização de um projeto-piloto em uma região mineira para teste de um modelo que considere: a criação de uma central de *back-office* para uma rede de hospitais para a otimização dos custos operacionais; o compartilhamento de estruturas de apoio tais como central de material e esterilização, lavanderia e gestão de estoques; a parametrização dos materiais e medicamentos para ganhos de escala nas negociações; a padronização e racionalização do parque de equipamentos; a profissionalização da cadeia de suprimentos para otimização dos recursos aplicados; o envolvimento das vigilâncias sanitárias estadual e municipais no processo de adequação legal do projeto; e o custeio diferenciado na fase de implantação e avaliação do projeto piloto. Ainda que a proposta de um piloto seja válida, esse modelo não solucionaria um problema básico dos HPP que reside na baixa demanda por serviços hospitalares em cada um dos municípios, o que gera internações sensíveis à atenção primária, baixo volume de serviços, baixas taxas médias de ocupação e má qualidade dos serviços.

Da mesma forma, o mecanismo da aliança estratégica seria de difícil aplicação nos HPP brasileiros porque seriam mantidos diferentes hospitais buscando-se uma separação das carteiras de serviços para cada um deles. Ainda que cada HPP concentrasse uma carteira específica, o resultado seria, ainda, de baixo volume de serviços em cada hospital, permanecendo as deseconomias de escala e, conseqüentemente, a baixa qualidade dos serviços ofertados.

REFERÊNCIAS

ACKOFF, R. *Creating the corporate future: plan or be planned for*. St Louis: **John Wiley and Sons**, 1981.

AHGREN, B. Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: responses to a hospital merger in Sweden. **Health Policy**, v. 87, n. 1, p. 92-99.

ALETRAS, V. et al. Economies of scale and scope. In: FERGUSON B et al. (Editors). *Concentration and choice in health care*. London: **Financial Times Healthcare**, 1997.

ALEXANDER, J. A. et al. The short-term effects of merger on hospital operations. **Health Services Research**, v. 30, n. 6, 1996.

ALMEIDA, A., FIQUE, J. P. **Evaluating hospital efficiency adjusting for quality indicators: an application to portuguese NHS hospitals**. Porto: Faculdade de Economia do Porto, 2011.

ALMEIDA, P. **Gastos com os hospitais próprios da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná**. Comunicação pessoal. 2016.

AMATO, L. et al. Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and form evaluation of Italian hospitals data. **Epidemiologia e prevenzione**, v. 37, n. 2-3, s. 2, p. 1-100, 2013.

ANDRADE, M. V. et al. **Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.

ANTHUN, K. S. et al. Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals: a 16 years study of Norwegian hospital sector. **Health Policy**, v. 121, n. 4, p. 418-425, 2017.

ARAUJO, M. S. **Experiência de Munhoz de Mello: Paraná na Planificação da Atenção à Saúde**. Brasília: Seminário sobre a Planificação da Atenção à Saúde, 2018.

ARAUJO, E.C.; PONTES, E. **Análise do gasto público em saúde**. Brasília: Banco Mundial, 2017.

ARENALES, M. et al. **Pesquisa operacional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 6ª edição, 2007.

BAHADORI, M. et al. The evaluation of hospital performance in Iran: a systematic review article. **Iranian Journal of Public Health**, v. 45, n. 7, p. 855-866, 2016.

BANTA, H. D.; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. **Health Policy**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 1991.

BARBOSA, A. C. Q. et al. **Diagnóstico situacional dos hospitais de pequeno porte brasileiros que prestam serviços ao SUS: discutindo seu papel**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014.

BARBOSA, P. R. et al. Hospitais filantrópicos no Brasil. **BNDES Social**, v. 5, p. 1-3, 2002.

BARBOSA, P. R.; VECINA NETO, G. Estruturas jurídico-institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BASTANI, A. et al. How long before patients lose their patience? **Annals of Emergency Medicine**, v. 52, n. 4, S86-S87, 2008.

BEGG, C. B. et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. **New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 15, p. 1138-1144, 2002.

BERWICK, D. M. Foreword. In: JENSEN, K. et al. **Leadership for smooth patient flow: improved outcomes, improved service, improved bottom line**. Chicago: Health Administration Press, 2014.

BERWICK, D. M. et al. The Triple Aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BILLINGS, J. et al. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BOADEN, N. **Primary care: making connections**. Buckingham: Open University Press, 1997.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. Improving chronic care: strategies and tools for a better practice. New York: **Lange Medical Books/McGraw-Hill**, v. 81, n. 1, 2007.

BOGUE, R. Hospital reorganization after merger. **Medical Care**, v. 33, n. 7, p. 676-686, 1995.

BOTEGA, L. A. et al. **Eficiência hospitalar em Minas Gerais: data envelopment analysis (DEA)**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.404, de 1º de junho de 2004. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, n. 139, 21 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). 2011. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br>. Acesso em: 03 abr. 2012.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS 3.410, de 30 de dezembro de, 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2013a**.

BRASIL. Necessidades de revisão do foco da atenção à saúde prestada à população nos hospitais de pequeno porte tendo em vista a nova concepção de organizar a saúde pública baseada na implantação de redes de serviços em regiões de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informação gerando conhecimento para a gestão em saúde: relato de experiências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRIGGS, A.; GRAY, A. Using cost effectiveness information. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7229, p. 246, 2000.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health system**. London: Palgrave; 2015.

BROUSSEAU, E. **L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises**. Paris: PUF ; 1993.

BUCHMUELLER, T. C. et al. How far to the hospital? Effect of hospital closures on access to care. **Journal of Health Economics**, v. 25, n. 4, p. 740-761, 2006.

BUNKER, J. P. et al. Should surgery be regionalised? **Surgical Clinics of North America**, v. 62, n. 4, p. 657-668, 1982.

BURKEY, M. C. et al. The impact of hospital closures on geographical access: evidence from four southeastern states of the United States. **Operation Research Perspectives**, v. 4, p. 56-66, 2017.

BURNS, L. R. et al. The effects of patient, hospital, and physician characteristics on length of stay and mortality. **Medical Care**, v. 29, n. 3, p. 251-271, 1991.

BURNS, L. R., PAULY, M. V. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated care. **Health Affairs**, v. 21, n. 4, p. 128-143, 2002.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998**. 2002. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Gestão de pessoas em hospitais. In: VECINA NETO, G., MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CANCIAN, N. **SUS perde 23 mil leitos hospitalares em 5 anos**. Folha de São Paulo. 17 de maio de 2016.

CAPPS, C. et al. Hospital closure and economic efficiency. **Journal of Health Economics**, v. 29, n. 1, p. 87-109, 2010.

CARREIRA, C. **Economias de escala e de gama nos hospitais públicos portugueses**: uma aplicação de função de custo variável Traslog. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1999.

CARR-HILL, R. et al. **Access and the utilization of healthcare services**. In: FERGUSON, B. et al. (Editors). *Concentration and choice in healthcare*. London: Pearson Professional Ltd, 1997.

CARNEIRO JÚNIOR, N. **O setor público não-estatal**: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, USP, 2002.

CASTILHO, T. C. **Análise da eficiência técnica dos hospitais com atendimento do SUS em Minas Gerais**. Varginha: Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas, 2014.

CBC NEWS. **Hospitals closures cited in debt report as way to save money**. 2014. Disponível em: <http://www.cbs.ca/news/canada/news-brunswick/hospital-closures-cited-in-debt-report-as-way-to-save-money>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CELIK, T.; ESIMERAY, A. Measurement of cost efficiency in private hospitals in Kayseri by data envelopment method. **International Alanya Business Administration Journal**, v. 6, p. 45-54, 2014.

CERONDOGLO NETO, M. **O hospital na construção do sistema de saúde**: perspectivas e desafios. Belo Horizonte: Seminário Sistema de Saúde de Excelência da ANAHP, 2015.

CHERNEW, M.; SCALON, D.P. Health plan report cards and insurance choice. **Inquiry**, v. 35, n. 1, p. 9-22, 1998.

CHOUDHRY, N. L. et al. The relationship between clinical experience and quality of health care. **Annals of Internal Medicine**, v. 142, n. 4, p. 260-263, 2005.

CNES. **Hospitais do Brasil**. 2017.

CESCONETTO, A. et al. Avaliação da eficiência produtiva dos hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2407-2417, 2008.

COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS. **A crise hospitalar em Minas Gerais e sua superação:** o Programa para a Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais (PROHOSP). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Diretrizes para a reorganização dos hospitais de pequeno porte:** Nota Técnica. Brasília: CONASS, 2014.

COOTER, R. D.; ULEN, T. S. **Law and economics.** London: Scott, Foreman and Co, 1988.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde brasileiro e a segurança do paciente.** 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

COUTTOLENC, B. F. **Benchmarking hospitalar:** uma ferramenta para a melhoria do desempenho. Rio de Janeiro: Seminário Governança e gestão dos hospitais de atendimento público no Brasil, 2014.

COUTTOLENC, B. F. et al. **Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento.** Fase II: Eficiência e mecanismos de pagamento. São Paulo: Consultant Report for World Bank, 2004.

CYLUS, J. et al. **A framework for thinking about health system efficiency.** In: CYLUS, J. et al. Health system efficiency: how to move measurement matter for policy and management. London: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.

DAVIS, K. et al. **Mirror, mirror on the wall: how the performance of the US Health Care System compares internationally.** New York: The Commonwealth Fund, 2014.

DENTZER, S. Foreword. In: LITVAK E (Editor). **Managing patient flow in hospitals:** strategies and solutions. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010.

DIAS, L. H. et al. **Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento, Fase I:** análise de custos de procedimentos hospitalares. São Paulo: Consultant Report for World Bank, 2004.

DICKSON, E. W. et al. Use of lean work in emergency department: a case series of 4 hospitals. **Annals of Emergency Department**, v. 54, n. 4, p. 504-510, 2009.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. São Paulo: Editora Atlas, 18ª edição, 2005.

DRANOVE, D. Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers. **Journal of Health Economics**, v. 17, n. 1, p. 69-83, 1998.

DRUCKER, P. **Managing in the next society**. New York: St Martin Griffin, 2002.

DU, T. Performance measurement of healthcare service and association discussion between quality and efficiency: evidence from 31 provinces of Mainland China. **Sustainability**, v. 10, n. 1, p. 1-19.

ENGLAND, R. et al. **Health sector reform: a toolkit for communication**. London: Institute for Health Sector Development, 1997.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO. **Pesquisa exploratória: consulta aos gestores estaduais para o estabelecimento de política para os hospitais com até 50 leitos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2014.

EUROPEAN HEALTH CARE FRAUD AND CORRUPTION NETWORK. **The financial cost of health care fraud**. 2010. Disponível em: [http://www.ehfcn.org/media/documents/The_Financial-cost-of-Healthcare-Fraud_Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The_Financial-cost-of-Healthcare-Fraud_Final-(2).pdf). Acesso em: 18 ago. 2011.

FERGUSON, B.; GODDART, M. The case for and against mergers. In: FERGUSON, B. et al. (Editors). **Concentration and choice in healthcare**. London: Pearson Professional Ltd, 1997.

FERLIE, E. et al. **The new public management in action**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

FETTER, R. Diagnosis related groups: understanding hospital performance. **Interface**, v. 21, n. 1, p. 6-26.

FINKLER, S. A. On the shape of the hospital industry long run average cost curve. **Health Services Research**, v. 14, n. 4, p. 281-289, 1979.

FLOKOU, A. et al. **D J Med Syst**, v. 92, n. 1, p. 35-39, 2011.

FORTUNA, A. P. **The optimum size of Portuguese public hospitals**. Lisboa: Faculdade de Nova Lisboa, 2009.

FOGLIATTI, M. C.; MATTOS, N. M. C. **Teoria de filas**. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2007.

FRAGKIADAKIS, G. et al. Operational and economic efficiency analysis of public hospitals in Greece. **Annals of Operations Research**, v. 247, n. 2, p. 787-806, 2016.

GASPARINI, D. **Direito administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005.

GAYED, B. et al. Redesigning a joint replacement program using Lean Six Sigma in a Veterans Affairs hospital. **JAMA Surgery**, v. 148, n. 11, p. 1050-1056, 2013.

GIANCOTTI, M. et al. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic review. **PLoS One**, v. 12, n. 3, p. e0174533, 2017.

GLASGOW, R. E.; MULVIHILL, S. J. Hospital influence outcomes in patients undergoing pancreatic resection for cancer. **Western Journal of Medicine**, v. 165, n. 5, p. 294-300, 1996.

GOHLKE, A. Benchmarking for strategic performance improvement. **Information Outlook**, v. 1, n. 8, p. 22-24, 1997.

GRABAN, M. **Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction**. New York: Taylor & Francis, 2009.

GRABOYES, R. F. **High quality and low price converge at Narayana and Health City Cayman Islands**. 2017. Disponível em: insidesources.com/high-quality-low-price-converge-narayana-health-city-cayman-island. Acesso em: 07 mar. 2018.

GRUMBACH, K. Redesign of the health care delivery system: a Bauhaus “form follows function” approach. **JAMA**, v. 302, n. 21, p. 2363-2364, 2009.

GUERRA, M. **Análise de desempenho das organizações hospitalares**. Dissertação (Mestrado) – GEPCON, Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG Belo Horizonte, 2011.

HALL, R. **Patient flow: Reducing delay in healthcare delivery**. New York: Springer Science & Business Media, 2013.

HARADEN, C. et al. **Optimizing patient flow: moving patients smoothly through acute settings**. Cambridge: Institute of Healthcare Improvement, 2003.

HARRY, M. J. Six Sigma: a breakthrough strategy for profitability. **Quality Progress**, v. 31, n. 5 p. 60-64, 1998.

HEFTY, T. R. Return to scale in hospitals: a critical review of recent research. **Health Services Research**, v. 4, n. 4, p. 267-280, 1969.

HIGGINS, I. Benchmarking in health care: a review of the literature. Australian **Health Review**, v. 20, n. 4, p. 60-69, 1997.

HILDEBRAND, M. E.; GRINDLE, M. S. **Building sustainable capacity: challenges for the public sector**. Cambridge: Harvard University, 1994.

HUGOL. **Projeto Excelência operacional das emergências do SUS**. Goiânia: Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage Siqueira, 2017.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência e saúde Coletiva**, v. 12, n. 22, p. 1831-1840, 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Improving flow through acute care settings**. 2009. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Collaboratives/ImprovingFlowThroughAcuteCareSettings>. Acesso em: 15 jul. 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access: getting to now**. Washington: The National Academies Press, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Value in health care: accounting for cost, quality, safety, outcomes and innovation**. Washington: The National Academies Press, 2010.

JACOBS, R. et al. **Measuring efficiency in health care: analytic techniques and health policy**. Cambridge: CUP, 2006.

JAMES, A. M. Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness? **Social Sciences and Medicine**, v. 49, n. 8, p. 1021-1034, 1999.

JAMES, B. C.; POULSEN, G. P. A defesa do modelo de pagamento per capita. **Harvard Business Review**, v. 94, p. 47-56, 2016.

JARAMILLO, I. **El sistema de salud en Colombia**. Cartagena de Indias: II Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, BID/ASSALUD, 2001.

JENKINS, S. F. et al. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service programs. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 14, p. 1582, 2001.

JENSEN, K. et al. **Leadership for smooth patient flow**: improved outcomes, improved service, improved bottom line. Chicago: Health Administration Press, 2014.

JOAQUIM, E. D. **Análise de um novo centro cirúrgico para o hospital universitário Cajuru**: estudo de caso baseado em simulação computacional. Curitiba: Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2005.

JORGE, E. A. A experiência do Reino Unido. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL. **Seminário A separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

JOUMARD, I. et al. **Health status determinants**: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Paris: OECD Publishing, 2008.

JUSTA, M. G. E. G.; MALIK, A. M. Perspectivas diferentes, ferramentas diferentes. São Paulo: **Anais do 16º Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, Fórum de Saúde Suplementar, 2013**.

KAPLAN, G. G. et al. **Bringing a systems approach to health**. 2013. Disponível em: <http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2013/SystemsApproaches.aspx>. Acesso em: 03 abr. 2014.

KARAHAN, M.; DINÇ, H. Evaluation of hospital performance with data envelopment analysis. **European Journal of Multidisciplinary Studies**, v. 7, n. 1, p. 105-111, 2018.

KASTOR, J. **Mergers of teaching hospitals in Boston, and Northern California**. **Ann Arbor**: University of Michigan Press, 2001.

KAUL A et al. **Size should matter**: five ways to help healthcare systems realize the benefits of scale. 2016. Disponível em: <https://strategyandpwc.com>.

KNOWLEDGE WHARTON. Narayana **Hrudayalaya**: a model for accessible, affordable health care? 2010. Disponível em: www.knowledge.wharton.uppen.edu/narayana.hrudayalaya-a-model-for-accessible-affordable-healthcare. Acesso em: 05 maio 2011.

KOBIS, D. A.; KENNEDY, K. M. Capacity management and patient throughput: putting this problem to bed. **Healthcare financial management**, v. 60, n. 10, p. 88-92, 2006.

KOCISOVA, K. et al. Use of DEA method to verify the performance model for hospitals. **Business Administration and Management**, v. 4, n. __, p.125-140, 2018.

KRISTENSEN, T. et al. Economy of scale and scope in Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. **Health Policy**, v. 106, n. 6, p. 120-126, 2012.

KWAK, Y. H.; ANBARI, F. T. Benefits, obstacles, and future of Six Sigma approach. **Technovation**, v. 26, n. 5, p. 708-715, 2006.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência**. Belo Horizonte: IBEDISS, 2009.

LARA, N. C. **Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da saúde suplementar**: estimativa 2017. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018.

LEAL, R. M.; MORGADO, R. R. Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS: uma avaliação do programa de apoio do BNDES, 1999-2007. **BNDES Setorial**, v. 28, p. 37-72, 2008.

LI, S. et al. Development and validation of a measurement instrument for studying supply chain management practices. **Journal of Operations Management**, v. 23, n. 6, p. 618-641, 2005.

LIMA, E. A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogarítmico. **Revista Portuguesa de saúde Pública**, v. 3, p. 19-28, 2003.

LINS, M. E. et al. O uso da análise envoltória de dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 985-998, 2007.

LITVAK, E. **Managing variability in patient flow is the key to improving access to care, nursing, staffing, quality of care, and reducing its cost**. 2004. Disponível em: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/21/207>. Acesso em: 18 jan 2019.

LITVAK, E. Introduction. In: LITVAK, E (Editor). **Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions**. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Second Edition, 2010.

LIU, L. et al. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 12, p. 1793-1804, 2001.

LOBO, M. S. C. et al. Avaliação da eficiência dos serviços de saúde por meio da análise envoltória de dados. **Cadernos de saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 93-102, 2011.

LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

LYNK, W. The creation of economic efficiencies in hospital mergers. **Journal of Health Economics**, v. 14, n. 5, p. 507-530, 1995.

MAFFINI, R. **Direito administrativo**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2ª Edição, 2008.

MAISTER, D.H. **The psychology of waiting lines**. In: CZEPEL, J. A. et al. (Editors). *The service encounter managing employee*. Lexington: Lexington Books, 1985.

MALAGÓN-LONDOÑO, G. et al. **Administração Hospitalar**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003.

MANN, S. et al. The maternal health compact. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 14, p. 1304-1305, 2017.

MARINHO, A. **Estudo de eficiência de alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001a.

MARINHO, A. **Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001b.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, 2006.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, A. J. Gestão financeira e de custos. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MATOS, J. P. **Eficiência dos hospitais universitários federais nas Regiões Norte e Nordeste**: uma análise por envoltória de dados. São Carlos: Departamento de Engenharia de Produção Mecânica, 2014.

MEDAUAR, O. **Direito administrativo moderno**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

MEIRELLES, H.L. **Direito administrativo brasileiro**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2000.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, R. et al. **Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Consultant Report for World Bank, 2005.

MILESKI, H. S. **O controle da gestão pública**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MILLS, A. et al. **The challenge of health sector reform**: what must governments do? Houndmills: Palgrave Publ. Ltd, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**. Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

MORAES, A. **Direito constitucional administrativo**. São Paulo: Editora Atlas, 4ª edição, 2007.

MORCHEL, J. et al. Relationships between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 204, 2016.

MOZZACATO, P. et al. **How does lean work in emergency care?** A case study of a lean inspired interventions at the Astrid Lindgren Children's

Hospital, Stockholm, Sweden. BMC Health Services Research. 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-28>. Acesso em: 13 mar. 2013.

MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. **The relationship between volume and health outcomes**. Glasgow: NHS Scotland, 2005.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

NARDIN, A. L. **Como a transparência na gestão pública pode contribuir para a sustentabilidade e reabilitação ambiental**: o caso dos hospitais de pequeno porte. Brasília; Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília, 2015.

NEDER, A. L. R. **Melhores práticas na gestão da cadeia de suprimentos**: um estudo de caso em uma rede de hospitais privados. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Instituto COPPEAD em Administração da UFRJ, 2015.

NEPOTE, M. H. A. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, p. 21-30, 2003.

NEPOTE, M. H. A et al. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 529-534, 2009.

NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

NOVACK, V. et al. Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 3, p. 170-176, 2007.

OECD. **Value for money in health spending**. Paris: OECD Publishing, 2010.

OECD/EU. **Health at a glance**, Europe 2016. State of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

OSBORNE, D.; GAEBLERT. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 3. ed. Brasília: MH Comunicações, 1994.

OSMO, A. A. Processo gerencial. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PATEL, H. et al. Aortic valve replacement: using a state wide cardiac surgical databasis identifies a procedural volume hinge point. **Annals of Thoracic Surgery**, v. 96, n. 5, p. 1560-1566, 2013.

PERLARD, G. **Seis sigma: o que é e como funciona**. 2012. Disponível em: <http://www.sobreadministracao.com/seis-sigma-o-que-e-como-funciona>. Acesso em: 08 jun. 2013.

PERROT, J. et al. **The contractual approach**: new partnerships for health in developing countries. Geneva: World Health Organization, 1997.

PETERS, T. **Re-Imagine**. London: Dorling Kindersley, 2003.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/ FGV, 2009.

PINTO, C. F.; BATTAGLIA, F. **Aplicando Lean na saúde**. São Paulo: Lean Institute Brasil, 2014.

POLARA, W. M. **Comunicação pessoal**, 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

POSNETT, J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7216, p. 1063-1065, 1999.

PREYRA, C.; PINK, G. Scale and scope efficiencies through hospital consolidations. **Journal of Health Economics**, v. 25, n. 6, p. 1049-1068, 2006.

PRICEWATERHOUSECOOPER'S HEALTH INSURANCE INSTITUTE. **The price of excess**: identifying waste in healthcare. 2010. Disponível em: <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.html>.

QUENTIN, W. et al. **Measuring and comparing health system outputs**: using patient classification systems for efficiency analyses. In: CYLUS J et

al. Health system efficiency: how to move measurement matter for policy and management. London: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.

RAIMUNDINI, S. L. **Aplicabilidade do sistema ABC e análise de custos: estudo de caso em hospitais públicos.** Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração, Universidade Estadual de Maringá/PR, Maringá, 2003.

RAMOS, M. C. A. et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimentos pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 43, p. 1-2, 2015.

REHNBERG, C. Sweden. In: HAM C (Editor). **Health care reform: learning from international experience.** Buckingham: Open University Press, 1997.

REINHARDT FILHO, W. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VEICINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

ROCHA, F. M. **Fundamentos de microeconomia II.** 2012. Disponível em: <http://epge.fgv.br/we/Graduação/FundamentosMicroeconomiall>. Acesso em: 04 maio 2013.

ROCHA, F. T. **O papel dos hospitais de pequeno porte nas redes temáticas de atenção à saúde em Minas Gerais.** Belo Horizonte: FEDERASSANTAS, 2013.

RODRIGUES, J.M. et al. Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos: uma aproximação possível? **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 9, n. 24, p. 1128-1142, 2015.

ROSENBAACH, M. L.; DAYHOFF, D. A. Access to care in rural America: impact of hospital closures. **Health Care Financ Rec**, v. 17, n. 1, p. 15-37, 1995.

RUDOLPH, M. E. **The problem of patient flow.** In: LITVAK E (Editor). Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010.

SAINI V et al. **Drivers of poor medical care.** The Lancet. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3). Acesso em: 18 ago. 2017.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: Regional Office for Europe/World Health Organization, 1997.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. 2006. Disponível em: <http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SAVAS, S. et al. **Contracting models and provider competition**. In: SALTMAN, R.B. et al. (Editors). **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

SCHNEIDER, E. C.; EPSTEIN, A. M. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. **JAMA**, v. 279, n. 20, p. 1638-1642, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **A contratação de serviços de saúde como estratégia de gestão pública**. São Paulo: SESSP, 2002.

SEIXAS, P. H. D. **As organizações sociais de saúde em São Paulo: 1998 – 2002**. São Paulo: Dissertação de Mestrado apresentada à Fundação Getúlio Vargas, 2003.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. 26. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2010.

SERUFO FILHO, J. C. **Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do *diagnosis related groups***. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SILVA, M. Z. et al. Avaliação da eficiência hospitalar por meio da análise envoltória de dados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 100-114, 2016.

SILVA, P. R. Eficiência técnica versus eficiência econômica. **Ciência Agrônômica**, v. 7, p. 157-163, 1977.

SINAY, T. Hospital mergers and closures: survival of rural hospitals. **Journal of Rural Health**, v. 14, n. 4, p. 357-365, 1998.

SMITH-BINDMAN, R. et al. Physician predictors of mammographic accuracy. **Journal of National Cancer Institute**, v. 97, n. 5, p. 358-367, 2005.

SOJO, A. **Reformas de gestión en salud en América Latina**: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales n° 39, 2000.

SORANZ, D. **A reforma da saúde no município do Rio de Janeiro**. Brasília: Seminário Brasília Saudável, 2016.

SOUSA, H. I. J.; FREITAS, D. M. M. **Desafios da cadeia de suprimentos na rede de saúde do Ceará**. Brasília: IX Congresso CONSAD de gestão pública, 2016.

SOUZA, A. A et al. Gestão de hospitais: análise da eficiência técnica. **FACEP Pesquisa, Desenvolvimento e Gestão**, v. 19, n. 3, p. 305-318, 2016.

TABWIN. 2013.

TABWIN. 2017.

TRIVELATO, P. T. et al. **Avaliação da eficiência na alocação de recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar**. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.volume12i2725>. Acesso em: 10 out. 2016.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados**: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2001.

THE COMMONWEALTH FUND. **International health care system profiles**. 2016. Disponível em: international.commonwealthfund.org/stats/acute_care_hospital-beds. Acesso em: 27 jan. 2017.

THE LANCET. **Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015**: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8). Acesso em: 19 maio 2018.

UGÁ, M. L. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

ULRICH, D. **Os campeões de recursos humanos**: inovando para obter os melhores resultados. São Paulo: Futura, 1998.

URBACH, D. R.; BAXTER, N. N. Does it matter what a hospital is “high volume” for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical

procedures: analysis of administrative data. **British Medical Journal**, v. 328, p. 737-740, 2004.

VASWANI, S. G. et al. **Strategies for managing patient flow**. In: LITVAK E (Editor). *Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010.

VECINA NETO, G. **Reflexões sobre a assistência farmacêutica**. São Paulo: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2007.

VEDANA, ALL. et al. **Reorganização das portas de entrada da urgência e emergência na 15ª Região de Saúde do estado do Paraná**. Maringá: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2016.

VÍA, J. M. **Experiências internacionais: a experiência da Catalunha**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL. *Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VITALIANO, D.F. On the estimation of hospital cost-functions. **Journal of Health Economics**, v. 6, n. 4, p. 305-318, 1987.

WENG, S. J. et al. **Health Serv Outcomes Res Method**, v. 9, p. 39, 2009.

WERNECK, A.; BOTTARI, E. **Das dez OSs que operam no município, oito estão sob investigação**. O Globo. 18 de janeiro de 2016.

WEAVER, M.; DEOLALIKAR, A. Economies of scale and scope in Vietnamese hospitals. **Social Sciences & Medicine**, v. 59, n. 1, p. 199-208, 2003.

WOLFF, L. D. G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade dos hospitais brasileiros**. 2005. Florianópolis: Tese de Doutorado em Engenharia de Produção na Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health system, improving performance**. Geneva; World Health Organization, 2000.

YOUNG, G. et al. Community control and pricing patterns of nonprofit hospitals: an antitrust analysis. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 25, n. 6, p. 1051-1081, 2000.

YOUNG, T. et al. Using industrial processes to improve patient care. **British Medical Journal**, v. 328, n. 7432, p. 162-164, 2004.

CAPÍTULO 14 – O DESAFIO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE: DO CUIDADO POBRE PARA O CUIDADO CERTO

1. A SINGULARIDADE DA TECNOLOGIA DE SAÚDE

Tecnologia é um modo de combinar insumos, materiais, componentes, informação, mão de obra e energia com produtos de maior valor (CHRISTENSEN et al., 2009).

A tecnologia de saúde é um recurso que envolve dimensões distintas que resultam em um produto, que pode ser um bem durável, ou uma teoria, um novo modo de fazer algo em bens ou produtos simbólicos (SANTOS, 2016). Tecnologia em saúde pode ser definida, de uma forma muito simples e genérica, como conhecimento aplicado. No caso da saúde, ela é conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico, o tratamento das doenças e a reabilitação de suas consequências (VIANA, 2011). A tecnologia de saúde engloba medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

Merhy (2002) classificou as tecnologias de saúde em três tipos: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que se dão no campo das relações e que levam à produção de vínculo, acolhimento e autonomização. As tecnologias leve-duras constituem-se de saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde no campo da clínica. As tecnologias duras são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais.

A tecnologia de saúde não é, como em outros setores da economia, uma tecnologia substitutiva, mas acumulativa. Os tomógrafos não terminaram com os aparelhos de raios X; ao contrário, somaram-se a eles e depois adicionaram-se às ressonâncias magnéticas.

O processo de produção de serviços de saúde é descontínuo e intensivo em mão de obra, o que faz com que a tecnologia de saúde não seja poupadora do fator trabalho.

A tecnologia de saúde expande-se com extrema rapidez e é incorporada sem uma avaliação rigorosa de sua efetividade. Estima-se que haja disponíveis mais de 750 mil tecnologias de saúde, das quais menos de 30% têm sua efetividade comprovada por ensaios clínicos rigorosos. Esse enorme acervo tecnológico faz com que seja difícil

localizar e discernir a informação relevante, bem como interpretá-la e valorizá-la em termos de sua validade científica (BRIONES, 2000).

Nos Estados Unidos, a agência FDA informou que de 385 medicamentos introduzidos no mercado entre 1981 e 1988, apenas 3% representaram uma importante contribuição aos tratamentos existentes, 13% representaram uma contribuição modesta e 84% representaram pouca ou nenhuma contribuição (FRIEDMAN et al., 1999).

Existe uma grande dificuldade de detectar o momento em que uma tecnologia de saúde passa da fase experimental para incorporar-se à prática cotidiana.

Em decorrência do fenômeno da indução da demanda pela oferta, pode-se dizer que se há tecnologia em saúde disponível ela tende a ser usada independentemente da real necessidade das pessoas usuárias. Isso se dá, como se observa no Capítulo 1, pela assimetria de informação entre os profissionais de saúde que prescrevem as tecnologias e as pessoas que as usam.

Além disso, as tecnologias de saúde costumam ser interpretadas no plano simbólico, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas pessoas usuárias de forma fetichizada. Há uma crença mágica na efetividade dessas tecnologias. Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, são muito receptivos às inovações tecnológicas, o que os faz tomar decisões com a ideia de que tudo aquilo que pode beneficiar as pessoas usuárias dos serviços de saúde deve ser tentado, independentemente da existência da melhor evidência.

Muitas pesquisas realizadas por cientistas são de baixa prioridade para as pessoas usuárias; aspectos relativos ao bem-estar social, funcional e emocional, às reações adversas e aos resultados de longo prazo são negligenciados.

Estudos falhos contribuem para aumentar a adoção de novas práticas clínicas e, quando associados com oportunidades de lucro para atores relevantes como indústria biomédica, médicos e hospitais, têm sua utilização acelerada independentemente do significado para os resultados sanitários para as pessoas usuárias; por outro lado, importantes pesquisas se difundem lentamente quando as perspectivas de retornos financeiros são baixas. Assim, uma mistura de ciência e incentivos falhos leva à adoção de práticas clínicas equivocadas e a resistências à descontinuidade de intervenções que se mostraram pouco benéficas às pessoas usuárias ou carentes de evidências.

Essas características singulares da tecnologia de saúde fazem com que a incorporação de novas tecnologias e o uso irracional das tecnologias de saúde constituam os principais fatores expansivos do fenômeno denominado de inflação médica, ou seja, uma tendência a que os custos dos sistemas de atenção à saúde superem a inflação de preços da economia. Esse fenômeno é universal; e, no Brasil, a inflação médica na saúde suplementar, em março de 2016, foi de 19,0% em relação a uma

inflação de preços, medida pelo IPCA, de 9,4% (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

As novas tecnologias nos sistemas de atenção à saúde, diferentemente de outros sistemas econômicos e sociais, em geral, representam um fator de incremento dos gastos, e não de sua diminuição, pelos seguintes motivos: porque avanços tecnológicos podem implicar aumento de custos uma vez que a nova tecnologia é mais complexa e de maior custo; porque permitem que um maior número de pessoas seja tratado; porque as novas tecnologias são efetivas no tratamento de um número maior de pessoas; porque permitem o diagnóstico e/ou tratamento de doenças secundárias e de efeitos colaterais de doenças que não eram até então consideradas; porque permitem a prevenção de doenças; porque aumentam o tempo de manejo das condições crônicas; e porque trazem para o campo médico condições que extrapolam seu limite (AZEVEDO et al., 2016).

Pesquisas demonstraram que o envelhecimento das populações e os gastos com novas tecnologias agregaram, anualmente, 0,5% aos custos globais dos sistemas de atenção à saúde dos países desenvolvidos (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 1993). Estudos evidenciaram que os avanços tecnológicos responderam por dois terços dos incrementos das despesas dos sistemas de atenção à saúde (GOYEN; DEBATIN, 2009). Outras pesquisas reforçaram essa tese, mas há trabalhos que concluíram que esse fenômeno não se distribui igualmente entre todas as tecnologias tendendo a concentrar-se em alguns grupos como os procedimentos de tratamento dos cânceres, nos procedimentos médicos invasivos e em outros (SORENSEN et al., 2013).

Por essa razão, cada vez mais, está se operando, em diversos sistemas de atenção à saúde, a função de avaliação tecnológica em saúde, instrumento fundamental para o incremento da efetividade e eficiência.

A avaliação tecnológica em saúde é a forma integral de investigar as consequências clínicas, econômicas e sociais do emprego da tecnologia de saúde, tanto no curto quanto no médio prazos, assim como seus efeitos diretos e indiretos, desejados ou não desejados. Ela se concebe, cada vez mais, como um processo dirigido a estimar o valor e a contribuição relativa de cada tecnologia de saúde à melhoria da saúde individual e coletiva, tendo em conta seu impacto econômico e social (ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD, 1998).

A questão da avaliação tecnológica remete à avaliação econômica em saúde entendida como o estudo de estratégias ou intervenções ocorridas nos sistemas de atenção à saúde para verificação dos custos incorridos em sua implantação e das consequências em ganhos de saúde (DRUMMOND, 1995).

Existem quatro tipos de avaliação econômica em saúde: custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. A avaliação de custo-minimização é

usada quando se tem duas ou mais intervenções que proporcionam o mesmo ganho de saúde. Na avaliação de custo-efetividade, utiliza-se um parâmetro clínico para mensurar e refletir o ganho potencial de saúde. Na avaliação de custo-utilidade usa-se um único parâmetro clínico capaz de ser mensurado em qualquer condição de saúde, expressando-se, em geral, em qualidade de vida. Na avaliação custo-benefício o ganho de saúde é valorado em termos monetários (FERRAZ, 2016).

Não só a tecnologia de saúde é singular. Também, o sistema de inovação tecnológica em saúde apresenta características particulares, de tal forma que Hicks e Katz (1996) sugerem a existência de um sistema biomédico de inovação.

Esse sistema de inovação tecnológica envolve uma articulação entre a rede de serviços de saúde, o aparelho educacional, as instituições corporativas, as instituições de pesquisa, a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos biomédicos. Os fluxos de informações científicas e tecnológicas entre esses seis componentes do complexo médico-industrial é que marcam a singularidade desse sistema de inovação tecnológica.

O número de fluxos que se originam ou se destinam às universidades e às instituições de pesquisa é grande. As universidades e os institutos de pesquisa se caracterizam como os centros de convergência do sistema de inovação tecnológica em saúde. A rede de serviços de saúde interage, fortemente, com as indústrias farmacêutica e biomédica e com as universidades. Hospitais e centros médicos universitários têm uma posição-chave na implementação, na difusão e nas melhorias incrementais das inovações. As instituições de regulação estatal do sistema de atenção à saúde, as instituições corporativas e as universidades cumprem o papel de filtro das inovações geradas pelas universidades ou indústrias. Essa combinação de instituições aponta para o papel singular desempenhado por ambientes seletivos não mercantis no sistema de inovação tecnológica em saúde. As indústrias têm graus diferentes de interação com as universidades (ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2000).

A inovação tecnológica em saúde é crescentemente dependente de pesquisas interdisciplinares. Na indústria farmacêutica, um novo medicamento depende do trabalho de químicos, biólogos moleculares, imunologistas, engenheiros clínicos, farmacêuticos, médicos e outros. Na indústria de equipamentos biomédicos, requer-se o trabalho de físicos, engenheiros eletrônicos, especialistas em novos materiais, engenheiros clínicos, médicos etc.

A aplicação da ressonância magnética na medicina dependeu de avanços dos físicos no estudo das estruturas do átomo; a ultrassonografia adveio da guerra submarina; a tomografia computadorizada foi consequência de avanços na computação e na matemática; e o aparelho de litotripsia surgiu de descobertas eventuais na indústria aeronáutica (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000).

Isso significa que a produção de inovações tecnológicas em saúde apresenta como pré-requisito a existência de uma estrutura potente de formação universitária e de pós-graduação abrangente e de qualidade sofisticada e uma interação muito próxima entre as universidades e as indústrias.

O sistema de inovação tecnológica em saúde é fortemente baseado na ciência. Uma pesquisa de Mainsfield (1991) mostrou que, na indústria farmacêutica, 27% dos novos produtos e 22% dos novos processos não teriam sido desenvolvidos na ausência de pesquisas acadêmicas recentes; e que 17% dos novos produtos e 8% dos novos processos foram desenvolvidos com a ajuda substancial de pesquisas acadêmicas recentes.

Estudos sobre universidades americanas, analisando o peso relativo das patentes universitárias sobre o total de patentes do setor e ordenando os setores industriais e tecnológicos nesse sentido, mostrou que os cinco setores líderes são da área biomédica e que, entre os dez primeiros, nove poderiam ser relacionados com essa área. Isso significa que o conhecimento utilizado no sistema de inovação tecnológica em saúde é marcadamente público, ainda que sua utilização seja principalmente privada. Nos Estados Unidos, 43,9% dos artigos científicos citados pelas patentes das indústrias têm uma forte origem em instituições públicas, sendo que a soma das patentes de drogas e medicamentos apresenta a maior participação de instituições públicas, atingindo 79,1% de todas as citações (NARIN et al., 1997). Essa constatação é importante para as discussões sobre a formação de preços de medicamentos sujeitos a patentes.

As indústrias do setor saúde aplicam recursos significativos em pesquisa e desenvolvimento. As indústrias farmacêuticas e de biotecnologia investem em torno de 17% do total de vendas em pesquisa e desenvolvimento, o dobro das demais indústrias de alta tecnologia. Desses recursos, 5% são aplicados em universidades. Os testes clínicos de novos medicamentos consomem 30% do total de pesquisa e desenvolvimento da indústria farmacêutica. Ademais, dada a emergência da tripla carga das doenças, as doenças crônicas passaram a consumir dois terços dos investimentos em pesquisa e desenvolvimento da indústria farmacêutica (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000).

A questão da geração de evidências de boa qualidade esbarra nos limites da pesquisa biomédica. Ainda que a pesquisa médica seja feita para responder a questões e examinar áreas que importam às pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, 85% do investimento global em pesquisa biomédica, US\$ 240 bilhões em 2010, é desperdiçado em investigações que não atingem estes objetivos (ROTTINGEN et al., 2013). Muitas pesquisas realizadas por cientistas são de baixa prioridade para as pessoas usuárias; aspectos relativos ao bem-estar social, funcional e emocional, às reações adversas e aos resultados de longo prazo são negligenciados. Ensaios clínicos realizados pela indústria respondem a questões que são de baixo valor clínico ou que se destinam a validar resultados favoráveis aos produtos dos financiadores

(LATHYRIS, 2013). Estudos falhos contribuem para aumentar a adoção de novas práticas clínicas e quando associados com oportunidades de lucro para atores relevantes como indústria biomédica, médicos e hospitais, têm sua utilização acelerada independentemente do significado para os resultados sanitários para as pessoas usuárias; por outro lado, importantes pesquisas se difundem lentamente quando as perspectivas de retornos financeiros são baixas.

Atualmente, o suporte para a pesquisa clínica está focado nos ensaios clínicos randomizados como padrão ouro da efetividade de diagnósticos e de terapêuticas. O ensaio clínico randomizado ganhou esse status por sua habilidade em controlar muitos fatores de confundimento e de prover uma evidência direta da efetividade de diferentes tratamentos, intervenções e métodos de atenção à saúde (HENNEKENS et al., 1987). Ainda que o ensaio clínico randomizado tenha tido sucesso em gerar novos conhecimentos, ele apresenta, também, várias limitações: não são viáveis em todas as situações, são muito caros, demoram muito tempo para serem concluídos, respondem somente às questões formuladas para serem respondidas e não podem responder a cada tipo de questão investigativa (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013). Estudo sobre a utilização de ensaios clínicos randomizados para comparação da efetividade mostrou que os custos variaram de US\$ 400 mil a US\$ 125 milhões com um custo médio de estudos mais amplos de US\$ 15 a US\$ 20 milhões (HOLVE; PITTMAN, 2009). Os ensaios clínicos randomizados não representam toda a população clinicamente relevante, o que limita a generalização de seus achados (FRANGAKIS, 2009). Assim, pessoas que apresentam comorbidades são rotineiramente excluídas das pesquisas (DHRUVA; REDBERG, 2007). Além disso, ensaios clínicos randomizados que coletam dados por um período limitado não são capazes de captar efeitos de longo prazo ou efeitos colaterais de baixa probabilidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Outros modelos de pesquisa apresentam maiores limitações. A força dos estudos observacionais está em que são capazes de capturar práticas sanitárias em situações do mundo real, o que ajuda a generalizar seus resultados para outras práticas clínicas. Contudo, os estudos observacionais são desafiados a minimizar vieses e a assegurar que seus resultados se devam às intervenções pesquisadas. Por essa razão, como demonstrado pelo uso da terapia de reposição hormonal e da vitamina E no tratamento da doença coronariana, os resultados dos estudos observacionais nem sempre estão de acordo com os ensaios clínicos randomizados (LEE et al., 2005).

Diferentes tipos de pesquisas são necessários em diferentes estágios do ciclo de vida das tecnologias médicas. Os estágios iniciais, antes da incorporação pelo mercado, são dominados pelos ensaios clínicos randomizados com foco na eficácia; nos estágios pós-incorporação da tecnologia, prevalecem os estudos observacionais, as revisões sistemáticas e os ensaios clínicos randomizados com foco na efetividade. Dadas essas limitações prevaletentes há um crescente esforço no desenvolvimento de novas metodologias de pesquisa em tecnologias sanitárias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

Ainda que o conhecimento médico tenha crescido fortemente, há um grande espaço de tempo em transformar evidências prováveis em práticas clínicas estabelecidas. Há estudo mostrando que tempo médio transcorrido entre a publicação de uma pesquisa e sua implementação na clínica é de 15 anos (BALAS; BOREN, 2000). É o que ocorreu com as drogas trombolíticas no tratamento do infarto agudo do miocárdio (ANTMAN et al., 1992).

2. O PARADOXO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE

Os avanços no conhecimento clínico levaram a melhorias expressivas na saúde da população, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Até então, a tecnologia de saúde parecia ter pouca efetividade, principalmente no enfrentamento das doenças crônicas.

Em um clássico trabalho produzido nos anos 1970, Illich (1975) retratou esse momento quando observou que a nêmesis da medicina se tornou um perigo para a saúde por várias razões: por ser impotente para aumentar a esperança de vida e para reduzir a mortalidade global; por ser fonte de uma nova doença, a iatrogenia, uma epidemia mais importante que qualquer outra; e por reduzir a autonomia das pessoas na busca de sua saúde que levou à iatrogênese social. Um dos exemplos utilizados para estabelecer a ocorrência da nêmesis médica foi o infarto agudo do miocárdio. Esse autor mencionou estudos comparativos entre a cura desses eventos em pessoas tratadas em serviços de cardiologia e tratadas em casa e as conclusões foram de que não havia nenhuma vantagem no tratamento hospitalar sobre o tratamento domiciliar, e concluiu: *“O pânico provocado pela reclusão num meio mecânico mata mais gente que a máquina salva”* (ILLICH, 1975).

A visão illichiana, no caso dos infartos agudos do miocárdio, provavelmente era real àquela época. Durante a maior parte do século XX, pouco se podia fazer em pessoas com essas doenças; a conduta clínica consistia em colocá-las em repouso em uma cama e esperar que elas evoluíssem por sua própria conta. Isso acontecia com certas pessoas, mas muitas delas perdiam massa muscular e a capacidade de se autocuidar após grandes períodos na cama. Muitas morriam (CERTO, 1995).

Contudo, nas décadas finais dos anos 1980, ocorreram mudanças radicais nos cuidados cardíacos. As tecnologias de diagnóstico passaram a reconhecer diferentes tipos de infartos agudos de miocárdio permitindo tratamentos customizados às pessoas. Novas tecnologias de tratamento, como os betabloqueadores e os trombolíticos, melhoraram os tempos de sobrevivência e reduziram as chances de infartos subsequentes em vários grupos de pessoas. Por fim, intervenções cirúrgicas passaram a recuperar os fluxos sanguíneos garantindo resultados sanitários favoráveis (BRAUNWALD et al., 2002; ANTMAN et al., 2004). É importante destacar que a primeira cirurgia cardíaca aberta foi realizada em 1954, a primeira droga beta-

bloqueadora foi introduzida em 1962 e a primeira angioplastia foi feita em 1979 (NABEL; BRAUNWALD, 2010).

Essas melhorias nos cuidados cardíacos, juntamente com procedimentos de promoção da saúde e de prevenção das doenças cardíacas, vêm contribuindo para décadas de declínio sustentado da mortalidade por enfermidades cardíacas (ROGERS et al., 2008). Como exemplo, uma pesquisa mostrou que melhorias nas medicações e nas intervenções cirúrgicas nas últimas três décadas estiveram associadas com maiores taxas de sobrevivência hospitalar, que passaram de 81% em 1975 para 91% em 2005 (FLOYD et al., 2009).

Fang et al. (2010) indicaram que a mortalidade hospitalar por infartos agudos de miocárdio caiu dois terços de 1979 a 2005. Nabel e Braunwald (2012) analisaram as taxas de mortalidade por doenças cardíacas por 100 mil pessoas no período de 1950 a 2010 e verificaram que essas taxas permaneceram estáveis de 1950 a 1970, em torno de 450 mortes por 100 mil pessoas, e entraram em baixa acentuada entre 1970 a 2010, quando atingiram 100 mortes por 100 mil pessoas, uma queda de mais de 75% no período.

O que vem ocorrendo nas doenças cardíacas tem se repetindo em várias outras condições de saúde. É o caso da atenção a HIV/Aids. Em três décadas, desde que a doença foi documentada, 35 diferentes medicamentos foram introduzidos para seu tratamento, e vários testes foram propostos para seu diagnóstico e para permitir aos clínicos identificarem as características genéticas específicas dos vírus em uma dada pessoa (SIMON et al., 2006; FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2011). Os avanços tecnológicos transformaram uma doença fatal em uma condição crônica que pode ser manejada ao longo do tempo.

Não tem sido diferente no caso do câncer. Como consequência dos avanços tecnológicos, as taxas de sobrevivência após cinco anos do tratamento subiram de 35% em 1955 para mais de 65% em 2002 (DE VITA; CHU, 2008; DE VITA; ROSENBERG, 2012).

Esses dados demonstram que as tecnologias de saúde quando utilizadas corretamente são efetivas. Contudo, esses resultados positivos vêm acompanhados de dois fenômenos que ocorrem concomitantemente: o incremento dos conhecimentos científicos e o aumento da complexidade da clínica.

As tecnologias de saúde crescem exponencialmente. O volume no conhecimento biomédico e clínico se expandiu rapidamente o que pode ser indicado pelo aumento das publicações em revistas científicas indexadas que subiu de 200 mil em 1970 para mais de 750 mil em 2010 (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013). Esse forte crescimento da produção de artigos científicos fez-se a partir dos anos 1970, que coincide com a melhoria acentuada dos resultados sanitários observados em relação às doenças cardíacas e ao câncer.

No ano de 2016, segundo dados do PubMed, a biblioteca *on-line* dos Institutos de Saúde dos Estados Unidos recebeu 1.260.400 artigos; destes, 40.573 eram sobre câncer; e 5.977 eram sobre diabetes (HOLTHAUSEN; GOLDBERG, 2017). Assim, um médico especializado em diabetes teria que ler, em média, 27 artigos por dia útil de trabalho para manter-se totalmente atualizado. Em 2018, essa mesma biblioteca recebeu 1.500.000 artigos, o que significou 125.000 artigos por mês e 4.200 artigos por dia (MENDONI e PASTORE, 2019).

Estimou-se que, por dia, tenham sido publicados 2.100 trabalhos, 75 ensaios clínicos randomizados e 11 revisões sistemáticas, o que torna problemática a atualização plena dos clínicos (BASTIAN et al., 2010).

Esse movimento avassalador de produção de novos conhecimentos supera a capacidade de qualquer profissional de ler, lembrar e gerenciar as informações que guiam as práticas clínicas. Pesquisa feita com professores de uma faculdade de medicina mostrou que, em média, eles liam 322 artigos por ano (TENOPIR et al., 2004). Dados de uma pesquisa denominada de impossibilidade de ser um experto evidenciaram que no ano de 2000 foram publicados 450 mil artigos, essa quantidade de 322 artigos anuais correspondeu a menos que 0,1% da literatura produzida nesse ano. Mesmo em uma subespecialidade restrita como a de imagem cardíaca, em que um médico, em média, lia 40 artigos por dia, 5 dias por semana, ele levaria 11 anos para manter-se plenamente atualizado. Nesse período, teriam se acumulado mais 82 mil artigos que representariam mais 8 anos de leitura (FRASER e DUNSTAN, 2010).

Além do volume de informações ser muito grande, os clínicos têm que assegurar que a informação é de alta qualidade para minimizar a possibilidade de que a evidência produzida não será contraditada por outras pesquisas, verificar se a pesquisa é livre de conflitos de interesse e estabelecer que será aplicável às pessoas que atende em suas circunstâncias específicas (PRASAD et al., 2011).

Outro fenômeno que afeta as tecnologias de saúde é o incremento da complexidade da clínica. Volte-se ao manejo de HIV/Aids. Os clínicos devem entender os perfis de resistência das pessoas com a doença para adotar combinações de medicamentos adequadas e devem monitorar a carga viral para assegurar que o tratamento continua a funcionar, acompanhar o curso do tratamento para verificar se há efeitos adversos e prevenir interações entre os medicamentos de HIV/Aids e outros medicamentos para outras condições de saúde.

O aumento da complexidade da clínica significa que os profissionais de saúde e as pessoas usuárias têm, como nunca, mais informações a considerar e mais decisões a fazer. Essas decisões não são fáceis nem diretas e podem incluir muitas opções, *trade-offs*, riscos e benefícios. Verificou-se que menos da metade das pessoas recebe informações sobre os riscos e *trade-offs* dos seus tratamentos (FAGERLIN et al., 2010; SEPUCHA et al., 2010).

Outro fator importante no aumento da complexidade clínica é a comorbidade. Nos Estados Unidos, 75 milhões de pessoas apresentam mais de uma condição crônica (PAREKH; BARTON, 2010).

Nos casos de comorbidades, exige-se um enfoque holístico porque o uso de diretrizes clínicas múltiplas desenvolvidas por condições de saúde individuais pode ter efeitos adversos. Por exemplo, a utilização de várias linhas-guia para uma senhora hipotética de 79 anos de idade com artrite, osteoporose, diabetes tipo 2, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica poderia levar à prescrição de 19 medicamentos a serem tomados em um dia. Várias interações adversas entre esses medicamentos poderiam ocorrer (BOYD et al., 2005).

A complexidade clínica pressiona os profissionais de saúde. Verificou-se que um médico de APS pode operar com 370 diagnósticos, 600 medicamentos e 150 exames complementares (SEMEL et al., 2010). Um médico em uma unidade de terapia intensiva deve monitorar e agir sobre 240 sinais vitais, o que estressa sua capacidade cognitiva (DONCHIN; SEAGULL, 2002).

Pesquisas demonstraram que a complexidade apresenta efeitos negativos nas habilidades das pessoas tomarem decisões (WEICK; SUTCLIFFE, 2001). Também, a complexidade pode levar os profissionais a adiarem decisões, a escolher uma opção equivocada ou a não tomar nenhuma decisão (SHAFIR et al., 1993).

Ainda que a Síndrome de Burnout seja multifatorial, essa pressão colocada pela complexificação da clínica está presente no grande aumento dessa condição entre os médicos. Freudenberger (1974) descreveu essa síndrome pela ausência de prazer no trabalho, falta de estímulo, sensação de esgotamento, escassez de energia emocional, fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade. Uma revisão sistemática mostrou que essa síndrome é mais comum nas especialidades de medicina de terapia intensiva, medicina de família, medicina de emergência, medicina interna e ortopedia (MOREIRA et al., 2018).

Essas rápidas e profundas transformações tecnológicas fazem com que, nos sistemas de atenção à saúde, a solução de hoje seja o problema de amanhã (RAFFEL, 1997). E dão razão a Harari (2018) quando afirmou que *“os humanos sempre foram melhores em inventar ferramentas do que em usá-las sabiamente”*.

O resultado de tecnologias efetivas que crescem rapidamente e aumentam a complexidade da clínica é o paradoxo da tecnologia de saúde. Esse paradoxo se expressa assim: os avanços na ciência e tecnologia têm melhorado a habilidade dos sistemas de atenção à saúde em diagnosticar e tratar as condições de saúde, mas o alto volume das tecnologias desenvolvidas supera a capacidade desses sistemas em gerar e gerenciar o conhecimento e de aplicá-lo de forma regular (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Esse paradoxo pode ser analisado em duas partes. Na primeira, reitera as evidências produzidas de que as tecnologias de saúde incorporadas têm sido efetivas. Na segunda, a partir da conjunção adversativa, mas adverte que em função de uma expansão explosiva que aumenta a complexidade da clínica, os sistemas de atenção à saúde não podem utilizar as tecnologias de forma racional, o que ameaça a eficiência e a qualidade da atenção desses sistemas.

O problema pode se acentuar com o aumento da velocidade de incorporação de novas tecnologias porque é próprio da natureza intrínseca do homem a busca constante de inovações (HARARI, 2016).

Inovação é diferente de invenção. A invenção é a criação de um produto ou serviço que não existia antes; a inovação é a capacidade de estimular consumo pela agregação de valor para as pessoas.

As inovações tecnológicas podem ser classificadas em dois tipos: inovações de sustentação e inovações disruptivas (CHRISTENSEN et al., 2009).

As inovações de sustentação buscam manter a trajetória de melhoria de desempenho em um mercado competitivo. Elas atendem as necessidades atuais. Os produtos dessas inovações continuam a ser custosos e pouco acessíveis a grandes contingentes de pessoas. Elas podem ser transformações radicais ou rotineiras e incrementais. As inovações de sustentação fazem os produtos serem melhores. Em geral, ganham fatias de mercado, mas não geram desenvolvimento. Aviões que voam com maior autonomia, computadores mais rápidos e baterias de celulares que duram mais tempo são exemplos de inovações de sustentação, que não pressupõem um novo conceito. Por essa razão, mesmo que elas signifiquem mudanças radicais, limitam-se a sustentar o funcionamento do sistema. Não obstante a incorporação permanente de muitas tecnologias, os sistemas de atenção à saúde permanecem caros e pouco acessíveis. Em geral, as inovações de sustentação são feitas pelas organizações líderes de seus respectivos setores em busca de maiores lucros. Os seus produtos são complexos e tendem a ser mais caros, o que impede um aumento significativo do acesso das pessoas a elas (CHRISTENSEN et al., 2009).

As inovações disruptivas identificam-se pela capacidade de tornar as coisas mais simples e acessíveis. Elas atendem às necessidades futuras e são capazes de criar trabalho e crescimento. Essas inovações nem sempre são mudanças radicais, mas implicam, necessariamente, uma mudança de conceito. Elas constituem processos pelos quais produtos e serviços caros e complexos podem ser convertidos em produtos e serviços simples e acessíveis. É o caso do computador pessoal que veio a substituir os microcomputadores porque significou uma simplificação, tornou-se acessível a milhões de pessoas. Posteriormente, os *smartphones* assumiram muitas funcionalidades dos computadores pessoais. As inovações disruptivas geram reações fortes dos líderes das soluções convencionais que, movidos pelo instinto da sobrevivência, propõem medidas defensivas para retardar os efeitos da disrupção (CHRISTENSEN et

al., 2009). Esse parece ser o caso dos taxistas diante da ruptura causada pelo modelo Uber de transporte de pessoas que foi construído a partir de um novo conceito.

No setor saúde, as inovações de ruptura devem, ao mesmo tempo, reduzir os custos da assistência, aumentar a acessibilidade, melhorar a qualidade e gerar valor para as pessoas usuárias. Como exemplos, a saúde virtual e a teleassistência apresentam altos potenciais de constituírem-se como inovações disruptivas. Da mesma forma, novos modelos de prestação de serviços de saúde podem ser inovações disruptivas como os centros hospitalares especializados de alta escala (veja o caso de hospitais indianos analisados no Capítulo 13 ou a integração em rede da APS e da AAE mostrada no Capítulo 12). Outra forma de disrupção na saúde é a passagem da medicina intuitiva para a medicina de precisão.

Recentemente, vêm-se incorporando ao campo da medicina uma série de novas tecnologias cujo impacto ainda é difícil de antecipar: inteligência artificial, *machine learning*, *big data*, sensores biométricos, medicina genômica, impressoras 3D, robótica, nanotecnologia, imunoterapia, holografia, interconexão mente/tecnologia de informação, medicina preditiva, medicina de precisão, internet das coisas médicas, medicina virtual, realidade virtual e outras (DELOITTE CENTER FOR HEALTH SOLUTION, 2016; MEDICAL TRAINING, 2017; DELOITTE UK CENTRE FOR HEALTH SOLUTIONS, 2018; HARARI, 2018) .

Algumas dessas tecnologias podem ser inovações de sustentação, e outras, inovações disruptivas.

Essas novas tecnologias têm sido consideradas como medicina do futuro. O que é equivocado porque sua introdução nos sistemas de atenção à saúde vem-se dando de forma sorrateira e avassaladora.

Tome-se, como exemplo, a medicina genômica. As transformações cognitivo-tecnológicas dos sistemas de atenção à saúde devem se acelerar e aprofundar nas próximas décadas com o avanço da engenharia genética, de tal forma a provocar mudanças qualitativas nesses sistemas, substituindo a medicina morfofuncional prevalecente pela medicina genômica; e, até mesmo, ao avançar sobre campos externos aos serviços de saúde, determinando a emergência de um novo paradigma econômico, a bioeconomia. Entre 2005 e 2008, mais de 100 variantes genéticas associadas com aproximadamente 40 doenças complexas foram identificadas; e em 2008, mais de 1.200 testes genéticos para mais de 1.200 condições clínicas estavam disponíveis (MANOLIO, 2010). Os avanços na genética têm possibilitado o desenvolvimento de tratamentos individualizados segundo necessidades de cada tipo de pessoa (O'RAHILLY, 2009).

Contudo, as mudanças mais significativas nos sistemas de atenção à saúde estão vindo da confluência de duas imensas revoluções que se estão dando na biotecnologia e na tecnologia de informação. De um lado, profissionais de saúde estão

decifrando os mistérios do corpo humano e, de outro, a tecnologia de informação está produzindo algoritmos de big data com base em uma enorme quantidade de informações. As decisões médicas já começam a ser feitas, também, por meio de algoritmos inorgânicos gerados por máquinas com grande acurácia (HARARI, 2016). Essas novas tecnologias representam, a um tempo, uma ameaça e uma oportunidade.

A ameaça mais significativa decorre das incertezas que elas trazem, nos médio e longo prazos, para o emprego das profissões de saúde e para os custos dos serviços de saúde. Mesmo assim, há quem entenda que elas poderiam manter ou aumentar o emprego porque deslocariam os trabalhadores para atividades menos rotineiras e que geram mais valor para as pessoas (DELOITTE, 2018). Outro problema deriva da segurança cibernética.

Por outro lado, essas tecnologias podem ser inovações disruptivas capazes de tornar a atenção à saúde mais simples e acessível, atingindo grandes segmentos populacionais.

As tecnologias digitais que vêm chegando podem levar a novos modelos de cuidados centrados nas pessoas e em enfoques de saúde inteligente que dirigem as inovações, aumentam a acessibilidade, melhoram a qualidade e baixam os custos. Além do mais, elas apresentam um potencial para utilizar melhor as informações de saúde em pesquisas, para dar suporte à medicina personalizada e para melhorar as intervenções sanitárias (DELOITTE UK CENTRE FOR HEALTH SOLUTIONS, 2018).

Aparentemente, algumas dessas novas tecnologias podem produzir três movimentos simultâneos: o primeiro, a descentralização dos equipamentos de saúde; o segundo, as ferramentas de decisão clínica *on-line* provenientes de algoritmos; e terceiro, a teleassistência (CHRISTENSEN et al., 2009).

Posto isso, é possível pensar em uma ruptura do paradigma hegemônico de regionalização dos sistemas de atenção à saúde, instituído pelo Relatório Dawson publicado no Reino Unido no ano de 1920 (DAWSON, 1964). Esse modelo de regionalização materializa-se por meio de fluxos centrípetos de pessoas que fluem pelos sistemas de saúde desde a APS descentralizada para a proximidade das residências das famílias e, daí, para os centros de saúde secundários e para os hospitais de ensino. Algumas novas tecnologias têm o poder de fazer a ruptura desse modelo ao instituir fluxos centrífugos de informações e decisões clínicas que chegam até as pessoas em unidades descentralizadas ou telefones celulares e, até mesmo de sensores biométricos. Os fluxos centrípetos da lógica dawsoniana não desaparecerão totalmente, mas serão utilizados de forma equilibrada com fluxos centrífugos.

Há que se ressaltar que as profundas mudanças advindas da incorporação de novas tecnologias que se estão dando presentemente, principalmente aquelas que propiciam uma conectividade em mão dupla entre os prestadores de serviços e as pessoas usuárias, com incremento relativo dos atendimentos não presenciais a

distância por meio de fluxos centrífugos, constituem uma ruptura do modelo dawsoniano puro concebido no início do século XX e organizado em fluxos centrípetos de pessoas em busca de serviços.

Nesse sentido, Christensen et al. (2009) escreveram: *“A segunda onda é levar a solução até os pacientes, em vez de levá-los até a solução. Médicos e enfermeiros podem executar em seus próprios consultórios, na presença do paciente, exames e procedimentos hoje centralizados...E os algoritmos para a tomada de decisão romperão com os centros resolutivos...Onde a falta de progresso tecnológico limitar a descentralização dessa capacidade, a conectividade possibilitará a descentralização virtual, movimento comumente denominado telemedicina”*.

O incremento da conectividade por meio da teleassistência e da saúde virtual está se fazendo no sentido de construir relações permanentes entre os sistemas de saúde e as pessoas usuárias no modelo 24X7 (24 horas por dia e 7 dias por semana). Esse incremento da conectividade nos sistemas de atenção à saúde consumirá US\$ 280,25 bilhões até 2021. Esses gastos tiveram um crescimento de 15,9% de 2016 a 2017 (DELOITTE, 2019).

O objetivo geral da teleassistência e da saúde virtual é melhorar o acesso a serviços críticos e reduzir os custos ao longo do contínuo de cuidados (DELOITTE, 2017).

As aplicações comuns da teleassistência e da saúde virtual incluem: o cuidado sincronizado para facilitar o acesso das pessoas aos serviços; a comunicação entre profissionais de saúde para melhorar a atenção por meio do compartilhamento de informações; o gerenciamento das condições crônicas para aperfeiçoamento do monitoramento das pessoas portadores dessas condições; a telemedicina para melhorar o monitoramento remoto das pessoas; o gerenciamento do cuidado para melhorar a compreensão e o engajamento das pessoas aos seus planos de cuidado; as ações de aumento da adesão aos tratamentos prescritos; e as ações de coordenação do cuidado para melhorar as relações entre entes pagadores e prestadores de serviços de saúde (DELOITTE, 2019).

Ademais, pesquisas demonstraram que a teleassistência é valorizada por 64% das pessoas usuárias entrevistadas (DELOITTE, 2019). Ou seja, será muito difícil que a reação contrária que se espera de prestadores de serviços convencionais consiga barrar esses novos modelos de cuidados à saúde porque têm a adesão das pessoas que utilizam os serviços. Em tempo de cultura digital em que todas as pessoas se movem em torno de seus *smartphones*, será difícil tentar manter os modelos analógicos convencionais que ainda sustentam os modelos de gestão e de atenção à saúde vigentes.

Uma expressão dessa mudança paradigmática pode ser observada na organização americana KP em que, no ano de 2015, pela primeira vez, os atendimentos

não presenciais representaram 52% do total de serviços prestados superando os atendimentos presenciais (MHEALTHINTELLIGENCE, 2016)

Observando a realidade brasileira, pode-se dizer que especialmente as grandes regiões do Norte que contam com baixa densidade demográfica e com grandes contingentes de população dispersa de ribeirinhos e indígenas terão seus problemas de acesso aos serviços de saúde respondidos exclusivamente pela lógica dawsoniana e suas ferramentas convencionais. Como mostra a experiência internacional, aumentar a oferta de médicos e interiorizar equipamentos de saúde não constitui solução sustentável nesse tipo de situação. Aqui haveria que ter atitudes ousadas e criativas com base nas novas tecnologias e, principalmente, na teleassistência e na saúde virtual.

Isso tem sido feito para expansão de acesso a pessoas que vivem em regiões rurais ou de baixa densidade demográfica que carecem de equipamentos físicos e da presença de profissionais de saúde. Como exemplo, nos Estados Unidos, 3 mil áreas rurais estão conectadas em 200 centros de telessaúde que garantem consultas especializadas e educação dos profissionais em várias situações. Outras experiências nesse campo têm sido relatadas em países como Reino Unido, China, Japão, Holanda e Índia (DELOITTE, 2019).

3. A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE

3.1 A QUESTÃO DAS EVIDÊNCIAS

Um dos problemas mais sérios que afetam a qualidade da atenção à saúde é a utilização das tecnologias sem base em evidências científicas sólidas.

O impacto da MBE é prejudicado pelo alto volume da produção de informações e pela diluição de bons estudos em maus estudos (CHALMERS e GLAZIOU, 2009).

A disseminação do conhecimento depende das capacidades de os clínicos lerem, compreenderem, criticarem os estudos, separarem a informação de qualidade e de as utilizarem para mudar suas práticas. Revisões sistemáticas e diretrizes clínicas baseadas em evidências ajudam esse processo de aprendizagem, mas são somente marginalmente bem-sucedidas em razão da grande proliferação dessas diretrizes, muitas contraditórias entre si e frequentemente influenciadas por conflitos de interesse de pesquisadores, de clínicos e da indústria (GOTZSCHE; IOADINNIS, 2012). Apesar disso, o desenvolvimento e implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidências constituem um importante método de promoção da atenção certa (STEINBERG et al., 2011).

Há um *gap* crescente no campo da saúde entre a evidência possível e a evidência produzida. Os estudos mais ilustrativos provêm da experiência dos Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Estima-se que 40% a 50% das recomendações produzidas por diretrizes clínicas são baseadas em opiniões de expertos, em estudos de casos, e não em ensaios clínicos randomizados ou em meta-análises (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Um estudo que analisou as diretrizes clínicas do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* concluiu que as diretrizes clínicas disponíveis eram suportadas por baixos níveis de evidência ou por opiniões de expertos (TRICOI et al., 2009).

A população americana recebe somente metade dos cuidados preventivos, agudos e crônicos recomendados por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas (McGLYNN et al., 2003). Pessoas com diabetes recebem cuidados preventivos somente 21% do tempo (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

As estimativas sobre as decisões clínicas baseadas em evidências variam, mas estudos sugerem que podem estar entre 10% a 20% (INSTITUTE OF MEDICINE, 1985; DARST et al., 2010).

O problema das evidências está, também, nas próprias diretrizes clínicas. Um estudo de diretrizes clínicas para os 10 tipos de câncer mais comuns mostrou que apenas 6% delas estavam baseadas em altos níveis de evidência com consenso uniforme (POONACHA; GO, 2011). Outro estudo examinou 51 diretrizes clínicas para tratamento de câncer de pulmão e encontrou que menos de um terço das recomendações eram baseadas em evidências (HARPOLE et al., 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). Um estudo sobre as recomendações da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas encontrou que somente 14% delas estavam baseadas em mais que um ensaio clínico randomizado e mais da metade delas estava assentada exclusivamente em opiniões de expertos (LEE; VIELEMAEYER, 2011).

As diretrizes clínicas, mesmo quando disponíveis, não são sempre seguidas. Uma avaliação de cardioversor-desfibrilador implantável identificou que 22% foram contrárias às recomendações das diretrizes clínicas das sociedades profissionais (AL KHATIB et al., 2011).

As dificuldades em prestar cuidados baseados em evidências para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde levam a resultados sanitários inadequados. Como exemplo, a provisão de cuidados preventivos e curativos de acordo com as melhores evidências clínicas poderia prevenir ou postergar a maioria das mortes por doenças cardíacas na população adulta (KOTTKE et al., 2009).

3.2 AS VARIAÇÕES NO USO DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

A medicina não é uma ciência dura; por isso, os serviços de saúde são providos com alto grau de incertezas, as quais levam a diferenças significativas nos julga-

mentos de como intervir na atenção à saúde, o que, por sua vez, gera uma grande variabilidade dos procedimentos sanitários.

As variações injustificadas que ocorrem nos sistemas de atenção à saúde são classificadas em três categorias: as variações na atenção efetiva, as variações na baseadas em preferências e as variações nos padrões de oferta de atenção à saúde (GOODMAN; GOODMAN, 2017).

As variações na atenção efetiva refletem as diferenças na qualidade técnica em que as intervenções sanitárias apresentam grandes benefícios e baixos riscos. Geralmente, as altas taxas de alta qualidade estão próximas de 100% para a população-alvo como, por exemplo, imunizações infantis e monitoramento de pessoas com diabetes pela hemoglobina glicada. Baixas taxas de utilização indicam variações injustificadas na prestação efetiva de serviços de saúde. A redução das variações na atenção efetiva constitui o foco mais comum dos programas de qualidade em saúde.

As variações baseadas em preferências referem-se a decisões em que há uma ou mais opções de diagnósticos como os estágios iniciais de câncer de próstata e de mama, dor lombar e artroplastia. Essas variações, comumente, refletem as especificidades locais de atenção médica originadas do treinamento e da experiência clínica dos médicos. Os profissionais de saúde têm dificuldades em compreender e incorporar as preferências das pessoas, o que estimula esse tipo de variação.

As variações nos padrões de oferta da atenção à saúde referem-se ao uso de tecnologias de saúde que respondem à disponibilidade local de recursos de saúde como número de médicos e de leitos hospitalares (THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE, 2007). Essa categoria diz respeito à capacidade de oferta de serviços vista como adequada, e ela ocorre porque as variações na capacidade instalada em diferentes regiões não refletem diferenças entre as necessidades das populações. Altas hospitalares de pessoas idosas variam 200% a 300% entre regiões americanas e são influenciadas pela oferta de leitos nessas áreas (GOODMAN et al., 2009).

As variações regionais no uso de tecnologias de saúde têm sido crescentemente estudadas. Por décadas, as pesquisas têm demonstrado que a prática clínica varia fortemente entre regiões e que essas variações, frequentemente, não se relacionam com as necessidades das populações. Essas variações clínicas são consideradas injustificadas quando não se explicam por incidências de doenças, por restrições da ciência médica ou pelas preferências das pessoas que utilizam os serviços (WESTERT et al., 2018).

Na Inglaterra, o *National Health Service* tem publicado uma série de *Atlas of variation* para saber se as pessoas em diferentes partes do país apresentam igual acesso de mesma qualidade e para identificar se práticas clínicas inefetivas estão desperdiçando recursos e produzindo danos às pessoas (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2018). Nos Estados Unidos, há mais de 20 anos, publica-se o *Dartmouth Atlas of*

Health Care que vem mostrando grandes variações regionais nas práticas clínicas naquele país envolvendo os programas *Medicare* e *Medicaid* (THE DARTMOUTH INSTITUTE, 2019).

Um documento da Wennberg International Collaborative (2015) afirmou que a medição das variações evitáveis ajuda a identificar o mau uso dos recursos que podem ser realocados para alcançar maior valor em tempo em que os sistemas de atenção à saúde estão lutando para serem sustentáveis sem prejuízo da equidade. Maior transparência e pesquisa na variação da atenção à saúde acelera as melhorias no cuidado e reduz os custos. A ausência desses dados nega aos gestores, aos profissionais de saúde e aos cidadãos informações essenciais para a melhoria da atenção à saúde. A captura e o acesso a esses dados e sua análise independente são essenciais à provisão de alto valor na atenção à saúde. Para isso, é necessário identificar: regiões, áreas e sistemas de atenção à saúde que falham na entrega de serviços de qualidade; problemas na provisão dos cuidados; as causas da variação injustificada; e a magnitude dos benefícios públicos caso os problemas sejam solucionados.

O SUS se beneficiaria muito com um atlas de variação regional de seus serviços.

Os padrões de variação são primariamente reflexos dos estilos de práticas clínicas médicas vigentes nos sistemas de atenção à saúde e são bastante sensíveis à disponibilidade local de recursos (WENNBURG, 2010). Brownlee (2007) constatou isso em um estudo em que encontrou uma correlação quase perfeita entre a disponibilidade de unidades de hemodinâmica e o número de angioplastias realizadas em diferentes regiões. Mais pessoas receberam angioplastias em regiões que dispunham de maior número de cardiologistas que faziam angioplastias.

Os médicos aderem aos padrões locais de atenção à saúde porque a oferta local de recursos atua como um determinante dos padrões clínicos estabelecidos pela capacidade local de uso. Ou seja, esses profissionais acostumam-se com esses padrões locais que se desenvolveram ao longo do tempo e se surpreendem ao saber que eles são totalmente diferentes dos padrões de utilização de outras regiões (MULLEY, 2009).

Por isso, os estudos das diferenças geográficas na utilização de tecnologias de saúde são fundamentais para reconhecer os problemas e para desenvolver políticas que aumentem o valor gerado por essas tecnologias para as pessoas que utilizam os serviços de saúde (WESTERT et al., 2018).

É importante que os estudos de variações regionais de tecnologias de saúde sejam divulgados amplamente, incluindo o público porque verificou-se que isso está associado com melhores resultados sanitários, com melhor qualidade do cuidado e com maior engajamento dos profissionais de saúde em programas de qualidade (TOTTEN et al., 2012).

Pesquisa realizada na Suíça mostrou que a divulgação ampla das variações regionais para o público mudou as práticas profissionais. No Cantão Ticino, as histerectomias caíram 25,8% após a divulgação pela mídia das variações nestes procedimentos entre regiões suíças (DOMENIGHETTI et al., 1988).

Os resultados de pesquisas sobre as variações clínicas injustificadas demonstraram que elas causam danos às pessoas usuárias e são custosas para a sociedade (ACADEMY OF ROYAL COLLEGES, 2014). Além disso, sabe-se por meio de outros estudos que pessoas que vivem em regiões com taxas altas de utilização de tecnologias de saúde e de maiores gastos em saúde não apresentam resultados melhores. Ou seja, em medicina mais nem sempre é melhor (FISHER et al., 2003; OECD, 2014b).

Estudos confirmaram que essas variações – que, em geral, não se explicam nem pela melhor evidência científica, nem pelas necessidades da população – estabeleceram-se pelos diferenciais de prevalência das doenças, pela disponibilidade dos serviços, pelas preferências culturais por certos tipos de serviços de saúde, pela ideologia de uma certa escola médica e pelo padrão estrutural e financeiro dos incentivos presentes nos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2001).

Na prática dos sistemas de atenção à saúde, manifestam-se fortes variações na prestação de serviços de saúde entre países, entre estados e entre cidades de um mesmo país, entre unidades de saúde de uma mesma cidade e entre sistemas de financiamento de serviços de saúde distintos.

As variações interpaises são mostradas pelos seguintes dados: a taxa padronizada de cirurgias é duas vezes maior nos Estados Unidos que no Reino Unido; e a razão de procedimentos selecionados entre Estados Unidos e Canadá varia de 8,0/1 para a ressonância magnética, 7,4/1 para a radioterapia, a 2,7/1 para a cirurgia cardíaca (BATTISTA et al., 1994).

Um estudo comparativo do uso de tecnologias médicas selecionadas no Canadá, Alemanha e Estados Unidos mostrou grandes variações entre esses três países em unidades de tecnologia por 1 milhão de pessoas. Para cirurgia cardíaca aberta: Canadá, 1,3 por milhão; Alemanha, 0,8 por milhão; e Estados Unidos, 3,7 por milhão. Para radioterapia: Canadá, 4,8 por milhão; Alemanha, 4,6 por milhão; e Estados Unidos, 10,3 por milhão. Para ressonância magnética: Canadá, 1,1 por milhão; Alemanha, 3,7 por milhão; e Estados Unidos, 11,2 por milhão (RUBLEE, 1994).

Há diferenças significativas nas taxas de utilização de exames de imagem, em diferentes países. Como exemplo, os valores de ressonâncias magnéticas por mil habitantes ou beneficiários de: Alemanha, 136; França, 114; Estados Unidos, 107; Espanha, 83; Reino Unido, 57; Holanda, 49; Finlândia, 39; Portugal 39; média dos países da União Europeia, 76; e Sistema de saúde suplementar no Brasil, 162. O valor médio dos países; (OECD, 2018; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR,

2018). Chama atenção o grande número de ressonâncias magnéticas realizadas pelo sistema de saúde suplementar brasileiro superando, até mesmo, os Estados Unidos.

Um estudo que comparou as cirurgias coronarianas no estado de Nova Iorque, Estados Unidos, e na província de Ontário, Canadá, mostrou que essas cirurgias foram 40% mais frequentes em Nova Iorque, mas que não houve diferenças significativas no percentual de cirurgias imprópriamente realizadas nos dois estados (McGLYNN et al., 1994).

Na Europa, em 2012, as cirurgias de revascularização do miocárdio por 100 mil habitantes variaram de 430 na Alemanha; 296 na Holanda; 241 na Itália; 236 na França; 215 na Finlândia; 159 em Portugal; 152 no Reino Unido; a 128 na Irlanda (OECD, 2014a).

Na Europa, as taxas de uso de antibióticos no tratamento das infecções de vias aéreas superiores são muito altas em países como a Polônia e o Reino Unido em que metade das pessoas recebeu prescrições de antibióticos desnecessários (ANDRE et al., 2002; PANASIUK et al., 2010; GULLIFORD et al., 2014).

Há uma grande variação entre o número médio de prescrições de medicamentos de uso contínuo por ano, em países selecionados, em pessoas adultas ou idosas o que, em parte, deve-se à sobreutilização: Holanda: 1,2; Suíça: 1,3; Reino Unido: 1,3; Austrália: 1,4; França: 1,5; Noruega: 1,5; Alemanha: 1,6; Canadá: 1,8; Nova Zelândia: 2,2; e Estados Unidos: 2,2 (SQUIRES; ANDERSON, 2015).

As variações intrapaises não são menos significativas. As amigdalectomias podem variar em uma relação de 1 para 10 em cidades dos Estados Unidos, o mesmo ocorrendo com as apendicectomias; as histerectomias podem variar em uma relação de 1 para 6 nos 72 Distritos Sanitários da Dinamarca; estudos feitos nos Estados Unidos sobre prostatectomias transuretrais e implantação de marcapassos mostraram variações de 60% a 460% em relação aos padrões médios (WENNBERG; GITTELSON, 1973; GLIED, 1997).

Os percentuais de internações hospitalares apresentam grandes variações interpaíses: Alemanha, 25,2%; Grécia, 19,9%; Finlândia, 17,3%; França, 16,6%; Reino Unido, 12,9%; Estados Unidos, 12,5%; Portugal, 11,3%; Espanha, 9,9%; Canadá, 8,3% (OECD, 2014a).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos comparou taxas de internação por algumas doenças nos estados, no sistema *Medicare*. A taxa de internação por asma variou de 64,8 por 100.000 em Utah a 247,7 por 100.000 no Kentucky; a taxa de internação por diabetes variou de 91,0 por 100.000 no Havaí a 483,8 por 100.000 no Mississippi; e a taxa de internações por hipertensão variou de 70,7 por 100.000 em Utah a 603,5 por 100.000 no Mississippi (LEWIN, 1994).

Nos Estados Unidos, as variações regionais de utilização de tecnologias de saúde se apresentaram significativamente em diversos campos: no cuidado intensivo neonatal (GOODMAN et al., 2019); nas cirurgias de carótida (GOODNEY et al., 2016); nas cirurgias bariátricas (REAMES et al., 2016); em procedimentos cardiológicos (FAIRFIELD et al., 2018); em tomografias computadorizadas (WELCH et al., 2018).

Essas variações regionais também foram observadas entre os países da OECD (CORALLO et al., 2014). É grande a variabilidade de partos cesarianos: Itália, 36,1%; Estados Unidos, 32,5%; Alemanha, 30,9%; Canadá, 26,3%; Reino Unido, 23,0%; França, 20,8%, Suécia, 16,4%, Israel, 15,4%; Brasil SUS, 40,0%; Brasil sistema de saúde suplementar, 84,6% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Algumas variações regionais sofrem influência de fatores sociais, de sistemas de remuneração dos serviços e podem variar entre sistemas públicos e privados.

Pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro mostrou que mulheres com melhores condições sociais apresentaram maiores chances de partos cesáreos; e que a presença de médicos contratados pelos hospitais foi fator protetor para chances de cesáreas (PINHEIRO, 2000).

No Reino Unido, verificou-se que os partos cesáreos são mais prováveis de ocorrerem em mulheres com planos privados de saúde que no sistema público (HOXHA et al., 2017).

3.3 OS DESPÉRDÍCIOS NO USO DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Para James e Poulsen (2016), nos sistemas de atenção à saúde, existem três categorias básicas de desperdícios: desperdício em nível de produção, desperdício em nível de caso e desperdício em nível de população.

O desperdício em nível de produção inclui as ineficiências na produção de unidades de serviços como medicamentos, exames laboratoriais, raios X, horas de apoio de enfermagem e qualquer outro item consumido no tratamento das pessoas. Essa categoria é responsável por 5% do total de desperdício em saúde.

O desperdício em nível de caso que inclui aproximadamente a metade de todo desperdício na prestação de serviços é o uso desnecessário ou pouco eficiente de cuidados durante a atenção à saúde. Como exemplos, raios X redundantes, duplicação de exames de laboratório e medicamentos prescritos para tratar complicações evitáveis.

O desperdício em nível de população que responde por mais ou menos 45% do total de desperdícios são os casos desnecessários ou evitáveis como cuidados intensivos prestados a pacientes terminais, procedimentos cirúrgicos eletivos que

poderiam ser evitados, internações hospitalares por meio de atendimento ambulatorial e consultas a especialistas por problemas que poderiam ser atendidos na APS.

A análise desses desperdícios demonstra que, em maior parte, eles se devem ao uso pouco racional das tecnologias, conforme estabelece o paradoxo da tecnologia de saúde.

Especialmente importante nesse tema é a sobreutilização das tecnologias de saúde. Nos Estados Unidos as estimativas de sobreutilização variam entre as mais conservadoras, baseadas em variações individuais (medidas diretas), em US\$ 270 bilhões anuais (BERWICK; HACHBARTH, 2012), enquanto os estudos de variações geográficas (medidas indiretas) indicam que a proporção dos gastos do *Medicare* com sobreutilização de serviços chega a 29% dos gastos totais (WENNERBERG et al., 2002).

Na experiência internacional, a sobreutilização pode chegar a 89% em certas populações (KORENSTEIN et al., 2012). Os custos financeiros representam uma fonte importante, mas pobremente explorada, dos danos causados pela sobreutilização dos serviços de saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, os tratamentos médicos, em geral, e dos tratamentos de cânceres, em particular, são responsáveis por metade das falências econômicas das famílias daquele país. Na Austrália, os pais de crianças com câncer reportaram altos gastos dos bolsos com os tratamentos (COHN et al., 2003); na Índia, o cuidado da saúde é a maior fonte de empobrecimento e de endividamentos das famílias mais pobres deste país (LAFORGIA e NAGPAL, 2012).

Ainda que haja poucas medições diretas da proporção da atenção à saúde atribuível à sobreutilização de serviços de saúde, começam a surgir evidências de que esses custos são consideráveis.

Um estudo evidenciou que o uso impróprio de scan ósseo em beneficiários do *Medicare* com câncer de próstata foi realizado em 21% das pessoas com risco baixo e 48% com risco moderado de metástase óssea, a despeito das recomendações do não uso desta tecnologia nestes casos, e isso custou US\$ 11,3 milhões em um ano (FALCHOOK et al., 2014).

Na Austrália, muitos serviços de saúde comuns são sobreutilizados, e isso impacta o crescimento forte do volume desses serviços no sistema de atenção à saúde, o que põe em risco o orçamento governamental e constitui a maior causa de incremento dos custos do sistema de atenção à saúde, superior ao envelhecimento e crescimento da população (ELSHAUG et 2012; DALEY; SAVAGE, 2014).

Dentre as causas das ineficiências dos sistemas de atenção à saúde, destacam-se a ineficiência na gestão dos insumos, a ineficiência de escala e o envelhecimento da população, mas, sem dúvida, o que mais contribui relativamente para essas ineficiências é o uso irracional das tecnologias de saúde.

Uma agenda de eficiência deve refletir sobre essa dimensão do cuidado porque ela tem o poder de transformar profundamente o modo como os serviços de saúde são prestados, de superar o cuidado inadequado, de aumentar a eficiência e a efetividade dos sistemas de atenção à saúde e de gerar valor para as pessoas usuárias desses sistemas.

A respeito, Donald Berwick fez uma conclamação importante sobre a necessidade de inauguração de uma nova fronteira de qualidade nos sistemas de atenção à saúde: *"Recentemente, a Organização Mundial da Saúde e outras instituições internacionais e nacionais têm corajosamente levado a melhoria global no sentido de dois objetivos importantes na qualidade do cuidado: o aumento da segurança dos pacientes e a redução do uso impróprio de agentes antimicrobianos. À medida que a cobertura universal em saúde ganha força, elas deveriam adicionar um terceiro objetivo de qualidade às suas agendas que é a redução da sobreutilização do cuidado inefetivo"* (BERWICK, 2017).

3.4 ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USO DA TECNOLOGIA DE SAÚDE

As evidências sobre o uso pouco racional da tecnologia de saúde foram incorporadas em diversos trabalhos, podendo-se destacar, dentre eles, Brownlee (2007); Jamoulle (2011), Welch et al. (2011); Welch (2015); Prasad e Cifu (2015) e uma série artigos e comentários publicados na revista Lancet de janeiro de 2017 sobre o cuidado certo (LANE, 2017).

Para analisar esse problema, há que se definirem alguns conceitos básicos: cuidado certo, cuidado pobre, sobreutilização dos serviços de saúde, subutilização dos serviços de saúde, cuidado de baixo valor e cuidado de alto valor (CHASSIN; GALVIN, 1988; ELSHAUG et al., 2017; SAINI et al., 2017).

O cuidado certo é aquele ofertado para otimizar a saúde e o bem-estar por meio da prestação da atenção que é necessária, desejada, clinicamente efetiva, acessível, equitativa e responsável no uso dos recursos.

O cuidado pobre é o conceito antagônico do cuidado certo e implica a prestação da atenção à saúde que se caracteriza pela sobreutilização e/ou pela subutilização dos serviços de saúde.

A sobreutilização é a provisão de um serviço que é improvável de aumentar a qualidade ou a quantidade de vida, que causa mais danos que benefícios ou que a pessoa que estivesse completamente informada de seus potenciais benefícios e danos não o teria desejado.

A subutilização constitui a falha na prestação de serviços de saúde que sejam altamente prováveis de melhorar a qualidade ou a quantidade de vida, que representem

bom valor para o dinheiro e nos quais as pessoas usuárias estejam completamente informadas dos benefícios e dos danos que representam.

O cuidado de baixo valor é uma intervenção cuja evidência sugere que ela confere nenhum ou pouco benefício ou que os custos adicionais desta intervenção não proveem benefícios adicionais proporcionais a eles.

O cuidado de alto valor é uma intervenção cuja evidência sugere que ela traga benefícios às pessoas usuárias ou que a probabilidade de ter benefícios exceda prováveis danos ou que os custos adicionais da intervenção produzam benefícios adicionais proporcionais relativamente a alternativas.

3.5 O CUIDADO POBRE E SUAS CAUSAS

O cuidado pobre à saúde decorre da sobreutilização e/ou da subutilização dos cuidados à saúde. Os fatores determinantes do cuidado pobre à saúde manifestam-se em diferentes domínios da atenção à saúde.

A fragmentação dos sistemas de atenção à saúde contribui para o cuidado pobre porque a deficiência de coordenação gera a duplicação de serviços como os de diagnóstico e de tratamento e a suboferta de serviços necessários como os de prevenção e os cuidados paliativos (MENDES, 2011; NOLTE et al., 2014).

Os fatores determinantes do cuidado pobre à saúde manifestam-se em três grandes domínios: os recursos financeiros e o sistema de financiamento; os conhecimentos, os vieses e as incertezas; e o poder e as relações humanas. Por sua vez, esses determinantes operam em contextos específicos e influenciam, de modo geral, a quantidade e a qualidade do cuidado à saúde prestado em diferentes níveis de um ecossistema: global, nacional, legal, regulatório e cultural; regional, institucional e social; e no lugar individual da relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias (SAINI et al., 2017).

As diferentes modalidades de financiamento dos sistemas de atenção à saúde são determinantes fundamentais do cuidado pobre à saúde. Tanto no sistema público quanto nos privados, a má alocação dos recursos leva à sobreutilização e/ou à subutilização dos cuidados à saúde. Uma oferta exagerada de médicos leva a uma oferta aumentada de consultas médicas (LÉONARD et al., 2009). Da mesma forma, uma alta concentração de leitos intensivos conduz a uma maior utilização desses leitos (ROBERT et al., 2015); ao contrário, a pequena disponibilidade de médicos de APS implica oferta insuficiente de serviços de saúde essenciais e maior demanda a serviços de atenção ambulatorial especializada e a serviços hospitalares (BINDMAN et al., 1995). Como se viu no Capítulo 9, é sabido que os sistemas de pagamento por procedimentos (*fee-for-service*) estimulam a prestação de mais serviços, enquanto os sistemas que geram valor para as pessoas (*fee-for-value*), como o pagamento

por pacote ou por episódio, por capitação ou por orçamento global, tendem a não fazê-lo (CHANDRA et al., 2012; JAMES; POULSEN, 2016; PORTER; KAPLAN, 2016).

Uma variável de importância no cuidado pobre é o comportamento das pessoas usuárias. Para contrapor-se a um uso excessivo de serviços, costumam se instituir copagamentos ou taxas extras. Os copagamentos podem reduzir a sobreutilização de serviços, mas também costumam diminuir a utilização de serviços necessários e essenciais (CHERNEW; NEWHOUSE, 2008), aumentar a iniquidade (PINEAULT, 2016) e reduzir a demanda por serviços preventivos (LIEBMAN; ZECKHAUSER, 2008).

Os interesses comerciais das indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos podem contribuir para um cuidado pobre. Essas indústrias voltam seus investimentos para os problemas de populações de maior poder aquisitivo (GODMAN et al., 2015) e negligenciam as necessidades de saúde de grandes contingentes populacionais que vivem em países de baixo desenvolvimento (VON PHILIPSBORN et al., 2015). Além disso, as pesquisas realizadas e os produtos elaborados, não necessariamente, estão em conformidade com a carga global de doenças (EMDIN, 2015).

As estruturas de pensamento hegemônicas, determinadas por contextos culturais e pelas inter-relações entre processos cognitivos, emocionais e motivacionais, podem estar associadas com o cuidado pobre à saúde (MOSELEY et al., 2005). De modo geral, essas estruturas estão contidas no modelo biomédico flexneriano (FLEXNER, 1910). A medicina contemporânea tem utilizado um modelo que vê as enfermidades como rupturas ou desvios de variáveis biológicas. Esse modelo resultou em notáveis sucessos, como o desenvolvimento de vacinas, antibióticos, transplante de órgãos, quimioterápicos, bem como de intervenções caras e pouco úteis (KONSKI et al., 2007). Os resultados positivos desse modelo criam uma presunção de rigorosidade científica que influencia a percepção do público que pressiona por essas tecnologias, o que pode levar a uma espiral de custos (CARSON et al., 2000). Esse modelo tende a transformar as pessoas usuárias em pacientes que recebem passivamente prescrições e, por consequência, envolvem-se pouco nas decisões diagnósticas e nos tratamentos (WEEKS et al., 2012). Além disso, esse modelo valoriza pouco as necessidades cognitivas e emocionais das pessoas usuárias, as suas preferências e os seus desejos e negligência as estratégias de saúde pública de promoção da saúde e de prevenção das doenças (BRAVERMAN, 2010). O modelo conduz a uma percepção geral de que a atenção médica é um bem intrinsecamente bom, e não um meio para ajudar as pessoas a atingir metas sanitárias importantes para elas.

As estruturas de pensamento são estabelecidas por crenças que influenciam fortemente a cognição, os julgamentos e as decisões e exercem forte influência nas decisões clínicas e gerenciais. Mais é melhor, novo é melhor, mais caro é melhor e a tecnologia é inerentemente boa são exemplos de crenças intuitivas que afetam muitas áreas como a agenda de pesquisas, o desenvolvimento de produtos, os mecanismos de regulação e os vários atores como os profissionais de saúde, os gestores, os formuladores de políticas de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e os políticos

e que levam a uma sobrestimação dos benefícios e a uma subestimação dos riscos das tecnologias de saúde (SAINI et al., 2017).

O cuidado pobre da saúde pode sofrer a influência da crença de que os serviços de saúde são os principais determinantes da saúde. É difícil dimensionar o impacto desses serviços sobre a expectativa e a qualidade da vida. Os modelos de determinação social da saúde trouxeram à luz os limites da atenção à saúde em relação aos determinantes sociais distais, intermediários e proximais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; EVANS et al., 1994). Ainda que a efetividade das tecnologias de saúde tenha aumentado significativamente, especialmente em relação às doenças crônicas, a partir da segunda metade do século XX, pode-se afirmar que na prática social vige uma percepção exagerada do impacto dos serviços de saúde nos resultados sanitários das populações que cria oportunidades de mercado e apoio político para a expansão da oferta desses serviços e que pode levar ao desbalanceamento entre investimentos em atenção à saúde e outros investimentos sociais (KONDO, 2012; INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

As relações humanas e de poder que se estabelecem no encontro clínico são um fator importante na gênese do cuidado pobre. A qualidade da relação entre profissional de saúde e pessoa usuária que se dá nos microssistemas clínicos é um preditor da qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, uma má relação colabora para o cuidado pobre.

As sociedades científicas tornaram-se os principais atores para influenciar as práticas clínicas e, por essa razão, têm a ver com a sobreutilização dos serviços de saúde. Os efeitos sobre os pares se dão porque os profissionais de saúde seguem seus líderes, mesmo que isso não corresponda à melhor evidência científica (BARNETT; LINDER, 2014).

3.6 AS EVIDÊNCIAS DA SOBREUTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O termo sobreutilização aplica-se a serviços que são desnecessários em quaisquer formas. Há, contudo, termos correlatos, como sobretratamento e sobreteste e que indicam a prestação imprópria de serviços de saúde particulares. Outro termo correlato, o *overdiagnosis*, é definido como o diagnóstico de anormalidades ou sintomas que são indolentes, não progressivos ou não regressivos e que não manejados não causarão doenças e não ameaçarão a vida das pessoas (WELCH et al., 2011; MOYNIHAN et al., 2014).

O sobrediagnóstico pode ocorrer quando há uma ampliação da definição de uma doença ou anormalidade, levando populações que eram consideradas saudáveis ou normais a serem consideradas como portadoras de doenças. Esse fenômeno é referido como sobremedicalização ou, simplesmente, medicalização e pode resultar no tratamento de pessoas que são essencialmente saudáveis e para as quais os potenciais

benefícios são pequenos em relação aos possíveis danos. Uma revisão de 16 diretrizes clínicas elaboradas nos Estados Unidos mostrou que em 10 delas a definição de doenças foi ampliada, o que potencialmente induziu à sobreutilização (MOYNIHAN et al., 2013a). Por exemplo, crescentes proporções da população têm utilizado, em muitos países, medicamentos para diminuição do colesterol com benefícios não claros (POLINSKY et al., 2011). Outro exemplo é uma definição ampliada de doença renal crônica que tem sido usada em vários países e tem levado ao diagnóstico de doença em pessoas idosas assintomáticas (MOYNIHAN et al., 2013b). Em crianças, o sobrediagnóstico ocorre frequentemente em condições como o transtorno do *deficit* de atenção com hiperatividade, alergias alimentares, refluxo gastroesofágico e infecções urinárias (COON et al., 2014).

Ainda que a sobreutilização seja mais estudada nos países desenvolvidos, ela se dá também em países de diversos patamares de desenvolvimento (AGUILAR et al., 2001; ELSHAUG et al., 2012).

A medição da sobreutilização de serviços de saúde depende da definição de cuidado apropriado o que é complexo porque é difícil quantificar os danos e os benefícios. Em função disso, a sobreutilização tem sido considerada em termos de um contínuo (BROWLEEN et al., 2017). Em uma ponta desse contínuo, estão serviços que são universalmente benéficos quando usados em pessoas apropriadas, como insulina em pessoas com diabetes; na outra ponta, estão serviços que são inteiramente inefetivos ou que colocam as pessoas em riscos e que não deveriam ser utilizados, como certas combinações de medicamentos utilizadas no manejo da obesidade (SACHDEY et al., 2002). Contudo, a maioria dos serviços situa-se em uma zona cinza, intermediária entre os claramente efetivos e os claramente não efetivos, como: aqueles que oferecem poucos benefícios às pessoas, glicosamina para osteoartrite do joelho; aqueles em que o balanceamento entre os benefícios e os danos varia entre as pessoas, como antidepressivos para adolescentes; e aqueles em que há pouca evidência para decidir que pessoas se beneficiariam deles, como exames de sangue de rotina para pessoas com hipertensão arterial (CHANDRA; SKINNER, 2012).

Os valores das pessoas usuárias são fundamentais para a superação da sobreutilização, especialmente em serviços que se colocam nessa zona cinza, mas os clínicos têm dificuldades em identificar esses valores e tomam decisões para essas pessoas. Esses diagnósticos equivocados das preferências das pessoas contribuem para a sobreutilização das tecnologias de saúde.

A sobreutilização de serviços pode ser medida de várias maneiras (BROWNLEE et al., 2017). Pode ser medida diretamente em uma população usando os prontuários clínicos. Nesse caso, requer-se uma definição precisa da propriedade de um dado serviço, geralmente utilizando-se diretrizes clínicas baseadas em evidências ou um painel interativo multidisciplinar para estabelecer o que é uso necessário ou desnecessário. As taxas de sobreutilização são calculadas como a proporção dos serviços prestados de forma apropriada ou como a proporção de pessoas que receberam os

serviços de forma imprópria. Essa forma de medida direta tem sido usada em várias revisões sistemáticas (KARDAS et al., 2005). No entanto, as medidas diretas apresentam vários problemas. Por essa razão, há uma presença crescente, na literatura médica, de medidas indiretas pela identificação de variações não esperadas na da atenção à saúde.

A sobreutilização dos serviços de saúde tem sido observada em uma perspectiva internacional e tem ganhado o status de um problema universal. Uma revisão sistemática feita nos Estados Unidos evidenciou que a maioria dos estudos que mediram diretamente a sobreutilização concentrou-se em um número relativamente pequeno de serviços (KORENSTEIN et al., 2012). Contudo, as evidências indiretas, tais como estudos de variações geográficas, sugerem que a sobreutilização não se limita a esses poucos serviços nos Estados Unidos (WENNBERG et al., 2008).

Uma revisão bibliográfica da sobreutilização global de serviços de saúde identificou estudos provenientes de quatro países diferentes e verificou que as taxas de sobreutilização variaram de 1% a 80%. São os casos de artroplastia geral do joelho: Espanha 25% e Estados Unidos 34%; de cateterismo cardíaco: Brasil 20% e Itália 30%; histerectomia: Suíça 13%, Taiwan 20% e Estados Unidos de 16% a 70%; antibioticoterapia em diarreia aguda: Estados Unidos 9%; Tailândia 55% e China 55% (BROWNLEE et al., 2017).

A sobreutilização tem sido mais comum na prescrição de medicamentos, nos testes de rastreamento de doenças, nos testes para diagnósticos, nos procedimentos terapêuticos e no final da vida.

Um dos exemplos mais bem documentados de sobreutilização de medicamentos é o uso impróprio de antibióticos, que representa um grave problema no mundo todo e que tem levado ao aumento da resistência aos antimicrobianos. Uma revisão sistemática da sobreutilização de medicamentos feita nos Estados Unidos documentou amplamente as variações das taxas de uso em infecções das vias aéreas superiores (KORENSTEIN et al., 2012).

A sobreutilização de testes para rastreamento de doenças é comum (BROWNLEE et al., 2017). Nos Estados, verificou-se a sobreutilização de teste para câncer cervical em mulheres de muito baixo risco e de mamografias em mulheres com baixa expectativa de vida que não se beneficiariam desses procedimentos (MATHIAS et al., 2012; TAN et al., 2014). Outras pesquisas mostraram o uso impróprio de colonoscopias nos Estados Unidos e no Canadá (GOODWIN et al., 2011; HOL et al., 2015). Na Coreia do Sul, o uso agressivo de rastreamento de câncer de tireoide por meio de ultrassom aumentou em 15 vezes a incidência de câncer dessa glândula e estimou-se que 99% dos cânceres detectados corresponderam à sobreutilização (AHN, 2014). Na Índia, as mamografias feitas por vans que se deslocavam entre cidades eram realizadas em mulheres que não tinham indicação, o que representou forte sobreutilização dessa tecnologia (SIROHI, 2014).

A sobreutilização de testes diagnósticos parece ser comum e determinada pela disponibilidade, pela aparente objetividade e pela crescente sensibilidade destas tecnologias para detectar doenças (BROWLEEN et al., 2017). Ainda que poucas análises sistemáticas do uso impróprio desses testes tenham sido realizadas no plano geral, há avaliações em relação a testes isolados. Como exemplo, a sobreutilização de endoscopias é um fato universal. Na APS da Suíça, 49% das endoscopias digestivas altas representaram sobreutilização (VADER et al., 2000). A sobreutilização de endoscopia na Espanha, Itália, Portugal e Noruega variou de 13% a 33% (HASSAN et al., 2007; MANGUALDE et al., 2011; ESKELAND et al., 2014). No Brasil, dados do ano de 2018 do estado do Espírito Santo mostraram que foram realizadas 20.298 ressonâncias magnéticas, valor bem acima das 8.071 da PPI e das 6.833 da Portaria do GM 1631/2015 (PORTUGAL, 2019).

A sobreutilização de procedimentos terapêuticos é também muito comum (BROWNLEE et al., 2017). As cirurgias e outros procedimentos invasivos são comumente sobreutilizados nos países desenvolvidos. Na Austrália, foram identificados mais de 150 serviços de baixo valor para as pessoas usuárias (ELSHAUG et al., 2012); e nos Estados Unidos, 42% dos beneficiários do Medicare receberam ao menos 1 dos 26 tratamentos de baixo valor para as pessoas usuárias (SCHWARTZ et al., 2014). Há uma ampla evidência de sobreutilização de procedimentos cardiovasculares, não obstante a existência de critérios claramente estabelecidos e aceitos (HEMINGWAY et al., 2008). Estudos mostraram que as angioplastias coronarianas foram usadas de forma imprópria em muitos países, com uma prevalência de 4% a 12% nos Estados Unidos (THOMAS et al., 2015), de 10% a 14% na Alemanha (BRAUSE et al., 2006), de 16% na Itália (MEDOLAGO et al., 2014), de 20% na Espanha (AGUILLAR et al., 2001), de 22% em Israel (GOLDBERG et al., 2008) e de 55% na Índia (IYER, 2015).

O local de atendimento e a intensidade do cuidado prestado são relevantes na sobreutilização das tecnologias sanitárias uma vez que cuidados mais intensivos implicam maiores riscos de complicações e são mais custosos (BROWNLEE et al., 2017). Se os cuidados mais intensivos não melhoram os resultados sanitários para uma condição de saúde, comparados com cuidados menos intensivos ou invasivos, eles significam sobreutilização. Uma revisão sistemática de 2 mil estudos realizados em vários países verificou taxas de internações hospitalares indevidas que variaram de 1% a 54% (McDONAGH et al., 2000). Taxas de sobreutilização de internações hospitalares variaram de 18% a 25% na França (LANG et al., 1995), a 19% em Portugal (CORDERO et al., 2004), a 33% na Alemanha (SANGHA et al., 2002); e no Egito, de 0% a 79% (AL-TEHEWY et al., 2009). Uma forma comum de sobreutilização são as internações por condições sensíveis à APS que demonstram que a sobreutilização de uma unidade mais agressiva e mais cara, o hospital, faz-se com a subutilização de uma unidade menos agressiva e mais barata, a APS (PURDY e GRIFFIN, 2008). No Brasil, como se analisa no Capítulo 10, o percentual dessas internações tem diminuído em função da expansão da ESF, mas ainda é alto. Estudo realizado no estado do Paraná mostrou uma taxa de 16,1% em 2016; no estado

de Rondônia, verificou-se uma taxa de 24,8% (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2017; SANTOS et al., 2019).

As evidências produzidas em diversos países mostraram a sobreutilização de procedimentos agressivos no fim da vida e, simultaneamente, a subutilização do cuidado paliativo apropriado (BROWNLEE et al., 2017). Esse é um campo em que a sobreutilização e a subutilização costumam se apresentar simultaneamente. Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que 25% de todos os adultos, entre estes, os de mais de 75 anos, nunca expressaram os seus desejos a respeito do fim da vida, o que inclui o tipo de atenção à saúde que queriam receber (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). A questão do fim da vida tem um componente econômico importante já que estudo realizado nos Estados Unidos indicou que, em 2011, 13% dos gastos em saúde, o que correspondia a US\$ 205 bilhões, foram despendidos no último ano de vida das pessoas (ALDRIDGE; KELLEY, 2015). Entretanto, o principal componente tem a ver com o tipo de cuidado recebido no fim da vida. Esse cuidado deve prover suporte médico, social, psicológico e espiritual às pessoas. Para atingir esse ideal, o cuidado do fim de vida deve ser centrado na pessoa, orientado na família e baseado em evidência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Apesar da evidência de que, em todo o mundo, as pessoas prefeririam morrer em casa (BARNATO et al., 2007; GOMES et al., 2012; ROO et al., 2014), a maioria das pessoas ainda morre em hospitais com significativas variações entre países (BEKELMAN et al., 2016). A imprópria atenção agressiva ao câncer perto do fim da vida é um problema corrente no Canadá (HÖ et al., 2011), nos Estados Unidos (MORDEN et al., 2012) e no Reino Unido (HENSON et al., 2015). A sobreutilização de procedimentos agressivos no fim da vida de pessoas com câncer terminal inclui a aplicação fútil de endoscopia digestiva (JOHNSTON et al., 2008) e de quimioterápicos (MORT et al., 2008). O cuidado certo implicaria oferecer às pessoas em fim da vida e sem possibilidades terapêuticas cuidados paliativos apropriados. Um enfoque de cuidados paliativos deve oferecer às pessoas no final de suas vidas e às suas famílias a melhor chance de manter a melhor qualidade de vida possível pelo maior tempo possível. O cuidado paliativo é aquele que provê o alívio da dor e de outros sintomas e que é focado nas pessoas com doenças sérias avançadas e às suas famílias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). O cuidado paliativo pode se iniciar cedo no curso do tratamento para qualquer doença grave que requeira o gerenciamento da dor ou de outros sintomas como dificuldades de respirar ou de deglutir. Ele deve ser provido em conjunção com tratamentos para câncer, para doenças cardiovasculares ou transtornos congênitos; e deve ser propiciado por meio de um contínuo de atenção, ou seja, em RAS.

A sobreutilização de serviços de saúde tem a capacidade de promover danos físicos, psicológicos e financeiros às pessoas e de ameaçar a viabilidade dos sistemas de atenção à saúde ao aumentar os custos e ao desperdiçar os recursos escassos (BROWNLEE et al., 2017). Contudo, a habilidade de coletar evidências fortes que demonstrem as consequências diretas da sobreutilização em pessoas e no sistema de atenção à saúde é impedida pelos mesmos fatores que ameaçam a capacidade de documentar a própria sobreutilização, incluindo a incompleta evidência de efe-

tividade e os baixos níveis de registro de danos (SAINI et al., 2014). Poucos estudos têm documentado diretamente os danos às pessoas causados pela sobreutilização dos serviços de saúde, mas há estimativas feitas de danos físicos às pessoas inferidas de dados de eventos adversos e de estudos que mostraram a sobreutilização em tratamentos específicos. Pesquisas indicaram que mais de 20% das artroplastias totais do joelho na Espanha (QUINTANA et al., 2008) e mais de 30% nos Estados Unidos (RIDDLE et al., 2014) são impróprias. Assim, estima-se que 2% a 3% das pessoas que fazem cirurgia de artroplastia total do joelho nesses dois países são submetidas a procedimentos impróprios; em um ano, aproximadamente 14 mil pessoas submeteram-se a artroplastias do joelho e do quadril somente nos Estados Unidos. Danos psicológicos também estão associados com a sobreutilização de serviços de saúde. Muitas pesquisas demonstraram que internações hospitalares podem gerar isolamento físico desnecessário com consequências negativas como sentimentos de estigmatização e depressão (KIRKLAND, 2009; VERLEE et al., 2014). O rastreamento do câncer de mama gera diagnósticos de lesões pré-cancerosas como o carcinoma ductal da mama *in situ* que tem sido associado com ansiedade e com a sobrestimação do risco futuro de câncer (PARTRIDGE et al., 2008; MARMOT et al., 2013). Algumas pessoas podem sofrer por terem sido imprópriamente definidas como “doentes” como resultados de testes desnecessários ou impróprios. É o caso de muitas crianças diagnosticadas com transtornos de *deficit* de atenção e hiperatividade que afetam as expectativas dos professores e as interações com seus pares com repercussões sobre as autopercepções dessas crianças (BATZLE et al., 2010; O’DRISCOLL et al., 2012).

Brownlee et al. (2017) sugerem várias mensagens-chave a respeito da sobreutilização: é difícil de medir e não tem sido bem caracterizada; a maior parte dos estudos são feitos em países desenvolvidos, mas há uma crescente evidência de que esse tema é um problema global; tem a probabilidade de causar danos físicos, psicológicos e financeiros para as pessoas que utilizam estes serviços; desvia recursos da saúde pública e de outros setores sociais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento; e ocorre em uma grande variedade de especialidades médicas.

No Brasil, têm sido registradas evidências de sobreutilização dos serviços de saúde. Estudo verificou uma sobreutilização de partos cesáreos (Barros et al., 2011). No Hospital Albert Einstein, a introdução de uma segunda opinião em 4.226 pessoas com indicação de cirurgia da coluna permitiu que apenas 35% tivessem as cirurgias confirmadas, sendo 65% encaminhadas para a fisioterapia (BISOGNANO; KENNEY, 2015). No Hospital Sírio Libanês, 45% das cirurgias de coluna indicadas e com senha para serem realizadas deixaram de acontecer em função da introdução da segunda opinião (PATRUS, 2017). A sobreutilização de cuidados intensivos fúteis no fim da vida de pessoas com câncer foi relatada (CRUZ et al., 2015). Pesquisa registrou que em pessoas com estágio avançado de câncer foram prescritas medicações impróprias, especialmente estatinas (RIECHELMANN et al., 2009). No sistema de saúde suplementar brasileiro, estimou-se que os exames desnecessários solicitados em um ano, caso típico de sobreutilização de serviços de saúde, somaram R\$ 10 bilhões (LARA, 2017). Moraes (2018) analisou o sobrediagnóstico e o sobretratamento em

peessoas idosas que levaram a iatrogenias e propôs, nos marcos de um novo olhar geriátrico-gerontológico, uma atitude mais ativa de desprescrição. O processo de judicialização da saúde no Brasil tem sido uma fonte inesgotável de sobreutilização de tecnologias porque o judiciário passou a ser ator-chave na incorporação e no uso de tecnologias; pesquisa do Insper mostrou que menos de 1% das decisões judiciais fizeram-se com base em informações técnicas providas da MBE (AZEVEDO, 2019). No mesmo sentido, a Anvisa publicou que de 433 novos medicamentos introduzidos no mercado brasileiro entre 2004 e 2011, 419 (97%) não possuíam patente ou não comprovavam qualquer tipo de ganho terapêutico em relação aos medicamentos já em comercialização (ANVISA, 2013).

3.7 AS EVIDÊNCIAS DA SUBUTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A subutilização de serviços de saúde é responsável por uma parcela considerável da morbidade e da mortalidade evitáveis.

A OMS estimou que, em 2015, de 1 a 5 milhões de crianças morreram no mundo por doenças imunopreveníveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), e estudos evidenciaram que poderia haver uma redução de 84% de mortes de bebês pré-termos com aumento da cobertura de serviços de saúde e com algumas medidas de pré-natal e de atenção ao parto (LIGGINS; HOWIE, 1972).

A subutilização e a sobreutilização de serviços de saúde podem ocorrer simultaneamente como se viu na questão da atenção a pessoas com doenças avançadas no fim da vida. Na Tanzânia, país em que somente 50% dos partos são realizados por profissionais habilitados, o aumento dos partos cesáreos veio acompanhado de uma crescente mortalidade materna (LITORP et al., 2013; IRANI; DEERING, 2015).

Ainda que a subutilização dos serviços de saúde ocorra em todos os países e sistemas de atenção à saúde nos quais foi analisada, poucas pesquisas estiveram focadas na determinação de sua prevalência global e, até mesmo, na observação do grau em que os serviços de saúde são utilizados em pessoas apropriadas. A maioria dos estudos esteve centrada não na prevalência do dano, mas em métodos de remediar a subutilização de serviços específicos (GLASZIOU et al., 2017)

Algumas condições de saúde têm sido avaliadas com base em prevalências populacionais que incluem questões a respeito da subutilização antes, durante e depois da atenção à saúde. Nos Estados Unidos, um *survey* nacional estimou que 31% das pessoas adultas e 70% das pessoas idosas apresentavam hipertensão arterial; não obstante, o tratamento farmacológico aumentou modestamente de 60% entre 1999 e 2002 para 70% entre 2006 e 2008, e a proporção de pessoas com hipertensão controlada foi de 33% para 46% (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011). Na África, verificou-se que pequena parcela da população observada tinha diagnóstico de hipertensão arterial, que somente 18% desta parcela populacional

estava recebendo tratamento medicamentoso e que somente 7% tinha a pressão controlada (ATAKLTE et al., 2014).

Para avaliar os dados de subutilização em nível populacional, usam-se modelos que dividem o contínuo de cuidado em quatro estágios (GLASZIOU; HAYNES, 2005; MICKAN et al., 2011; GLASZIOU et al., 2017). Em cada estágio, as pessoas usuárias podem não receber ou utilizar os benefícios potenciais da atenção.

No estágio 1, há uma falta de acesso total ou parcial aos serviços de saúde porque o sistema não oferece cobertura ou porque as pessoas usuárias não alcançam e/ou não podem pagar por eles; é o caso de 400 milhões de pessoas no mundo que não têm acesso a serviços básicos de saúde como o planejamento familiar, a consultas pré-natais, à vacina DPT e a tratamento de tuberculose em pessoas com HIV/Aids (WORLD BANK, 2015). No estágio 2, existe uma indisponibilidade de serviços nos sistemas de atenção à saúde locais ou regionais; é o caso de uma suboferta de cirurgias que, na média mundial, é de 44%, mas que varia de 0% nos Estados Unidos e na Europa Ocidental a 86% na África Subsaariana (ROSE et al., 2015). No estágio 3, existe uma falha dos profissionais de saúde em prescrever intervenções efetivas e acessíveis. É o caso dos Estados Unidos, em que aproximadamente metade dos procedimentos prescritos não estão sustentados por evidências científicas (McGLYNN, 2003). No estágio 4, existe uma incapacidade das pessoas usuárias em aderir a intervenções efetivas e acessíveis que lhes são prescritas; é o caso de 26% a 42% das pessoas que não aderem a terapias preventivas baseadas em evidência após infarto agudo do miocárdio (GLASZIOU et al., 2017). O efeito desses quatro estágios é cumulativo. Uma vez que as pessoas usuárias acessam a atenção, a subutilização nos estágios 3 e 4 poderia ocorrer devido à falta de consciência, conhecimento ou habilidades, por inércia, por hábitos e por inconveniências por parte dos profissionais de saúde e dessas pessoas (CABANA et al., 1999; BERWICK; HACKBARTH, 2012). Médicos e outros profissionais de saúde podem não prover testes e tratamentos apropriados por várias razões, como desconhecimento das evidências, falta de confiança ou de habilidades clínicas, tempo insuficiente, interesses financeiros e substituição de seus próprios valores pelos das pessoas usuárias (SAINI et al., 2017).

A prevalência da subutilização dos serviços de saúde varia segundo os quatro estágios do contínuo da atenção (GLASZIOU et al., 2017). No estágio 1 do acesso aos serviços de saúde, as pessoas usuárias podem ter nenhum ou pequeno acesso por causa da distância, da pobreza, da falta de cobertura, do status de imigração e de outros fatores. Estudo da OECD encontrou que o percentual da população incapaz de acessar os serviços de saúde em função de seus custos variou de 4% no Reino Unido a 15% na Alemanha e a 37% nos Estados Unidos (DAVIS et al., 2014). No estágio 2, mesmo que uma população tenha acesso aos serviços de saúde, algumas intervenções efetivas não são disponíveis em função dos recursos limitados, dos controles regulatórios ou outros fatores. Por exemplo, em situações em que há baixa oferta per capita de médicos e de leitos hospitalares, isso significa que as pessoas usuárias não recebem o cuidado necessário. O acesso a opiáceos como terapia da

dor em pessoas com câncer terminal que é quase universal nos países desenvolvidos somente está disponível para 57% dos africanos (JEMAL et al., 2014). A carência de recursos humanos pode ocorrer até mesmo em países desenvolvidos. No Reino Unido, houve uma recomendação para o uso de terapias psicológicas no tratamento da depressão, ansiedade e outros transtornos mentais, mas a força de trabalho foi insuficiente (CLARK, 2011). As necessidades globais de cirurgias não realizadas, que foram estimadas em 320 milhões por ano, estão concentradas fortemente nos países em desenvolvimento, especialmente em regiões da Ásia e na África Subsaariana, em que menos da metade desses procedimentos são realizados (ROSE et al., 2015). Outro campo expressivo de subutilização se expressa nas terapias não farmacológicas que, em determinados casos, podem ser alternativas melhores do que o uso de medicamentos. Por exemplo, a reabilitação pulmonar que envolve educação e exercícios progressivos têm possibilitado reduzir as reinternações hospitalares e as mortes em pessoas com doenças pulmonares obstrutivas crônicas em 70% (GLASZIOU, 2015). No estágio 3, manifestam-se diferentes formas de subutilização dos serviços de saúde. Mesmo quando o acesso e a disponibilidade dos serviços ocorrem, podem surgir discrepâncias entre as melhores práticas estabelecidas em diretrizes clínicas baseadas em evidências e o que se faz na prática clínica cotidiana, como se discutiu anteriormente. A lenta implementação das recomendações de Semmelweis sobre a lavagem das mãos para redução de infecções hospitalares, cem anos após sua morte, permanece causando subutilização tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, o que resulta em significativa morbidade e mortalidade evitáveis (VINDIGNI et al., 2011). A subutilização manifesta-se no estágio 4 do contínuo de atenção em função da não adesão das pessoas usuárias aos procedimentos prescritos. As ausências das pessoas usuárias aos atendimentos ou a não aceitação dos procedimentos prescritos podem ocorrer como resultado de barreiras como distância, acessibilidade, cultura, estigma, língua, situação socioeconômica e etnia. Mesmo em pessoas que aceitam as prescrições feitas, a adesão pode ser pequena. Como exemplo, a prevenção secundária com mudanças de estilo de vida e medicamentos após infarto agudo do miocárdio tem melhorado muito os resultados sanitários, mas pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que depois de 12 meses da ocorrência do infarto a adesão foi de 66% para betabloqueadores, 63% para enzima conversora de angiotensina e de 66% para estatinas (FANG et al., 2014). A adesão a esses medicamentos foi maior nos países desenvolvidos, 40% para betabloqueadores, 50% para enzimas conversoras de angiotensina e 66% para estatinas, do que nos países em desenvolvimento, em que as adesões são mais baixas, 9,7% para betabloqueadores, 5,2% para enzimas conversoras de angiotensina e 3,3% para estatinas (IUSUF et al., 2011).

A subutilização dos serviços de saúde produz danos para as pessoas usuárias e para o sistema de atenção à saúde (GLASZIOU et al., 2017). Os danos mais óbvios da subutilização são os resultados pobres para as pessoas usuárias em termos de morbidade e mortalidade. Esses resultados adversos têm sido documentados em países desenvolvidos e em desenvolvimento (BUTTHA et al., 2008). Além disso, a subutilização dos serviços de saúde produz resultados não clínicos ruins, tais como

danos financeiros para as pessoas e famílias, custos de oportunidade por perda de tempo nas unidades de saúde, limitações na autonomia das pessoas e diminuição das possibilidades de participar das atividades da vida diária. As substanciais diferenças nas expectativas de vida entre países provavelmente refletem a subutilização de procedimentos de prevenção e de tratamento. Estudo realizado sobre a diminuição da mortalidade evitável, que tem forte componente de subutilização, indicou que ela caiu, entre 1999 e 2007, em homens, 19% nos Estados Unidos comparados com 37% no Reino Unido e, em mulheres, de 18% e 32% respectivamente nesses países (NOLTE e MCKEE, 2012). Isso parece estar associado à falta de seguro saúde para grandes segmentos populacionais nos Estados Unidos, onde se verificou que a cada 830 adultos segurados correspondeu uma redução de 1 morte por ano (SOMMERS et al., 2014). Da mesma forma, um estudo na Índia encontrou que um seguro público de saúde feito para pessoas abaixo da linha de pobreza produziu um efeito positivo no acesso e subseqüentemente nos resultados sanitários (SOOD et al., 2014).

Pode-se afirmar que a remoção de barreiras financeiras provavelmente reduz a subutilização dos serviços de saúde e melhora os resultados sanitários (GLASZIOU et al., 2017). Um relatório fez recomendações para uma utilização mais racional das tecnologias de saúde (LAXMINARAYAN et al., 2006): oportunidades negligenciadas (baixa cobertura e alto custo-efetividade); intervenções a serem reduzidas (alta cobertura e baixo custo-efetividade); intervenções para as quais o escalonamento é ineficiente (baixa cobertura e baixo custo-efetividade); e intervenções custo-efetivas usadas amplamente (alta cobertura e alto custo-efetividade). As intervenções sobre oportunidades negligenciadas são muito relevantes para superar a subutilização e algumas delas têm um custo de menos de US\$ 100,00 por ano de vida ajustado por qualidade como: medidas higiênicas para prevenção de diarreias; tratamento de malária em gestantes; tratamento do infarto agudo do miocárdio com aspirina e betabloqueadores; e programas educacionais para grupos de alto risco em HIV/Aids.

A subutilização dos serviços de saúde afeta os sistemas de saúde porque representa frequentemente uma má alocação de recursos (GLASZIOU et al., 2017). Oportunidades para prover cuidados efetivos, necessários e custo-efetivos competem com serviços menos efetivos que têm mais marketing e são mais caros. Ademais, o que significa uma subutilização em um país pode ser considerado diferentemente em outro país. Por exemplo, o Ministério da Saúde da Filipinas investiu fortemente em novas vacinas como HPV, rotavírus e dengue a despeito do fato de que ainda não havia coberturas adequadas de vacinas como DPT, sarampo, rubéola e pólio, por consequência, crianças estão morrendo por sarampo, difteria e tétano (REPUBLIC OF THE PHILIPPINES DEPARTMENT OF HEALTH, 2012).

A subutilização dos serviços de saúde foi sintetizada por Glasziou et al. (2017) em algumas mensagens-chave: é responsável por substanciais sofrimentos, incapacidades e perda de vidas, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento; suas causas são múltiplas: acesso inadequado, falhas nos sistemas de atenção à saúde, incapacidade dos profissionais em prestar os serviços conforme requerido e dificult-

dade das pessoas em acessarem os serviços; pode ocorrer concomitantemente com a sobreutilização; e políticos, gestores e sociedade civil necessitam urgentemente reconhecer e resolver este problema.

4. UM MOVIMENTO FUNDAMENTAL NO SUS: DO CUIDADO POBRE PARA O CUIDADO CERTO

A superação do cuidado pobre exige esforços que devem se dar em três dimensões: no modelo de financiamento, na vertente do sistema de pagamento aos prestadores de serviços; no modelo de gestão incentivando a gestão da clínica; e na adoção de iniciativas que estimulem o cuidado certo.

Em um plano mais geral, há que se promoverem mudanças no sistema de pagamento aos prestadores de serviços. É preciso reformar o sistema de sistema de financiamento para transitar de um sistema baseado no volume (*fee-for-service*) que incentiva a sobreutilização e a subutilização dos serviços de saúde para sistemas baseados na geração de valor para as pessoas usuárias. Isso é discutido no Capítulo 9.

4.1 A GESTÃO DA CLÍNICA

4.1.1 AS ORIGENS E O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A racionalidade no uso de tecnologias de saúde convoca mudanças de base no modelo de gestão, no caso, a busca de um equilíbrio entre a gestão dos recursos e a gestão da clínica. Na gestão do SUS, existe um forte desequilíbrio entre a gestão dos meios – gestão de pessoas, gestão de suprimento e logística e gestão econômico-financeira – e a gestão dos fins, a gestão da clínica. Quando se examinam os currículos dos cursos de gestão em saúde, esse desequilíbrio transparece de forma evidente.

A expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional, mas, no Brasil, foi adotada por Mendes (2011) para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS.

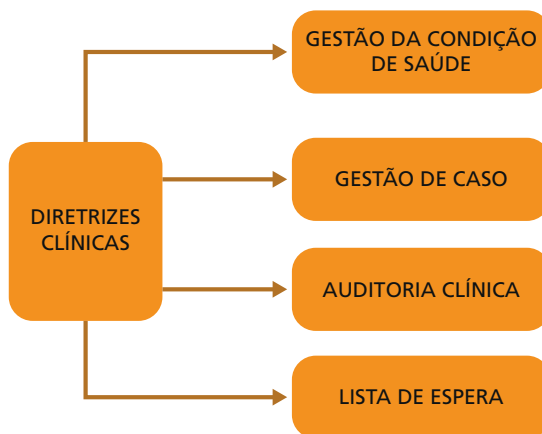
A gestão da clínica tem suas origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (*managed care*); outro, mais recente, a governança clínica (*clinical governance*) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (MENDES, 2011). A proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes (ROBINSON; STEINER, 1998). Além disso, buscou incorporar, na sua proposta de auditoria clínica, as tecnologias de revisão da utilização, também muito eficazes no controle da variabilidade dos procedimentos médicos (RESTUCCIA, 1995). A gestão da clínica incorpora da go-

vernância clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão, 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 35.

Figura 35: As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes (2011).

A análise da Figura 35 permite verificar que há cinco tipos de tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera.

As diretrizes clínicas constituem a base de uma gestão da clínica efetiva e de qualidade constituindo a tecnologia de base. A partir delas, estruturam-se as outras quatro tecnologias derivadas de gestão da clínica.

4.1.2 AS DIRETRIZES CLÍNICAS

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

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (HARBOUR, 2008).

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas –, as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Os objetivos das diretrizes clínicas são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das outras tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento (CAMPBELL et al., 1998; THOMPSON; PICKERING, 2010; MENDES, 2011).

As diretrizes clínicas têm algumas características: apresentam um claro enfoque para as pessoas usuárias; são desenvolvidas por grupos multiprofissionais operando de forma interdisciplinar; estão orientadas para objetivos e resultados; devem ser validadas interna e externamente; incorporam evidências científicas; são monitoradas; e têm um tempo determinado para sofrerem revisão (THOMPSON; PICKERING, 2010).

As diretrizes clínicas devem ser construídas com base na MBE, entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde (SACKETT et al., 1997).

A MBE justifica-se por algumas razões principais: primeiro, porque as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica;

segundo, porque ainda que essas evidências sejam necessárias para a prática cotidiana da medicina, há dificuldades em obtê-las; terceiro, porque o conhecimento médico evolui muito rapidamente e o desempenho clínico deteriora-se com o tempo; quarto, porque a entropia clínica não é superável pelos programas convencionais de educação continuada; e, por fim, porque a MBE permite aos clínicos manterem-se atualizados (SACKETT et al., 1997).

A MBE busca sumarizar os resultados de pesquisas por meio, especialmente, da revisão sistemática e da metanálise. A revisão sistemática difere da revisão bibliográfica pelos critérios rigorosos de seleção dos trabalhos a serem examinados e pelo uso de critérios uniformes para avaliá-los sendo, portanto, menos subjetiva. Constitui um método de síntese da literatura que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada qual e identificar possíveis inconsistências. A metanálise é um processo de usar métodos estatísticos para combinar os resultados de diferentes estudos; é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que articula os resultados de dois ou mais estudos primários (LAST, 1995).

A MBE provê evidências que podem ser classificadas em categorias de evidências e em forças de recomendação. Há várias metodologias para isso (SHEKELLE et al., 1995; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2000). Alguns centros de MBE se instalaram e provêm, com regularidade, revisões sistemáticas da evidência disponível e estão acessíveis em páginas da Internet.

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 a critérios de alta (COCHRANE, 2001a).

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da APS. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

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, eles são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com

maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme, e os protocolos clínicos, os fotogramas.

Como exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita por meio de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo – é feito por um protocolo clínico.

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita mediante um processo complexo, composto por vários momentos, e que leva tempo e envolve várias etapas (FELTON, 1998; COCHRNE, 2001).

A elaboração de diretrizes clínicas é um processo complicado e prolongado. Na Escócia, o tempo médio gasto tem sido de 28 meses, a partir da constituição do grupo: 15 para revisão da literatura e para elaboração da primeira versão, 10 meses para revisão de pares e consulta pública e 3 meses para a publicação (HARBOUR, 2008).

Os momentos de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas.

Para o êxito do processo de elaboração das diretrizes clínicas, é essencial que haja uma boa gestão desse processo complexo. Uma boa gestão de projetos deve seguir certas regras: manter os objetivos ao longo do trabalho; coordenar a elaboração de um planejamento detalhado de todas as atividades; assegurar uma comunicação adequada entre os membros da equipe; manter expectativas realistas; garantir que os recursos humanos, materiais e financeiros estejam, oportunamente, disponíveis para o trabalho; e fazer o monitoramento e a avaliação.

Dada a abundância de diretrizes clínicas disponíveis na literatura internacional, há uma discussão relevante entre elaborar novas diretrizes clínicas originais ou fazer uma adaptação de diretrizes clínicas já existentes a um contexto organizacional determinado. Uma revisão sistemática sobre o tema mostrou que há vantagens em adaptar diretrizes clínicas já existentes porque, dessa forma, eliminam-se duplicações de esforços e retrabalhos, além de ser mais viável em situações de baixa capacidade institucional para gerar diretrizes clínicas originais (FERVERS et al., 2006).

A formalização das diretrizes clínicas é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. A linguagem deve ser clara, sem ambiguidades e definindo todos os termos com precisão. É importante que essas diretrizes estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores.

As diretrizes clínicas devem refletir, em seu corpo, o processo de elaboração, mas o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* sugere uma estrutura padronizada: uma clara definição da condição de saúde que se está normatizando; uma explicação das diferentes intervenções alternativas; um sumário das evidências obtidas, com seus níveis de evidência e referências; as recomendações derivadas das evidências obtidas; e uma discussão de adaptações locais ou de evidências frágeis ou inexistentes (HARBOUR, 2008).

Após elaboradas, as diretrizes clínicas devem ser avaliadas. Há várias ferramentas para fazer essa avaliação. Uma das mais utilizadas, internacionalmente é o instrumento Agree (*Appraisal of Guideline Research and Evaluation*), que tem por finalidade proporcionar uma estrutura de base para a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas (THE AGREE COLLABORATION, 2001). Por qualidade das diretrizes clínicas, entende-se a confiança em como os vieses potenciais do desenvolvimento dessas normas foram adequadamente abordados e em como as recomendações possuem validade interna e externa e são exequíveis na prática. Esse processo implica levar em consideração os benefícios, os riscos e os custos das recomendações, bem como as questões práticas com elas relacionadas.

As diretrizes clínicas, para serem eficazes, devem passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa, o qual é importante para garantir que o instrumento de normatização seja aceito e utilizado posteriormente.

A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de servidores da instituição no grupo-tarefa de elaboração. É útil o domínio, por algum membro do grupo-tarefa, de técnicas de formação de consensos, como o método *delphi* e as técnicas de grupos nominais. A validação externa deve ser obtida, quando possível, por meio da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas. Ademais, ela deve ser buscada, também, com grupos que representam as pessoas usuárias.

Depois de validadas, as diretrizes clínicas devem ser publicadas. A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários e deve utilizar material de qualidade, para que resista a um uso frequente. Deve ser feita uma tiragem que permita atingir o máximo possível dos profissionais de saúde que vão utilizar as diretrizes clínicas. Cada profissional deve utilizar a diretriz clínica como base para a sua prática cotidiana, o que significa tê-la à sua disposição no espaço de trabalho. Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, na página da organização. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos menores que a publicação em papel. A tendência é de valorizar, relativamente, as publicações eletrônicas, até mesmo por razões de custos. Idealmente, as diretrizes clínicas devem ser acessadas, facilmente, por meio dos prontuários familiares eletrônicos, pelos profissionais de saúde.

Uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normatização sejam revistos periodicamente. Há diferentes propostas para o período de revisão anual (COCHRANE, 2001a; HARBOUR, 2008).

Quando uma diretriz clínica é considerada para revisão, três alternativas apresentam-se: uma revisão parcial, uma revisão completa ou o seu arquivamento.

Há quem sugira que as diretrizes clínicas, antes de sua implantação em escala, devem ser aplicadas em projetos-piloto, que devem envolver o local de aplicação, o alcance e os objetivos do projeto, os resultados esperados e o cronograma. Na avaliação desses projetos, devem ser consideradas, além dos processos e resultados, as opiniões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (THOMPSON; PICKERING, 2010).

As principais barreiras à implantação das diretrizes clínicas são: fatores estruturais, como a ausência de incentivos financeiros; fatores organizacionais; fatores individuais relativos a conhecimentos, habilidades e atitudes; e problemas nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias (HARBOUR, 2008).

Para superar esses problemas, deve ser definida uma estratégia de implantação das diretrizes clínicas, combinando diferentes intervenções que apresentam evidências de efetividades diferenciadas (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1994): a publicação e distribuição em material escrito, pequena efetividade; auditoria clínica e feedback, efetividade moderada; educação permanente em grupos, efetiva; educação permanente individual, efetiva; opinião de líderes, efetividade variável; veiculação na mídia, efetiva; incentivos financeiros, efetividade variável; lembretes pelos prontuários eletrônicos, efetivos, mas não em todos os casos; a combinação dessas intervenções é mais efetiva que a utilização de uma ou de poucas intervenções isoladas. Portanto, a implantação de diretrizes clínicas deve ser feita por um mix dessas diferentes estratégias. Simplesmente publicar e enviar o documento aos profissionais da ESF é pouco efetivo e pode levar a que as diretrizes sejam postas na gaveta.

Uma revisão da literatura, conduzida pelo *American College of Cardiology* e pela *American Heart Association*, encontrou evidências de que as intervenções multifatoriais destinadas a superar barreiras às mudanças de comportamento, a atenção multidisciplinar a pessoas de alto risco, a extensão acadêmica, os *feedbacks* relativos aos resultados, os lembretes e as opiniões de líderes locais facilitam a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas. A mesma revisão conclui que a simples distribuição das diretrizes clínicas tem pouco efeito na adesão (HUNT et al., 2001). Outros estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação baseada em problemas teve impacto favorável em programas de controle de asma e de diabetes (FEDER et al., 1995) e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes (PAYNE et al., 1995; RUOFF, 2002). Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras

revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes (SINGH, 2005).

As diretrizes clínicas baseadas em evidências são um importante instrumento para os profissionais de saúde porque ajudam a organizar uma informação científica que está muito difusa na literatura e que se produz vertiginosamente.

As limitações das diretrizes clínicas estão em que são feitas para situações médias que podem não se aplicar a todas as pessoas e, também, em que podem estar viesadas pelas opiniões e pelas visões do grupo que as elaborou. Além disso, ainda que reduzam a variação dos procedimentos médicos, podem diminuir a atenção individualizada para determinadas pessoas que necessitam de cuidados especiais. A forma de elaboração, por meio de algoritmos binários, pode sobressimplificar procedimentos complexos da medicina (WOOLF et al., 1999).

Há evidências de que as diretrizes clínicas funcionam melhor quando utilizadas em conjunto com outras tecnologias de gestão da clínica e em RAS. Isso é explicável porque a existência das diretrizes clínicas não garante a sua aplicação. Além disso, há evidências de que elas são mais bem aplicadas quando levam em conta as circunstâncias locais, o cuidado multiprofissional, a implantação por processos de educação permanente e quando viabilizam o uso de alertas para os profissionais de saúde e as pessoas usuárias (FEDER et al., 1995).

Um survey nacional para verificar a reação dos médicos americanos às diretrizes clínicas mostrou que os resultados referentes à familiaridade com elas foram muito diferenciados, variando de 11% para testes de estresse a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Os subespecialistas são os que mais conhecem as recomendações para sua área. Quanto maior o tempo de prática médica, maior o conhecimento das diretrizes clínicas. A confiança com as diretrizes clínicas variou: as menos confiáveis são as produzidas por operadoras privadas de planos de saúde, depois as produzidas por órgãos governamentais; as mais confiáveis são as produzidas por associações corporativas. A maioria dos médicos disse que as diretrizes clínicas foram boas e convenientes como instrumentos educacionais (64%), como fontes de consulta (67%) e que melhoraram a qualidade da atenção (70%). Ademais, 25% dos médicos acharam-nas sobressimplificadas, rígidas e como uma ameaça à liberdade clínica (TUNIS et al., 1994).

Especificamente, há evidências sobre o impacto de diretrizes clínicas em padronizar a atenção (RUOFF et al., 2002); em reduzir a utilização de serviços (CHAPPEL et al., 2004); em melhorar a qualidade da atenção (RENDERS et al., 2004); em reduzir os custos da atenção à saúde (CRANE; WERBER, 1999); em reduzir o uso de serviços de diagnóstico (RENDERS et al., 2004); em melhorar os processos clínicos (WILSON et al., 1988; McDOWELL et al., 1989; OAKESHOTT et al., 1994; GRIMSHAW et al., 1995); e na medicina complementar (THERAPEUTIC GOOD ADMINISTRATION, 2019).

4.1.3 A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, em 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações (ZITTER, 1996). A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gerenciamento de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio com a implantação das RAS, e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, por meio de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais.

Ainda que a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais (HAM, 2007).

Há vários conceitos de gerenciamento de doença. Um deles, da *Disease Management Association of America*, define-o como um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, em condições nas quais os esforços de autocuidados são significativos (GUERRA, 2006).

A proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura do gerenciamento de doença. Ela se beneficia das experiências internacionais, mas foi desenvolvida para adaptar-se às singularidades de um sistema público universal, o SUS, e porque vai além da mera gestão de doenças, para acomodar-se ao conceito da condição de saúde. Nesse sentido, a proposta de gestão da condição de saúde vai além do gerenciamento das doenças crônicas, incorporando os fatores de risco proximais e os eventos vitais ligados aos ciclos de vida, como gestação, puericultura, hebicultura e senicultura.

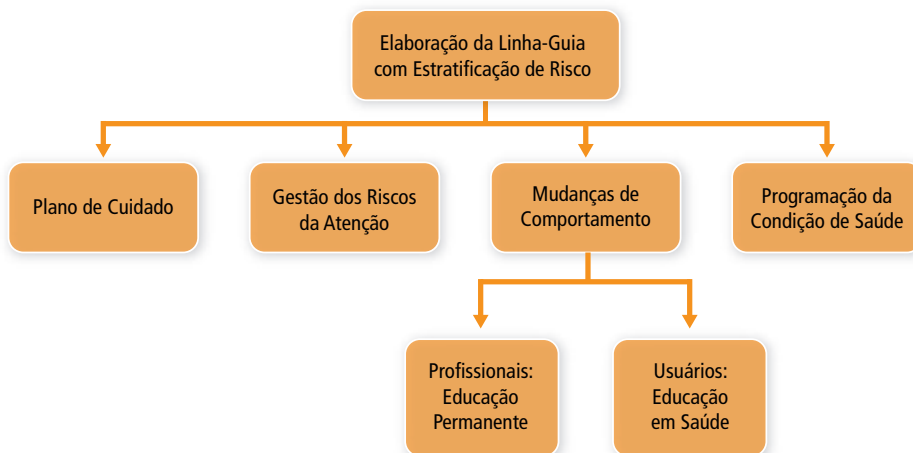
A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos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

Ela 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, conforme se analisa no Capítulo 7.

É um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde e tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a uma pessoa por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada em uma população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão da condição de saúde é representada, graficamente, na Figura 36.

Figura 36: A gestão da condição de saúde



Fonte: Mendes (2011).

O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a linha-guia que normatiza a condição de saúde em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos.

A gestão da condição de saúde estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde.

O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o grupo familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Esse plano de cuidado é elaborado, conjuntamente, pela equipe da APS e cada pessoa usuária e envolve metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Isso exige uma mudança profunda nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, por meio da introdução da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família. Nessa forma de relação entre a equipe da ESF e as pessoas usuárias, não há mais prescritores, de um lado, e receptores passivos, pacientes, portanto, de outro; equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe da ESF e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, deixa de ser a queixa conduta para ser o plano de cuidado.

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo.

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde; é ele que traz os elementos fundamentais para uma participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção, que recolhe e acolhe seu grau de confiança em cumprir as metas definidas e que permite um monitoramento conjunto desse plano. Um plano de cuidado robusto deve ter três atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz (KABNECELL et al., 2006).

O segundo componente da gestão da condição de saúde é a gestão dos riscos de atenção.

Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. Esses danos podem ser devidos a erros ou a eventos adversos. Os erros são definidos como falhas em uma ação planejada ou pelo uso de um planejamento incorreto e os eventos adversos como os danos causados pela intervenção sanitária e não pelas condições das pessoas que são submetidas a ela; os eventos adversos preveníveis são aqueles atribuíveis a um erro ou a uma falha sistêmica da atenção à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Por outro lado, os serviços seguros são conceituados como aqueles que são prestados sem causar danos às pessoas usuárias e aos profissionais e que aumentam a confiança das pessoas na atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Um clássico trabalho sobre o sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos mostrou que os problemas de erros e eventos adversos dele constituíram a terceira causa de morte naquele país e foram responsáveis por 48 a 98 mil mortes por ano,

metade das quais por reações adversas de medicamentos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; STARFIELD, 2000). A porção dos eventos adversos devidos a medicamentos foi consequência da percepção exagerada das pessoas dos aspectos positivos dos medicamentos e da pressão em aprovar a entrada no mercado dos medicamentos, ambas as situações ligadas aos modos de operar da grande indústria farmacêutica (ANGELL, 2008).

O Instituto de Medicina propôs a superação do “abismo da qualidade” do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos por meio de reformas profundas que estruturam um novo conceito de qualidade, baseado em alguns objetivos, entre os quais, a prestação de serviços seguros que evitem danos para as pessoas usuárias. Essa importante instituição fez uma recomendação explícita para a mudança do sistema americano que é a de colocar a segurança como uma propriedade inerente desse sistema e que as pessoas usuárias devem estar seguras de que não sofrerão danos causados pela atenção à saúde. Por isso, definiu-se um conceito de segurança das pessoas como a capacidade de um sistema de atenção à saúde evitar os danos da atenção que se supõe ser prestada para ajudá-las a melhorar suas condições de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

No Reino Unido, 1 em cada 20 pessoas usuárias dos serviços de atenção secundária sofrem danos em consequência de intervenções sanitárias, o que leva a 850 mil eventos adversos nos hospitais, por ano, e a um custo adicional de £ 2 bilhões, por ano (EMSLIE, 2002); metade desses eventos adversos são preveníveis (EXPERT GROUP ON LEARNING FROM ADVERSE EVENTS IN THE NHS, 2000). Esses eventos são responsáveis por aproximadamente 40 mil mortes anuais, o que faz com que iatrogenias do sistema de atenção à saúde daquele país, à semelhança dos Estados Unidos, sejam a terceira causa de mortes naquela população, somente superados pelas mortes por doenças cardiovasculares e por câncer.

Em função dos problemas de segurança na atenção à saúde, a OMS está considerando que serviços de qualidade, seguros para as pessoas e para os profissionais, devem ser inscritos como direitos da pessoa humana (FEDER et al., 1995).

Há um reconhecimento crescente de que a gestão dos riscos da atenção à saúde deve estar integrada em programas de qualidade, uma vez que se entende um serviço de qualidade como aquele que organiza seus recursos de modo a atender às necessidades de saúde das populações por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestadas com segurança para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde, sem desperdícios econômicos e dentro de padrões ótimos pré-definidos (OVERETVEIT, 2004). Em geral, as ações de segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde estão contidas no nível 1 dos processos de acreditação das unidades de saúde.

A gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes danosos

ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (McSHERRY; PEARCE, 2002). Os riscos clínicos representam-se por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões definidos intencionalmente.

A Comissão Europeia para a Saúde e Proteção do Consumidor está propondo um programa de gestão dos riscos da atenção à saúde com base em três grandes áreas: a estruturação de um sistema de vigilância dos riscos da atenção à saúde; a implantação de mecanismos de compensação financeiras para as pessoas vítimas de erros médicos ou eventos adversos; e o desenvolvimento e o uso dos conhecimentos e das evidências (CONKLIN, 2008).

A gestão dos riscos da atenção à saúde pode ter um segundo componente que são os riscos para as equipes de saúde. Esse componente visa assegurar que os profissionais de saúde estão operando em padrões adequados de biossegurança, em ambientes saudáveis e protegidos em relação a infecções (STAREY, 1999).

A implantação da gestão dos riscos da atenção à saúde envolve um conjunto integrado de ações: a definição de uma estratégia de gestão dos riscos da atenção; a identificação, em cada unidade, de um grupo para coordenar essas ações; a explicitação de padrões ótimos de atenção segura, com base em evidências clínicas; a implantação de um sistema de relatório de eventos adversos; a montagem de um sistema de vigilância dos riscos da atenção, envolvendo a identificação, o monitoramento e a avaliação dos riscos, por exemplo, o sistema de farmacovigilância; a implantação de um sistema de ouvidoria que recolha e acolha as manifestações de más práticas clínicas por parte das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; a articulação com o sistema de auditoria clínica; a implantação de sistema de educação permanente dos profissionais de saúde em redução dos riscos clínicos; e a provisão de informação às pessoas usuárias sobre os riscos e os benefícios de determinadas intervenções médicas.

O terceiro componente da gestão da condição de saúde são as mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias, que se fazem por meio de processos educacionais potentes. Em relação aos profissionais de saúde, envolve métodos adequados de educação permanente, e no que concerne às pessoas usuárias, faz-se mediante processos de educação em saúde.

A educação permanente dos profissionais de saúde há que evoluir de uma educação tradicional para processos de educação permanente contemporâneos.

A educação tradicional dos profissionais de saúde caracteriza-se assim: é baseada em intervenções isoladas e pontuais; utiliza metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos; desvincula as intervenções educacionais das práticas profissionais; separa as intervenções educacionais das mudanças de desempenho; não é construída com base em análises de necessidades dos

educandos; produz respostas padronizadas e não individualizadas; e as iniciativas de adesão são responsabilidades individuais (MAMEDE, 2005).

A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente: pré-graduação, graduação, formação para especialidade, educação permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional permanente nos campos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência (MAMEDE, 2005).

Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação das práticas definidas nas diretrizes clínicas (SIBLEY et al., 1982). Mas vai-se caminhando no sentido de estratégias educacionais que valorizam o ensino-aprendizagem tutorial, realizado com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizadas por círculos de pares (MAMEDE, 2001).

A educação permanente dos profissionais da equipe da ESF tem como sujeitos pessoas adultas. A educação de pessoas adultas é feita pela andragogia que tem características de aprendizagem bem diferentes daquelas da pedagogia, destinadas à aprendizagem das crianças. As principais características da aprendizagem andragógica são: a aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem por meio da discussão e da solução de problemas em grupo; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para chegar à solução. Na andragogia, o professor se transforma em um facilitador eficaz de atividades de grupos, devendo demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, transmitir o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes (PERILLO et al., 2007).

A educação permanente dos profissionais de saúde deve ser baseada nos fatores de mudança das práticas profissionais: os fatores predisponentes, os fatores habilitadores e os fatores reforçadores. Os fatores predisponentes envolvem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como atividades formais (cursos e conferências), materiais impressos e audiovisuais. Os fatores habilitadores são aqueles que facilitam as modificações da prática profissional no ambiente de trabalho, como as condições de infraestrutura física, as diretrizes clínicas, as consultas a colegas e materiais de educação em saúde. Os fatores reforçadores são aqueles que consolidam as mudanças das práticas profissionais, como os alertas e os *feedbacks* providos pelo sistema de informação clínica. Há, ainda, fatores multipotenciais, como as revisões de prontuário, as opiniões de profissionais-líderes e os incentivos (ADELSON et al., 1997). Os incentivos econômicos e não econômicos em relação à

adoção dos procedimentos recomendados são fundamentais, juntamente com as estratégias educacionais, para as mudanças das práticas clínicas.

A educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde, que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essas organizações, conseqüentemente, devem prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada ofertando-o, portanto, em tempo protegido.

A educação permanente é uma condição para que os profissionais possam manter-se atualizados. Assim, devem ser ofertados programas de educação permanente que sejam: metodologicamente adequados, ou seja, construídos segundo os princípios da andragogia; constantes no tempo, ou seja, que não tenham terminalidade; flexíveis, ou seja, que permitam manter grupos que mudam, dinamicamente, em sua constituição; e que sejam ofertados em tempo protegido, ou seja, durante o horário contratado dos profissionais.

Há evidências na literatura internacional sobre os efeitos positivos da educação permanente na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e em outras dimensões da prática profissional, sobre os resultados sanitários e sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Um estudo de caso controle feito no Reino Unido mostrou que o treinamento de médicos generalistas e enfermeiros com processos educacionais centrados nos portadores de diabetes de tipo 2, melhoraram suas habilidades de comunicação, a satisfação das pessoas usuárias e as suas percepções de bem-estar (KINMONTH et al., 1998). Uma revisão sistemática concluiu que a educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com uma metodologia de educação em saúde e de autocuidado apoiado reduz o uso dos serviços de saúde e os custos da atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Um estudo comparou processos educacionais individuais ativos e passivos sobre prescritores de medicamentos na APS e chegaram à conclusão de que os processos ativos são mais efetivos em mudar os comportamentos dos profissionais que os processos passivos e que, ambos, são mais efetivos que nenhuma intervenção educacional (BRAYBROOK; WALKER, 2000). Um estudo concluiu que os médicos estavam mais satisfeitos quando submetidos à aprendizagem baseada em problemas que na educação continuada tradicional (SMITS et al., 2002). Uma revisão da Cochrane sobre a educação centrada nas pessoas constatou que médicos e enfermeiros de APS quando participaram de atividades educacionais com essa metodologia de atenção à saúde aumentaram a satisfação das pessoas usuárias com os cuidados recebidos (LEWIN et al., 2004).

A gestão da condição de saúde, além de mudar comportamentos dos profissionais de saúde, deve mudar os comportamentos das pessoas usuárias dos serviços de

saúde. Essa mudança de comportamento das pessoas usuárias é, também, realizada por ações educativas, o que convoca a educação em saúde.

As diretrizes clínicas que normatizam o processo de intervenção perante a condição de saúde devem ser apropriadas pelas pessoas usuárias dos serviços de saúde, e isso exige um processo de mediação de comunicadores e de educadores e um espaço organizacional da educação e comunicação. É o campo da educação em saúde.

As variáveis importantes desse momento são os conteúdos das mensagens, a mídia e o *feedback*. Dessa forma, as diretrizes clínicas devem ser traduzidas em linguagem adequada, pelos comunicadores e pelos educadores, para as pessoas usuárias, e transmitidas por intermédio de meios pertinentes para que sejam apropriadas devidamente.

A educação em saúde envolve estratégias como a realização de *surveys* ou grupos focais; a busca dos melhores meios para as mensagens específicas (eletrônico, impresso, falado, visual); e a avaliação por *feedback* da eficácia dos métodos comunicacionais utilizados.

Ademais, há que se ter um processo educacional que permita que as pessoas usuárias se apropriem dos conteúdos das diretrizes clínicas. Valorizar a educação das pessoas usuárias, de forma a que mudem seus comportamentos em relação à condição de saúde e que participem proativamente do plano de cuidados, é um elemento essencial da gestão da condição de saúde e parte de sua função educacional.

A educação em saúde se vale muito das teorias do campo da psicologia aplicadas às mudanças de comportamento que foram discutidas no Capítulo 10.

Ter boas diretrizes clínicas é uma condição necessária, mas não suficiente para uma boa gestão da clínica. Dispor de diretrizes clínicas na internet ou impressas, mas não as implantar por meio de processos educacionais potentes, para profissionais de saúde e pessoas usuárias, é uma perda de tempo e de recursos.

O quarto componente da gestão da condição de saúde é a programação, que se estrutura em dois momentos: a elaboração da programação e o monitoramento e a avaliação.

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 rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação da APS é de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe de saúde da família. Ela não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante por exemplo, mas

parâmetros epidemiológicos que são baseados em evidências científicas e que são parte integrante das diretrizes clínicas na forma de uma planilha 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 quem 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 (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária). Portanto, toda a programação das RAS, em todos os seus níveis de atenção, é realizada nos cuidados primários, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe.

A programação deve ser feita por estratos de riscos e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guia das condições de saúde. 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 programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar.

A programação deve ser monitorada e avaliada por meio de um sistema de monitoramento e avaliação.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

O monitoramento constitui uma atividade contínua e periódica, isto é, feita em intervalos de tempo regulares, definidos em função da natureza de cada indicador. A avaliação, diferentemente do monitoramento, é uma atividade que se caracteriza por ser uma intervenção episódica que convoca, em geral, uma pesquisa avaliativa.

Os resultados, efetivamente alcançados e demonstrados pelo sistema de monitoramento e avaliação, devem servir para reajustar o processo de gestão da condição de saúde da seguinte forma: os resultados se transformam em base de conhecimentos; os objetivos podem ser reajustados à luz do que efetivamente se pode alcançar; as diretrizes clínicas podem ser revistas; e as estratégias educacionais e comunicacionais podem ser ajustadas.

Como a proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura da tecnologia utilizada internacionalmente de gerenciamento de doença, as evidências foram demonstradas em relação a cada um dos componentes principais. Contudo, na literatura internacional, é possível identificar evidências da aplicação global do gerenciamento de condições de saúde, em condições crônicas, melhorando os resultados sanitários e econômicos (SPERL-HIDDEN et al., 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; SCOTT et al., 2002; OMAR et al., 2007).

4.1.4 A GESTÃO DE CASO

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

O papel principal de um gestor de caso é exercitar a advocacia da pessoa portadora de uma condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e sua família: defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado e para a autonomia e a independência; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a RAS (MULLALY, 1998).

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde que é sustentada por abundante evidência empírica e discutida no Capítulo 1. Essa lei diz que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população e são os que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% (MULLALY, 1998) ou de 1% a 5% (PORTER; KELLOGG, 2008).

A gestão de caso corresponde, no MACC, ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas, como se vê no Capítulo 7. Ela 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, em um formato *hands-on*, em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos (MULLALY, 1998).

O gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação. Ele se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido.

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, as pessoas usuárias dos serviços e suas famílias; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde; minimizar os problemas nos pontos de transição do cuidado; incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias; incrementar a autonomia e independência 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 (POWELL, 2000; ALLIOTA, 2001): a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso. As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades; aquelas que utilizam polifarmácia; aquelas que apresentam problemas de alta dos serviços; aquelas que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas; aquelas que são atingidas por danos catastróficos; aquelas que são desprovidas de condições para o autocuidado; aquelas que são alvo de eventos-sentinelas; aquelas que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais; e aquelas que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem sós; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função de variáveis como diagnóstico, tipo de tratamento, quantidade de internações domiciliares, custo, local de tratamento e padrões de cuidados (MULLALY, 1998). Ao que se deve adicionar a rede de suporte social e a situação socioeconômica.

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: companheiro ou companheira, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais. Uma avaliação fundamental é da capacidade para o autocuidado.

É importante consultar a história de saúde, o que incluirá entrevistas com profissionais envolvidos na atenção, o exame dos prontuários clínicos, entrevistas com os responsáveis pela atenção domiciliar e com os cuidadores. São condições importantes: a verificação das condições odontológicas, de visão, de audição, da saúde ocupacional, da saúde mental, da capacidade funcional e, muito importante, da capacidade para o autocuidado.

As condições de vida, especialmente aquelas ligadas ao meio ambiente familiar, devem ser levantadas. São significativas as informações domiciliares relativas à presença de escadas, de telefone, de equipamentos de utilidade doméstica, de sanitários, de equipamentos de lazer e de necessidades de equipamentos médicos complementares.

Uma ficha de identificação do problema deverá conter: nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa; toda a história médica da pessoa; a presença de fatores complicadores, de cronicidade e comorbidade; a história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas; as medicações tomadas e que estão sendo utilizadas; a história familiar em relação a doenças crônicas; as alergias; a avaliação nutricional; a avaliação dermatológica; o histórico de uso das unidades de saúde pela pessoa; e o uso de práticas médicas complementares e integrativas.

Se o momento da identificação do problema permite decidir aonde chegar, a elaboração e a implementação do plano de cuidado definem a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. Assim, nessa etapa, exige-se muita criatividade porque há, sempre, várias maneiras alternativas de chegar aos objetivos traçados.

Por isso, na elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa usuária e de sua família.

Ou seja, o plano de cuidado é um ato solidário do gestor de caso, da pessoa usuária e de sua família e da equipe de saúde. Em alguns casos, o plano exigirá a presença de outros atores, como o cuidador, a igreja, membro de movimento social ou outros.

Começa-se com o estabelecimento dos objetivos da gestão de caso. A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias, como realizar a cirurgia, retirar todos os equipamentos de suporte vital, estabilizar os exames de sangue, utilizar uma cadeira de rodas etc.

O objetivo terminal de uma gestão de caso é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia e independência às pessoas. Para tal, é necessário priorizar as necessidades e os objetivos, e isso pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou de sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos, há que se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É, aqui, no momento da implementação que o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada. A consulta permanente às linhas-guia e aos protocolos clínicos é fundamental para o trabalho consequente do gestor de caso. É essencial conhecer todos os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado.

A implementação é o momento de pôr o plano de cuidado em execução. Por exemplo, no dia de uma alta hospitalar, o gestor de caso deve: monitorar a estabilidade da pessoa; dar instruções para a alta hospitalar; dar as instruções relativas a todos os cuidados domiciliares; obter a concordância da pessoa ou de seus familiares com a alta; preparar a lista de telefones de profissionais de referência; providenciar o transporte até a residência; e verificar as condições domiciliares de recepção e acomodação da pessoa.

O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico.

O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito

para a pessoa; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte.

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contacto duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos.

Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos (VETTER et al., 2004; BOADEN et al., 2005; GENSICHEN et al., 2006; GENSICHEN et al., 2009; GENSICHEN et al., 2011).

4.1.5 A AUDITORIA CLÍNICA

A auditoria clínica foi definida como o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais (NORMAN; REDFERN, 2000).

Ela se caracteriza por dois marcos essenciais: é focada nas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e desenvolve-se em um ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com objetivo de otimizar os resultados clínicos. Assim, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou policialesca, voltada para o controle dos recursos, enfocada nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde e em uma atitude de punição ou de foco excessivo em controle de custos. É um instrumento fundamental de melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A auditoria clínica, em geral, faz-se em relação a um padrão normativo que se estabelece *a priori* e que se encontra normalmente consolidado em diretrizes clínicas baseadas em evidência.

Ela impõe-se em função da singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde. As organizações profissionais movem-se em uma permanente tensão entre gerentes e profissionais. Um dos instrumentos para administrar esse conflito é a auditoria clínica porque ela permite criar padrões objetivos e transparentes. Além disso, o princípio da variabilidade das práticas de saúde exige que se institua o controle da utilização dos serviços de saúde, uma das funções centrais da auditoria clínica. Isso implica considerá-la, também, como instrumento de controle dos custos da atenção à saúde. Há evidências de que o controle de custos é mais efetivo quando realizado do lado da oferta dos serviços que do lado da demanda (SALTMAN; FIGUERAS, 1997). A auditoria clínica é um instrumento de controle da oferta.

A auditoria clínica pode ser categorizada segundo seu foco, seu enfoque, sua natureza e sua temporalidade. Segundo seu foco identificam-se três formas de auditoria (NORMAN e REDFERN, 2000): a auditoria genérica, quando se avalia a qualidade de uma unidade de saúde ou de parte dela, por exemplo, um hospital; a auditoria específica, quando se avalia a qualidade de um procedimento clínico determinado, por exemplo, os partos cesáreos; e a auditoria profissional, quando se avalia a qualidade da atenção propiciada por um profissional determinado ou por um grupo profissional, por exemplo, um médico ou um grupo de cardiologistas.

Há três enfoques principais de auditoria clínica (BERWICK; KNAPP, 1990): a auditoria implícita que utiliza a opinião de expertos para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios predefinidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos-sentinela que parte da ocorrência de certos eventos inaceitáveis, denunciadores de falhas sistêmicas em um sistema de atenção à saúde que, investigados, levarão a uma proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema.

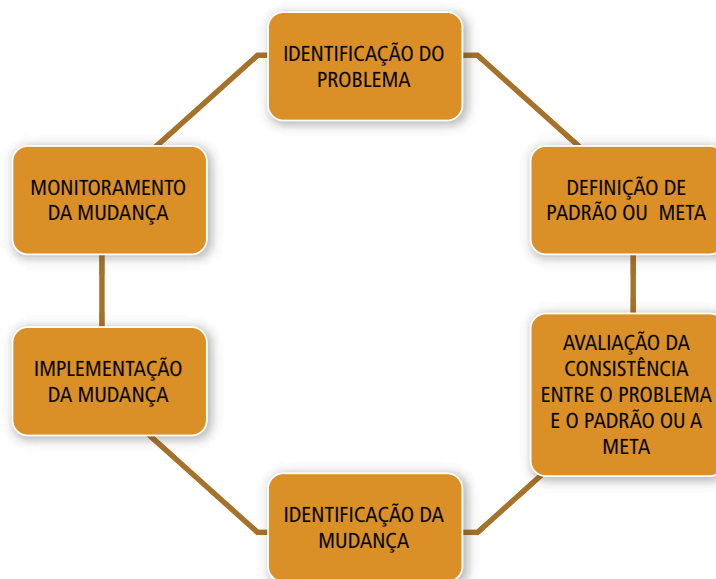
Nas auditorias implícitas, os auditores trabalham em grupos, assumindo-se que o julgamento de um grupo é melhor que o julgamento individual. As auditorias explícitas podem ser conduzidas por profissionais sem expertise na atenção à saúde, mas treinados para essas auditorias. As auditorias explícitas são mais simples e mais baratas que as auditorias implícitas e, por isso, são criticadas pela sobressimplificação e pela falta de relevância clínica. Em geral, os profissionais de saúde preferem as auditorias implícitas, enquanto os gestores optam pelas auditorias explícitas.

Quanto à natureza, as auditorias clínicas podem ser: uniprofissionais, quando realizadas por um ou mais auditores de uma única formação, médicos em geral; e multiprofissionais, quando realizadas por um grupo de auditores, com várias formações.

Quanto à sua temporalidade, as auditorias clínicas podem ser divididas em auditorias prévias ou prospectivas, feitas *ex-ante*; auditorias concorrentes ou concomitantes, produzidas em tempo real; e auditorias retrospectivas, realizadas *ex-post*.

A maneira convencional de representar a auditoria clínica é como um ciclo, conhecido como o ciclo da auditoria clínica e que se representa na Figura 37. A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica corrente com um padrão normativo ótimo. Se o serviço prestado não coincidir com o padrão normativo, devem introduzir-se mudanças para melhorar a qualidade.

Figura 37: O ciclo da auditoria clínica



Fontes: Shaw (1990); Norman (2000).

A visão da auditoria como um ciclo é fundamental para a introdução de mudanças nos sistemas de atenção à saúde porque somente quando o ciclo se fecha se institui uma nova prática e se integra esta prática em uma nova ordem das coisas (SAUNDERS, 2010).

O ciclo da auditoria clínica é um processo que apresenta seis momentos: a identificação do problema a ser auditado; o estabelecimento de padrões ou metas ótimos; a avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria; a identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado; a implementação das mudanças identificadas; e o monitoramento do processo de mudança.

A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica do ciclo da auditoria clínica é a implementação e o monitoramento das mudanças, o que é, muitas vezes, desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde.

Há várias tecnologias disponíveis para a realização de auditorias clínicas. As mais utilizadas são as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, as apresentações de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os *surveys*.

A revisão da utilização dos procedimentos clínicos pode se fazer de várias maneiras (ROBINSON; STEINER, 1998; COCHRANE, 2001b): a revisão prévia ou prospectiva,

a revisão concomitante ou concorrente, a revisão retrospectiva, a segunda opinião e a revisão por pares. Uma importante constatação é a de que revisão da utilização é feita em casos individuais.

Na revisão prévia ou prospectiva, os objetivos a avaliar são predefinidos e a avaliação faz-se em relação a esses objetivos predeterminados. Há um suposto de que os serviços só devem ser prestados se resultarem em benefícios para as pessoas usuárias. A revisão prospectiva requer uma autorização para a realização de um procedimento, uma auditoria *ex-ante*. Essa autorização pode ser buscada pela pessoa usuária ou pelo profissional de saúde e significa uma pré-avaliação da necessidade da atenção requerida, antes que seja materializada. Em geral, as organizações de saúde especificam, com anterioridade, quais as categorias de atenção para as quais são necessárias autorizações prévias. Exemplo de revisão prospectiva são as autorizações prévias para internação hospitalar ou para certos exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na revisão concomitante ou concorrente faz-se uma comparação da atenção, no momento em que está sendo prestada, com padrões predeterminados ou em relação à opinião de outro profissional de saúde que se reconhece competente. Essa revisão dá-se quando um profissional de saúde solicita a outro profissional ou a um gerente o plano de intervenção para a verificação de sua propriedade, durante a fase de intervenção. A revisão concomitante é mais utilizada para monitorar a duração da permanência do paciente nos hospitais ou para controlar o uso de certos serviços durante o tratamento. É a forma de revisão de uso mais comum nos Estados Unidos (RESTUCCIA, 1995) e a mais recomendada em nosso meio (GOMES et al., 2008).

Na revisão retrospectiva, contrastam-se os procedimentos realizados na pessoa usuária e constantes de seu prontuário, com um padrão normativo predefinido. Essa revisão envolve uma análise dos prontuários clínicos para verificar se os procedimentos corresponderam aos padrões prefixados, sendo, portanto, uma auditoria *ex-post*. Quando se encontra que o profissional se desviou do padrão normativo ótimo, ele deve ser notificado por escrito ou por um painel de pares. Algumas instituições utilizam, além do *feedback* para o profissional, certos incentivos financeiros negativos.

A segunda opinião obrigatória é usada para confirmar se certos procedimentos indicados, especialmente cirurgias, estão corretamente indicados ou se há opções mais custo-efetivas que devam ser adotadas. Muitas vezes, pacientes necessitando de cirurgia devem ser vistos por dois médicos antes da intervenção.

A revisão por pares (*peer review*) é realizada por painéis de profissionais de saúde da mesma categoria de modo a evitar conflitos entre estes e os gerentes e a remeter as decisões clínicas aos pares, onde são mais bem aceitas. Os painéis de revisão por pares decidem a respeito do que constitui atenção à saúde apropriada e efetiva. Assim, exercendo uma ação externa de profissionais de saúde sobre profissionais

de saúde – e não dos gerentes sobre os profissionais de saúde –, há uma melhor possibilidade de mudar os padrões da prática clínica.

A perfilização clínica é uma técnica que se aproxima da revisão da utilização, mas que dela se diferencia porque opera com informações agregadas, e não com casos individuais. Por isso, foi definida por Cave (1995) como a análise estatística e o monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção à saúde. A perfilização clínica compara o procedimento de um grupo de profissionais de saúde com um padrão ótimo, derivados, em geral, das diretrizes clínicas ou das práticas institucionais. Essa técnica exige a definição de uma variável clínica significativa (por exemplo, a duração das internações hospitalares), a verificação de todos os procedimentos de um grupo de profissionais em relação àquela variável, em um determinado período, e a comparação com padrões predefinidos para essa variável. Para que a perfilização clínica seja útil, os dados devem ser padronizados de modo que os casos sejam comparáveis. Por exemplo, o número de eletrocardiogramas solicitados deve ser padronizado diferentemente para os médicos de família e para os cardiologistas. O objetivo é identificar os profissionais desviantes (*outliers*) e incentivá-los, positivamente, a mudar seus procedimentos para aproximarem-se dos padrões normativos. A perfilização clínica tem sido ampliada para a perfilização de hospitais e de condições de saúde.

Um caso específico de perfilização clínica é a tecnologia de *benchmarking* (COCHRANE, 2001c). Essa técnica tem sido considerada como uma das ferramentas mais potentes para melhorar a performance organizacional (WAIT, 2004). O *benchmarking*, em termos mais amplos, constitui um ponto de referência para a excelência organizacional, em relação ao qual se mede e se compara uma organização determinada ou parte dela. No caso da auditoria clínica, interessa focalizar em aspectos clínicos da organização.

A apresentação de casos envolve a revisão de casos individuais sob a forma de sessões clínicas. A vantagem dessa tecnologia é sua simplicidade; a desvantagem é que somente um pequeno número de casos pode ser avaliado, e o processo é bastante subjetivo. Essa tecnologia é muito utilizada porque ela permite aos profissionais de saúde se comunicarem efetivamente entre si e compartilhar ideias e práticas. Mas exige um clima de confiança mútua entre os profissionais para prosperar.

É cada vez mais comum, nos sistemas de atenção à saúde, a ocorrência de eventos inesperados que causam danos à saúde das pessoas, conhecidos como eventos adversos. É, aqui, que a auditoria clínica se encontra com a gestão dos riscos da atenção à saúde. Por isso, está se utilizando, cada vez mais frequentemente, a tecnologia de revisão dos eventos adversos que consiste em auditar a ocorrência de atenção à saúde de baixa qualidade ou de efeitos adversos da atenção à saúde. Um exemplo é a auditoria sobre lesões autoinfligidas em pacientes de hospitais psiquiátricos.

Além disso, há uma tendência de se avaliarem todos os eventos-sentinela que ocorram em um sistema de atenção à saúde. Sua presença exige uma resposta imediata da auditoria clínica para identificar e superar esses eventos que apontam para falhas sistêmicas mais amplas.

Os *surveys* são avaliações sobre o que está acontecendo em um período determinado, ou durante um período (Gray, 2009). Ainda que seja possível identificar a existência de um problema por um *survey*, é difícil determinar a causa desse problema, o que exige, em geral, outros tipos de avaliação. Os *surveys* costumam ser realizados por meio da aplicação de questionários ou de entrevistas e são dirigidos principalmente para a avaliação de resultados dos sistemas de atenção à saúde. São técnicas que requerem tempo, especialização e apresentam custos significativos. São muito utilizadas as pesquisas de opinião de pessoas usuárias ou de profissionais.

4.1.6 AS LISTAS DE ESPERA

Os sistemas públicos universais de atenção à saúde apresentam, como uma debilidade estrutural, o tempo longo de espera em procedimentos em que a demanda excede a oferta.

A superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento da produtividade dos serviços é o fundamental.

As listas de espera mostram o estoque de pessoas usuárias em busca de atenção em um ponto determinado do tempo e constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda.

Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população. Por isso, a lista de espera pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos e promovendo a transparência.

O critério da transparência é fundamental e se baseia em uma 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; SICILIANI, 2003).

Os critérios de ordenamento por necessidades é uma medida efetiva de racionalização da demanda e implica a utilização de critérios de riscos no acesso aos serviços ofertados. Em serviços de saúde, em geral, não se pode adotar o critério de ordem de chegada ou de inscrição; isso é desastroso porque uma pessoa pode apresentar um risco maior que põe em xeque a integridade de um órgão, de um sistema ou da vida e, portanto, precisa ser atendida primeiro que outra que chegou antes, 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 que priorizem esses riscos.

4.2 INICIATIVAS QUE ESTIMULAM O CUIDADO CERTO

A consciência crescente de que o cuidado pobre constitui um grande problema para os sistemas de atenção à saúde tem estimulado uma série de iniciativas para enfrentá-lo, diferentes em seu escopo e em suas proposições. Entre essas iniciativas, estão a Aliança para o cuidado certo, o movimento do menos é mais na medicina, a reversão médica, a proposta de exnovação nas tecnologias de saúde, a medicina sem pressa, a prevenção quaternária, a campanha *Choosing Wisely* e a lista “*Do not do*” do NICE – *The National Institute for Health and Social Care Excellence* do Reino Unido. Há, ainda, nesse sentido, reflexões significativas sobre a incapacidade da medicina contemporânea em enfrentar os desafios do envelhecimento e da morte (GAWANDE, 2014).

4.3 A ALIANÇA PARA O CUIDADO CERTO

A Aliança para o cuidado certo tem como documento precursor o livro *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer* (BROWNLEE, 2007). Shannon Brownlee, jornalista, juntamente com Vikas Saini, médico cardiologista e presidente do Instituto Lown, organizaram, em 2012, o primeiro seminário acadêmico para discutir o tema da sobreutilização dos serviços de saúde denominado de evitando o cuidado evitável. Posteriormente, uma série de artigos e comentários publicados na revista *Lancet*, em 2017, consolidou os fundamentos do cuidado certo (LANE, 2017). Disso resultou o movimento a Aliança para o cuidado certo com o foco em atuar sobre a sobreutilização e a subutilização dos serviços de saúde nos Estados Unidos (Lane, 2017).

O objetivo dessa Aliança é criar uma demanda pública por um sistema de atenção à saúde que tenha cobertura universal, que seja seguro e efetivo e que preste o cuidado certo. Um projeto em curso busca motivar pessoas e ajudá-las a definir uma lista de dez prioridades em relação a coisas que estão sendo feitas e que não

deveriam ser feitas, bem como coisas que deveriam ser feitas. O foco está em desenvolver impactos locais e nacionais encorajando as pessoas a exercerem pressão em prol de um sistema justo e acessível.

A Aliança é uma coalizão de profissionais de saúde, pessoas usuárias dos sistemas de saúde e membros de comunidades para tornar as instituições de saúde sensíveis às comunidades e para colocar as pessoas, e não o lucro, no coração dos sistemas de atenção à saúde.

O cuidado certo é descrito como um conjunto de características: ele provê acesso necessário a serviços de alta qualidade sem provocar danos financeiros, produz os melhores resultados a custos justos, é livre de diagnósticos, testes e tratamentos desnecessários e elimina a sobreutilização e a subutilização de tecnologias de saúde; ele cria uma parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias e reflete os valores e objetivos dessas pessoas; ele permite que os profissionais e as pessoas usuárias tenham tempo suficiente para se engajarem em decisões clínicas; ele inclui discussões de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento; ele é transparente e provê informações às pessoas usuárias de forma fácil de entenderem envolvendo dados sobre qualidade, segurança, custos e resultados; ele é livre de conflitos de interesses; ele engaja os profissionais, as pessoas usuárias e as comunidades em parcerias que advogam a saúde e o bem estar de todos (<https://rightcarealliance.org>).

As tecnologias de saúde nos sistemas que praticam o cuidado certo devem ser seguras, efetivas, custo-efetivas e desejadas pelas pessoas usuárias. O trabalho clínico deve ser suportado diretrizes clínicas baseadas em evidências porque isso determina um aumento no uso de serviços apropriados e a redução de serviços impróprios, o que leva a melhores resultados sanitários e econômicos (ELSHAUG et al., 2017).

A prática do cuidado certo pode ser facilitada por alguns elementos: sistemas integrados com forte base na APS; presença de sistemas de informações em saúde integrados; sistemas de pagamentos aos prestadores que gerem valor para as pessoas; e diminuição das variações regionais na oferta dos cuidados (ELSHAUG et al., 2017, SAINI et al., 2017).

4.4 O MOVIMENTO DO MENOS É MAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE

O movimento do menos é mais na atenção à saúde baseia-se no fato de que, nas sociedades contemporâneas, convivem dois posicionamentos: uma sobrevalorização dos benefícios das tecnologias médicas e uma subvalorização dos danos que estas tecnologias podem causar. A busca do equilíbrio entre esses dois posicionamentos abre espaço para um caminho em que menos medicina pode fazer bem para a saúde. Os fundamentos desse movimento podem estar condensados em um livro denominado de *Menos medicina, mais saúde* (WELCH, 2015).

Esse autor discorre sobre sete supostos que sustentam a tendência contemporânea de utilização excessiva da atenção à saúde e denuncia as verdades perturbadoras que se escondem em cada um deles. Esses supostos e as verdades perturbadoras para cada um são: todos os riscos podem ser diminuídos: os riscos não podem ser sempre diminuídos; é sempre melhor resolver o problema: tentar eliminar um problema pode ser mais perigoso que gerenciá-lo; mais cedo é sempre melhor: diagnóstico precoce pode desnecessariamente transformar pessoas saudáveis em doentes; nunca causa dano obter mais informação: o excesso de dados pode alarmar as pessoas e desfocar os profissionais de saúde do que é importante; a ação é sempre melhor que a inação: ação pode não ser confiavelmente a escolha certa; novas intervenções são sempre melhores: novas intervenções podem não estar devidamente testadas e frequentemente acabam sendo consideradas inefetivas; é sempre melhor evitar a morte: uma fixação na prevenção da morte pode diminuir a vida.

Isso permitiu a esse autor concluir que, em geral, pensa-se que o principal problema dos sistemas de atenção à saúde é que custam muito, mas parece que o ponto central é que muitas tecnologias de saúde apresentam pouco valor para as pessoas. Esses supostos apontam para uma necessidade de moderação na medicina que se pratica atualmente.

A respeito, uma pesquisa feita nos Estados Unidos com médicos de APS verificou que aproximadamente 50% deles disseram que as pessoas receberam cuidados médicos em demasia (SIROVICH et al., 2011).

Há críticas que consideram que o movimento de menos é mais na medicina é equivocado quando questiona se está tratando demais ou simplificando demais e afirma que diminuir o desperdício é essencial, mas argumenta que, ao fazê-lo, significa considerar nuances de decisões médicas complexas e que o que pode ser percebido como ganância pode, na verdade, refletir uma fome de informação (ROSEMBAUM, 2017). Esse argumento é contraditado pela afirmação que médicos se deparam com decisões difíceis, mas que os custos das decisões difíceis são aberrações estatísticas, e não a regra; quando o desperdício se torna a regra é porque se integrou na prática médica cotidiana a noção otimista de que mais tratamento significa mais saúde (MANDROLA, 2018).

4.5 A REVERSÃO MÉDICA

A reversão médica foi analisada por Prasad e Cifu (2015) para mostrar que, a despeito dos grandes avanços nas ciências médicas, os profissionais continuam a usar, às vezes por décadas, tecnologias que não mostraram beneficiar as pessoas usuárias.

O curso natural da prática médica deveria ser, como ocorre frequentemente, a substituição de procedimentos sanitários por outros que sejam melhores. A reversão médica é diferente porque ocorre quando um procedimento sanitário correntemente aceito é confrontado em função de não se provar que é melhor do que o

procedimento que substituiu. Isso ocorre frequentemente quando uma tecnologia de saúde é adotada sem uma base robusta de evidência. Em medicina, a hipótese que suporta uma tecnologia de saúde é frequentemente aplicada em milhares de pessoas, e grandes quantidades de recursos financeiros são gastos antes que uma pesquisa adequada seja concluída.

A reversão médica foi constatada em vários aspectos da medicina: medicamentos, testes diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, rastreamentos de doenças e outros.

Na busca de medir a reversão médica, Prasad et al. (2013) reviram 2.044 artigos publicados no *New England Journal of Medicine*, entre 2001 e 2010. Desses, 363 eram artigos que apresentaram resultados de estudos que avaliaram a eficácia de uma prática clínica estabelecida. A reversão médica foi encontrada em 146 desses estudos (40%), 138 confirmaram o benefício da nova prática e 79 (22%) foram inconclusivos. Esses autores concluíram que 40% era um valor muito alto e significava que quase a metade do que os médicos fazem é inefetivo, o que era assustador.

Os danos causados pela reversão médica foram de vários tipos. Algumas intervenções realmente não funcionavam, e as pessoas perderam tempo e dinheiro. Outras que foram consideradas reversões, não foram rapidamente descontinuadas e podem continuar por muitos anos. Além disso, as reversões médicas corroem a confiança dos profissionais e das pessoas usuárias nos sistemas de atenção à saúde.

As reversões médicas derivam da adoção de práticas clínicas baseadas em insuficientes evidências, portanto, para diminuir sua prevalência, há que se melhorar as evidências e colocá-las oportunamente à disposição dos profissionais de saúde.

4.6 A EXNOVAÇÃO

A exnovação é o processo de diminuição de inovações que não se mostraram efetivas, ou que são excessivamente disruptivas em relação aos padrões operacionais vigentes nas organizações de saúde, ou que não se mostraram coerentes com as estratégias, os incentivos e as culturas organizacionais.

Em geral, as exnovações têm sido associadas com a redução dos cuidados de baixo valor em saúde e consistem na diminuição de procedimentos que apresentam poucos benefícios às pessoas. A exnovação não é o mesmo que a “desadoção” ou o abandono completo do uso de certos procedimentos.

Ela constitui uma oportunidade para descartar práticas clínicas existentes e pouco relevantes e abrir espaço para criar algo mais efetivo, fazendo parte do ciclo de vida das tecnologias de saúde e sendo necessária quando uma inovação disruptiva se impõe.

Um estudo mostrou que, em 9.158 médicos que realizaram revascularizações carotídeas entre 2006 e 2013, houve uma redução de 37,7% nessas cirurgias, das quais dois terços representaram um processo de diminuição (exnovação) desse procedimento, sendo que a redução maior foi entre cirurgiões de maior experiência (BEKELIS et al., 2017).

Eventualmente, uma exnovação pode ocorrer em função não da inefetividade de uma inovação, mas da falta de incentivos para sua adoção nas organizações de saúde. É o caso da baixa adesão ao modelo de atenção crônica pelos médicos dos Estados Unidos, não obstante as abundantes evidências mostrando sua efetividade e eficiência (WAGNER; 1998; RODRIGUEZ et al., 2016).

4.7 O OVERDIAGNOSIS

O *overdiagnosis* é uma categoria proposta por Welch (2011) em seu livro *Overdiagnosis: making people sick in the pursuing of health*. O seu conceito não significa diagnósticos excessivos, nem diagnósticos errados. *Overdiagnosis* é definido como o diagnóstico de anormalidades ou sintomas que são indolentes, não progressivos ou não regressivos, e que, não manejados, não causarão doenças e não ameaçarão a vida das pessoas. Ou seja, ele ocorre quando os indivíduos são diagnosticados com condições que nunca causarão sintomas graves ou morte (WELCH et al., 2011).

Esse é um problema relativamente novo na medicina porque ocorre quando se incorpora à prática médica o diagnóstico precoce. Isso significou que mais pessoas foram expostas a diagnósticos, incluindo aquelas que não apresentavam sintomas. Dessas, algumas evoluíram para sintomas, outras não e, estas, foram *overdiagnosed*.

Os problemas do *overdiagnosis* derivam diretamente da expansão do número de indivíduos nos quais se fizeram diagnósticos: de indivíduos com doenças e com sintomas para indivíduos com anormalidades e sem sintomas. Esses problemas se agravam pela dificuldade em precisar o que é uma anormalidade porque é muito difícil estabelecer o que é normal em saúde. Uma anormalidade pode ser definida como um achado anormal na clínica que não é experienciado como um sintoma ou doença pelas pessoas.

O *overdiagnosis* leva necessariamente à sobreutilização de tratamentos que não beneficiam as pessoas que os receberam e podem gerar iatrogenias. Por seu turno, o *overdiagnosis* resulta de sobreteste. Ou seja, há uma cascata entre *overtest*, *overdiagnosis* e *overtreatment*.

Qualquer tratamento tem o potencial de gerar dano, mas o *overdiagnosis* necessariamente causa dano.

Ele leva enormes contingentes de pessoas a se transformarem desnecessariamente em doentes e a ficarem ansiosas, além de pressionar os custos dos sistemas de atenção à saúde gerando desperdícios.

O *overdiagnosis* está associado ao ciclo da clínica médica contemporânea: procurar mais, achar mais e fazer mais. Por exemplo, nos Estados Unidos, em 2006, 1 em cada 5 pessoas fizeram tomografias computadorizadas (BRENNER; HALL, 2007). No sistema de saúde suplementar brasileiro, 132 de cada 1.000 beneficiários fizeram ressonância magnética em 2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2016). Das pessoas sem dor e sem histórico de lesão, 40% apresentaram uma anormalidade nos joelhos detectada por ressonância magnética (ENGLUND et al., 2008).

O *overdiagnosis* foi observado em diferentes condições de saúde: câncer (próstata, tireoide, melanoma, pulmão e mama), diversos tipos de incidentalomas, condições cardiológicas, gestação, condições vasculares e outras (WELCH, 2011).

A discussão do *overdiagnosis*, conforme adverte seu proponente, não pretende ser uma condenação da medicina, nem uma convocação a práticas alternativas (WELCH, 2011).

4.8 A MEDICINA SEM PRESSA

A medicina sem pressa, tradução de *slow medicine*, é um movimento criado na Itália, em 2011, na esteira de uma iniciativa anterior que surgiu nesse país como reação à proposta do fast food que foi o *slow food*.

Nas palavras de um de seus fundadores, a medicina sem pressa pode ser uma resposta aos problemas da medicina moderna: *“O verdadeiro problema é que estamos imersos numa medicina que corre veloz e não está em condições de avaliar com igual honestidade os próprios sucessos e insucessos; em uma medicina que sabe qual é o melhor tratamento para um grupo de indivíduos, mas não para um determinado indivíduo; em uma medicina que utiliza instrumentos diagnósticos e terapêuticos sem completo conhecimento dos riscos e dos benefícios que podem gerar; em uma medicina que obteve muitos sucessos ao salvar vidas humanas, mas poucos para garantir uma vida sadia aos sobreviventes; em uma medicina que está perdendo de vista o significado da peculiaridade do encontro entre médico e paciente; em uma medicina que se inclina aos alardes de uma novidade, à insígnia do instantâneo e do imediato. Mas, sobretudo, e isto pode ser ainda mais perigoso, em uma medicina que não consegue estabelecer seus próprios limites”* (BOBIO, 2016).

A medicina sem pressa resgata a primazia do tempo na ciência e na arte de cuidar. A medicina contemporânea exercita-se com pressa porque os tempos médios das consultas médicas é muito curto e os médicos tendem a interromper a fala das pessoas poucos segundos após seu início. Nesse sentido, esse movimento estrutura-se como tempo para ouvir, tempo para refletir e tempo para construir vínculos.

Dolara (2002), o primeiro médico a utilizar a expressão *slow medicine*, afirmou que, na prática clínica, a hiperatividade é frequentemente desnecessária. A adoção da estratégia da medicina sem pressa é benéfica em muitas situações porque esse enfoque permite que os profissionais de saúde tenham tempo suficiente para analisar os problemas pessoais, familiares e sociais das pessoas de forma extensiva, para diminuir a ansiedade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos sem urgência, para avaliar cuidadosamente novas tecnologias, para ponderar o tempo certo das altas hospitalares e para dar suporte emocional adequado às pessoas em situações de fins de vida e às suas famílias.

A medicina sem pressa não é uma especialidade médica. Contudo, as especialidades médicas, principalmente aquelas que lidam diretamente com as pessoas, beneficiam-se muito de seus conceitos.

Ela é um projeto cultural, uma associação de cidadãos, pessoas usuárias e profissionais de saúde que objetiva a construção de um modelo de saúde compartilhado, baseado na sobriedade, respeito e justiça (SLOW MEDICINE, 2019).

A sobriedade implica considerar que fazer mais não quer dizer fazer melhor. A difusão e o uso de novas tecnologias sanitárias nem sempre são acompanhados de maiores benefícios para as pessoas. Interesses econômicos e razões de caráter cultural e social estimulam o consumo excessivo dessas tecnologias, incrementando as expectativas das pessoas usuárias acima das capacidades dos sistemas de atenção à saúde de respondê-las. Ademais, não se dá a devida atenção ao necessário equilíbrio entre o ambiente e a integridade do ecossistema.

O respeito significa reconhecer que os valores, as expectativas e os desejos das pessoas são diferentes e invioláveis. Cada pessoa tem o direito de dizer o que é e o que pensa. Uma medicina respeitosa acolhe e leva em consideração os valores, as preferências e as orientações do outro em cada momento de sua vida; e encoraja uma comunicação honesta, atenta e completa entre os profissionais e as pessoas que utilizam os sistemas de atenção à saúde. Os profissionais de saúde atuam com atenção, equilíbrio e educação.

A justiça recomenda cuidados adequados e de boa qualidade para todos. Uma medicina justa promove a prevenção, entendida como tutela da saúde, presta serviços apropriados, isto é, adequados às pessoas e às circunstâncias, e que provaram ser eficazes para os pacientes e para os profissionais de saúde. Uma medicina justa e completa combate às desigualdades e facilita o acesso aos serviços de saúde e de assistência social, supera a fragmentação dos cuidados e promove a troca de informações e de experiências entre os profissionais de acordo com uma lógica sistêmica.

A medicina sem pressa opera com dez princípios fundamentais que são: tempo; individualização; autonomia e autocuidado; conceito positivo de saúde; prevenção; qualidade de vida; medicina integrativa; segurança; paixão e compaixão; e uso par-

cimonioso da tecnologia. Ela foi introduzida no Brasil (<https://www.slowmedicine.com.br>), em 2014, após um seminário em que se lançou o livro denominado de *doente imaginado* (BOBBIO, 2016).

Velho (2019), pioneiro da medicina sem pressa no Brasil, comentando um livro seminal da *slow medicine* de Denis McCuCullough, resgata uma frase importante desse autor: a *slow medicine* não é um retorno nostálgico a um passado romântico e imaginário.

4.9 A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Para Jamouille e Gusso (2012), a prevenção clínica passa por uma mudança paradigmática de uma organização de prevenção de base cronológica (história natural da doença) para uma de base pragmática que oferece uma nova visão do trabalho estruturada no princípio da não maleficência contido na frase atribuída a Thomas Sydenhan “*primum non nocere*” e traduzida como primeiro não causar dano (prevenção baseada no relacionamento). Assim, a prevenção quaternária é um conceito novo para uma ideia antiga.

Em 1999, o Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) identificou um quarto campo que denominou de prevenção quaternária, definindo-a como ação feita para identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003).

A conceituação de prevenção quaternária foi proposta como uma complementação dos três níveis clássicos de prevenção primária, secundária e terciária (LEAVEL; CLARK, 1976). Jamouille et al. (2002) criaram esse conceito vinculando-o às condições iatrogênicas, ao excesso de diagnósticos e à medicalização excessiva.

A prevenção quaternária funda-se em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o de precaução (primeiro não lesar). Ela estimula cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível (NORMAN; TESSER, 2009).

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 de adoecimento autolimitados, às solicitações de exames e tratamentos pedidos pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (GÉRVAS, 2007).

A desprescrição de medicamentos inapropriados ou fúteis é uma forma de exercer a prevenção quaternária. No idoso frágil, a desprescrição não visa somente à suspensão de medicamentos fúteis ou sem evidências de eficácia, mas também à suspensão de fármacos que estão causando efeitos adversos, capazes de piorar sua autonomia e independência, mas que, na sua maioria, são atribuídos ao envelhecimento por si (MORAES, 2018).

A prevenção quaternária é baseada em relacionamentos e inclui todas as intervenções contínuas feitas pelos médicos para controlar a ansiedade e a falta de conhecimento das pessoas e do próprio médico (JAMOULLE e GUSSO, 2012).

A prática da prevenção quaternária na APS, campo em que foi proposta, deve aliar três ferramentas importantes para o cuidado clínico: a abordagem centrada na pessoa, a MBE e o centramento do cuidado na APS, com longitudinalidade (NORMAN; TESSER, 2009). Nessa última ferramenta, é importante que os médicos de família e comunidade operem com a atitude de observação assistida ou demora permitida (GÉRVAZ; PÉREZ-FERNANDES, 2006; KLOETZEL, 2013) porque, como estimou Starfield (2002), 40% dos pacientes que trouxeram um novo problema a esses médicos melhoraram sem que fosse estabelecido um diagnóstico específico, e como observou Kloetzel (2013), uma característica importante da demanda ambulatorial é a remissão espontânea verificada em 80% a 90% das situações.

Para Gervaz e Pérez-Fernández (2006), o ponto central da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente e não abusar do poder de definir o que é doença, fator de risco e saúde.

4.10 A INICIATIVA DA ATENÇÃO PERFEITA

A iniciativa da atenção perfeita foi implementada pelo *Institute for Healthcare Improvement* a partir de dois documentos: um preparado pelo *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), sobre o futuro da indústria automobilística e outro sobre o abismo da qualidade em saúde publicado pelo *Institute of Medicine* (ALTSHULER et al., 1986; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; KABCENELL et al., 2010).

A iniciativa da atenção perfeita tinha um objetivo ambicioso que era criar uma organização fundamentalmente nova no campo da saúde, assim como foi a Toyota na área da indústria automobilística. Esse objetivo parece ter sido alcançado quando se examinam projetos desenvolvidos como: a criação do conceito de pacotes de saúde (*bundles*); o desenvolvimento do escore tudo-ou-nada para gestão de processos; o reconhecimento do papel das direções superiores na liderança da melhoria da qualidade em saúde; a campanha *5 millions lives*, as melhorias nas métricas para monitoramento dos sistemas de atenção à saúde, a participação no desenvolvimento do modelo de atenção crônica no Triple Aim (KABNECELL et al., 2010).

A atenção perfeita significa: prestar serviços indicados no tempo certo; evitar a prestação de serviços que não ajudem às pessoas que os recebem e que não sejam razoavelmente custo-efetivos; evitar riscos e erros que danem as pessoas usuárias ou os profissionais de saúde; e respeitar as necessidades e preferências das pessoas usuárias (THE ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2001).

A atenção perfeita implica mostrar desempenhos de melhoria que superem experiências anteriormente desenvolvidas. Isso significa baixos índices de erros, adesão integral aos melhores padrões de cuidados e altos níveis de satisfação das pessoas usuárias e suas famílias.

Dois elementos são centrais na atenção perfeita. Primeiro, o envolvimento dos líderes com a estratégia da qualidade e, segundo, descobrindo novos modos de solucionar os problemas que surgem quando as metas são ambiciosas e os sistemas complexos (KABNECELL et al., 2010).

A atenção perfeita costuma usar um pacote personalizado de métricas que é operado na lógica do tudo-ou-nada considerando-se que a atenção é completa quando todos os indicadores de qualidade são atingidos; se um ou mais indicadores não são atingidos considera-se uma atenção incompleta (NEJM CATALYST, 2017).

A iniciativa da atenção perfeita foi usada na organização *HealthPartners*, localizada em Bloomington, nos Estados Unidos (BISOGNANO; KENNEY, 2015). Essa é uma organização sem fins lucrativos, dirigida por consumidores e que cobre 1,3 milhão de pessoas das quais 13.800 tinham diabetes. Na atenção ao diabetes, criou-se uma medida ideal com base no modelo do tudo-ou-nada. As equipes de saúde trabalham para atingir 5 metas para prevenção das complicações do diabetes: hemoglobina glicada igual ou inferior a 7%; lipoproteína de baixa densidade igual ou menor a 99; pressão arterial igual ou menor a 139/89; não tabagismo; e uso regular de aspirina. A medida estabelece uma barreira alta. Se a pessoa com diabetes atinge 4 a 5 metas da medida, não atinge o padrão; só o fazem aquelas pessoas que atingem todas as 5 metas. O processo foi difícil. No início, somente 5% das pessoas atingiram a medida ideal. Com a continuidade do trabalho, mais de 42% das pessoas com diabetes atingiram as 5 metas. Em algumas clínicas dessa organização, 65% das pessoas com diabetes atingiram as 5 metas. O impacto nos custos foi alto. O custo por pessoa com todas as metas atingidas foi de US\$ 1.500 por ano; para pessoas com diabetes não controlado, esse custo per capita foi de aproximadamente US\$ 20.000 por ano. As pessoas que atingiram as 5 metas em comparação com aquelas que não atingiram todas as metas sofreram 364 infartos agudos do miocárdio menos (US\$ 35.000 por episódio), 68 amputações de pernas a menos (US\$ 26.000 por episódio) e 625 complicações oftalmológicas com possibilidade de cegueira (US\$ 250-3.000 por episódio). Para o grupo que atingiu as 5 metas, houve 1.200 atendimentos ao ano nos serviços de urgência a menos em comparação aos que não atingiram as essas metas, o que representou uma diminuição de gastos da ordem de US\$ 900.000.

A iniciativa da atenção perfeita foi, também, usada na Unimed de Guarulhos, São Paulo, para a melhoria do manejo do diabetes (GUSHKEN, 2018). Antes da implantação do projeto, em 2013, o sistema de atenção ao diabetes era uma mistura caótica de especialistas que prestavam um cuidado totalmente fragmentado. A proposta de intervenção enfatizou três áreas: a estrutura, especialmente o fluxo das pessoas; a mudança cultural de profissionais e o engajamento das pessoas usuárias no cuidado; e a coordenação da informação. Cada pessoa recebeu um plano de cuidado personalizado que incluía as metas compartilhadas e espaço para registrar os dados. Isso foi fundamental para fazer as pessoas usuárias compreenderem o seu cuidado e o sistema de atenção e para empoderá-las em suas jornadas com a doença. Profissionais da APS orientavam a alimentação e o uso de medicamentos e realizavam visitas domiciliares. O programa foi expandido; e, em 2017, havia 548 pessoas com diabetes no programa. A atenção perfeita ao diabetes foi materializada em 10 indicadores que compunham um pacote e que eram monitorados anualmente: índice de massa corporal, circunferência abdominal, pressão arterial, hemoglobina glicada, LDL, microalbuminúria, creatinina, exame oftalmológico, cessação do tabaco e exames dos pés. Em 2013, nenhum das pessoas com diabetes receberam a atenção perfeita; em 2017, 49% dessas pessoas receberam o cuidado completo. Os custos do cuidado caíram significativamente, como o custo per capita das hospitalizações que baixaram 44%.

4.11 A INICIATIVA *CHOOSING WISELY*

Choosing Wisely (Escolhendo sabiamente) é uma iniciativa de autorregulação da ABIM Foundation, (<https://www.choosingwisely.org/>), desenvolvida, inicialmente, nos Estados Unidos, que procura construir um diálogo nacional no sentido de evitar testes, tratamentos e procedimentos médicos desnecessários. Sua missão é promover conversações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias de seus serviços para ajudá-las a escolher cuidados de saúde que sejam suportados por evidências, que não dupliquem outros procedimentos já recebidos, que sejam livres de danos e que sejam verdadeiramente necessários (CHOOSING WISELY, 2019).

A partir de 2012, sociedades corporativas nacionais representativas dos especialistas passaram a pedir aos seus membros para identificarem os testes e procedimentos comumente utilizados nos seus campos específicos cujas necessidades poderiam ser questionadas e discutidas. Esse chamamento à ação resultou em listas específicas por especialidades denominadas de “Coisas que prestadores e pacientes deveriam questionar”.

No sentido de ajudar as pessoas a engajar os seus prestadores de serviços nessas conversações e empoderá-las para fazer as questões a respeito dos testes e procedimentos que eram certos para elas, materiais acessíveis foram preparados baseados nas listas de recomendações de testes e procedimentos que poderiam ser desnecessários, preparadas pelas sociedades de especialistas.

Os grupos de especialistas foram orientados a elaborar listas de práticas clínicas sobreutilizadas, de acordo com as seguintes diretrizes: as práticas clínicas deveriam ser utilizadas frequentemente e/ou apresentavam custos significativos; haveria evidência aceita para dar suporte a cada recomendação; cada recomendação deveria ser de competência e de controle dos membros da organização; e o processo deveria ser totalmente documentado e publicamente disponível quando necessário.

As sociedades corporativas de especialistas deveriam rever suas listas anualmente para garantir que elas reflitam a melhor evidência disponível e atualizar as listas após o surgimento de novas evidências que estejam em contradição com uma ou mais recomendações dessas sociedades.

Em 2019, esse movimento nos Estados Unidos envolve mais de 80 sociedades de especialistas nos campos da medicina, da enfermagem, da odontologia e da farmácia, tem parcerias com 70 organizações de consumidores, publicou mais de 550 recomendações, distribuiu mais de 110 materiais de divulgação em linguagem acessível e os fez chegar a milhões de pessoas e entregou mais de 200 mil cartões com as 5 perguntas as serem feitas aos médicos, reconheceu mais de 45 médicos como campeões da *Choosing Wisely* e realizou mais de 80 webseminários sobre o tema.

Estudo mostrou que 75,1% dos médicos de atenção primária, 64,4% dos especialistas e 54,0% dos cirurgiões reportaram concordar que a iniciativa *Choosing Wisely* os empoderaram para reduzir a utilização de procedimentos desnecessários (COLLA et al., 2016).

A *Choosing Wisely* estimula as pessoas usuárias a fazerem cinco perguntas aos seus médicos como:

- Preciso realmente desse teste, tratamento ou procedimento?
- Quais são os riscos?
- Existem opções mais simples e seguras?
- O que acontece se eu não fizer nada?
- Quais são os custos?

Essa iniciativa espalhou-se por 17 países: Canadá, Holanda, Alemanha, Noruega, Dinamarca, Reino Unido, França, Suíça, Portugal, Itália, Israel, Índia, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Coreia do Sul e Brasil.

No Brasil, o braço da *Choosing Wisely* foi desenvolvido pelo encontro de médicos brasileiros e do Proqualis, projeto do ICICT/Fiocruz. A atividade inicial foi realizada no Congresso Brasileiro de Cardiologia em 2014. Depois houve contatos desse núcleo com representantes internacionais da *Choosing Wisely*. Em março de 2015, a *Choosing Wisely Brasil* surgia como um projeto colaborativo, a ser facilitado pelo Proqualis e protagonizado por sociedades de especialidades brasileiras, ficando a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família

e Comunidade comprometidas a emitir as primeiras recomendações (PROQUALIS, 2018).

As listas têm sido elaboradas por diferentes organizações: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Federação Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Academia Brasileira de Odontologia e outras.

4.12 AS RECOMENDAÇÕES “DO NOT DO”

No Reino Unido, o Nice, uma organização independente do governo, identifica práticas clínicas do Serviço Nacional de Saúde que deveriam ser descontinuadas ou não utilizadas rotineiramente e o faz sob a forma de recomendações denominadas de “*Do not do recommendations*” (NICE, 2018a).

Essas recomendações são baseadas em alguns princípios: não cause dano; faça o mínimo possível para alcançar os objetivos; escolha o cuidado mais prudente em conjunto com as pessoas usuárias; e aplique sempre a MBE.

O Nice identifica práticas clínicas que recomenda que sejam descontinuadas ou não usadas rotineiramente. Isso pode ser devido à evidência de que certas práticas não são benéficas ou porque falta evidência que dê suporte ao uso continuado.

As recomendações, além de disponibilizadas no site do Nice, costumam ser impressas em livretos que são distribuídos aos profissionais de saúde (NICE, 2018b).

Uma pesquisa feita entre médicos generalistas no Reino Unido verificou que as opiniões em relação às recomendações do NICE foram: extremamente relevantes, 7%; relevantes, 69%; nem relevantes, nem irrelevantes, 10%; e irrelevantes, 3,5% (PULSE, 2015).

REFERÊNCIAS

ACADEMY OF MEDICAL ROYAL COLLEGES. **Decisions of value: full report and findings**. 2014. Disponível em: <http://www.aomrc.org.uk/general-news/decisions-of-value-report.html>.

ADELSON, R. et al. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 17, n. 2, p. 69-80, 1997.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa assistencial**, 2018. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **National health-care quality report, 2011. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2011.**

AGUILAR, M. D. et al. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. **International Journal of Cardiology**, v. 78, n. 3, p. 213-221, 2001.

AHN, H. S. et al. Korea's thyroid-cancer "epidemic" screening and overdiagnosis. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 19, p. 1765-1767, 2014.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro.** Belo Horizonte: FESBE, 2000.

ALDRIDGE, M. D.; KELLEY, A. S. The myth regarding the high cost of end of life care. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 12, p. 2411-2415, 2015.

AL KHATIB, S. M. et al. Non-evidence-based ICD implantations in the United States. **JAMA**, v. 305, n. 1, p. 43-49, 2011.

ALLIOTA, S. L. Case management of at-risk older people. In: COCHRANE, D. **Managed care and modernization: a practitioner's guide.** Buckingham: Open University Press, 2001.

AL-TEHEWY, M. et al. Appropriateness of hospital admissions in general hospitals in Egypt. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 15, n. 5, p. 1126-1134, 2009.

ALTSHULER, A. et al. **The future of automobile: the Report of MIT's International Automobile Program. Cambridge: MIT Press, 1986.**

ANDRE, M. et al. Upper respiratory tract infections in general practice: diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, v. 34, n. 12, p. 880-886, 2002.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito.** 3. ed. São Paulo: Editora Record, 2008.

ANTMAN, E. M. et al. A comparison of results of meta-analysis of control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. **JAMA**, v. 268, n. 2, p. 240-248, 1992.

ANTMAN, E. M. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v. 110, n. 9, p. e82-e292, 2004.

ANVISA. **Gerência de avaliação econômica de novas tecnologias:** efeitos da Resolução CMED nº 02/04 no processo de análise de preços de novos medicamentos. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/31cbde804e311d5694ddb7c09d49251b/trabalho+balanço+resol+2.final.15.Jan.2013.pdf?MOD=AJPERES>.

ATAKLTE, F. et al. Burden of undiagnosed hypertension in sub-saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Hypertension**, v. 65, n. 2, p. 291-298, 2014.

AZEVEDO, P. F. et al. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil:** avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: INSPER, Centro de Estudos de Negócios, 2016.

AZEVEDO, P.F. **Judicialização da saúde.** São Paulo: Seminário Desafios da gestão de saúde pública do INSPER, 2019.

BALAS, E.; BOREN, S. Managing clinical knowledge for health care improvement. **Yearbook for Medical Informatics**, n. 1, p. 65-70, 2000.

BARNATO, A. E. et al. Are regional variations in end-of-life care intensity explained by patient preferences? A study of the US Medicare population. **Medical Care**, v. 45, n. 5, p. 386-393, 2007.

BARNETT, M. L.; LINDER, J. A. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. **JAMA**, v. 311, n. 19, p. 2020-2022, 2014.

BARROS, A. J. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 635-643, 2011.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: o direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisprudência Mineira**, v. 60, n. 188, p. 29-60, 2009.

BASTIAN, H. et al. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we keepup? **PLoS Medicine**, v. 7, n. 9, e1000326, 2010.

BATTISTA, R. N. et al. Lessons from eight countries. **Health Policy**, v. 30, p. 397-421, 1994.

BATZLE, C. S. et al. Potential impact of ADHD with stimulant medication label on teacher expectations. **Journal of Attention Disorders**, v. 14, n. 2, p. 157-166, 2010.

BEKELMAN, J. E. et al. Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. **JAMA**, v. 315, n. 3, p. 272-283, 2016.

BENTZEN, N. (Editor). **Wonca dictionary of general/family practice**. Copenhagen: Wonca, 2003.

BERWICK, D. M. **Avoiding overuse: the next quality frontier**. **Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 102-104, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3).

BERWICK, D. M.; HACKBERTH, A. D. Eliminating waste in US health care. **JAMA**, v. 307, n. 14, p. 1513-1516, 2012.

BERWICK, D. M.; KNAPP, M. G. Theory and practice for measuring health care quality. In: GRAHAM, N. O. (Editor). **Quality assurance in hospitals**. 2nd. Edition. Rockville: Aspen, 1990.

BINDMAN, A. B. et al. Preventable hospitalizations and access to health care. **JAMA**, v. 274, n. 4, p. 305-311, 1995.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na saúde: 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custos**. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

BOADEN, R. et al. **Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions**. Manchester: The National Primary Care Research and Development Centre, 2005.

BOBBIO, M. **O doente imaginado**. São Paulo: Bamboo Editorial, 2016.

BOYD, C. M. et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. **JAMA**, v. 294, n. 6, p. 716-724, 2005.

BRAUSE, M. et al. The impact of social and institutional characteristics on the appropriateness of invasive cardiologic procedures. **Medizinische Klinik**, v. 101, n. 3, p. 226-234, 2006.

BRAVERMAN, P.A. et al. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 1, S186-196, 2010.

BRAYBROOK, S.; WALKER, R. Influencing NSAID prescribing in primary care using different feedback strategies. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 22, n. 2, p. 39-46, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 dez. 2005

BRAUNWALD, E. E. M. et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction, summary article. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 40, n. 7, p. 1366-1374, 2002.

BRENNER, D. J; HALL, E.J. Computed tomography: an increase source of radiation exposure. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 22, p. 2277-2284, 2007.

BRIONES, E. P. **Desarrollo de evaluación de tecnologías sanitarias en SESA**. Fortaleza: Department of International Development, 2000.

BROWNLEE, S. **Overtreated**: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York: Bloomsbury, 2007.

BROWNLEE, S. et al. **Evidence for overuse of medical services around the world**. Lancet. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5).

BUTTHA, Z. A. et al. Rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? **Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 972-989, 2008.

CABANA, M. D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**, v. 282, n. 15, p. 1458-1465, 1999.

CAMPBELL, H. et al. Integrated care pathways. **British Medical Journal**, v. 316, n. 7125, p. 133-137, 1998.

CARSON, A. J. et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 68, n. 2, p. 207-210, 2000.

CATANHEIDE, I. D. et al. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016.

CAVE, D. G. Profiling physician practice patterns: using diagnostic episode clusters. **Medical Care**, v. 33, n. 5, p. 463-486, 1995.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings**: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta: MMWR 16, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Vital signs**: prevalence, treatment, and control of hypertension, United States, 1999–2002 and 2005–2008. 2011. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6004a4.htm?s_cid=mm6004a4_w.

CERTO, C. M. History of cardiac rehabilitation. **Physical Therapy**, v. 65, n. 12, p. 1793-1795, 1985.

CHALMER, I.; GLAZIOU, P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. **Lancet**, v. 374, n. 9683, p. 86-89, 2012.

CHANDRA, A. et al. Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care. In: PAULY, M. V. et al. (Editors). **Handbook of health economics**. Amsterdam: Elsevier, 2012.

CHANDRA, A.; SKINNER, J. S. Technology growth and expenditure growth in health care. **Journal of Economic Literature**, v. 50, n. 3, p. 645-680, 2012.

CHAPPEL, N. L. et al. Comparative costs of home care and residential care. **Gerontologist**, v. 44, n. 3, p. 389-400, 2004.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality. **JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998.

CHERNEW, M. E.; NEWHOUSE, J. P. What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? **The American Journal of Managed Care**, v. 14, n. 7, p. 412-414, 2008.

CHOOSING WISELY. **Our mission**. 2019. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/ourmission>.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CLARK, D. M. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. **International Review of Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 318-327, 2011.

COCHRANE, D. Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor). **Managed care and modernization**. Buckingham: Open University Press, 2001a.

COCHRANE, D. Utilization management in acute in-patient care. In: COCHRANE, D. (Editor). **Managed care and modernization**. Buckingham, Open University Press, 2001b.

COCHRANE, D. Benchmarking in healthcare performance management. In: COCHRANE, D. (Editor). **Managed care and modernization: a practitioner's guide**. Buckingham, Open University Press, 2001c.

COHN, R. J. et al. Hidden financial costs in treatment for childhood cancer: an Australian study of lifestyle implications for families absorbing out-of-pocket expenses. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, v. 25, n. 11, p. 854-863, 2003.

COLLA. et al. Physicians perceptions of Choosing Wisely and drivers of overuse. **The American Journal of Managed Care**, v. 22, n. 5, p. 337-343, 2016.

CONKLIN, A. et al. **Improving patient safety in EU**. Cambridge: Rand Corporation Europe, 2008.

COON, E. R. et al. Overdiagnosis: how our compulsion for diagnosis may be harming children. **Pediatrics**, v. 134, n. 5, p. 1013-1023, 2014.

CORALLO, N. A. et al. Systematic review of medical practice on OECD countries. **Health Policy**, v. 114, n. 1, p. 5-14, 2014.

CORDERO, A. et al. Appropriateness admissions to the Department of Internal Medicine of the Hospital de Santa Luzia (Elvas) evaluated by the AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). **Acta Médica Portuguesa**, v. 17, n. 1, p. 113-118, 2004.

CRANE, M.; WERBER, B. Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. **Journal of Foot and Ankle Surgery**, v. 38, n. 1, p. 30-33, 1999.

CRUZ, V. M. et al. Factors associated with futile end-of-life intensive care in a cancer hospital. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 32, n. 3, p. 329-334, 2015.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

DALEY, J.; SAVAGE, J. **Budget Pressures on Australian Governments**. 2014. Disponível em: <http://grattan.edu.au/wp-content/uploads/2014/05/813-budget-presures-supporting-analysis.pdf>. Acesso em:

DARST, JR et al. Deciding without data. **Congenital Heart Disease**, v. 5, n. 4, p. 339-342, 2010.

DAVIS, K. et al., 2014. **Mirror, mirror on the wall**. 2014 update. How the U.S. health care system compares internationally. 2014. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica n° 93, 1964.

DE JONG. et al. Sociological model for understanding medical practice variations. In: JOHNSON, A.; STUKEL, T. (Editors). **Medical practice**. New York: Springer Science Business Media, 2015.

DELOITTE. **Transforming care delivery through virtual health**, 2017. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/virtual-health-health-care-providers.html>.

DELOITTE. **Artificial intelligence in health care, 2018**. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/artificial-intelligence-health-care-video.html>.

DELOITTE. **2019 global health care outlook, 2019**. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.

DELOITTE CENTER FOR HEALTH SOLUTIONS. **Top 10 health care innovations: achieving more for less**. 2016. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-top-10-health-care-innovations-web-friendly.pdf>.

DELOITTE UK CENTRE FOR HEALTH SOLUTIONS. **Medtech and the Internet of Medical Things**: how connected medical devices are transforming health care. 2018. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/medtech-internet-of-medical-things.html>.

DEVITA, V. T.; CHU, E. A history of cancer chemotherapy. **Cancer Research**, v. 68, n. 21, p. 8643-8653, 2008.

DEVITA, V. T.; ROSENBERG, S. A. 2012. Two hundred years of cancer research. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 23, p. 2207-2214, 2012.

DHRUVA, S. S.; REDBERG, R. F. Variations between clinical trial participants and Medicare beneficiaries in evidence used for Medicare national coverage decisions. **Archives of Internal Medicine**, v. 168, n. 2, p. 136-140, 2008.

DOLARA, A. Invitation to slow medicine. **Italian heart journal**, v. 3, n. 1, p. 100-101, 2002.

DOMENIGHETTI, G. et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. **Lancet**, v. 2, n. 8626-8627, p. 1470-1473, 1988.

DONCHIN, Y.; SEAGULL, F. J. 2002. The hostile environment of the intensive care unit. **Current Opinion in Critical Care**, v. 8, n. 4, p. 316-320, 2002.

DRUMMOND, M. The role of health economics in clinical evaluation. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 71-75, 1995.

EDDY, D. Practice policies, what are they? **JAMA**, v. 263, n. 9, p. 877-880, 1990.

ELSHAUG, A. G. et al. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. **Medical Journal of Australia**, v. 197, n. 10, p. 556-560, 2012.

ELSHAUG, A. G. et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. **Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 191-202, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7).

EMDIN, C. A. Association between randomised trial evidence and global burden of disease: cross sectional study (Epidemiological Study of Randomized Trials -ESORT). **British Medical Journal**, v. 350, n. 24, h. 117, 2015.

EMSLIE, S. Foreward. In: MCSHERRY R, PEARCE P. **Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals**. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2002.

ENGLUND, M. et al. Incidental meniscal findings in knee MRI in middle aged and elderly persons. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 11, p. 1108-1115, 2008.

ESKELAND, S. L. et al. European panel on the appropriateness of gastrointestinal endoscopy II guidelines help in selecting and prioritizing patients referred to colonoscopy: a quality control study. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 49, n. 4, p. 492-500, 2014.

EVANS, R. G. et al. (Editors). **Why are some people healthy and others not?** The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

EXPERT GROUP ON LEARNING FROM ADVERSE EVENTS IN THE NHS. **An organisation with a memory**. London: The Stationery Office, 2000.

FAGERLIN, A. et al. 2010. Patients' knowledge about 9 common health conditions: the decisions survey. **Medical Decision Making**, v. 30, n. 5, S35-S52, 2010.

FAIRFIELD, K. M. et al. Behavioral risk factors and regional variation in cardiovascular health care and death. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 54, n. 3, p. 376-384, 2018.

FALCHOOK, A. et al. Use of bone scan during initial prostate cancer workup, downstream procedures, and associated Medicare costs. **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics**, v. 89, n. 2, p. 243-248, 2014.

FANG, J. et al. Acute myocardial infarction hospitalization in the United States, 1979 to 2005. **American Journal of Medicine**, v. 123, n. 3, p. 259-266, 2010.

FEDER, G. et al. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. **British Medical Journal**, v. 311, n. 7018, p. 1473-1478, 1995.

FERRAZ, M. B. **Avaliação econômica em saúde**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016.

FERVERS, B. et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 18, n. 3, p. 167-176, 2006.

FISHER, E. S. et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, v. 138, n. 4, p. 273-287, 2003.

FLOYD, K. C. et al. A 30-year perspective (1975-2005) into the changing landscape of patients hospitalized with initial acute myocardial infarction: Worcester Heart Attack Study. *Circulation*, v. 120, n. 2, p. 88-95, 2009.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. 2011. **Antiretroviral drugs used in the treatment of HIV infection**. 2011. Disponível em: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForPatientAdvocates/HIVandAIDSAactivities/ucm118915.htm>.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E et al. (Organizadores). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

FRANGAKIS, C. The calibration of treatment effects from clinical trials to target populations. *Clinical Trials*, v. 6, n. 2, p. 136-140, 2009.

FRASER, A. G.; DUNSTAN, F.D. On the impossibility of being expert. *British Medical Journal*, v. 341, C6815, 2010.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

FRIEDMAN, M. A. et al. The safety of newly approved medicines: Do recent market removals mean there is a problem? *JAMA*, v. 281, n. 18, p. 1728-1734, 1999.

GAWANDE, A. **Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final**. Rio de Janeiro: Editora Objetivo, 2014.

GENSICHEN, J. et al. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*, v. 36, n. 1, p. 7-14, 2006.

GENSICHEN, J. et al. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives. *Family Practice*, v. 28, n. 5, p. 565-571, 2011.

GENSICHEN, J. et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 6, p. 369-378, 2009.

GÉRVAS, J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. **Gaceta Médica de Bilbao**, v. 104, n. 3, p. 93-96, 2007.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. **Medicina Clínica**, v. 109, p. 549-552, 1997.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 3, p. 66-71, 2006.

GLASZIOU, P. Non-drug interventions also work. In: FRENK, J., HOFFMAN, S. (Editors). **To save humanity**. New York: Oxford University Press, 2015.

GLASZIOU P et al. Evidence for the underuse of effective medical services around the world. **Lancet**. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1).

GLASZIOU, P.; HAYNES, B. The paths from research to improved health outcomes. **ACP Journal Club**, v. 142, n. 2, A8-10, 2005.

GLIED, S. **Chronic condition: why health reform fails**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GODMAN, B. et al. Are new models needed to optimize the utilization of new medicines to sustain healthcare systems? **Expert Review of Clinical Pharmacology**, v. 8, n. 1, p. 77-94, 2015.

GODNEY, P. R. et al. **Variation in the care of surgical conditions: a Dartmouth Atlas of Health Care Series**. Hanover: Dartmouth-Hitchcock Department of Surgery, 2016.

GOLDBERG, A. et al. Appropriateness of diagnosis of unstable angina pectoris in patients referred for coronary arteriography. **Experimental and Clinical Cardiology**, v. 13, n. 3, p. 133, 2008.

GOMES, B. et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. **Annals of Oncology**, v. 23, n. 8, p. 2006-2015, 2012.

GOMES, C. L. S. et al. Operacionalização da microrregulação dentro do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAM-

POS, E. F. et al. **Desenvolver a saúde**: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

GOODMAN, D. C. et al. **Hospital and physician capacity update**. Hanover: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2009.

GOODMAN, D. C.; GOODMAN, A. A. Medical care epidemiology and unwarranted variation. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 6, n. 9, 2017.

GOODMAN, D. C. et al. Neonatal intensive care variation in Medicaid-insured newborns: a population-based study. **The Journal of Pediatrics**, v. 209, p. 44-51, 2019;

GOODWIN. et al. Overuse of screening colonoscopy in the Medicare population. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 15, p. 1335-1343, 2011.

GOTZSCHE, P. C.; IOANNIDIS, J. P. Content area experts as authors: helpful or harmful for systematic reviews and meta-analyses? **British Medical Journal**, v. 345, e7031, 2012.

GOYEN, M.; DEBATIN, S. F. Health care costs for new technologies. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**, v. 36, n. 1, S139-S143, 2009.

GRAY, M. **Evidence-based healthcare and public health**. 3rd. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.

GRIMSHAW, J. et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. **Quality in Health Care**, v. 4, n. 1, p. 55-64, 1995.

GUERRA, J. **Conceito de gestão da doença**. 2006. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/conceito_gestao_doenca.pdf.

GULLIFORD, M. C. et al. Continued high rates of antibiotic prescribing to adults with respiratory tract infection: survey of 568 UK general practices. **British Medical Journal Open**, v. 4, n. 10, e006245, 2014.

GUSHKEN, A. et al. **Triple aim lessons learned: improving diabetes care in Brazil**. 2018. Disponível em: <http://www.ihl.org/communities/blogs/triple-aim-lessons-learned-improving-diabetes-care-in-brazil>.

HAM, C. **Evaluation and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

HARARI, Y. N. **Homo Deus**: uma breve história do amanhã. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

HARARI, Y. N. **21 lições para o século 21**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

HARBOUR, R. T. (Editor). **Sign 50**: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.

HARPOLE, L. H. et al. Assessment of the scope and quality of clinical practice guidelines in lung cancer. **Chest**, v. 123, n. 1, S7-S20, 2003.

HASSAN, C. Appropriateness of upper-GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 65, n. 6, p. 767-774, 2007.

HEMINGWAY, H. et al. Appropriateness criteria for coronary angiography in angina: reliability and validity. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 4, p. 221-231, 2008.

HENNEKENS, C. H. et al. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little Brown, 1987.

HENSON, C. A. et al. Factors associated with aggressive end of life cancer care. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 3, p. 1079-1089, 2015.

HICKS, D.; KATZ, J. Hospitals: the hidden research system. **Sciences and Public Health**, v. 23, n. 5, p.297-304, 1996.

HO, T. H. et al. Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 12, p. 1587-1591, 2011.

HOL, L. et al. Repeat colonoscopy after a colonoscopy with a negative result in Ontario: a population-based cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, v. 3, n, 2, E244-250, 2015.

HOLTHAUSEN, A.; GOLDBERG, F. Da arte de ser médico. **Veja**, v. 11, p. 72-73, 2017.

HOLVE, E.; PITTMAN, P. **A first look at the volume and cost of comparative effectiveness research in the United States**. Washington: Academy Health, 2009.

HOXHA, I. et al. Caesarean sections and private insurance: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal Open**. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016600>.

HUNT, S. A. et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practices guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 38, n. 7, p. 2101-2113, 2001.

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.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. São Paulo; Instituto de Ensino e Pesquisa INSPER, 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Assessing medical technologies**. Washington: National Academy Press, 1985.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical practice guidelines**: directions for a new program. Washington: The National Academies Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err 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: National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **America's uninsured crisis**: consequences for health and health care. Washington: The National Academies Press, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Redesign the clinical effectiveness research paradigm**: innovation and practice-based approaches. Washington: The National Academies Press, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical practice guidelines we can trust**. Washington: The National Academies Press, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Best care at lower cost**: the path to continuously learning health care in America. Washington: The National Academies Press, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dying in America**: improving quality and honoring individual preferences near end of life. Washington: The National Academies Press, 2015.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de custos médico-hospitalares**. São Paulo: VCMH/IESS, 2016.

IRANI, M.; DEERING, S. Challenges affecting access to cesarean delivery and strategies to overcome them in low-income countries. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 131, n. 1, p. 30-34, 2015.

IUSUF, S. et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. **Lancet**, v. 378, n. 9798, p. 1231-1243, 2011.

IYER, M. **44% advised unnecessary surgery: 2nd opinion-givers**. The Times of India. Jan 4, 2015.

JAMES, B. C.; POULSEN, G. P. A defesa do modelo de pagamento per capita. **Harvard Business Review Brasil**, v. 94, p. 46-56, 2016.

JAMOULLE, M. et al. **Working fields and prevention domains in general practices/family medicine 2002**. Disponível em: <http://docpatient.net/mj/prev.html>.

JAMOULLE, M.; GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e práticas**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I, 2012.

JEMAL, A. et al. **The Cancer Atlas**. 2014. Disponível em: <http://canceratlas.cancer.org/taking-action/pain-control/>.

JOHNSTON, S. D. et al. Death after PEG: results of the National Confidential Enquiry into patient outcome and death. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 68, n. 2, p. 223-227, 2008.

KABNECELL, A. et al. **Innovations in planned care**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series, 2006.

KABCENELL, A. et al. **The pursuing perfection initiative: lessons on transforming health care**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2010.

KARDAS, P. et al. A systematic review and meta-analysis of misuse of antibiotic therapies in the community. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 26, n. 2, p. 106-113, 2005.

KINMONTH, A. L. et al. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and fu-

ture disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. **British Medical Journal**, v. 317, n. 7167, p. 1202-1208, 1998.

KIRKLAND, K. B. Taking off the gloves: toward a less dogmatic approach to the use of contact isolation. **Clinical Infectious Diseases**, v. 48, n. 6, p. 766-771, 2009.

KLOETZEK, K. O diagnóstico clínico: estratégias e táticas. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KONDO, N. Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. **Journal of Epidemiology**, v. 22, n. 1, p. 2-6, 2012.

KONSKI, A. et al. Is proton beam therapy cost effective in the treatment of adenocarcinoma of the prostate? **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 24, p. 3603-3608, 2007.

KORENSTEIN, D. et al. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. **Archives of Internal Medicine**, v. 172, n. 2, p. 171-178, 2012.

KOTTKE, T. E. et al. The comparative effectiveness of heart disease prevention and treatment strategies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, n. 1, p. 82-88, 2009.

LaFORGIA, G.; NAGPAL, S. **Government-sponsored health insurance in India: are you covered?** 2012. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2012/10/11/government-sponsored-health-insurance-inindia-are-you-covered>.

LANE, R. Vikas Saini: leading activist in the Right Care Alliance. **Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 117, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32622-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32622-8).

LANG, T. et al. Appropriateness of admissions: the French experience. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 3, p. 233-238, 1995.

LARA, N. C. **Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017.

LAST, J. M. **A dictionary of epidemiology**. 3rd. ed. New York: Oxford University Press, 1995.

LATHYRIS, D. et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? **Lancet**, v. 382, 9900, p. 1286-1307, 2013.

LAXMINARAYAN, R. et al. Intervention cost-effectiveness: overview of main messages. In: JAMISON, D. T. et al. (Editors). **Disease control priorities in developing countries**. 2nd ed. Washington: Oxford University Press, 2nd Edition, 2006.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LEE, D. H.; VIELEMEYER, O. Analysis of overall level of evidence behind Infectious Diseases Society of America practice guidelines. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 1, p. 18-22, 2011.

LEE, I. M. et al. Vitamin E in the primary care prevention of cardiovascular disease and cancer: the Women's Health Study, a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 294, n. 1, p. 56-65, 2005.

LÉONARD, C. et al. Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. **Health Policy**, v. 91, n. 2, p. 121-134, 2009.

LEWIN, S. A. et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: **THE COCHRANE LIBRARY**. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

LEWIN, V. H. I. **Health care problems: variations across states**. Washington: The National Institute for Health Care Management, 1994.

LIEBMAN, J.; ZIEKHAUSER, R. **Simple humans, complex insurance, subtle subsidies**. 2008. Disponível em: http://www.ksg.harvard.edu/jeffreyliebman/simplehumans_wp14330.pdf.

LIGGINS, G. C.; HOWIE, R. N. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. **Pediatrics**, v. 50, n. 4, p. 515-525, 1972.

LITORP, H. et al. Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a university hospital in Tanzania. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, n. 107, 2013.

MAINSFIELD, E. Academic research and industrial innovation. **Research Policy**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 1991.

MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Editores). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: HUCITEC, 2001.

MAMEDE, S. **Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo**. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.

MANDROLA, J. **Em defesa do menos é mais**. Medscape. 31 de janeiro de 2018.

MANGUALDE, J. et al. Appropriateness of outpatient gastrointestinal endoscopy in a non-academic hospital. **World Journal of Gastrointestinal Endoscopy**, v. 3, n. 10, p. 195-200, 2011.

MANOLIO, T. A. Emerging genomic information. In: INSTITUTE OF MEDICINE. **Redesign the clinical effectiveness research paradigm: innovation and practice-based approaches**. Washington: The National Academies Press, 2010.

MARMOT, M. G. et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. **British Journal of Cancer**, v. 108, n. 11, p. 2205-2240, 2013.

MATHIAS, J. S. et al. Use of electronic health record data to evaluate overuse of cervical cancer screening. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 19, n. e1, p. e96-e101, 2012.

McDONAGH, M. S. et al. Measuring appropriate use of acute beds: a systematic review of methods and results. **Health Policy**, v. 53, n. 3, p. 157-184, 2000.

McGLYNN, E. A. The quality of health care delivered to adults in the United States. **New England Journal of Medicine**, v. 348, p. 2635-2645, 2003.

McGLYNN, E. A. et al. Comparisons of the appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass surgery between Canada and United States. **JAMA**, v. 272, n. 12, p. 934-940, 1994.

MCSHERRY, R.; PEARCE, P. A guide to clinical governance. In: MCSHERRY, R.; PEARCE, P. **Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals**. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2002.

MEDICAL TRAINING. **Virtual Reality**: transforming medical training. 2017. Disponível em: <https://medicalsimulation.training/university/virtual-reality-medical-training/>.

MEDOLAGO, G. et al. Applicability of the appropriate use criteria for SPECTmyocardial perfusion imaging in Italy: preliminary results. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**, v. 41, n. 9, p. 1695-1700, 2014.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Organizadores). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MHEALTHINTELLIGENCE. **Kaiser Permanente: telehealth outpaced in-person visits last year**. 2016. Disponível em: <http://mhealthintellince.com/news>.

MICKAN, S. et al. Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 87, n. 1032, p. 670-679, 2011.

MORAES, E. N. **A arte da desprescrição no idoso: a dualidade terapêutica**. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MORDEN, N. E. et al. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. **Health Affairs**, v. 31, n. 4, p. 786-796, 2012.

MOREIRA, H. A. et al. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, e3, 2018.

MORT, D. et al. **Systemic anti-cancer therapy: for better, for worse?** 2008. Disponível em: http://www.ncepod.org.uk/2008report3/Downloads/SACT_report.pdf.

MOSELEY, D. et al. **Frameworks for thinking: a handbook for teaching and learning**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

MOYNIHAN, R. et al. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. **PLoS Med**, v. 10, n. 8, e1001500, 2013a.

MOYNIHAN, R. et al. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labeling many people as diseased. **British Medical Journal**, v. 347, f4298, 2013b.

MOYNIHAN, R. et al. Using evidence to combat overdiagnosis and over-treatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. **PLoS Med**, v. 11, e1001655, 2014.

MULLALY, C. B. **The case manager's handbook**. Maryland: Aspen Publ, 1998.

MULLEY, A. G. The need to confront variation in practice. **British Medical Journal**, v. 339, b4073, 2009.

NABEL, E. G.; BRAUNWALD, E. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 1, p. 54-63, 2012.

NARIN, E. et al. The increasing linkage between US technology and public science. **Research Policy**, v. 26, n. 3, p. 317-330, 1997.

NEJM CATALYST. **The personalized perfect care**. 2017. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/personalized-perfect-care-bundle/>.

NICE. **Do not do recommendations**. 2018a. Disponível em: <http://www.nice.org.uk>.

NICE. **Do not do prompts**. 2018b. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/nice-do-not-do-prompts>.

NOLTE, E. et al. **What is the evidence on the economic impacts of integrated care?** 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economicimpacts-of-integrated-care.pdf>.

NOLTE, E.; McKEE, C. M. In amenable mortality: deaths avoidable through health care progress in the US lags that of three European countries. **Health Affairs**, v. 31, n. 9, p. 2114-2122, 2012.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

NORMAN, I.; REDFERN, S. What is audit? In: KOGAN, M.; SALLY, R. **Making use of clinical audit**. Buckingham: Open University Press, 2000.

OAKESHOTT, P. et al. Randomized controlled trial of the effect of the Royal College of Radiologists' guidelines on general practitioners' referrals for radiographic examination. **British Journal of General Practice**, v. 44, n. 382, p. 197-200, 1994.

O'DRISCOLL, C. et al. Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 53, n. 10, p. 1054-1062, 2012.

OECD. **Health at glance: Europe 2014. 2014a.** Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health-glance-eu-2014-en>.

OECD. **Geographic variations in health care: what do we know and what can be done to improve health system?** Paris: OECD Publishing, 2014b.

OECD. **Health at a glance.** Paris: OECD Publishing, 2018.

OMAR, A. R. et al. Efficacy of community-based multidisciplinary disease management of chronic heart failure. **Singapore Medical Journal**, v. 48, n. 6, p. 528-531, 2007.

O'RAHILLY, S. Human genetics illuminates the paths to metabolic disease. **Nature**, v. 462, n. 7271, p. 307-314, 2009.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD health systems: facts and trends, 1960-1991.** Paris: Head of Publications Services, Health Policy Studies n° 3, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en America Latina y Caribe.** Washington: OPS/OMS, 1998.

OVERETVEIT, J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 17, n. 7, p. 368-376, 2004.

PANASIUK, L. et al. Antibiotics in the treatment of upper respiratory tract infections in Poland. Is there any improvement? **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 35, n. 6, p. 665-669, 2010.

PAREKH, A. K.; BARTON, M, B. The challenge of multiple comorbidity for the US health care system. **JAMA**, v. 303, n. 13, p. 1303-1304, 2010.

PARTRIDGE, A. et al. Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 100, n. 4, p. 243-251, 2008.

PATRUS, F. M. P. **Cuidando de quem cuida**. São Paulo: Congresso Internacional de Saúde Corporativa, 2017.

PAYNE, T. H. et al. Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. **HMO Practice**, v. 9, n. 3, p. 101-106, 1995.

PERILLO, C. D. et al. **A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec, 2007.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

PINHEIRO, R. S. **Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**: estudos sobre variações no uso de serviços de saúde. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

POLINSKI, J. M. et al. Medicare Part D's effect on the under and overuse of medications: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 10, p. 1922-1933, 2011.

POONACHA, T. K.; GO, R. S. Level of scientific evidence underlying recommendations arising from the national comprehensive cancer network clinical practice guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 2, p. 186-191, 2011.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. Como pagar pelos serviços de saúde: hipóteses para criar a consciência que os pacientes desejam. **Harvard Business Review Brasil**, v. 94, p. 33-45, 2016.

PORTUGAL, M. **Comunicação pessoal**. 2019.

POWELL, S. K. **Case management**: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams, 2000.

PRASAD, V. K. et al. The frequency of medical reversal. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 18, p. 1675-1676, 2011.

PRASAD, V. K. et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 88, n. 8, p. 790-798, 2013.

PRASAD, V. K.; CIFU, A. S. **Ending medical reversal: improving outcomes, saving lives.** Baltimore: John Hopkins University Press, 2015.

PROQUALIS. **Sobre a iniciativa pioneira nos EUA e o Choosing Wisely Internacional.** 2018. Disponível em: <https://proqualis.net/apresentacao/choosing-wisely-brasil-0>.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. **Atlas variation.** 2018. Disponível em: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/atlas-of-variation>.

PULSE. **Seven in ten GP's ignore NICE guidance at least once a month.** 2015. Disponível em: www.pulsetoday.co.uk/news/clinical-news/seven-in-ten-gps-ignore-nice-guidance-at-least-once-a-month/20009357.article.

PURDY, S.; GRIFFIN, T. Reducing hospital admissions. **British Medical Journal**, v. 336, n. 7634, p. 4-5, 2008.

QUINTANA, J. M. et al. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. **Archives of Internal Medicine**, v. 168, n. 14, p. 1576-1584, 2008.

RAFFEL, M. W. Dominant issues: convergence, decentralization, competition, health services. In: RAFFEL, M. W. (Editor). **Health care and reform in industrialized countries.** Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, 1997.

REAMES, B. N. et al. **Variation care for surgical conditions, obesity:** a Dartmouth Atlas of Health Care Series. Hanover: Dartmouth-Hitchcock Department of Surgery, 2016.

RENDERS, C. M. et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: **THE COCHRANE LIBRARY.** Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

REPUBLIC OF THE PHILIPPINES DEPARTMENT OF HEALTH. **The 2012 Philippine Health Statistics.** 2012. Disponível em: www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/PHS2012.pdf.

RESTUCCIA, J. D. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 3, p. 253-260, 1995.

RIDDLE, D. L. et al. Use of a validated algorithm to judge the appropriateness of total knee arthroplasty in the United States: a multicenter

longitudinal cohort study. **Arthritis and Rheumatology**, v. 66, 8, p. 2134-2143, 2014.

RIEHELMANN, R. P. et al. Futile medication use in terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 17, n. 6, p. 745-748, 2009.

ROBERT, R. et al. Influence of ICU-bed availability on ICU admission decisions. **Ann Intensive Care**, v. 5, p, 55, 2015. 5: **55**.

ROBINSON, R.; STEINER, A. **Managed health care**. Buckingham: Open University Press, 1998.

RODRIGUEZ, H. P. et al. The exnovation of chronic care management processes by physician organizations. **Milbank Q**, n. 94, n. 3, p. 626-663, 2016.

ROGERS, W. J. et al. Trends in presenting characteristics and hospital mortality among patients with ST elevation and non-ST elevation myocardial infarction in the National Registry of Myocardial Infarction from 1990 to 2006. **American Heart Journal**, v. 156, n. 6, p. 1026-1034, 2008.

ROO, M. L. et al. Actual and preferred place of death of home-dwelling patients in four European countries: making sense of quality indicators. **PLoS One**, v. 9, n. 4, e93762, 2014.

ROSA, T. Judicialização da saúde. **Consensus**, v. 19, p. 13-17, 2016.

ROSE, J. et al. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO global health estimate. **Lancet Glob Heal**, v. 3, S13-S20, 2015.

ROSENBAUM, L. The less is more crusade: are we overmedicalizing ou oversimplifying? **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 24, p. 2392-2397, 2017.

ROTTINGER, J. A. et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? **Lancet**, v. 382, n. 9900, p. 1286-1307, 2013.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **National clinical guidelines for stroke**. London: Royal College of Physicians, 2000.

RUBLEE, D. A. Medical technology in Canada, Germany and United States: an update. **Health Affairs**, v. 13, n. 4, p. 113-117, 1994.

RUOFF, G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. **Family medicine**, v. 34, n. 7, p. 514-517, 2002.

SACHDEY, M. et al. Effect of fenfluramine-derivative diet pills on cardiac valves: a meta-analysis of observational studies. **American Heart Journal**, v. 144, n. 6, p. 1065-1673, 2002.

SACKETT, D. L. et al. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. New York: Churchill Livingstone, 1997.

SAINI, P. et al. Selective reporting bias of harm outcomes within studies: findings from a cohort of systematic reviews. **British Medical Journal**, v. 349, g6501, 2014.

SAINI, V. et al. Drivers of poor medical care. **Lancet**. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3).

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reforms: analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1997.

SANGHA, O. et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n. 6, 483-492, 2002.

SANTOS, B. V. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, e2017497, 2019.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Tecnologia em saúde: aspectos teóricos-conceituais. In: SANTOS, Z. M. S. A. et al. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SAUNDERS, M. Auditoria: el principio y el fin del ciclo del cambio. In: THOMPSON, J.; PICKERING, S. (Editores). **Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización**. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

SCHWARTZ, A. L. et al. Measuring low-value care in Medicare. **JAMA**, v. 174, n. 7, p. 1067-1076, 2014.

SCOTT, J. et al. Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7370, p. 951-954, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **As internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde no Paraná**. Curitiba: SAS/SESPR, 2017.

SEMEL, M. E. et al. Measuring the range of services clinicians are responsible for in ambulatory practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 18, n. 2, p. 404-408, 2010.

SEPUCHA, K. R. et al. How does feeling informed relate to being informed? The decisions survey. **Medical Decision Making**, v. 30, n. 5, S77-S84, 2010.

SHAFIR, E. et al. Reason-based choice. **Cognition**, v. 49, n. 1-2, p. 11-36, 1993.

SHAW, C. **Medical audit: a hospital handbook**. London: King's Fund Centre, 1990.

SHEKELLE, P. G. et al. Developing guidelines. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7183, p. 593-596, 1999.

SIBLEY, J. C. et al. A randomized trial of continuing education program. **New England Journal of Medicine**, v. 306, n. 9, p. 511-515, 1982.

SIMON, V. et al. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. **Lancet**, v. 368, n. 9534, p. 489-504, 2006.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long term conditions**. Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham, 2005.

SIROHI, B. Cancer care delivery in India at the grassroot level: improve outcomes. **Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology**, v. 35, n. 3, p. 187-191, 2014.

SIROVISH, B. E. et al. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care. **Archives of International Medicine**, v. 171, n. 17, p. 1582-1585, 2011.

SLOW MEDICINE. 2019. Disponível em: <https://www.slowmedicine.it/>.

SMITS, P. B. et al. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. **British Medical Journal**, v. 324, n. 7330, p. 153-156, 2002.

SOMERS, B. D. et al. Changes in mortality after Massachusetts health care reform: a quasi-experimental study. **Annals of Internal Medicine**, v. 160, n. 9, p. 585-593, 2014.

SOOD, N. et al. Government health insurance for people below poverty line in India: quasi-experimental evaluation of insurance and health outcomes. **British Medical Journal**, v. 349, g5114, 2014.

SORENSEN, C. et al. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. **ClinicoEconomics and outcomes research**, v. 5, p. 223-234, 2013. Disponível em: 10.2147/CEORS.39634.

SPERL-HIDDEN, J. M. et al. Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. **The Joint Commission journal on quality improvement**, v. 26, n. 11, p. 615-622, 2000.

SQUIRES, D.; ANDERSON, C. **Health care from a global perspective: spending use of services, prices and health in 13 countries**. Washington: The Commonwealth Fund, 2015.

STAREY, N. **What is clinical governance**. London: Hayward Medical Communications, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. First contact. **Boston Review**, v. 25, p. 15, 2000.

STEINBERG, E. et al. **Clinical practice guidelines we can trust**. Washington, The National Academies Press, 2011.

TAN, A. et al. Potential overuse of screening mammography and its association with access to primary care. **Medical Care**, v. 52, n. 6, p. 490-495, 2014.

TENOPIR, C. et al. Medical faculty's use of print and electronic journals: changes over time and in comparison with scientists. **Journal of the Medical Library Association**, v. 92, n. 2, p. 233-241, 2004.

THE AGREE COLLABORATION. **Agree Instrument**. London: St. George's Hospital Medical School, 2001.

THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE. **Supply-sensitive care**. Hanover: Dartmouth College, 2007.

THE DARTMOUTH INSTITUTE. **Dartmouth Atlas Project**. 2019. Disponível em: <https://www.dartmouthatlas.org/>.

THE ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. **Request for proposals: pursuing perfection**. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation, 2001.

THERAPEUTIC GOOD ADMINISTRATION. **Evidence guidelines: guidelines on the evidence required to support indications for listed complementary medicines**. Canberra: Department of Health/Government of Australia, 2019.

THOMAS, M. P. et al. Percutaneous coronary intervention utilization and appropriateness across the United States. **PLoS One**, v. 10, n. 9, e0138251, 2015.

THOMPSON, J.; PICKERING, S. Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente. In: PICKERING, S.; THOMPSON, J. **Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización**. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

TOTTEN, A. M. et al. **Public reporting as a quality improvement strategy**. Closing the quality gap: revisiting the state of the science. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.

TRICOCI, P. et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. **JAMA**, v. 301, n. 8, p. 831-841, 2009.

TUNIS, S. R. et al. Internist's attitudes about clinical practice guidelines. **Annals of Internal Medicine**, v. 120, n. 11, p. 956-963, 1994.

VADER, J. P. et al. Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 122, n. 4, p. 593-599, 2000.

VELHO, J. C. C. My mother your mother: uma resenha. **Slow Medicine**, 2019. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/my-mother-your-mother-uma-resenha/>.

VERLEE, K. et al. Cost of isolation: daily cost of isolation determined and cost avoidance demonstrated from the overuse of personal protective

equipment in an acute care facility. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n. 4, p. 448-449, 2014.

VETTER, M. J. et al. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. **Home healthcare nurse**, v. 22, n. 9, p. 645-648, 2004.

VIANA, A. L. D. et al. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**, v. 83, p. 41-77, 2011.

VINDIGNI, S. M. et al. Systematic review: handwashing behaviour in low- to middle-income countries: outcome measures and behaviour maintenance. **Tropical Medicine and International Health**, v. 16, n. 4, p. 466-477, 2011.

VON PHILIPSBORN, P. et al. Poverty-related and neglected diseases: an economic and epidemiological analysis of poverty relatedness and neglect in research and development. **Global health action**, v. 8, n. 25818, 2015.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAIT, S. **Benchmarking**: a policy analysis. London: The Nuffield Trust, 2004.

WEEKS, J. C. et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 367, p. 1616-1625, 2012.

WELCH, H. G. **Less medicine, more health**. Boston: Beacon Press, 2015.

WELCH, H. G. et al. **Overdiagnosed**: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.

WELCH, H. G. et al. Regional variation of computed tomographic imaging in the United States and the risk of nephrectomy. **JAMA**, v. 178, n. 2, p. 221-227, 2018.

WESTERT, G. P. et al. Medical practice variation: public reporting a first necessary step to spark change. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 731-735, 2018.

WENNBURG INTERNATIONAL COLLABORATIVE. **Driving health care improvement without a map**: a call for improved data availability.

2015 Disponível em: www.wennbergcollaborative.org/data-statement-availability.

WENNBERG, J. E. **Tracking medicine**: a researcher's quest to understand health care. Oxford: Oxford University Press, 2010.

WENNBERG, J. E. et al. Geography and the debate over Medicare reform. **Health affairs**, 2002. Suppl Web Exclusives, W96-11.

WENNBERG, J. E. et al. **Tracking the care of patients with severe chronic illness**. The Dartmouth Atlas of Health Care. 2008. Disponível em: https://www.dartmouth.edu/~jskinner/documents/2008_Chronic_Care_Atlas.pdf.

WENNENBERG, J. E.; GITTELSON, A. Small area variation in health care delivery. **Science**, v. 182, n. 4117, p. 1102-1108, 1973.

WILSON, D.M. et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. **JAMA**, v. 260, n. 11, p. 1570-1575, 1988.

WOOLF, S. H. et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **British Medical Journal**, v. 318, p. 527-530, 1999.

WORLD BANK. **Tracking universal health coverage**: first global monitoring report. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization coverage factsheet No 378**. WHO, 2019. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>.

ZITTER, M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W. E.; NASH, D. (Editors). **Disease management**: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Co, 1996.



EUGÊNIO VILAÇA MENDES

É consultor independente em Saúde Pública, especialista em planejamento de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública e doutor em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. É consultor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Foi Professor de Cirurgia Bucal e Odontologia Preventiva e Social na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Professor de Odontologia Preventiva e Social na Faculdade de Odontologia da PUC de Minas Gerais, Professor de Medicina Preventiva e Social nas Faculdades de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade Estadual de Montes Claros e Professor nas Escolas de Saúde Pública do Ceará e de Minas Gerais. É professor Honoris Causa da Universidade Estadual de Montes Claros.

Foi Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e consultor nacional na área de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde.

Tem vários trabalhos publicados no Brasil e no exterior: 121 artigos em periódicos e monografias e 44 livros ou capítulos de livros.

Realizou trabalhos de consultoria em saúde em 20 países, em todos os estados, em aproximadamente 500 municípios brasileiros e em agências internacionais, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial e as Cooperações Alemã, Britânica, Canadense e Italiana.