

Brasília, 2016 – 1ª Edição

CONASS DEBATE

Inovação na Atenção
Ambulatorial Especializada

5



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2016 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

CONASS Debate 5ª Edição

Brasília, abril de 2016.

ISBN 978-85-8071-036-6

Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS,
com o apoio do Ministério da Saúde.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

**Organização
Mundial da Saúde**
Américas

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2016.

116 p. – (CONASS Debate, 5)

ISBN 978-85-8071-036-6

Sistema de Saúde I. CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

AC	Gemil Júnior	PB	Roberta Abath
AL	Rozangela Wyszomirska	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Pedro Elias de Souza	PI	Francisco Costa
AP	Renilda Costa	PR	Michele Caputo Neto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior
CE	Henrique Jorge Javi de Sousa	RN	José Ricardo Lagreca
DF	Humberto Fonseca	RO	Williames Pimentel
ES	Ricardo Oliveira	RR	Cesar Ferreira Penna de Faria
GO	Leonardo Vilela	RS	João Gabbardo dos Reis
MA	Marcos Pacheco	SC	João Paulo Kleinubing
MG	Fausto Pereira dos Santos	SE	José Macêdo Sobral
MS	Nelson Barbosa Tavares	SP	David Uip
MT	Eduardo Bermudez	TO	Marcos Esner Musafir
PA	Vítor Manuel Jesus Mateus		

DIRETORIA DO CONASS 2015/2016

Presidente

João Gabbardo dos Reis (RS)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT) | Leonardo Vilela (GO)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Francisco Armando Melo (AC)

Região Sudeste

Fausto Pereira dos Santos (MG)

Região Sul

João Paulo Kleinubing (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO TÉCNICA

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Ana Paula Soter

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Cupertino

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

Coordenação do livro

Adriane Cruz

Eugênio Vilaça Mendes

Regina Nicoletti

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Revisão

Seis Letras

Projeto Gráfico

Daniel Macedo

Diagramação

Marcus Carvalho

Sumário

APRESENTAÇÃO	08
INTRODUÇÃO	10
MINISTRO ARTHUR CHIORO	70
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO PARANÁ: A EXPERIÊNCIA DA 15ª REGIÃO DE SAÚDE MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK E MARISE GNATTA DALCUCHE	82
FUNDAÇÃO DR. JOSÉ MARIA DOS MARES GUIA INSTITUTO REGIONAL DE SAÚDE DA MULHER – CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA E HIPERDIA WILMAR DE OLIVEIRA FILHO E PRISCILA RABELO LOPES	96
PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A FÓRMULA ORGANIZADORA DO SISTEMA DE SAÚDE EM TAUÁ PATRÍCIA PEQUENO COSTA GOMES DE AGUIAR	108

Apresentação

Desde 2012, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), reconhecendo o momento delicado pelo qual vem passando a saúde pública no Brasil, estabeleceu uma linha de atuação intitulada CONASS Debate, que fomenta a discussão de temas importantes para o setor.

Este livro é o registro do seminário CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada, por meio do qual disseminamos as reflexões obtidas durante o evento a fim de contribuir com a construção de um futuro sustentável para o Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, além desta publicação, disponibilizamos no nosso site (www.conass.org.br) as versões eletrônicas, em PDF e e-book, que poderão ser lidas em computadores, *tablets* e celulares.

A temática principal deste seminário foram as alternativas de enfrentamento dos problemas vivenciados pelos gestores, bem como a apresentação de experiências exitosas e políticas de organização da Atenção Ambulatorial Especializada no Brasil.

O diagnóstico recorrente é de que esta atenção se configura um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta, frequentemente chamada de “vazio assistencial da média complexidade. Mas quando a decisão é melhorar o atendimento especializado de saúde, outros tantos desafios estão postos, assim como alternativas de soluções que estão dando certo em diversos estados e municípios brasileiros.

Imagine um Centro de Especialidades para onde as pessoas portadoras de doenças crônicas são encaminhadas, após a estratificação de risco feita pela Atenção Primária à Saúde (APS), para que tenham sua situação avaliada por uma equipe multiprofissional. Após a avaliação, essas pessoas, hipertensas e diabéticas, por exemplo, com um plano de cuidado traçado pela equipe de saúde, voltam a ser acompanhadas pela APS. Neste modelo, o especialista e o generalista se comunicam rotineiramente, seja por telefone ou mensagens de WhatsApp, tratando conjuntamente destes cidadãos.

Agora, imagine que estes mesmos doentes crônicos se consultem com o cardiologista ou endocrinologista, graças a vagas ofertadas pela central de regulação. E que, quando precisarem novamente de uma consulta, provavelmente ela não será com o mesmo profissional médico. Com uma receita ou pedido de exame nas mãos, esses usuários, mais uma vez, entrarão na fila, seja para se consultar com outro especialista, para pegar um medicamento ou para realizar algum exame.

De acordo com o especialista em Planejamento de Sistema de Saúde e coordenador Técnico do CONASS Debate, Eugênio Vilaça, não é o “vazio assistencial” o principal problema da Atenção Especializada no Brasil, mas o vazio cognitivo, ou seja, o desconhecimento de práticas que comprovam a possibilidade de um atendimento diferenciado aos que necessitam do especialista. “Mesmo havendo carência na oferta de algumas especialidades, experiências demonstram que os ‘vazios’ podem ser

superados com novas formas de organização das relações entre a APS e a Atenção Especializada sem aumentar, necessariamente, a oferta de serviços”, argumenta.

O seminário que deu origem a este livro ocorreu no dia 6 de agosto de 2015, em Brasília/DF, e contou com a exposição de Arthur Chioro, então ministro de Estado da Saúde; de Michelle Caputo Neto, secretário de Estado da Saúde do Paraná e Marise Dalcuche, diretora geral do Núcleo de Descentralização do SUS na SES/PR; de Henrique Jorge Javi de Sousa, secretário de Estado da Saúde do Ceará e Patrícia Pequeno Costa Gomes de Aguiar, prefeita de Tauá/CE; de Fausto Pereira dos Santos, secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais e Wilmar de Oliveira Filho, do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas (Liacc) de Santo Antônio do Monte/MG; além de Ana Paula Menezes, então secretária executiva do Ministério da Saúde.

O livro traz os textos assinados pelos palestrantes, responsáveis pelo sucesso e pela riqueza de conteúdo do CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada.

João Gabbardo dos Reis

Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui problema muito importante nos sistemas de atenção à saúde em geral e no Sistema Único de Saúde (SUS) em particular.

As razões são várias, mas há de se ressaltarem duas dimensões fundamentais desse problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há de se marcar que o campo da AAE constitui 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.

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. Essa (des)organização fragmentada da AAE é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade que afetam esse nível de atenção.

Em decorrência dos vazios cognitivos e da organização fragmentada, o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE constitui gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”.

Ainda que não se possa negar que haja déficit de oferta em algumas especialidades, uma parte do problema parece residir nos vazios cognitivos. Aprofundamento do diagnóstico mostrará que muitos problemas que se manifestam, fenomenalmente, sob a forma de vazios assistenciais, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a APS e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários.

Certas situações são fundamentais em causar desequilíbrios entre oferta e demanda por AAE. Tomem-se, como exemplos, três delas.

Há evidências de que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas apresentam quadros de menor complexidade que devem ter sua atenção concentrada na equipe da APS e nas ações de autocuidado 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 mais simples, por exemplo, portadores de hipertensão de baixo e médio risco. 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 as filas intermináveis. Isso pode ser resolvido com a introdução da estratificação de riscos na APS, o que reduziria significativamente a demanda por AAE.

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de AAE consiste na vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas por generalistas, por esses 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). 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 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, os centros de especialidades médicas tradicionais 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.

Esses três fatores – há outros além deles –, se modificados, poderiam ter 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 se apresenta neste trabalho assenta-se em novo modelo cognitivo construído com base em evidências científicas, especialmente derivadas da teoria das RAS e dos modelos de atenção às condições crônicas que foram desenvolvidos e implantados em diferentes países.

Por isso, serão visitados alguns fundamentos da instituição da AAE, especialmente, a teoria das RAS e os modelos de gestão, de atenção à saúde e de financiamento com ela coerente.

O foco deste trabalho está na atenção ambulatorial especializada de nível secundário, que se institui para responder socialmente às condições não agudizadas e que no SUS, em geral, se denomina de centro de especialidades médicas ou de policlínicas. Portanto, não se considera nesse contexto a atenção ambulatorial especializada em relação aos eventos agudos, estruturada sob a forma de unidades de pronto atendimento.

1. A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.1. As Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada

Quando se opera com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), há mudanças significativas nos sistemas de atenção à saúde. Com a superação da fragmentação e a instituição de RAS, os diferentes componentes dos sistemas de atenção à saúde transformam-se qualitativamente. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) nas redes é diferente da APS nos sistemas fragmentados; e, também, a atenção hospitalar nas redes é diferente da atenção hospitalar nos sistemas fragmentados. Por consequência, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas redes é muito diferente da AAE nos sistemas fragmentados.

A diferença fundamental está no fato de que, nas RAS, há comunicação e interdependência entre os diversos componentes e há coordenação 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.

1.2. As Redes de Atenção à Saúde

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

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

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

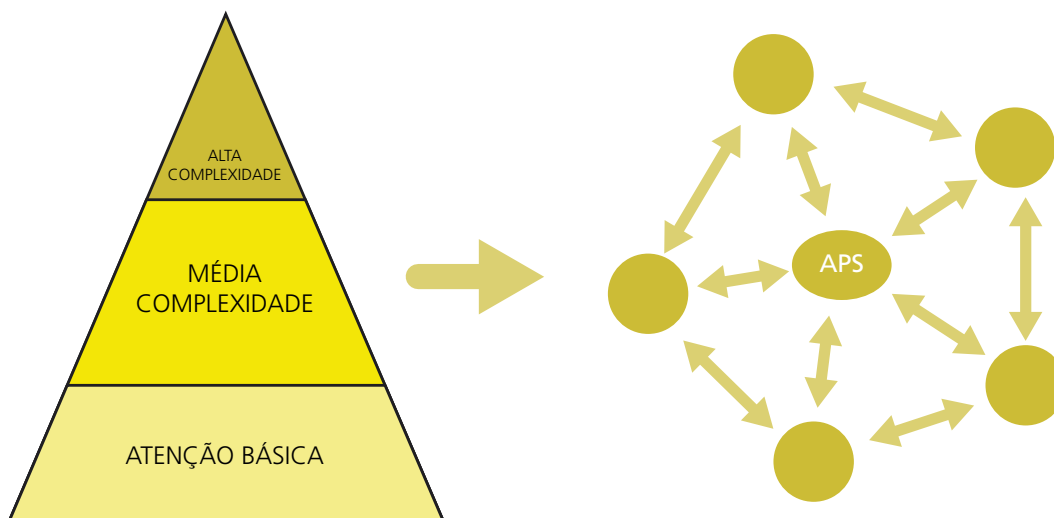
atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população.

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

A concepção vigente na normativa do SUS consiste na de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidade. 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. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



FONTE: MENDES (2011).

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

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

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No Decreto Presidencial, explicita-se que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

1.3. Os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde

As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: a população e as regiões de saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

1.3.1. A POPULAÇÃO

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

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

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

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das RAS ou

em gestão da saúde da população se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

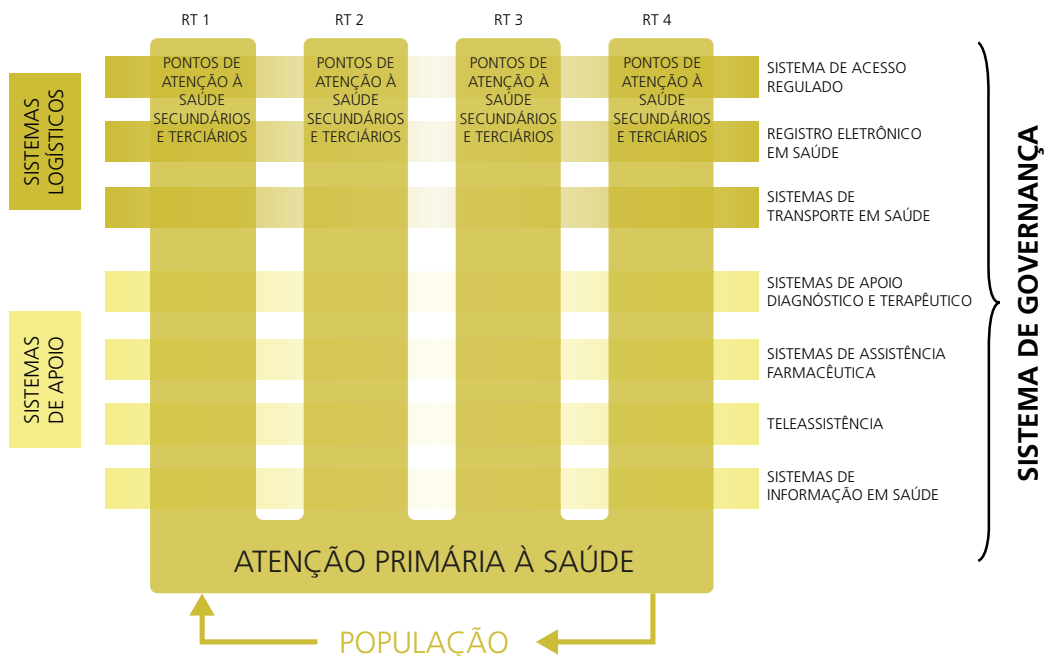
1.3.2. A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS RAS

O segundo elemento constitutivo das RAS consiste na estrutura operacional constituída 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 está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares em que se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

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



FONTE: MENDES (2011).

A observação da Figura 2 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como: as redes de atenção às mulheres e às crianças; as redes de atenção às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes; as redes de atenção às doenças respiratórias; as redes de atenção aos eventos agudos; e outras.

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

1.3.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as inter-

venções sanitárias, definidos em virtude da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011). Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

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

Os modelos de atenção aos eventos agudos não serão considerados neste trabalho porque a AAE que se discute é aquela destinada a responder socialmente às condições crônicas não agudizadas.

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos destinados a responder socialmente às condições crônicas não agudizadas. Esses modelos serão apresentados quando se discutirem os fundamentos do modelo de construção em redes da AAE.

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 completa 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 dentis-

tas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem, nesses ambulatórios, trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, em ambulatório especializado em diabetes, pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes e, em 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 de enfermeiros especializados em diabetes e em doenças respiratórias crônicas (BOURGEAULT *et al.*, 2008). Nos Estados Unidos da América (EUA), 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, ambulatório especializado microrregional para doenças cardíacas e diabetes, vários especialistas trabalham em conjunto: médicos (endocrinologista, angiologista, cardiologista), enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo (ALVES JÚNIOR, 2011). No Centro Mais Vida de Belo Horizonte, equipamento de AAE 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 saú-

de, até pouco tempo atrás, se questionava 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 constitui 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 se demonstra, por contradição, que não é real a suposição da impossibilidade do generalista.

As falácias sobre os médicos generalistas e os 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 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. Esta seria 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, 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 virtude da escala. Mas não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, do 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 de 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 virtude das evidências produzidas pelo modelo de atenção crônica (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 últimos para atuarem na APS.

A utilização excessiva dos médicos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção à saúde. Por exemplo, nos EUA, 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 por causa 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 EUA, 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 (aproximada-

mente 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; VILLALBI *et al.*, 1999); 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, 1979). Uma revisão sistemática encontrou que a continuidade do cuidado é mais provável de ocorrer com os generalistas que com os especialistas e está associada com menores taxas de internação e de atenção em unidades de urgência e emergência e com redução dos custos totais da atenção à saúde (PARCHMAN *et al.*, 2002).

Do ponto de vista econômico, os médicos generalistas, segundo estudo feito em 14 países pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), custaram, em média, em remuneração do trabalho, 50% menos que os especialistas (FUJISAWA; LAFORTUNE, 2008). Estudo realizado nos EUA 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 anestesiológico 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 EUA, 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.

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 EUA, 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 EUA, 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 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 de tempo (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 maior possibilidade de ter uma doença. Estudo feito no programa *Medicare*, nos EUA, 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 atenção especializada em relação à APS nos EUA 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 aos especialistas, em virtude do princípio da indução da demanda pela oferta. Além disso, sabe-se que a utilização dos especialistas fora de sua área de atuação principal produz resultados piores que os médicos generalistas. Pode-se afirmar que os médicos de APS lidam tão bem quanto os especialistas no cuidado das doenças específicas mais comuns e têm melhor desempenho quando as medidas de qualidade são mais genéricas (STARFIELD, 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 EUA, 1/3 de generalistas e 2/3 de especialistas (GUSSO, 2005; STARFIELD, 2005b). Com relação ao percentual de pessoas atendidas por especialistas, há variação por países: 60% a 80% da população nos EUA, 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 APS a pecha de uma solução simplista e obsoleta, sacralizada ideológica e corporativamente, e que se expande politicamente, sem ter a sua estratégia radicalmente reformulada. E a reformulação radical proposta consiste em substituir o médico de família 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 no Programa de Saúde da Família (PSF) 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; FACCHINIO *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006; STRALEN *et al.*, 2008; CHOMATAS, 2009).

Como se viu anteriormente, não existe evidência de que o uso desses especialistas na APS produza melhores resultados sanitários do que a utilização dos médicos de família e comunidade. Além disso, essa alternativa seria inviável por causa da restrição da oferta desses especialistas e pelo alto custo que essa proposta importaria.

Portanto, a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na APS, formando-os melhor, focando a graduação 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 A ORGANIZAÇÃO EM SILOS (MODELO SILOS)

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

Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada. Como produto da fragmentação, a AAE é desenvolvida como um ponto de atenção isolado e 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.

Em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas. É o que se relata no *Box 1*.

Box 1. O caso da Sra. G.

A Sra. G. é uma mulher de 58 anos de idade, já avó, com história há 15 anos de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Ela tem um índice de massa corporal de 37 e luta para fazer o controle de peso, desde jovem. Numa consulta recente ao seu médico de família, queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com a hemoglobina glicada de 9,7%, com pressão arterial 190/106 e com sintomas de depressão maior, apesar de estar tomando medicação antidepressiva. O médico de família postergou o ajuste das medicações 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 (AVE). Com o ajuste da medicação no hospital, a pressão arterial estabilizou-se e ela teve alta para ir para a casa, com a recomendação de que deveria procurar o ambulatório de saúde mental porque sua depressão havia piorado. Em casa, ficou mais deprimida e disfuncional, não tendo energia para solicitar atendimento no ambulatório de saúde mental. Deixou de tomar a medicação e três semanas depois teve novo AVE grave.

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

FONTE: ADAPTADO DE THE COMMONWEALTH FUND (S.D.).

O caso da Sra. G. revela uma forma de relação entre a APS e a AAE muitas vezes definida como relação em silos (THE COMMONWEALTH FUND, s.d.). É a forma mais encontrada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde e significa que não há 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 hão de identificar situações que são frequentes no SUS.

As relações descoordenadas ou com baixo grau de coordenação entre a APS e a AAE trazem muita insatisfação às pessoas usuárias e suas famílias e aos profissionais de saúde. Estudos realizados mostraram que 47% das pessoas entrevistadas reportaram estarem insatisfeitas com a atenção especializada recebida; 63% dos médicos generalistas e 35% dos médicos especialistas estavam muito insatisfeitos com a atenção prestada; e 68% dos médicos especialistas relataram não receberem as informações adequadas ou receberem referências inadequadas de parte dos generalistas. De sua parte, os generalistas reclamaram que não recebiam, de volta, as informações dos especialistas e que não eram notificados quando as pessoas sob sua responsabilidade eram atendidas nas unidades de urgência ou de especialidades ou eram internadas em hospitais (CUMINNS *et al.*, 1980; GANDHI *et al.*, 2000). Uma pesquisa entrevistou 4.720 médicos generalistas e especialistas, nos EUA, 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 compartilharam atividades clínicas ou educacionais; o especialista não tem as informações adequadas do generalista ao receber a pessoa encaminhada; o generalista não recebe as orientações do especialista ao ter de volta a pessoa; a pessoa se queixa de que o especialista parecia não saber porque ela estava ali com ele; o especialista não resolve o problema para o qual o generalista encaminhou; o especialista se apossa definitivamente da pessoa na atenção especializada; o especialista repete exames que já haviam sido feitos na 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; o especialista recebe pessoas que não deveriam ser referidas a ele; o especialista se queixa que o médico de família encaminha errado porque tem poucos conhecimentos; as relações entre os generalistas e os especialistas são impessoais e de desconfiança mútua; as relações entre os generalistas e os especialistas estruturam-se muitas vezes em visões fantasiosas e míticas de cada qual em relação ao outro; a consulta com especialista demora muito tempo para ser realizada, sendo fonte de insatisfação da população; as pessoas se sentem abandonadas quando chegam à unidade

de AAE por falta de apoio na transição; e a atenção especializada é concentrada no médico, sem participação 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 dar conta da 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 pelo MPR; as centrais de regulação trabalham com as agendas livres, o que faz que uma mesma pessoa possa ser referida, em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma mesma especialidade, para um mesmo problema; as relações entre os médicos de família e os especialistas são impessoais, não se permitindo o trabalho clínico conjunto; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica; em geral, não há sistema de referência e contrarreferência estruturado com base em prontuários clínicos eletrônicos; em geral, os relatórios de referência e contrarreferência não são feitos sob a forma de planos de cuidados; não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição; e não há vinculação entre os médicos de família e os especialistas, o que significa a inexistência da territorialização da AAE.

Nos sistemas de atenção à saúde, deve haver 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 constitui o desequilíbrio entre a complexa estrutura da demanda e a reduzida estrutura da oferta, conforme se vê no Quadro 1.

Quadro 1. 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.	Consulta médica.
Por condições crônicas não agudizadas complexas.	Eventuais atendimentos por outros profissionais.
	Dispensação de medicamentos.
	Solicitação e/ou oferta de exames.

FONTE: MENDES (2012).

A demanda da AAE envolve a procura por serviços especializados relativos às condições crônicas não agudizadas altamente complexas e por condições crônicas não agudizadas complexas, definidas no processo de estratificação de risco.

Para responder a essa complexa estrutura de demanda, em geral, a AAE estruturada pelo modelo SILOS oferta 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.

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 *Box 1*, e das evidências de fracasso desse modelo, explicitadas anteriormente.

4. UMA PROPOSTA DE SOLUÇÃO: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA INTEGRADA EM REDES COORDENADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OU A ORGANIZAÇÃO COMO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL (MODELO PASA)

Os problemas que decorrem da organização em silos da AAE exigem resposta que implica mudanças profundas que levem à sua integração em RAS coordenadas pela APS. Isso significa instituir novo modelo organizativo da AAE que se denomina de organização em redes 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 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 forte coordenação (modelo PASA).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a APS e a AAE, essência do modelo PASA, consiste na coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, sob 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 e a intermediação por gestores de caso. Todos esses elementos são incorporados no modelo PASA que se diferencia, radicalmente, do modelo em silos, mas que agrega, como partes suas, a referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas, o trabalho conjunto e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias.

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

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

Com base nesses domínios, foram elaborados sistemas de avaliação da coordenação do cuidado com diferentes questionários de avaliação, validados cientificamente, que têm sido utilizados em relação a cada um dos domínios (MCDONALD *et al.*, 2010).

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

Na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajuda assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento sejam realizados de forma oportuna. As falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde para 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 de se considerar que a coordenação do cuidado consiste em 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 (ANTONELLI *et al.*, 2009). 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 virtude 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 e, por isso, há dois tipos de tran-

sição: 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 consiste na transferência de informações e responsabilidades entre a APS e a AAE.

A relação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a AAE, no modelo PASA, deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001): ser segura: planejada para evitar danos às pessoas; efetiva: baseada em diretrizes clínicas baseadas em evidências; pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno; centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades; eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços; equitativa: independentemente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas; e coordenada: os generalistas da APS e os especialistas da AAE se conhecem, sabem 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 transição balizados por esses objetivos. Um dos modelos desenvolvidos para atingir esses objetivos consiste no modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo *Tem Mac Coll Instituto for Healthcare Innovation*, o mesmo grupo que desenvolveu o CCM (THE COMMONWEALTH FUND, s.d.). O modelo PASA convoca para si o modelo de organização 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 de que necessitam em tempo oportuno, que os profissionais saibam a situação de referência e transição das pessoas sob sua responsabilidade e que as pessoas usuárias sintam que recebem atenção coordenada.

O modelo da coordenação do cuidado está representado na Figura 3.

Figura 3. O modelo da coordenação do cuidado



ESF: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FONTE: ADAPTADO DE THE COMMONWEALTH FUND (S.D.).

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, com base nas 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 instrumento de referência padronizado, com dados da pessoa e de sua história clínica, é imprescindível. A responsabilização pela transição é da

unidade de AAE que deve apoiar as pessoas que estejam sendo ali atendidas e que tem de se comunicar com a APS sobre o que está sendo feito. Um relatório padronizado de contrarreferência é importante para garantir a boa comunicação. A APS deve ser preparada para dar conta de exercitar a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou mudança de muitos processos como a estratificação de riscos das condições crônicas, a vinculação das pessoas usuárias aos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência, a montagem do prontuário clínico eletrônico ou em papel e outros. Para isso, a equipe da APS deve ser capacitada por processos de educação permanente. O sistema deve ser programado por meio de indicadores de qualidade do cuidado coordenado, por exemplo, garantir que 100% das pessoas enviadas de volta pelos especialistas tenham relatório de contrarreferência feito segundo o sistema padronizado de 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 por causa 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 manejados. Por isso, sugere-se que haja, nas unidades da APS, profissionais da equipe que se encarreguem do apoio às pessoas que necessitam de AAE. Essa 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 se os generalistas, os especialistas e as pessoas usuárias concordam com os propósitos da referência e se os papéis de cada profissional estão bem estabelecidos. Bons acordos derivam de certas relações entre os generalistas e os especialistas que envolvem: assumir que todos os profissionais têm interesse em prover atenção de qualidade às pessoas, estabelecer objetivos comuns e trabalhar cooperativamente neles e evitar confrontação. As expectativas dos generalistas e dos especialistas devem ser orientadas pela definição de que pessoas devem ser referidas, pelas informações que devem ser providas aos especialistas antes do atendimento (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 contato, nome do especialista e informação de contato, 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 de referência e contrarreferência; os acordos sobre os exames complementares de forma a reduzir duplicações; e a discussão aberta sobre pontos de conflito (por exemplo, os especialistas assumem as pessoas usuárias quando os generalistas solicitaram uma interconsulta ou os especialistas referem as pessoas usuárias a outros especialista sem consultarem os generalistas). 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. Os especialistas devem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento à distância e de segunda opinião.

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

Tudo isso pressupõe que as referências e as contrarreferências não sejam burocráticas e impessoais, mas que sejam feitas entre pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões. O sistema de regulação feito no SUS, por centrais de regulação, além de retirar da APS a coordenação da atenção à saúde dos eventos eletivos (condições crônicas não agudizadas), vai à contramão do modelo da coordenação do cuidado. Para superar esse problema, muitas vezes há que haver uma territorialização da AAE, de tal forma que haja vinculação dos generalistas, num determinado território (distrito sanitário ou regional de saúde em grandes municípios e microrregiões 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 determinado dia, que provavelmente não será o mesmo que a pessoa irá consultar em um segundo momento, e que não conhece os generalistas, conforme mostram as evidências, é caro e não agrega valor para as pessoas.

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação 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 ocorre 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; 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 flui 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 ou fax 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, o modelo PASA pressupõe um adensamento tecnológico da AAE para que possa operar com efetividade e eficiência. É o que se mostra no Quadro 2.

**Quadro 2. O equilíbrio entre a estrutura da demanda e da oferta
no modelo PASA de Atenção Ambulatorial Especializada**

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
<p>Por condições crônicas não agudizadas altamente complexas.</p> <p>Por condições crônicas não agudizadas complexas.</p>	<p>Consultas médicas.</p> <p>Consultas de enfermagem especializada.</p> <p>Dispensação de medicamentos e farmácia clínica.</p> <p>Solicitação e oferta e/ou realização de exames complementares.</p> <p>Consultas com outros profissionais especializados.</p> <p>Grupos operativos.</p> <p>Grupos terapêuticos.</p> <p>Atendimentos compartilhados a grupos.</p> <p>Atendimentos conjuntos de especialistas e generalistas.</p> <p>Atendimentos contínuos por equipe interdisciplinar.</p> <p>Atendimentos por pares.</p> <p>Atendimentos à distância (teleassistência).</p> <p>Apoio ao autocuidado.</p> <p>Provisão de segunda opinião aos profissionais da APS.</p> <p>Educação permanente de profissionais da APS.</p> <p>Supervisão clínica de profissionais da APS.</p> <p>Pesquisa clínica.</p>

FONTE: MENDES (2012).

O Quadro 2 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 social 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 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 e os atendimentos por pares; o apoio ao autocuidado; atendimentos à distância; provisão de segunda opinião pelos especialistas aos profissionais da APS; a educação permanente dos profissionais da APS por meio de atividades como cursos e discussões de caso; a supervisão clínica dos profissionais da APS; e, especialmente 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 *Box 2*.

Box 2. 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 hipoglicemiante e anti-hipertensiva 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 e 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 THE COMMONWEALTH FUND (S.D.).

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.

Parafrazeando 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. Algumas experiências radicalizaram o modelo da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas, colocando-os trabalhando juntos, em um mesmo espaço físico, como é o caso da Kaiser Permanente (PORTER; KELLOGG, 2008).

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. Entre elas, destacam-se: o fortalecimento da APS como coordenadora da relação com os especialistas; a possibilidade de agendamento direto, pela equipe da APS, dos atendimentos especializados; o fortalecimento do trabalho multiprofissional na APS; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos, segundo o MPR; a instituição na APS de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; 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, constitui o modelo hegemônico de organização da AAE no SUS.

Esse modelo pode aparecer, na prática social, de diferentes formas: uma unidade com várias especialidades médicas que tem o nome de centro de especialidades médicas ou de policlínica, ou, como é muito comum no sistema privado brasileiro, um médico especialista trabalhando sozinho em um consultório com o apoio de uma recepcionista.

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que o modelo SILOS consolidou-se na experiência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de trazer para o seguro social brasileiro os supostos da medicina liberal, gerados nos EUA. A forma mais acabada deste foram os Postos de Assistência Médica (PAMs), grandes catedrais flexnerianas, de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nos centros urbanos brasileiros. Após o fim do Inamps, esses modelos de organização da AAE em silos passaram a denominar-se, mais comumente, de centros de especialidades médicas ou de policlínicas.

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 inseridos 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 é muito inovador e, por isso, confronta as ideias de senso comum que sustentam o modelo SILOS. A implantação desse modelo implica mudanças significativas que transpõem a dimensão técnica para atingir as dimensões política 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 vigente desde o início do século XX quando se deu a hegemonização do paradigma da medicina científica e que tem no especialismo um de seus elementos fundamentais (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 e dos especialistas no ordenamento desses fluxos. Economicamente, incide fortemente sobre os prestadores de serviços, especialmente os especialistas, os mais bem posicionados na arena política dos sistemas de atenção à saúde, em duas vertentes: quando modelam os PASAs, com base nas 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 muda 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 de base populacional.

Há de 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. Por isso deve-se concordar com a afirmativa de que a revolução nos sistemas de atenção à saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

A proposta de implantação da AAE, na perspectiva do modelo PASA, pode sofrer 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 se aposando 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 entre esses dois modelos são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. As características dos modelos de Atenção Ambulatorial Especializada

MODELO SILOS	MODELO PASA
Gestão da oferta.	Gestão de base populacional.
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 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: ou inexistente ou faz-se por 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.	O produto da unidade é um plano de cuidado feito por uma equipe 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 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 compartilhados entre generalistas e especialistas.
Função meramente assistencial.	Função assistencial, de supervisão, educacional e de pesquisa.
Presença de efeito velcro.	Ausência de efeito velcro.

FONTE: MENDES (2012).

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, com base em parâmetros populacionais gerais ou de séries históricas. Isso leva à determinação de tetos financeiros que definem uma quantidade de procedimentos a serem ofertados pelos diferentes gestores da saúde. Esse sistema de 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 de base populacional que se faz, tendo-se por fundamento necessidades de saúde da população efetivamente cadastrada na APS, por meio de parâmetros epidemiológicos que fazem parte 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 em silos, em que não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção, nem coordenação do cuidado pela APS. Funciona como 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 prenhe de retrabalhos e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são ressolicitados a cada atendimento. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em virtude da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados com base na APS. O PASA é totalmente diferente porque está integrado em uma RAS, sob coordenação da APS. A programação do PASA 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; conseqüentemente, 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 e esse nível de atenção. Esses centros são inaugurados e, imediatamente, as pessoas usuárias começam a demandá-los, algumas vezes diretamente, são acolhidas e agendadas e reagendadas, bloqueando, em pouco tempo, as suas agendas. Ao contrário, o modelo PASA consiste em um sistema fechado, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de intervenções, de pequena proporção, definidas nas diretrizes clínicas em que essa unidade constitui o ponto de atenção do primeiro contato.

O modelo SILOS tem a liberdade de se autogovernar, o que explica o grande número de atendimentos de retorno com que eles operam. Isso decorre, em parte, do seu caráter de sistema aberto, e, em parte, em virtude 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 especializado, sem 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 esse centro, à exceção dos casos de retorno, se não for referida pela APS.

O modelo SILOS elabora sua própria programação, especialmente com base em parâmetros da programação da oferta. Diferentemente, a programação do 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 infovia dos sistemas de informações clínicas 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, de forma planejada e 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, a atenção por pares e a teleassistência.

No modelo SILOS, em geral, não há uma vinculação, territorial ou não, 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 dife-

rentes. 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 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, em geral, constituídos por planos de cuidado. Há a preocupação em garantir apoio às pessoas usuárias na transição.

No modelo SILOS, o produto final da unidade de AAE, em geral, consiste em uma prescrição médica e/ou a realização ou solicitação de exames complementares. No modelo PASA, o produto da unidade de AAE é um plano de cuidado 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 interconsultores.

No modelo SILOS, as decisões clínicas não são tomadas, em geral, tomando-se por base as 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 fluida desse nível com a APS, nem um manejo eficaz das condições crônicas. A fragmentação do prontuário clínico não permite a continuidade do cuidado. Além disso, esses prontuários são individuais, o que empobrece a visão da saúde da família, uma proposta fundante do SUS. Mais, não sendo eletrônicos, esses prontuários não permitem o registro das pessoas usuárias por riscos relativos a cada condição, o que fragiliza a atenção prestada e gera redundâncias e retrabalhos. O modelo PASA opera 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 determinada condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários e enviar alertas e dar *feedbacks* aos profissionais e às pessoas usuárias. Nesses prontuários, há campos específicos para as informações de referência e contrarreferência e campo para o plano de cuidado 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 evidência, não é possível utilizarem-se essas tecnologias. Já o modelo PASA estrutura, tomando-se por base as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, 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.

O modelo SILOS, em geral, ocupa-se estritamente de funções assistenciais. Já o modelo PASA agrega outras funções imprescindíveis à unidade de AAE: função de supervisão das equipes da APS; função educacional, a de participar de processos de educação permanente na AAE e na APS; e 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 permanecer 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 diminui as chances de manifestação do efeito velcro, o que torna a atividade clínica mais efetiva e eficiente.

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, os modelos de atenção às condições crônicas e o princípio da coordenação.

6.1. O princípio da suficiência

O princípio da suficiência das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é que garante a atenção no lugar certo e com o custo certo.

O princípio da suficiência 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. Assim, o que um ponto de atenção ou um sistema faz outro não fará. Este 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 simples, não devem ser realizadas na atenção especializada porque, em alguns casos, geram iatrogenias e porque atendidas nesses níveis de maior densidade tecnológica são mais caras.

Em relação aos custos diretos, conforme se vê na Tabela 1, 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 1. 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. 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 4.

Quadro 4. As diferenças entre as clínicas da Atenção Primária à Saúde e da atenção especializada

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

Fonte: MCWHINNEY E FREEMAN (2010); CUNILLERA (2012); LOPES (2012).

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 que se beneficiem sanitariamente.

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 recursos específicos.

A estratificação de riscos das pessoas usuárias constitui 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, em vez de ter atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, em diretrizes clínicas baseadas em evidências, os tipos e lugares de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto os portadores de condições de alto e muito alto risco têm presença mais significativa de atenção profissional, com 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.

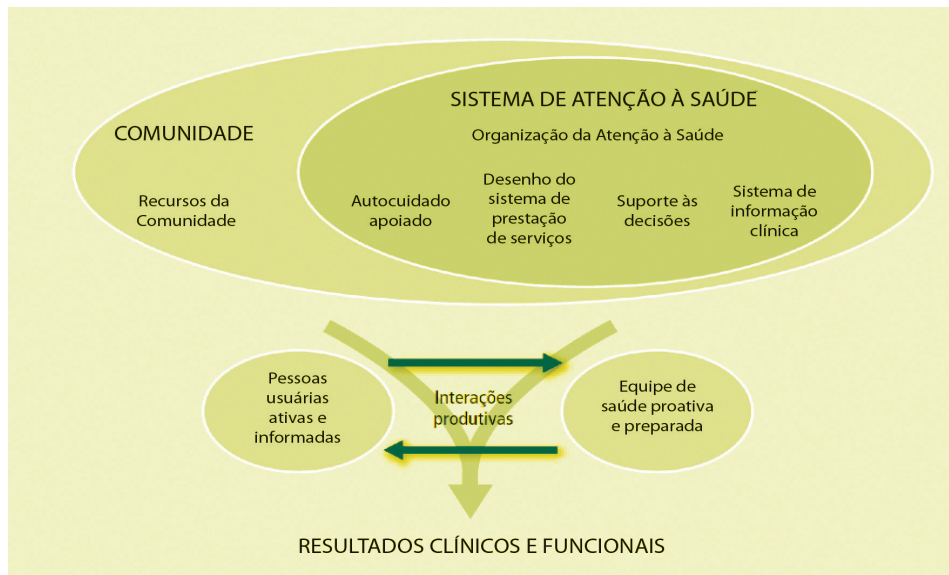
6.4. Os modelos de atenção à saúde nas condições crônicas

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

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

O CCM foi desenvolvido nos EUA pelo MacColl Institute for Healthcare Innovation (WAGNER, 1998) e está representado na Figura 4.

Figura 4. O modelo da atenção crônica



FONTE: WAGNER (1998).

Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Entre as evidências produzidas pelo CCM que influem a organização dos cuidados ambulatoriais especializados, está a forma de relacionamento entre equipes de APS e de AAE que deve ser feita por elaboração e compartilhamento de planos de cuidado, por trabalho multiprofissional interdisciplinar, por trabalho clínico conjunto de especialistas e generalistas, por relações interpessoais entre especialistas e generalistas e pela importância do autocuidado apoiado.

O CCM tem sido aplicado a diferentes países, sempre com avaliações positivas. Uma avaliação original foi feita pela Rand Corporation (2008). Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente quatro mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde, mostrando resultados satisfatórios na redução do risco cardiovascular, na redução das internações hospitalares, na melhoria da efetividade clínica e na sustentabilidade das mudanças promovidas pelo CCM. Outros estudos avaliativos, feitos em diferentes países chegaram a conclusões semelhantes (HARWELL *et al.*, 2002; VANDERBIELT

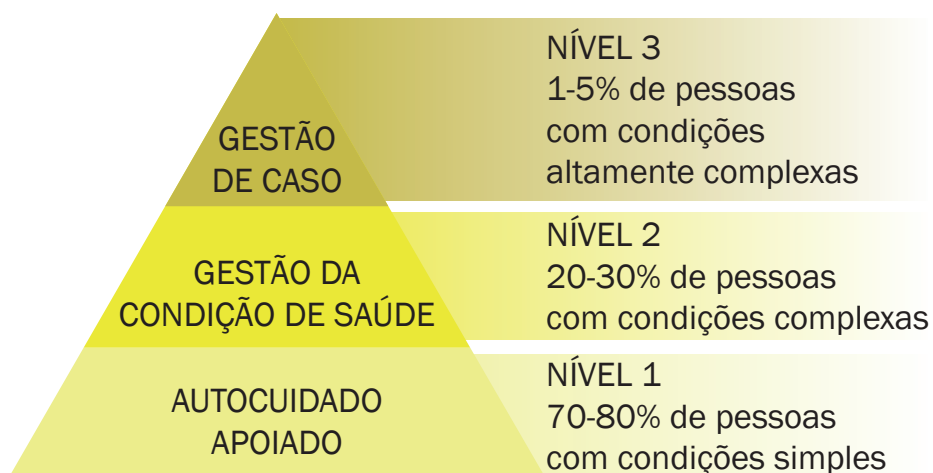
MEDICAL CENTER, 2002; ENDINCOTT *et al.*, 2003; SPERL-HILLEN *et al.*, 2004; GLASGOW *et al.*, 2005; OUWENS *et al.*, 2005; STROEBEL *et al.*, 2005; HUNG *et al.*, 2006; DORR *et al.*, 2007).

Outro modelo fundamental para a organização da AAE das condições crônicas não agudizadas consiste no MPR, desenvolvido originariamente pela organização Kaiser Permanente (KP) nos EUA e aplicado, posteriormente, em vários países. Esse modelo é essencial para operacionalizar a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas.

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. O cuidado profissional, em virtude 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 5.

Figura 5. Modelo da pirâmide de riscos (MPR)



FONTE: DEPARTMENT OF HEALTH (2005); PORTER E KELLOGG (2008).

A Figura 5 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 condições simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condições complexas; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condições altamente complexas.

No nível 1, está uma subpopulação com condição crônica simples e bem controlada e que apresenta 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 risco maior, porque tem fator de risco biopsicológico ou condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou 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 essa 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 requer 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 maior concentração de cuidados profissionais especializados. Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da APS, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidados profissionais. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da APS. No nível 3, há presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

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

Há evidências robustas de que o MPR, quando aplicado, aumentou a qualidade da vida das pessoas, reduziu as internações hospitalares e a demanda por serviços ambulatoriais especializados, melhorou os resultados sanitários e diminuiu custos da atenção à saúde (HAM, 2003; PARKER, 2006; SINGH; HAM, 2006; PORTER, 2007; PORTER; KELLOGG, 2008).

Os bons resultados da aplicação do MPR puderam ser sentidos quando se compararam os dados da KP com as médias nacionais de organizações de saúde dos EUA (KELLOGG, 2007; PORTER, 2007; PORTER; KELLOGG, 2008). Da mesma forma, estudos mostraram que os resultados obtidos pela KP são melhores que aqueles produzidos em sistemas públicos de atenção à saúde da Dinamarca (FROLICH *et al.*, 2008) e do Reino Unido (FEACHEM *et al.*, 2002; HAM *et al.*, 2003).

6.5. O princípio da coordenação

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).

Para que haja coordenação nas organizações, é necessário ter um modelo de coordenação organizacional. Um dos mais utilizados é proposto por Mintzberg (2003) e se estrutura em 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.

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 virtude 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).

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 5.

Quadro 5. 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 postos de enlaçamento.	Central de regulação. Gestão de caso.
Ajustamento mútuo por comitês permanentes.	Comitês de gestão interníveis das RAS.
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. A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A implantação do modelo PASA na Atenção Ambulatorial Especializada (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 portadoras de condições crônicas? A segunda: se fosse possível fazê-lo, seria desejável atender por meio de especialistas todas as pessoas portadoras de condições crônicas?

Para responder à primeira questão (é possível atender por meio de especialistas todas as pessoas portadoras de condições crônicas?), verificou-se o caso da 20ª Região de Saúde do Paraná em relação à hipertensão arterial. Essa região tem 358.000 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 portadora de 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 1/3 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, no Ceará, indicou necessidade de 260 cardiologistas vinculados ao SUS na AAE para o controle dessa condição crônica, o que é impossível de se ter.

Portanto, a resposta à primeira questão é simples: não há a possibilidade de que todas as pessoas portadoras de condições crônicas sejam atendidas por especialistas.

A segunda questão é: se fosse possível, ainda assim seria desejável que todas as pessoas fossem atendidas por especialistas? Essa 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 Atenção Primária à Saúde (APS) e da AAE e da estratificação de risco feita segundo o Modelo de Pirâmide de Risco (MPR).

O exame do Quadro 4, 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, serem submetidas a procedimentos iatrogênicos e mais caros. Assim, em uma subpopulação portadora de uma condição crônica, há 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 que gerou uma sistemática de estratificação de risco, articulando-a com os níveis de atenção. No nível 1, estão os portadores de condições crônicas simples, 70% a 80%

do total, que devem ser atendidos pela APS com ênfase em medidas de autocuidado apoiado; eventualmente, a critério dos profissionais da APS, podem ser referidas a especialistas para interconsulta. No nível 2, estão os portadores de condições crônicas complexas que se beneficiam do atendimento de especialistas que estabelecem planos de cuidados a serem aplicados na APS. No nível 3, estão os portadores de condições crônicas altamente complexas que serão colocados sob gestão de caso, com participação de especialistas e de profissionais da APS.

A utilização da estratificação de risco e do MPR tem, portanto, um papel importante no aumento da efetividade da clínica. Além disso, ao definir a atenção no lugar certo, segundo o princípio da suficiência, deixando para a atenção na APS da maioria das pessoas portadoras das condições crônicas, diminui os custos da atenção. Mais ainda, 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 portadoras de condições complexas em relação àquelas portadoras de condições simples. Cria-se, dessa forma, um ambiente de eficiência em toda a RAS.

É comum verificar-se, em uma unidade de AAE, a presença significativa de pessoas portadoras de condições crônicas simples, que não vão se beneficiar da atenção nela ofertada e 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 às condições crônicas, verifica-se que, ali também, existem pessoas portadoras de condições simples que não vão se beneficiar dos cuidados especializados, juntamente com outras pessoas portadoras de 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.

7.2. A vinculação entre a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Primária à Saúde

O modelo PASA de AAE baseia-se em estreita vinculação desse nível de atenção com a APS. É como se fossem duas faces de uma mesma moeda. 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 implantar o modelo SILOS considera-se, apenas, a organização da estrutura e dos processos intrínsecos a esse 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 se 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 opções será realizada com base nas condições concretas que se encontrarem nas realidades das RAS.

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.

A função de resolutividade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender à grande maioria dos problemas mais frequentes das populações adstritas às RAS. A função de coordenação 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 dessas redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, e exercício da gestão da saúde da população e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população (MENDES, 2002).

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 que regem a organização da AAE, como 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 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 dos portadores de condições crônicas simples; ser capaz de executar e monitorar os planos de cuidados referidos pela equipe interdisciplinar de especialistas; e ser capaz de operar as novas tecnologias de manejo de pessoas portadoras de condições crônicas.

Ademais, o modelo PASA de AAE exige uma APS resolutiva, com capacidade para resolver aproximadamente 90% dos problemas mais comuns que se apresentam nos cuidados primários.

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

podem ocorrer em virtude da idade (PECHANSKY *et al.*, 1970); outras são determinadas pelo tipo de organização de saúde (FRANKS; CLANCY, 1997). Em geral, os médicos de família encaminham menos que os clínicos gerais e, nas organizações que se articulam por sistemas de pré-pagamento, as referências da APS à atenção especializada são menores. Contudo, há uma importante variabilidade nas taxas de referência, mesmo quando essas variáveis são controladas.

Estudos mostraram uma variabilidade de até quatro vezes maior nas referências por profissionais de APS, tanto nos EUA como na Inglaterra (WILKIN; DORNAN, 1990). Mas há uma associação entre os números de referências a especialistas e os números de especialistas que existem em uma região ou organização; contrariamente, os números de referências a especialistas estão apenas fracamente associados às taxas de doenças, medidas pela relação padronizada de mortalidade e pelo número médio de prescrições feitas por profissionais da APS (ROLAND; MORRIS, 1988).

Na Dinamarca, verificou-se que a taxa de referência a especialistas em um condado estava altamente relacionada aos números de especialistas em diferentes áreas desse condado (CHRISTENSEN *et al.*, 1989). Nos EUA, onde muitas pessoas podem buscar atendimento de outros especialistas sem um encaminhamento de um médico de APS, as taxas de consultas aos especialistas são diretamente proporcionais à capacidade das pessoas irem e voltarem a um especialista sem o aconselhamento ou orientação de um médico de APS (PERKOFF, 1978; STARFIELD, 1983).

Pesquisas feitas no Brasil sobre o percentual de referências para a atenção especializada demonstraram alta capacidade de resolução da APS: 12,5% em Florianópolis e 9% em Porto Alegre (GUSSO, 2009; TAKEDA, 2012).

Os dados internacionais e nacionais demonstram que uma APS bem estruturada tem altíssima resolatividade e, dessa forma, pode racionalizar os fluxos de demandas à AAE, diminuindo a pressão sobre esse nível de atenção secundária ambulatorial.

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, atenção domiciliar, solicitação/coleta/realização de exames complementares, farmácia clínica, grupos operativos, grupos terapêuticos, educação popular, vacinações, rastreamento de doença, atendimentos compartilhados a grupos, atendimentos contínuos, atendimentos à distância, atendimentos por pares, apoio ao autocuidado, gestão de casos, matriciamento de generalistas e especialistas, acesso a segunda opinião e acesso a serviços comunitários (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 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015). 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 rede importante de AAE no SUS, funcionando no modelo SILOS. Essa rede já conta com 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.

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.

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.

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. Mas já se pode antecipar uma situação. O modelo SILOS está fortemente ancorado no trabalho do médico especialista, existindo carência de equipe multiprofissional (assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas 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. O sistema de financiamento da Atenção Ambulatorial Especializada

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde consiste naquele 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.

Contudo, prevalecem, nacional e internacionalmente, sistemas de pagamento focados no volume de recursos, ou seja, os incentivos financeiros estão dirigidos a prestar mais serviços a mais pessoas, o que aumenta os custos do sistema de forma incontável (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Um bom modelo de financiamento deve estar alinhado com os modelos de atenção e de gestão de um sistema de atenção à saúde. Por exemplo, de nada adianta fazer discurso sobre a importância da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os serviços por procedimentos, segundo as respectivas densidades tecnológicas (KUTZIN, 2008).

Os sistemas de financiamento devem ser acompanhados por incentivos de desempenho. Os incentivos de desempenho funcionam bem desde que seja acompanhado de um sistema de monitoramento (FROLICH *et al.*, 2007). Os estudos sobre os incentivos de desempenho em relação às condições crônicas permitem concluir que: eles não devem se limitar aos resultados, mas envolver metas em relação à estrutura e aos processos; eles devem ser contínuos no tempo; e eles funcionam melhor quando dirigidos aos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos na prestação de serviços. Os incentivos de desempenho devem, também, estar alinhados com os objetivos dos sistemas de atenção à saúde.

O financiamento dos sistemas de atenção à saúde materializa-se por meio de formas de pagamento distintas, expressas em tipos ideais: procedimentos ou unidades de serviços, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, capitação, salário, elemento de despesa orçamentário, orçamento global, pacotes de serviços, ano de cuidado e ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde. Essas formas de financiamento apresentam fortalezas e debilidades.

Contudo, está se fixando uma posição de que o método de financiamento por procedimentos deve ser evitado porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias. Nos EUA, essa forma de financiamento tem sido considerada como um reator descontrolado que abastece os custos do sistema de atenção à saúde, já que cerca de metade dos serviços consumidos é resultado da orientação de médicos e de fornecedores e não das necessidades da população (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

De outro modo, vem se manifestando uma tendência para as formas de pagamento por orçamento global, por capitação ajustada, por pacotes de serviços ou por ciclos completos de atenção a uma condição de saúde por causa de seus efeitos positivos nas RAS como: o incremento de ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde; o efeito indutor sobre a organização de um sistema baseado na atenção contínua em vários pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio; o fortalecimento da APS; a capacidade de contenção de custos; e a indução do rateio dos riscos financeiros e sanitários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; TELYUKOF, 2001; CERCONE, 2007).

Um sistema de financiamento da AAE apresenta dois fluxos financeiros principais: o pagamento do gestor (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde) às instituições prestadoras (unidades estaduais, municipais, consórcios intermunicipais,

organizações sociais, instituições filantrópicas, fundações e outras); e o pagamento dos profissionais de saúde e de serviços terceirizados pelas instituições prestadoras de serviços de AAE.

Em ambos os sistemas de pagamento, predomina a forma de pagamento por procedimentos. Os repasses de recursos para a AAE pelo Ministério da Saúde aos gestores estaduais e municipais e, destes, para as instituições prestadoras, faz-se de acordo com uma tabela que se constrói por procedimentos. O pagamento dos serviços terceirizados faz-se, predominantemente, por procedimentos. O pagamento dos profissionais, ainda que utilizando sistemas mistos, muitas vezes, faz-se, também, por procedimentos.

Essas formas de pagamento desenvolvidas e operadas pelo modelo SILOS não são compatíveis com a proposta do modelo PASA de AAE, ou seja, os sistemas de pagamento da AAE não estão alinhados com os objetivos do modelo PASA. Para a implantação do modelo PASA será necessário mudar as formas de pagamento prevalentes, alinhando-as com os objetivos desse modelo. A superação do modelo de pagamento por procedimentos é fundamental.

É importante que o sistema de pagamento dos gestores às instituições pagadoras deixe de ser feito por volume de procedimentos e passe a ser feito por contratos de gestão que definam uma carteira de serviços a ser realizada dos pontos de vista quantitativo e qualitativo, estabeleçam seus custos, explicitem o valor a ser pago periodicamente, estabeleçam um sistema de monitoramento e avaliação e definam os sistemas de garantia e os incentivos.

O sistema de incentivos constitui 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 contratante e contratado (TROSA, 2001).

Para que as relações contratuais funcionem bem, algumas condições são necessárias: a existência de cultura de resultados nas instituições; a clareza dos objetivos do modelo de atenção que se vai praticar; a existência de um sistema de informações gerenciais que permita monitorar e avaliar os produtos e indicadores acordados; a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos nas instituições contratantes e contratadas; o sistema justo de remuneração dos serviços para os prestadores; os serviços a serem contratados devem estar disponíveis por parte dos prestadores de serviços; a autonomia de gestão dos prestadores de serviços compatível com o alcance dos produtos contratados; e a capacidade dos prestadores de assumir riscos (VIA, 2001).

O pagamento dos profissionais de saúde pelas instituições prestadoras de serviços de AAE, também, deve superar a forma de pagamento por procedimentos. Idealmente, poderia ser feito por meio de contratos de gestão entre a instituição prestadora e a equipes de especialistas com salários que tenham parte fixa, mas com parcela menor variável vinculada ao desempenho. Essa parcela variável deve ser bem calibrada para que possa ser percebida como incentivo que possa efetivamente estimular o desempenho das equipes.

REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A. O. *O caso de Diadema*. Brasília, Seminário sobre regulação na APS, 2011.
- 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.
- Antonelli RC et al. Making care coordination a critical component of the pediatric healthcare system: a multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund, 2009.
- BAICKER, K.; CHANDRA, A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, vol. W4, p. 184-197, 2004.
- BERTA, W. et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can Fam Physician*, vol. 55, p. 621-625, 2009.
- BLUE, L. et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*, vol. 323, p. 715-718, 2001.
- BODENHEIMER, T. et al. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, vol. 288, p. 1775-1779, 2002.
- BODENHEIMER, T.; GRUMBACH K. *Improving chronic care: strategies and tools for a better practice*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.
- BOURGEAULT, I. L. et al. *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- BRASIL. *Decreto n. 7.508*, de 28 de junho de 2011.
- BYNG, R. et al. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract*, vol. 54, p. 259-266, 2004.
- CAMPBELL, R. J. et al. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*, vol. 35, p. 60-64, 2003.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. Vol. I.
- CERCONE, J. *Contracting and improving value for money in Caribbean health insurance systems*. Caribbean Regional Meeting on National Health Financing Initiatives, Sanigest, 2007.
- 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). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em epidemiologia da UFRGS, 2009.
- CHRISTENSEN, B. et al. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract*, vol. 6, p. 19-22, 1989.
- 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*, vol. 243, 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*, vol. 1, p. 144-148, 2003.

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.

DEUTCHMAN, M. E. et al. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J Am Board Fam Pract*, vol. 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 Med*, vol. 17, p. 581-587, 2000.

DORR, D. A. et al. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Dis Manag*, vol. 9, p. 1-15, 2006.

EASTWOOD, A. J., SHELDON, T. A. Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. *Qual Health Care*, vol. 5, 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*, vol. 11, p. 633-641, 2006.

ENDICOTT, L. et al. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag*, vol. 8, p. 252-262, 2003.

ENGEL, W. et al. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med Care*, vol. 27, p. 306-314, 1989.

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*, vol. 11, p. 669-681, 2006.

FEACHEM, G. A. et al. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, vol. 324, p. 135-143, 2002.

FERRIS, T. G. et al. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 152, 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.; CLANCY, C. Referral of adult patients from primary care: demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract*, vol. 45, p. 47-53, 1997.

FRANKS, P.; FISCELLA, K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, vol. 47, p. 105-109, 1998.

FRIEDMAN, N. M. et al. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin Pract*, vol. 1, p. 5-11, 1998.

FROLICH, A. et al. A behavioural model of clinicians responses to incentives to improve quality. *Health Policy*, vol. 80, p. 179-183, 2007.

FROLICH, A. et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, vol. 8, p. 252, 2008.

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, DELSA/HEA/WDIHWP, 2008.

GANDHI, T. K. et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med*, vol. 15, p. 626-631, 2000.

GLASGOW, R. E. et al. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med Care*, vol. 43, p. 436-444, 2005.

GOBIERNO VASCO. *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: 18 jul. 2015.

GREENFIELD, S. et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA*, vol. 267, p. 1624-1630, 1992.

GRIFFIN, S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*, vol. 317, p. 390-396, 1998.

GULLIFORD, M. C. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*, vol. 24, 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*. 2. ed. (CIAP-2). Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 2009.

HAM, C. et al. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, vol. 327, p. 1257-1259, 2003.

HARWELL, T. S. et al. Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. *Am J Med Qual*, vol. 17, p. 179-184, 2002.

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.

HYSLOP, A.; ROBERTSON, K. Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. *Inform Prim Care*, vol. 12, p. 103-107, 2004.

HUETSON, W. J. et al. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J Fam Pract*, vol. 40, p. 345-351, 1995.

HUNG, D. Y. et al. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med*, vol. 30, p. 413-422, 2006.

IBAÑEZ et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*, 11: 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.

JARMAN, B. S. et al. Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*, vol. 318, 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. *Eur Respir J*, vol. 23, 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. *J Am Coll Cardiol*, vol. 39, p. 471-480, 2002.

KATON, W. et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*, vol. 273, p. 1026-1031, 1995.

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.

KUTZIN, J. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

LAMB G. Outcomes across the care continuum. *Medical Care*, vol. 35, p. 106-114, 1997.

LONGEST BB, Young GJ. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny AD (Editors). *Health care management*. New York, Delmar, 4th Ed., 2000.

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, 2012.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Intern J Health Planning Manag*, vol. 19, p. 303-317, 2004.

MAISLOS, M.; WEISMAN, D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol*, vol. 41, p. 44-48, 2004.

- MALCOM, L. et al. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N Z Med J*, vol. 113, p. 514-517, 2000.
- 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. (Vol. 7,)
- _____. *Care Coordination Atlas Version 3*. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
- MCINNES, G. T.; MCGHEE, S. M. Delivery of care for hypertension. *J Hum Hypertens*, vol. 9, 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: 18 jul. 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.
- _____. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- _____. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- _____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. *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.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.
- MOORE, G. The case of disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Q*, vol. 70, p. 361-379, 1992.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- 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.
- MOORMAN, P. W. et al. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J Am Med Inform Assoc*, vol. 8, p. 372-378, 2001.
- NCQA PATIENT-CENTERED MEDICAL HOME. *National Committee for Quality Assurance (NCQA). Care coordination Standards*, 2011. Disponível em: <<http://www.ncqa.org>>. Acesso em: 18 jul. 2015.
- NOREN, J. et al. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *N Engl J Med*, vol. 301, p. 11-16, 1980.
- NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT. *From volume to value: transforming health*

care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.

O'MALLEY, A. S. et al. Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? *Health Affairs*, vol. 24, p. 465-472, 2005.

OSTBYE, T. et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, vol. 3, p. 209-214, 2005.

Ouwens, M. et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*, vol. 17, p. 141-146, 2005.

PARCHMAN, M. L; CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*, vol. 39, 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*, vol. 40, p. 137-144, 2002.

PARKER, H. *Making the shift: review of NHS experience*. Coventry: Institute for Innovation and Improvement, 2006.

PECHANSKY, R. et al. Frequency of referral and patient characteristics in group practice. *Med Care*, vol. 8, p. 368-385, 1970.

PERKOFF, G. An effect of organization of medical care upon health manpower distribution. *Med Care*, vol. 16, p. 628-637, 1978.

PHAM, H. H. et al. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Ann Intern Med*, vol. 150, 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.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, vol. 1, p. 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.

RAND HEALTH. *Improving chronic illness care evaluation: Rand Health Project*; 2008. Disponível em: <<http://www.rand.org/health/projects>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

REA, H. et al. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*, vol. 34 p. 608-614, 2004.

REGAN, J. et al. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*, vol. 9, p. 117-124, 2003.

ROLAND, M.; MORRIS, R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *British Medical Journal*, vol. 297, p. 599-600, 1988.

ROOS, N. P. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*, vol. 16, p. 73-83, 1979.

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*, vol. 1, p. 2, 2008.

RYDEN, M. B. et al. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist*, vol. 40, 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.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*, vol. 24, p. 431-458, 1994.

____ 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*, vol. 16, p. 412-422, 2003.

____ 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*, vol. 119, p. 699-710, 2005.

____ 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*, vol. 16, p. 412-422, 2003.

SINGH, D. *WHICH STAFF IMPROVE CARE FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS? A RAPID REVIEW OF THE LITERATURE*. BIRMINGHAM: HEALTH SERVICES MANAGEMENT CENTRE, 2005.

SINGH, D.; HAM, C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SPERL-HILLEN, J. M. et al. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Jt Comm J Qual Saf*, vol. 30, p. 303-309, 2004.

STARFIELD, B. Special responsibilities: the role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics*, vol. 71, p. 433-440, 1983.

____. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

____. Entrevista. *Boletim Saúde para Todos*, vol. 1, p. 1, 2005a.

____. *The primary solution: put doctors where they count*. 2005b. Disponível em: <<http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

____. *Challenges to research on equity in health*. Adelaide, 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health, 2006.

____. *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*, vol. 24, p. s148-s158, 2008.

STROEBEL, R. J. et al. Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved*, vol. 16, p. 286-296, 2005.

TAKEDA, S. *Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária*. Porto Alegre: [s.l.], 2012. mimeo.

TELYUKOV, A. *Guía para la capacitación prospectiva con ejemplos de América Latina*. Washington: La Iniciativa Regional de Reforma del sector de salud en América Latina y el Caribe, 2001.

TEMMINK, D. et al. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum*, vol. 45, p. 280-286, 2001.

THE COMMONWEALTH FUND. *Reducing care fragmentation*. Disponível em: <<http://improving-chroniccare.org>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

TROSA, S. *Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

VANDERBILT MEDICAL CENTER. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

VARGAS I *et al.* Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington, Organización Panamericana de la Salud/ Consorcio de Salud y Atención Social, 2011.

VÍA, J. M. Experiências internacionais: a experiência da Catalunha. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL. *Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Villalbi JR et al. Evaluacion del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria*, vol.24, p. 468-474, 1999.

VOGEL, R. L. et al. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International Journal of Health Services*, vol. 28, p. 183-196, 1998.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, vol. 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*, vol. 334, 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*, vol. 328, p. 621-627, 1993.

WILKIN, D.; DORNAN, C. G. P. *Referral to hospital: a review of research and its implications for policy and practice*. Manchester, Center for Primary Care Research, 1990.

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

MINISTRO ARTUR CHIORO

O Pacto Interfederativo é da essência do SUS. O espaço de diálogo entre os gestores é essencial para que possa dar certo. A participação do ministro, do secretário de Estado ou do secretário municipal no Conselho de Saúde e nos espaços Intergestores, seja a Comissão Intergestores Regional, a Comissão Intergestores Bipartite ou a Comissão Intergestores Tripartite é decisiva, porque é o espaço não apenas da construção e da pactuação, mas é também o locus em que se assumem responsabilidades.

Não poderíamos conversar sobre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) se não tivéssemos produzido avanços significativos na Atenção Básica. Isso é um pressuposto, porque o acesso desorganizado aos serviços especializados, se a população estiver desassistida pela Atenção Básica, fará com que continuemos a atribuir à população a responsabilidade por “procurar o serviço de forma errada”, como já acontece com os serviços de Urgência, quando não se garante perto de casa o acesso à Atenção Básica, resolutiva e qualificada. Estamos agora vivendo outro momento. Na solenidade de comemoração dos dois anos do Programa Mais Médicos, fizemos um balanço muito exitoso da Atenção Básica. São 18.240 novas equipes de Saúde da Família completas, com médicos, pelo Programa Mais Médicos; somam-se mais 18.000 equipes que estão compostas por profissionais que não pertencem ao Mais Médicos; uma cobertura que já ultrapassa 130 milhões de brasileiros (só com o Mais Médicos são 63 milhões). Inegavelmente, uma mudança substantiva.

Claro que a ampliação da oferta por si só não garante qualidade, resolutividade e o compromisso das equipes. Mas os primeiros resultados são muito vigorosos. Nas cidades que têm cobertura de Atenção Básica superior a 36%, identificamos redução de internação no primeiro ano do programa na ordem de 8,4%. Nas cidades que têm cobertura menor, a média nacional está na faixa de 4%, significando que 91.000 pessoas deixaram de internar, e isso com o número de médicos que tínhamos em dezembro de 2014, bem menor do que o atual, já que o Mais Médicos ainda estava em implantação. Vamos, portanto, começar experimentar o impacto da Atenção Básica ofertada para quem mais precisa; a diminuição das internações por causa sensíveis à Atenção Básica; a capacidade de proteger os rins das pessoas hipertensas e diabéticas, para que a insuficiência renal crônica não ocorra ou não inicie tão precocemente, resultando em menos sessões de hemodiálise, menos transplantes renais; um menor volume de acidentes vasculares cerebrais (AVC), menos infartos agudos do miocárdio, enfim, o impacto que se pode esperar quando o pré-natal é bem feito, o acompanhamento dos usuários é adequado, quando

a a Atenção Básica é efetivamente resolutive. E isso está acontecendo no Brasil; e em regiões e áreas em que jamais se imaginou que pudesse acontecer: nas pequenas cidades, na zona rural, nas aldeias indígenas, nos quilombos, nos assentamentos rurais, mas também na periferia das grandes cidades. Com Jorge Solla, ex-secretário da saúde da Bahia, escrevi um capítulo de um livro, em 2007, sobre a AAE. Revendo essa publicação, percebo o quanto somos ainda frágeis, débeis, em termos de formulação de políticas para a AAE. É uma lacuna no processo de construção do SUS, na produção teórica e acadêmica, mas também denota a fragilidade que temos na formulação de propostas para essa área entre os gestores do SUS. Dei uma entrevista para o Canal Saúde e fiz uma síntese da AAE. Não superamos ainda o modelo que herdamos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que é centrado no acesso ao especialista, no cuidado fragmentado, no pagamento por procedimento. A lógica do acesso é marcada pelo valor remunerado e no procedimento e centrada apenas no ato médico. Tome-se esse exemplo. Pesquisa que fizemos junto as centrais de regulação dos municípios e dos estados que têm organização e atuação mais consistentes demonstram que algumas centrais de regulação, por incrível que pareça, sequer conseguem identificar a fila de espera, o que demonstra, por si só, uma fragilidade profunda. Quando se procura identificar quais são os principais problemas, na perspectiva dos reguladores, a demanda reprimida no campo da Ortopedia e da Oftalmologia lideram nacionalmente. Fizemos uma pesquisa rápida, usando ferramentas de EAD com os médicos que atuam na Atenção Básica, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e Mais Médicos, para ver qual era a principal demanda reprimida. Essas duas especialidades também lideram a lista de problemas relacionados ao acesso à AAE.

Por meio de outra pesquisa, de opinião pública, que encomendamos à Secretaria de Comunicação da Presidência da República, identificamos que a população também tem a mesma percepção. Quando se olha qual é o principal problema de saúde da população brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Pesquisa Nacional de Saúde que o Ministério da Saúde encomendou, “dor nas costas” aparece disparadamente como o principal problema de saúde do brasileiro. Se vamos começar o programa Mais Especialidades ou reorganizaremos nossa AAE sem considerar o que será feito na Atenção Básica, explodiremos a agenda de todos os ortopedistas, reumatologistas, de todos osistas que puderem ser colocados à disposição e não vamos dar conta de resolver a demanda dos brasileiros. Então, torna-se necessário repensar qual é o modelo de cuidado; o novo modelo de cuidado que queremos implementar. Caso contrário, faremos mais do mesmo. Nós poderemos ampliar a oferta e mesmo assim ela será ocupada por uma demanda imensa da população brasileira, sem que haja uma definição clara do que deve ser resolvido, de um novo jeito de produzir o cuidado,

sem definir o que precisa ser resolvido na Atenção Básica, como manejar adequadamente os pacientes com problemas crônico-degenerativos, como lidar com os problemas que são passíveis de serem resolvidos com recursos tecnológicos de uma outra ordem de grandeza. Sem isso, será impossível avançar.

Não há como produzir cuidado qualificado e resolutivo sem organizar o processo de regulação e pensar a dimensão de escala. Esta tem sido a discussão que nós do Ministério da Saúde estamos fazendo. Em breve, vamos abrir um processo de debates e consultas mais organizado com os secretários municipais e estaduais de saúde. Vamos produzir um reconhecimento das principais experiências nacionais e internacionais. O momento é de discussão e estruturação da proposta interna, mas quero apresentar alguns princípios para orientar a discussão sobre a Atenção Especializada.

O primeiro é romper com a ideia que, para mim, era muito forte e hoje foi superada, de que a Atenção Especializada tem, de fato, uma divisão entre ambulatorial e hospitalar. Isso ficará mais claro adiante. Quando iniciamos a discussão internamente no MS, partiu-se exatamente disso: AAE. Mas quando se começa a analisar o que temos, onde os serviços são ofertados etc., percebe-se que se trata de um artifício retórico dizer que a Atenção Especializada é feita apenas no Ambulatório. Ela é executada no Ambulatório, mas também ofertada, em parte, na Atenção Básica, no ambiente hospitalar em vários outros espaços de cuidados. Pode parecer que se trata apenas de uma questão semântica, mas não é, pois os provoca a discutir Atenção Especializada em outras dimensões, para além do espaço da chamada Policlínica ou do centro de especialidades. Se quisermos dar conta da integralidade, não existe um espaço capaz de garantir a especialidade do cuidado ao usuário do SUS, que prescindir de outros serviços especializados.

Quais são esses princípios com que temos trabalhado? Primeiro, mudar a forma de implementar e organizar o cuidado, por meio de um conjunto de práticas articuladas que garantam o atendimento integral das necessidades dos usuários, evitando-se fragmentação do cuidado e garantindo-se efetividade. Assim, não adianta apenas instituir uma ficha de referência e contrarreferência, seja entregando-a nas mãos do usuário ou para a regulação, para que o usuário e/ou a regulação construam o itinerário terapêutico necessário. Temos que pensar a oferta do cuidado, de fato, de maneira integral. Resumidamente (porque não se restringe a isso): a consulta do especialista; os exames complementares necessários; o suporte terapêutico, cirúrgico, clínico, medicamentoso; a reabilitação; o cuidado psicossocial, enfim, o conjunto de práticas, o conjunto de ofertas que precisam ser ofertados de maneira integral, executados, na medida do possível, ao máximo no mesmo espaço. Se não forem ofertados no mesmo espaço, e isso po-

derá ocorrer em muitas circunstâncias, o arranjo produzido tem de estar garantido previamente para garantir a integralidade, para não fragmentar o cuidado e para garantir efetividade, porque o que mais se constata é a quantidade de exames que são feitos, mas não são sequer buscados; a quantidade absurda de faltas de pacientes a consultas ou a procedimentos agendados, quer dizer, em uma área onde falta tanto, há uma brutal irracionalidade e desperdício,. Essa é uma questão para nós muito importante.

Um segundo princípio é a necessidade de promover um modelo de organização da atenção que reconheça as necessidades dos usuários e que não parta da lógica dos especialistas, claramente uma tendência observável em nosso sistema de saúde., Não podemos continuar partindo das demandas impostas a partir de um equipamento ou do especialista, mas sim das necessidades do usuário, que demandam tanto ações de cuidado permanente, acompanhamento longitudinal, quanto ações de cuidados mais imediatas e transitórias: condições crônicas e condições agudas.

Vou dar o exemplo da trauma-ortopedia. Uma parte significativa dos casos que atualmente aguardam atendimento em nossas filas vão desde os usuários que apresentam os chamados eventos agudos, traumáticos, - com a necessidade de consultas, exames, procedimento cirúrgico e de reabilitação para que possam voltar a viver normalmente sua vida -, como os pacientes com cuidados crônicos, que exigirão cuidados ao longo de toda sua vida.

Ao observarmos o perfil de morbimortalidade que temos hoje, a mudança demográfica, epidemiológica e nutricional que experimentamos, somos instigados a enfrentar novos problemas. Assim, , outra coisa que estamos claramente convencidos, é que a organização de uma política de Atenção Especializada requer a produção de arranjos de cuidado que estamos chamando de “módulos de cuidados resolutivos”, em que um conjunto de ofertas, um módulo organizado de ofertas, com começo, meio e fim terá que ser ofertado ao usuário. Esse paciente deixa de ser tratado como um objeto para o qual será meramente ofertado procedimentos. Passa a ser valorizado o vínculo com o projeto de cuidado, entre o usuário, a equipe multiprofissional e aquele serviço que faz a oferta de serviços especializados.

Mas temos reconhecidamente inúmeras condições crônicas, que vão exigir que, por toda a vida daquele usuário, continuemos a ofertar cuidados integrais e especializados a eles. Em um exemplo concreto, um paciente que tem diabetes extremamente grave, definir seu manejo, o que na Atenção Básica é invariavelmente muito difícil; um paciente diabético que tem doença renal crônica e vai precisar da hemodiálise ou transplante e de cuidados especializados por toda sua vida. São várias as condições em que não teremos a possibilidade de garantir o acesso resolutivo em duas ou três semanas; em que em um mês, no máximo, é possível resolver o

problema do paciente e encaminha-lo para que volte para o cuidado na Atenção Primária. Essas diferenças, portanto, exigem estratégias distintas, que não podem ser as mesmas, porque não darão certo.

O terceiro princípio é o de garantir acesso aos serviços especializados, otimizando e potencializando a rede existente, bem como contratando novos serviços com a reorganização regional, considerando facilidade de acesso, escala, racionalidade, otimização de custos e, acima de tudo, equidade. Não é possível pensar que uma política de Atenção Especializada possa ser construída exclusivamente a partir de novos investimentos, com a construção de novos prédios e aquisição de novos equipamentos etc. desconhecendo que já temos uma rede que tem uma grande capacidade potencial, que pode ser rearranjada – quer seja por meio dos serviços públicos, filantrópicos e mesmo os privados já contratados, ou pela ampliação da oferta, se necessário, por parte dos serviços privados que não participam do SUS. Em três oportunidades a direção da Unimed do Brasil, identificando em quais cidades do Brasil o sistema Unimed apresenta ociosidade, ou seja, capacidade de oferta adicional, fez sondagens junto ao Ministério da Saúde demonstrando interesse no campo da atenção ambulatorial especializada, de participar da oferta destes serviços. Ora, a própria Constituição já garante que, esgotada a capacidade pública, pode-se promover a contratação do setor privado, com prioridade para o setor filantrópico, respeitadas as regras da administração pública.

É preciso, portanto, identificar quais são as regiões de saúde que apresentam vazios assistenciais. Aí, sim, priorizar e fazer o investimento em ampliação da estrutura física, em equipamento, em novas ofertas públicas de serviços, para poder garantir em todo o território nacional o direito ao acesso necessário e equilibrado (produzir equidade de verdade). Podemos usar as emendas parlamentares impositivas, que são fortemente indutoras do perfil de oferta de atendimento à população brasileira e qualificar esta oferta. Iniciativas têm sido desenhadas por secretarias estaduais de saúde ou por alguns municípios, fazendo a opção pelo investimento, na maioria das vezes com recursos próprios, na construção de uma rede de policlínicas, de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs), etc.. Cada gestor deve e vai ter a capacidade de analisar e identificar o que for mais adequado para sua cidade, região ou estado, mas nós não pretendemos financiar recursos para investimento no sentido de fazer toda uma substituição da rede já existente.

Não podemos atomizar recursos e esforços. Pelo contrário, temos que pensar na otimização da oferta quando se pensa em Atenção Especializada. Claro que temos situações muito diferentes. Vou dar o exemplo da Oftalmologia, que tem custo muito elevado. Não faz sentido concentrar em uma única cidade, de uma região, toda a oferta de Oftalmologia. Mas, quando se fala em Atenção Especializada, o fator escala é decisivo para poder garantir racionalidade

e eficiência; então, mais do que nunca, se as secretarias estaduais de saúde não fortalecerem sua capacidade de coordenação técnica, de construir e coordenar para valer o desenho de regionalização, nas 438 regiões de saúde do país, não teremos uma política de Atenção Especializada. Teremos, novamente, um conjunto de ofertas insustentáveis e ineficientes. Essa é uma questão muito importante.

Aponta, agora, algumas diretrizes como contribuição para o debate. Precisamos garantir cuidado integral, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, mas não avançaremos se não contemplarmos a singularidade regional, olhando para as perspectivas das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O Brasil é muito diferente. Se for adotado o modelo de São Paulo no resto do Brasil, não vai dar certo. Tão pouco o modelo do Ceará dará certo se for implantado em todo o país. Precisamos delinear princípios e diretrizes nacionais, mas olhar para as características de cada região, para as suas singularidades e moldar a política de AE a partir do respeito às diferenças regionais. Há características que têm a ver com capacidade de oferta de especialistas, concentração tecnológica, distâncias, acesso... São muitos fatores a serem considerados, porque todas as vezes que se produz uma política pausterizada, igualzinha para todo o país, que amarra as condições de operacionalização para além dos princípios e diretrizes e que se fecha às necessidades regionais, deixamos essa realidade vazar entre os nossos dedos. Simplesmente porque a realidade não se prende ao desenho que cabe no papel em que é escrita a política ou a portaria.

Estamos procurando construir modelagens que permitam diferentes arranjos, considerando a diversidade regional. Determinar desde o começo que cuidado e Atenção Especializada se fazem de forma interdisciplinar e integrada, e não são objeto apenas do médico especialista. Isso é decisivo. Como vamos cuidar? Quais são os protocolos e os padrões de uso que vamos utilizar nas normativas? Que tipo de cuidado é feito na Atenção Básica pelas equipes de apoio à Saúde da Família e pelas equipes de apoio matriciais? Como se envolverão? Voltemos ao exemplo da “dor nas costas”. Vale mais a pena explodir de demanda nossos consultórios de Ortopedia, de Neurologia e de Reumatologia com pacientes com “dor nas costas” ou valorizar o trabalho dos fisioterapeutas no campo da Atenção Básica? Valorizar e implementar outras práticas, como a ginástica postural, Tai-Chi-Chuan, o Lian Gong, a Acupuntura e outras práticas que têm efetividade? Vários recursos hoje não utilizados ou subutilizados podem responder à parte significativa dos problemas que a população apresenta.

Será preciso, também, inovar no financiamento. Não podemos continuar financiando e pagando por procedimentos. Claro que os procedimentos ajudam a construir a lógica de financiamento, mas se queremos instituir módulos de cuidados integrais resolutivos ou continuados,

teremos que pensar em modalidades de pagamento diferentes da que temos hoje. É a nossa chance de superar definitivamente a lógica de pagamento por tabela de procedimentos do SUS. Já fizemos em parte isso com os incentivos desde que foi criado o PAB fixo, PAB variado, Pisos de Vigilância, até chegarmos aos incentivos de contratualização, mas nós temos possibilidade de ir além; existem modalidades de pagamento praticadas mundo afora que são muito melhores que a nossa tabela de pagamento por procedimentos, e temos hoje condição de implantá-las.

Entendo que é muito importante fazer a contratualização de forma consistente, para valer. Por que estou afirmando isso? Este tema foi objeto da minha tese de Doutorado. Parte significativa da contratualização virou meramente uma forma de repassar o recurso que não seja pagamento de procedimento.

Muitos gestores estaduais e municipais não têm compromisso em fazer valer o que está contratualizado – claro que estou generalizando, porque há os que fazem a gestão corretamente – mas na maior parte das vezes não tem sequer noção do que está no contrato. Fazem transferência de recurso global e não fazem a gestão de nada do que está no contrato. Vamos ter que criar um processo de monitoramento e colocar o dedo na ferida. Se queremos mudar a modalidade de pagamento, fazer valer o processo de contratualização (que é muito mais do que uma forma de transferência de recursos para o prestador), teremos que definir as responsabilidades de cada ente que estará participando do jogo. Refiro-me não somente às responsabilidades dos gestores, mas também a dos serviços, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários.

Será preciso, portanto, um sistema de informação e registro que permita, o monitoramento a partir de uma linha de base, de acordo com cada problema, para cada especialidade. Identificamos em nossos estudos que não há arranjo igual para todas as especialidades. Nesse momento estamos trabalhando internamente a proposta para a Ortopedia e iniciando as discussões sobre Oftalmologia – como já antecipei – e é impressionante como cada uma delas vai desenhando e exigindo a definição de regras de negócio – esse nome pode não ser o mais adequado, mas é válido – que são absolutamente distintas de uma para a outra especialidade. E quando entramos na discussão das especialidades mais clínicas, de cuidados mais continuados, já podemos perceber que exigirão outras modelagens. A informação, o registro e a qualidade da informação vão ser fundamentais.

O foco na regulação é uma ferramenta fundamental para organizar o acesso, não apenas com mecanismo de agendamento como hoje funciona, mas para a execução da gestão de fato, tanto da fila como para priorização dos protocolos. A regulação tem de ter duas dimensões em uma política de Atenção Especializada qualificada: a regulação do acesso e a regulação do cuidado (das práticas e da qualidade do cuidado).

Outra diretriz importante é utilizar o transporte eletivo como um dispositivo fundamental para garantir o acesso em tempo oportuno e de forma humanizada, para os serviços de Atenção Especializada e para garantir, de fato, o processo de regionalização. Não podemos dizer para o município que está a 60 km de distância do lugar onde vai ser ofertado o atendimento apenas que ele possui um certo número de vagas e que deve se virar para que a demanda possa ser atendida. Ora, se queremos pactuar na região de Saúde um arranjo potente e organizado, cujas ofertas vão estar divididas ou concentradas em uma cidade de referência, definir como será o transporte coletivo, regulado, humanizado, com conforto, com respeito etc. é necessário e possível. Mais, é imprescindível. Jamais imaginamos, até bem pouco tempo, que teríamos hoje 75% do território nacional coberto com o SAMU. É outra lógica, mas nós já conseguimos produzir arranjos para isso. Atualmente, apenas dois estados não participam do SAMU. Será, possível, portanto, estruturar uma estratégia de transporte sanitário para o AAE.

Outro princípio: qualificar o cuidado utilizando ao máximo, de forma intensiva, as tecnologias de informação, o Telessaúde, para fazer teleconsultoria, segundo opinião formativa; Tele-educação; Telediagnóstico... Quantas lesões dermatológicas podem, com uma câmera de razoável resolução, serem apresentadas ao especialista, que ajudará a definir se deve ou não antecipar a consulta do paciente, ou mesmo ajudar o clínico geral a resolver o caso? Quantos casos podem ter o suporte dos especialistas, desde que tenham algum tempo na sua agenda para apoio matricial? Que tenham, por exemplo, centrais que possam se especializar no suporte à Atenção Básica, que possam orientar o processo de formação desses profissionais? Isto pode ser efetuado a partir de protocolos, das melhores evidências, as práticas mais adequadas, porque esse é o “campo”, reconheçamos, da inovação e da criatividade desmedida. Então para os gestores,, para segurança dos usuários e dos próprios profissionais, sem cercear as práticas profissionais, poderemos organizar ao máximo possível o cuidado em saúde especializado a partir de diretrizes e protocolos bem resolvidos.

Outra diretriz: ampliar a integração entre a Atenção Básica Especializada, já referida anteriormente, por meio de matriciamento, qualificando a capacidade de resolução dos problemas na Atenção Básica. Ampliando os processos de educação permanente como recurso estratégico para as ações e intervenções que possam responder às necessidades da população. E se tivermos um bom registro de informações, uma boa capacidade de monitoramento, teremos capacidade de orientar os esforços de educação permanente para resposta nesse sentido.

Outra diretriz é a participação por adesão e a da pactuação regional. Política em que todos são obrigados a cumprir precisa ser bem discutida, porque não dá certo. A estratégia de adesão e por região pode, de fato, construir um processo solidário de garantia de ofertas e

cuidados integrais e é extremamente importante. Agora, torna-se necessário, também, a instituição de um processo de gestão compartilhada, sem ferir o comando único, mas com gestão compartilhada. Dificilmente se fecha um pacto regional se não houver um bom arranjo construído solidariamente entre os gestores estaduais e municipais. Muitas circunstâncias envolvem relações entre as fronteiras, entre as divisas, inclusive entre gestores estaduais também; porque não são poucas as situações em que nossas regiões de oferta se complementam entre vários estados, dois estados, três estados.

Para terminar, cabe registrar algumas questões adicionais. O processo regulatório tem que garantir a integralidade do cuidado e que as ações sejam transversais e integradas entre a rede de serviços: Básica, Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar. Será decisivo o fortalecimento da regulação, portanto, porque não teremos política de Atenção Especializada se as nossas centrais de regulação não conseguirem sair da situação atual. Elas não podem continuar a ser um mero espaço de marcação de consulta ou de parte das consultas. Ou assumem e fazem regulação, de fato, ou não teremos atenção especializada.

A ordenação do cuidado deverá ser efetuada pela Rede Básica e o processo de regulação também terá que alcançar o cuidado que é feito na Atenção Básica.

A gestão, como já afirmado, terá que ser compartilhada, porque temos municípios que têm a regulação da sua oferta na região; temos o estado com regulação da oferta; e ainda serviços que terão um novo arranjo de regulação. Então essa construção terá de ser feita com muitas possibilidades. Identificamos mais de cinco tipologias de regulações, de modos de regulação, hoje já praticados, cada um com suas vantagens e desvantagens, mas vamos ter de avançar e definir se é possível chegar a um desenho que represente uma situação ideal, ou se também teremos que trabalhar com arranjos distintos, que consigam colocar em prática tudo o que se quer. Mas, de qualquer maneira, este é um tema decisivo. Não basta dizer que vai ter de ter uma central de regulação que regule o acesso e a qualidade ou a execução dos protocolos etc. A construção política desse arranjo de compartilhamento de responsabilidades intergestores é fundamental.

Outra questão que nos parece ser muito importante – e aí já com algumas diretrizes operacionais – é a seguinte: a contratualização tem de ser feita com todos os pontos de atenção; com o estabelecimento de metas quantitativas, qualitativas e critérios de inserção no fluxo regulado, mas comprometendo o conjunto de cuidados a serem ofertados. Não dá para, por exemplo, contratualizar a Santa Casa ou o Hospital Universitário e ele não se responsabilizar pelo conjunto de ofertas necessários, sob alegação de que não dispõe da totalidade de procedimentos e atos necessários. Todos os pontos de contratualização, mesmo que os que não sejam

ofertados no mesmo serviço, devem estar na mesma regra do jogo, para que novamente não se reproduza para o usuário a dispersão atualmente observada e não garantia da totalidade de processos de cuidado exigidos. Não se pode aceitar a oferta apenas de “partes do cardápio” de ofertas. O menu terá que ser oferecido e garantido de forma completa. A pactuação efetiva de todos os fluxos assistenciais, de referência e de contrarreferência para integralizar a rede.

Será necessário a atualização de cadastros nacionais e estabelecimentos de usuários para qualificar as informações prestadas pelo Sistema de Informação Ambulatorial Hospitalar; se nós não tivermos um compromisso de todos os gestores com a atualização, não conseguiremos planejar a política de AAE.

Recentemente a presidenta Dilma assinou o decreto que cria o Cadastro Nacional de Especialistas. Em 90 dias, o Conselho Nacional de Educação terá a responsabilidade de estabelecer os critérios e teremos, até o final do ano, a base de dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Ministério da Educação (MEC) unificadas. Isso é extremamente importante porque, pela primeira vez, saberemos quantos são os especialistas, onde se formaram e onde estão atuando, tanto na área pública como privada. Isso é decisivo e temos tido enormes dificuldades. Temos dialogado muito com CBO - o Colégio Brasileiro de Oftalmologia e com a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Chegamos com uma informação do cadastro e eles apresentam outra. É completamente irracional a questão da informação. Chegou a hora de produzir uma atualização e faremos um esforço imenso para criar uma linha de base e trabalhar essa informação. Vamos ter que adotar sistemas de informação para regulação integrados; não poderemos ter um sistema para a Atenção Básica e outro para a Atenção Especializada. Teremos que garantir interoperabilidade com os sistemas já existentes. Essa história de construir um sistema nacional de informações que vai dar conta de tudo já não me engana. Precisamos integração e apoio para adoção de estratégias de Telessaúde, matriciamento e para regulação. Serão necessárias também diretrizes operacionais para regulação, do acesso no território, adoção de protocolos de regulação, de estratégias de gestão das listas de acesso, como dar publicidade, como dar maior transparência.

Queremos a outorga de autoridade sanitária aos profissionais reguladores, avançando na capacidade dos nossos reguladores poderem definir quem passa na frente da fila; e que não seja pela carta do vereador ou do deputado. Os mecanismos de “pararregulação” governamental são os que imperam em boa parte do país. Não estou nem falando da regulação profissional, aquela que envolve o comprometimento da equipe na solução dos problemas do usuário a partir dos seus contatos e redes interprofissionais.. Estou me referindo aos mecanismos não republicanos, mas que permeiam e pressionam todos os gestores. Precisamos aproveitar esse ensejo

para criar um processo mais republicano, democrático, justo e mais civilizado para garantir acesso às pessoas que mais precisam.

Quando me refiro a gestão de fila isso não se restringe a sequencia cronológica de entrada da demanda, mas na possibilidade de uma gestão clínica que permita, por exemplo, na dermatologia, a partir de um protocolo, passar um caso de suspeita de melanoma na frente de outro que se apresenta com hipótese diagnóstico de micose. Atender primeiro o idoso com fratura de colo de fêmur, que poderá cursar, irremediavelmente, com embolia pulmonar e óbito, na frente de um caso que pode esperar, por ser uma demanda de “dor nas costas” mais 15 dias ou 30 dias para consulta. Trata-se da gestão da fila, clínica e qualificada, trabalhando com critérios objetivos.

Como fomentar, apoiar, integrar as práticas de microrregulação nas Unidades de Saúde? E esse é um debate tão importante como o que já propusemos para a regulação do acesso

Normalmente os gestores não estão afeitos às discussões de microrregulação, mas esta é uma questão essencial que diz respeito às relações de poder, à construção de interdisciplinaridade; de equipes, de fato, que tenham responsabilidade pelo cuidado. Entendo que neste campo estão os desafios mais complexos. Podemos até conseguir produzir o arranjo sistêmico e buscar o financiamento. A presidenta Dilma tem reiterado o compromisso com o Mais Especialidades (e se trata de um compromisso com recursos novos). Mas acho que o maior desafio é no campo da microrregulação. Como fazer que aquele usuário que precisa de um conjunto de cuidados, de ofertas, por vários profissionais de saúde, por vários serviços dentro da instituição, não seja abandonado à sua própria sorte? Este tema terá que ser profundamente trabalhado,

Por fim, precisaremos definir prioridade e fazer a implantação da nova política de AE e a regulação a partir das linhas de cuidados na lógica da integralidade e tempo oportuno. Estou convencido que não adianta começar pôr tudo ao mesmo tempo. Teremos que fazer escolhas. Temos uma proposta que nas próximas semanas, talvez no próximo mês, já seja apresentada em reunião técnica com o CONASS e CONASEMS. Mas defendo uma política que seja implementada de forma incremental. E por que? Primeiro, porque não teremos os recursos necessários para tudo ao mesmo tempo, para fazer todas as especialidades necessárias. Depois, porque a ordem de grandeza dos problemas é distinta. Em algumas áreas temos arranjos de Atenção Especializada que podem ser aprimorados, mas que não precisam ser efetuados no primeiro tempo. Outros precisam ser enfrentados imediatamente. Como são, de maneira geral, muito distintos, entendo que vale a pena começar por duas ou três especialidades inicialmente; aprender com elas, antes de se produzir uma grande sistematização da política. Temos que nos defrontar com os seus limites, com as suas impossibilidades, com a enorme complexidade que

significa fazer as mudanças, porque será uma política que terá que ser corrigida em ato, modificada e aperfeiçoada em ato, em processo.

De alguma maneira, os princípios e diretrizes que apresentei já começam a produzir consensos, em particular nos interlocutores com quem temos conversado. Apresentá-las na oficina do CONASS é um espaço para que agrega imenso o valor, pela qualidade, a crítica, a informação qualificada e as muitas sugestões que recebermos. Esperamos fazer um processo cuidadosamente construído, que seja capaz, de fato, de fazer que o país tenha uma política de Atenção Especializada à altura do SUS e das necessidades da população brasileira.

1

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO PARANÁ: A EXPERIÊNCIA DA 15ª REGIÃO DE SAÚDE

MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK

Mestre em Planejamento e Financiamento em Saúde. Superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

MARISE GNATTA DALCUCHE

Mestre em Sociologia. Diretora do Núcleo de Descentralização do SUS da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O estado do Paraná, na década de 1990, incentivou a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde para assumirem os Centros Regionais de Especialidades gerenciados na época pela Secretaria Estadual da Saúde e herdados do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Os Centros de Especialidades gerenciavam exclusivamente consultas médicas especializadas.

Os Consórcios foram se difundindo em todo o estado e hoje são 24 Consórcios que gerenciam Ambulatórios de Especialidades, 20 das 22 regiões de saúde do estado. Em duas regiões de saúde há mais de um Consórcio, sendo que nesses casos os Ambulatórios de Especialidades atendem a uma microrregião. O tamanho do Ambulatório de Especialidade depende do tamanho da região de saúde. As regiões de saúde do estado variam de 137.000 a 3.300.000 habitantes.

O fato de os Consórcios assumirem os Centros de Especialidade foi uma inovação na época em que isso aconteceu. Outra inovação foi que os municípios começaram a financiar a média complexidade. Com isso, criou-se nova instância administrativa que, aos poucos, foi se distanciando do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de forma isolada e fragmentada.

Ao assumirem os Centros Regionais de Especialidades (CREs), a denominação CRE extingue-se e esses serviços passaram a ser denominados de Consórcios.

Ao longo dos anos, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por definição da gestão, à época, distanciou-se desses Consórcios, deixando de investir no atendimento ambulatorial especializado, e eles foram sobrevivendo conforme suas possibilidades. Alguns se transformaram em agência de intermediação para contratação de consultas especializadas em consultórios particulares. O atendimento dos Consórcios foi crescendo de tal forma que hoje há Consórcios que têm orçamento muito maiores que muitos municípios do estado. Porém esse crescimento não alterou a forma de atendimento e reproduz o modelo hegemônico de organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no SUS, que é o modelo SILOS:

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que o modelo SILOS consolidou-se na experiência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de trazer para o seguro social brasileiro os supostos da medicina liberal, gerados nos Estados Unidos. Sua forma mais acabada foram os Postos de Assistência Médica (PAMs), grandes catedrais flexnerianas, de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nos centros urbanos brasileiros. Após o fim do Inamps esses modelos de organização da AAE em SILOS passaram a denominar-se, mais comumente, de centros de especialidades médicas ou de policlínicas. (CONASS, 2015)

O Plano de Governo 2011-2014 apontou para a necessidade de se implementar esse serviço e estabeleceu como diretrizes:

- a construção de Centros de Especialidades;
- a mudança do modelo de atenção; e
- o investimento com recursos financeiros para custeio e capital (aquisição de equipamentos) e capacitação.

E, com isso, foi criado o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (COMSUS).

Em 2011, quando assumiu a nova gestão estadual, e de acordo com a Portaria Ministerial n. 4.279, de 30/12/2010, e o Decreto Presidencial n. 7.508, de 28/6/2011, a SESA iniciou a implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), definindo em seu mapa estratégico que as Redes Prioritárias são: Rede Mãe Paranaense (materno-infantil), Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção ao Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Para isso, o envolvimento das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e das equipes da AAE é imprescindível.

Para a implantação das RAS, definiu-se a implantação de três programas para dar sustentabilidade às Redes: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), COMSUS, HOSPUS.

APSUS: Para a implantação das RAS tem papel preponderante a Atenção Primária organizada em todos os municípios do Paraná, com definição de sua área de abrangência, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde, atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos em todo o seu ciclo de vida. Esta concepção de Atenção Primária é baseada na experiência nacional e internacional que tem fortes evidências, países que investiram na Atenção Primária têm melhores resultados sanitários que aqueles que optaram por um sistema focado na atenção ao evento agudo, um sistema hospitalocêntrico (MENDES, 2009).

Dessa forma, a SESA definiu como uma ação estratégica a implantação de um programa de apoio aos municípios, o APSUS, que propõe a melhoria da APS em todo Paraná. O APSUS tem três componentes, um componente de investimento na melhoria da estrutura das Unidades de Saúde (construção, reforma e ampliação e equipamentos), um componente de custeio para as equipes (incentivo estadual mensal) e o componente de educação permanente, que são as oficinas do APSUS, e os cursos de capacitação para as equipes da APS. No período de 2012 a 2014 participaram mais de 30 mil profissionais que atuam na APS nas oficinas e nos cursos de atualização que abordaram temas relativos à territorialização, estratificação de risco das gestantes e crianças, hipertensão e diabetes, idoso, saúde mental, saúde bucal, monitoramento e avaliação de indicadores, programação da atenção, entre outros.

HOSPSUS: Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS), implantado em 2011, modifica a lógica da relação entre o estado e os hospitais públicos e filantrópicos que prestam serviços pelo SUS.

O HOSPSUS tem como objetivo oferecer à população paranaense atendimento hospitalar de qualidade e com resolubilidade o mais próximo possível de sua residência, otimizando a eficiência dos hospitais e contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público e filantrópico no estado, social e sanitariamente essenciais para atender as necessidades da população em todas as regiões de saúde.

Atualmente o HOSPSUS, compreende 3 fases:

Fase I – destinado aos hospitais públicos e filantrópicos e à consolidação da Rede Mãe Paranaense (pré-natal e parto de alto risco) e Rede de Urgência.

Fase II – voltado para a Estratégia de Qualificação do Parto, voltado a hospitais públicos e privados que realizam partos de risco habitual e risco intermediário.

Fase III – voltado para hospitais públicos, destinado a dar suporte à Rede de Urgência, Rede de Saúde Mental e Rede de Cuidados Continuados.

COMSUS: Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, implantado em 2012, nasceu com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do estado para atender as necessidades de saúde da população.

Objetivos Específicos do COMSUS

- Alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de acordo com as redes de atenção à saúde prioritárias – Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental.
- Implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados.
- Implantar incentivo de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regional.
- Inserir os CIS nas RAS, integrados com a atenção primária e atenção terciária.
- Operar com eficiência e efetividade.
- Preencher vazios assistenciais.
- Melhorar a qualidade da gerência dos consórcios.

Todos os Programas são criados com três componentes:

- Incentivos de custeio: valor destinado ao custeio das ações de nível primário, secundário e terciário e utilizando critérios específicos para cada Programa de acordo com a população de abrangência ou capacidade instalada.
- Incentivo de investimento: valor destinado a obras ou equipamentos médico-hospitalares e outros, sendo que os equipamentos indicados para aquisição devem estar vinculados às redes de atenção à saúde prioritárias.
- Capacitação: ofertada de cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização, destinado a equipes de saúde, gerentes de hospitais e consórcios.

A implantação do COMSUS abriu um canal de comunicação entre a SESA e os CIS. E esse canal possibilitou rever a forma de atendimento que vem sendo realizada. Foram realizadas duas Oficinas, em 2013, sobre RAS e Modelos de Atenção. Os modelos de atenção são um dos três elementos constitutivos das RAS.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos deter-

minantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção às condições crônicas destinam-se ao atendimento de portadores de condições crônicas não agudizadas e diferenciam-se dos modelos de atenção às condições agudas e agudizadas das condições crônicas que não serão tratados aqui.

A partir da apresentação e discussão do modelo de condições crônicas, a Direção do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP), com sede em Maringá, colocou-se à disposição para acolher um projeto-piloto de atenção às condições crônicas.

Em 2014, foi realizado o Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde, em uma parceria entre a SESA e a Associação de Consórcios Intermunicipais de Saúde e Associações Regionais de Saúde do Paraná (ACISPAR), realizado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). O Curso foi realizado pela PUC/PR, sendo um curso *In Company*, organizado especificamente para esse público. Além das disciplinas tradicionais esse Curso prevê a realização de várias oficinas que têm relação direta com as RAS e Modelo de Atenção, sendo que nessas oficinas é permitida a participação de outros técnicos do serviço, além dos inscritos no curso.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

A implantação de um novo modelo de atenção à saúde exige mudanças profundas da equipe de saúde da SESA, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. As equipes de APS estavam sendo trabalhadas por meio do APSUS, como já se relatou anteriormente, desde 2012, e o nível gerencial da atenção especializada estava participando do Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde, em 2014. Havia, portanto, terreno favorável para se implantar um projeto piloto e o interesse da SESA desde o início da gestão de transformar a AAE em um ponto de atenção das RAS.

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 redes 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. (CONASS, 2015)

Estratégias de Implantação do MACC

Ficou estabelecido que o projeto-piloto para implantação da atenção às condições crônicas seria a região de saúde de Maringá que tem aproximadamente 750.000 habitantes e 30 municípios vinculados ao CISAMUSEP que está situado no município de Maringá.

Mapa da 15ª Região de Saúde de Maringá, Paraná, 2015.



Os primeiros passos foram o contato direto com a equipe da 15ª Regional de Saúde de Maringá para exposição sobre o projeto e buscar identificar quais as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) fariam parte do projeto. Ficou definido que inicialmente duas UAPS participariam: UAPS Tancredo Neves, de Munhoz de Melo, e a UAPS Céu Azul, de Maringá.

Foram realizadas visitas de conhecimento e apresentação do projeto nas duas UAPS. Foi perguntado às equipes se elas aceitavam participar do projeto. As equipes das duas Unidades aceitaram participar do projeto.

Foi realizada também visita ao CISAMUSEP e apresentação da proposta para a equipe de trabalho que também aceitou participar do projeto.

Após a visita às equipes e às Unidades foi realizado um Seminário sobre Modelo de Atenção às Condições Crônicas e apresentação da Linha Guia da Hipertensão Arterial e Diabetes, do qual participaram as equipes das duas Unidades e do CISAMUSEP, após apresentação conceitual, na discussão dos temas foram identificadas as seguintes questões:

- as equipes da AAE e da APS não se conheciam;
- as equipes da AAE e da APS não trabalhavam com estratificação de risco dos usuários;
- o usuário era encaminhado da APS para a AAE através do agendamento de consultas, conforme disponibilidade de horário dos médicos;
- não há vinculação do usuário ao médico ou à equipe;
- o usuário era agendado sempre para uma consulta médica;
- não há resolubilidade nas consultas;
- o usuário era devolvido para a APS sem contrarreferência ou Plano de Cuidados;
- o usuário era devolvido para a APS para fazer exames complementares.

Os generalistas são os profissionais de saúde que atuam na atenção primária e os especialistas são os profissionais que atuam na atenção especializada. Isso exige competências e habilidades diferenciadas que muitas vezes não são observadas, nem tampouco aplicadas no SUS, muitas vezes confundindo-se os papéis, inclusive pelo fato de que há muitos especialistas que desempenham função na APS.

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, num contexto de atenção centrada na pessoa e na família e com orientação comunitária. Ele deve ter competências para a solução de problemas não diferenciados, competências preventivas, competências terapêuticas e competências de gestão de recursos locais (McWHINNEY e FREEMAN, 2010). (CONASS, 2015)

Diferentemente, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelos generalistas; como seu trei-

namento 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. Mas não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, que quando o cuidado é provido por médicos generalistas. (CONASS, 2015)

Na prática atual, a equipe de especialistas e a equipe de generalistas não se conhecem e não se relacionam, o que não agrega valor ao usuário do serviço além de gerar insatisfação profissional. O usuário é encaminhado ao ambulatório de especialidades por meio de uma central de agendamento de consultas, sendo que o agendamento pode ser feito para diferentes profissionais dentro da mesma especialidade dependendo da oferta da agenda. O usuário não tem vínculo com o profissional médico e na maioria das vezes não tem atendimento por equipe multiprofissional. O atendimento ao usuário é fragmentado e isolado não havendo qualquer interrelação entre as equipes.

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 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 e a intermediação por gestores de caso. Todos esses elementos são incorporados no modelo PASA que se diferencia, radicalmente, do modelo em silos, mas que agrega, como partes suas, a referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas, o trabalho conjunto e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias. (CONASS, 2015)

O segundo encontro com as equipes foi para pactuar um cronograma de atividades e a data de início do projeto.

**Cronograma de implantação gradual do Modelo de Atenção às Condições Crônicas –
15ª Região de Saúde de Maringá – PR, 2014**

Atividade	Público-Alvo	Data
Seminário para pactuação de compromissos e definição de prazos com os gestores; pactuação do início da estratificação de risco, validação dos processos para linhas de cuidado da hipertensão arterial e diabetes	Gestores e equipes SMS, Gerentes e equipes CIS	28 de julho
Inserir no processo de tutoria as UAPS selecionadas		
Capacitação das linhas / estratificação de risco / manejo da hipertensão arterial	Equipes APS e CIS	18 de agosto
Capacitação para o manejo da Diabetes	Equipes APS e CIS	1º de setembro
Viagem a Santo Antonio do Monte/MG	Regional de Saúde, Equipes APS e CIS	16,17 e 18 de setembro
Início do encaminhamento de usuários com estratificação de risco	Equipes APS e CIS	1º de outubro
Capacitação para demais tecnologias leves de manejo clínico – consulta compartilhada, autocuidado apoiado, grupo operativo	Equipes APS e CIS	13 e 14 novembro

A Implantação do MACC

Às equipes da APS, das duas Unidades de Saúde Municipais, foi apresentado o formulário referente ao processo de Qualificação da Unidade de Saúde, ao qual se tem denominado Tutoria na Atenção Primária.

Para o desenvolvimento da tutoria, seguindo os fundamentos da APS e da gestão da qualidade, foi estabelecido o Selo da Qualidade, como estratégia motivacional para as equipes. O Selo da Qualidade é um instrumento que apresenta três níveis:

1. o selo bronze, que tem por objetivo aferir o gerenciamento de risco, para garantir segurança ao cliente;
2. o selo prata, que visa aferir o gerenciamento dos processos, para garantir valor aos clientes finais;
3. o selo ouro, que deve aferir os resultados, para garantir efetividade das ações desenvolvidas pela equipe.

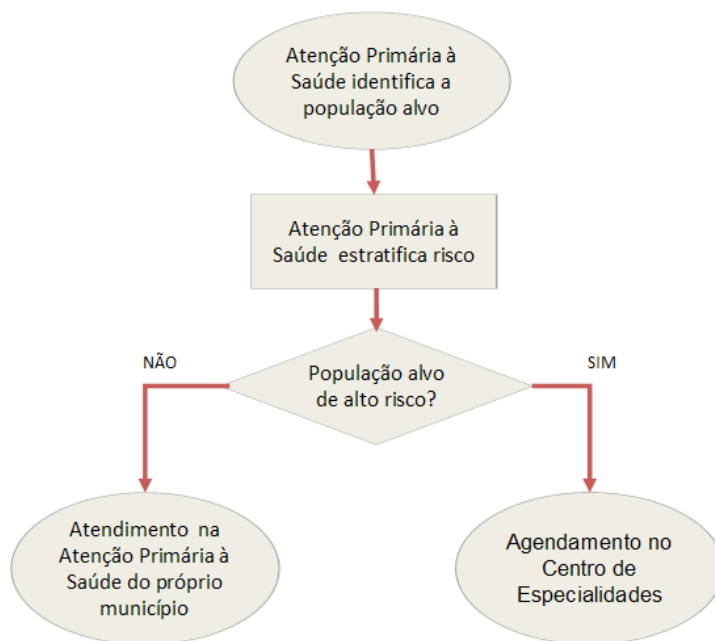
O instrumento de avaliação agrega itens constantes no Manual de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), no Programa de Melhoria da Qualidade do Ministério da Saúde (PMAQ), nas Metas de Segurança da Qualidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nos Guias das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), da SESA/Paraná.

Em pouco tempo essas duas Unidades se adequaram para alcançarem o Selo Bronze.

A equipe do CISAMUSEP também começou a organizar-se para receber os usuários e passou a ter vários contatos com as equipes da atenção primária e uma das primeiras coisas que foi pactuado entre as duas foi a maneira de agendar esses usuários pela central de agendamento de consultas de forma que fosse encaminhado para o atendimento e não mais agendado para a consulta médica de um ou outro especialista. As equipes estabeleceram junto com a central de agendamento um código diferente para esses usuários.

Outro fato importante da equipe da atenção especializada foi discutir e implantar os fluxogramas, a seguir, de agendamento, atendimento e de atenção contínua:

Fluxograma de agendamento



Fluxograma de atendimento



Os usuários dão entrada no ambulatório apresentando-se ao guichê de cadastro onde são identificados e recepcionados, de forma que sejam identificados para o projeto MACC, como a equipe denominou o projeto. O usuário é identificado com a figura de um coração e segue um caminho no prédio onde estão colocados corações nas paredes até a chegada no ponto de apoio, onde tem uma técnica de enfermagem que está preparada para recepcioná-lo. O ponto de apoio recebe e encaminha o usuário de acordo com a sua necessidade e de acordo com o fluxograma. Não há uma ordem para o atendimento da equipe multiprofissional (os usuários vão sendo encaminhados de acordo com a disponibilidade da equipe). Após cumprir o fluxo, o usuário passa pelo ponto de apoio que verifica e orienta sobre o Plano de Cuidados.

O papel da Equipe Multiprofissional

A equipe do CISAMUSEP teve o cuidado de definir o papel de cada profissional para que cada qual soubesse seu papel e que o papel de cada um não fosse confundido com o papel dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), vinculados à UAPS.

O projeto conta ainda com um médico cardiologista e um endocrinologista. Há disponibilidade de outros profissionais que atendem os usuários, se necessário, como o oftalmologista e angiologista.

Os exames necessários são agendados pelo próprio ambulatório. O ambulatório tem disponibilidade dos seguintes exames, no mesmo local da consulta: Holter, MAPA, teste ergométrico, ecocardiograma.

Atualmente, faz parte da equipe um farmacêutico clínico que tem orientado os usuários quanto ao uso adequado dos medicamentos. O ambulatório conta com um consultório para atendimento a feridas que não é exclusivo desse projeto, mas atende aos usuários que fazem parte do projeto.

A equipe utiliza um modelo de Plano de Cuidados que já passou por três alterações. Na última alteração foi incluído espaço para anotações dos profissionais da Atenção Primária. Quando o paciente retorna ao ambulatório especializado é possível saber quais foram os acompanhamentos e orientações realizados pela equipe da atenção primária.

Está sendo desenvolvido também o Grupo MACC, que é um atendimento mensal em grupo dos usuários do projeto. Esse grupo desenvolve vivências em relação aos riscos da hipertensão arterial e diabetes.

No início dos trabalhos já foi possível observar mudança no atendimento aos usuários. Uma dessas mudanças pode-se verificar no depoimento de uma usuária, a seguir:

Hoje foi a primeira vez que eu vim e eu gostei de mais porque aqui a gente foi muito bem acolhida, sem contar que você passa por vários médicos. Eu trabalho, então se eu tivesse que vir um hoje, outro amanhã ou depois, ia ficar complicado. Eu não ia vir, complicava minha vida no serviço. Então foi bom demais, eu sou diabética há 17 anos e nunca ninguém tinha examinado meus pés, por exemplo. Então eu gostei demais, foi muito bom, eu senti uma confiança muito grande nela quando ela falou que estava tudo bem, que o resultado ainda estava bom, me explicou sobre o calçado que nunca ninguém tinha me explicado, o tipo de calçado que eu tinha que usar. Outra coisa que eu gostei demais também é que eu tomo insulina há 13 anos e eu achava, por exemplo, que tomar insulina na barriga, em qualquer parte da barriga eu podia aplicar que não ia ter problema nenhum. Hoje não, ela me explicou, ela fez um desenho de como eu tinha que tomar esta insulina, como que eu tinha que fazer com o frasquinho desta insulina, acondicionar, ela me explicou que não tem a necessidade de deixar na geladeira, eu deixava por exemplo na porta, ela me disse que não tem necessidade de deixar na geladeira e que se deixar o ideal não é na porta. Um monte de coisa nova que eu há tantos anos estava fazendo errado e que ninguém nunca parou para conversar e para explicar qual era a maneira certa. No psicólogo eu nunca tinha passado, a gente sente meio assim, é meio impactante porque ela é bem verdadeira, só que aí, cai sua ficha, que de repente você está dando mais atenção para o serviço, e não está cuidando de você. Então foi um grande despertar e agora saber que eu também vou passar no nefro que é uma coisa bem interessante, que eu estava bem ansiosa com o exame que eu fiz, que deu meio alterado, então vai ser muito interessante também. Eu senti que vai ser bom demais e que nossa vida vai melhorar muito, vai melhorar bastante, bastante, e você fica motivada para voltar. Aí você vai ver tudo completo, o que tiver que melhorar, vai melhorar. As mudanças que tiver que ser feita vai fazer e que isto vai reverter benefícios para nossa vida. (Usuária, 2015)

Enquanto esse projeto se desenvolve, os demais atendimentos continuam sendo feitos da forma tradicional. Hoje tem-se um entendimento de que esse modelo é perfeitamente aplicável às gestantes e crianças de risco, idosos e hipertensos e diabéticos.

O que tem se observado nesse projeto é a motivação da equipe do CISAMUSEP, que sempre se apresenta de forma envolvida e emocionada com os progressos e os resultados que têm obtido dos usuários. O projeto atendeu, desde outubro de 2014 até o momento (agosto de 2015), perto de 300 usuários. Atualmente está sendo ampliado esse atendimento para 11 Unidades de Saúde em oito municípios da região. Já há alguns dados de resultados do projeto, tendo-se usuários com o diabetes compensado (hemoglobina glicosilada igual ou abaixo de 9%, hipertensos com pressão arterial sistólica igual ou abaixo de 140 mmHg e com pressão arterial

diastólica igual ou abaixo de 90 mmHg. Também se identificaram usuários que reduziram o Índice de Massa Corporal (IMC).

O que contribuiu para o bom desempenho desse projeto:

- a implantação do COMSUS, que abriu a possibilidade de pensar-se em nova forma de atendimento;
- o Programa de Qualificação da Atenção Primária por meio do alcance do selo bronze no processo de Tutoria, nas UAPS/Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- o envolvimento simultâneo das equipes de atenção primária e de atenção especializada no projeto-piloto;
- a participação da equipe do CISAMUSEP nas oficinas do Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde o Paraná;
- o acompanhamento dos consultores da SESA;
- o acompanhamento da equipe regional no desenvolvimento do projeto.

Nesse processo, o que ficou evidente é que não se pode organizar a atenção especializada sem se organizar a atenção primária. Nessa experiência, a organização ocorreu simultaneamente, de forma complementar. Para que o ambulatório de atenção especializada seja um ponto de atenção das RAS, é necessário que a atenção primária cumpra sua função resolubilidade, ou seja, resolver grande parte dos problemas mais comuns que se apresentam nas UAPS e de coordenação e ordenamento dos fluxos entre os pontos de atenção das redes.

A SESA do Paraná tem mais um projeto-piloto, dentro deste modelo que está desenvolvendo na 20ª região de saúde, em que o diferencial é o atendimento às gestantes de alto risco e risco intermediário, além dos hipertensos e diabéticos. Outros ambulatórios de especialidades têm mostrado interesse em implantar esse atendimento às condições crônicas. Espera-se que essas equipes de trabalho possam se motivar para desenvolver ações de saúde que agreguem valor aos usuários e que resultem em melhoria das condições de saúde e de vida da população.

Bibliografia

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

_____. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. *Seminário CONASS*, 2015.

2

FUNDAÇÃO DR. JOSÉ MARIA DOS MARES GUIA INSTITUTO REGIONAL DE SAÚDE DA MULHER – CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA E HIPERDIA



WILMAR DE OLIVEIRA FILHO

Médico, Ex-Prefeito de Santo Antônio do Monte.

PRISCILA RABELO LOPES

Enfermeira, Coordenadora do Centro Integrado Viva Vida e HiperDia de Santo Antônio do Monte.

Histórico

Santo Antônio do Monte está localizado no Centro-Oeste Mineiro, bem no centro mesmo, próximo a Divinópolis. Fica a 194 km de Belo Horizonte. A população estimada para 2015 é de 27.752 habitantes. A economia do município é baseada na produção de fogos de artifícios (maior produtor da América Latina e o segundo mundial).



A rede de saúde da Atenção Primária é composta por oito unidades de Saúde da Família, com 97% de cobertura; uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma farmácia municipal, um laboratório municipal. Na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) há o centro de HiperDia – Viva Vida especializada em condições crônicas na Fundação de Saúde. Dr. José Maria dos Mares Guia. Existe uma unidade de apoio à Saúde da Família, um serviço de especialidade odontológica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um centro de imagem e diagnóstico também localizados na Fundação de Saúde. A Atenção Terciária do município é composta por um hospital municipal de pequeno porte, o pronto-atendimento municipal atualmente sob gestão da fundação de saúde e uma unidade de ponto-atendimento (UPA), em fase final de construção.

A Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia presta serviços de saúde à macrorregião do Centro-Oeste Mineiro e o Centro Integrado Viva Vida e Hiperdia prestam atendimento à microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte.

A Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia, criada no primeiro mandato do Dr. Vilmar de Oliveira Filho, manteve-se na prestação de serviço especializado de exame e diagnóstico, como mamografia, Raios X simples, contrastado, ultrassonografia, litotripsia extracorpórea, densitometria óssea, endoscopia digestiva, eletrocardiograma, eletroencefalograma, teste ergométrico e pequenas cirurgias.

Criada na década de 1990, a Instituição foi pioneira na adoção de políticas públicas para a saúde da mulher tornando-se referência do primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde de caráter descentralizado, alcançando ¹grande notoriedade. No decorrer dos anos consolidou

sua cultura de excelência na assistência humanizada, inovação, gestão competente, obtendo reconhecimento da região e no estado de Minas Gerais.

Em 2007, foi escolhida, pela sua série histórica, para acolher o primeiro Centro Viva Vida de Minas Gerais. Em 2009, foi premiada como instituição modelo com o Prêmio Ênio Leão. Em 2010, foi contemplada com o Centro Hiperdia, passando a constituir o Centro Integrado. Atualmente, é referência nacional em saúde pública como modelo de gestão e de prestação de serviços.

Foi considerado em 2012 referência no cuidado das condições crônicas. Em 2013 ocorreu a instalação e gestão do pronto-atendimento municipal nessa instituição. Em 2013, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o CONASS, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Prefeitura de Santo Antônio do Monte houve a implantação da participação do Laboratório de Inovação de Atenção às Condições Crônicas (LIACC) de Samonte. E como parte das atividades do LIACC, a Universidade Federal de Minas Gerais está realizando uma Pesquisa de avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Santo Antônio do Monte/MG.

Qual que é o público-alvo desse laboratório? O público-alvo é a gestante e as crianças de alto e muito alto risco, mulheres com alteração nos exames mamográficos, exames ginecológicos, planejamento familiar, tratamento de lesões de DST e assistência à vítima de violência sexual. Os atendimentos são: Obstetrícia, Pediatria, Ginecologia, Mastologia, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia. Exames e procedimentos: Mamografia, ultrassom, cardiocografia basal, PAAF, core biopsy, Cirurgia de Alta Frequência (CAF), eletrocauterização, colposcopia, inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU).

Na rede do Hiperdia, o objetivo é a redução da mortalidade por complicações decorrentes da hipertensão e do diabetes. E o público-alvo são hipertensos e diabéticos de alto e muito alto risco. Os atendimentos são de cardiologia, diabetologia, com foco em diabetes, angiologia, retinologia, enfermagem, nutrição, serviço social, educador físico, farmácia clínica e fisioterapia. E os exames realizados são: eletro, Router, Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), teste ergométrico, a retinografia com e sem contraste e a fotocoagulação a *laser* para tratamento das microlesões oculares, Doppler vascular manual para realização do índice tornozelo/braço (ITB) e *screen* da neuropatia diabética da doença arterial periférica e os curativos decorrentes do pé diabético.

DISCUSSÃO SOBRE O MODELO ASSISTENCIAL E SUA IMPLANTAÇÃO

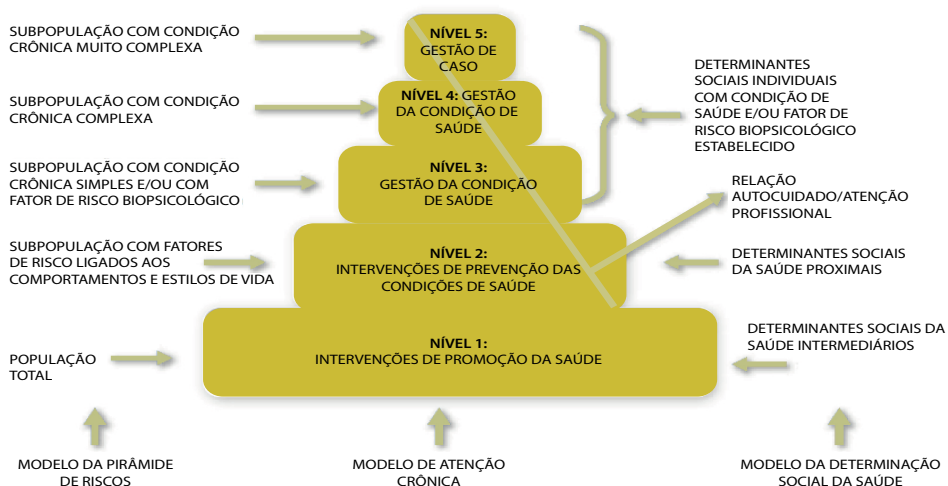
Centro de Atenção Ambulatorial Especializada: são equipamentos regionais de saúde, localizado preferencialmente em cidades polos, vinculados a Atenção Primário em Saúde (APS) da área coberta.

Oferecem serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, com assistência multiprofissional e atuação interdisciplinar, possuem carteira de serviços definida baseada na necessidade em saúde e população-alvo previamente estratificada pela APS.

Financiados com recursos públicos estaduais, com repasses de recursos de custeio Fundo/Fundo, podendo ser gerido pelas secretarias municipais de saúde ou por consórcios e ou fundações de gestão de saúde.

Qual a diferença entre este Centro de Atenção Ambulatorial Especializada em Condição Crônica em relação ao centro de especialidade tradicional? As ações operacionais do LIACC/Samonte tiveram na sua implantação como referencial teórico: o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que foi construído a partir de três modelos: o Modelo da Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)



As inovações fundamentais do laboratório de Santo Antônio do Monte concentraram-se na implantação das redes de atenção às mulheres e às crianças e de atenção às pessoas com condições crônicas. Essas Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram concebidas com três componentes fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

Os centros são equipamentos regionais de saúde localizados preferencialmente em cidades-polo vinculados à Atenção Primária da área coberta e oferecem serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, com assistência multiprofissional e atuação interdisciplinar, possuem carteira de serviços definidas segundo as necessidades de saúde da população-alvo e previamente estratificados pela Atenção Primária, segundo critérios de riscos e acesso, financia-

dos por recursos de custeio públicos estaduais repassados fundo a fundo, podendo ser geridos por secretarias municipais ou por consórcios, fundação ou Organizações Sociais.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE E SUAS RESPECTIVAS COBERTURAS DE APS

REGIÃO DE SAÚDE: DIVINÓPOLIS/SANTO ANTÔNIO DO MONTE

População: 456.263 habitantes

(DATASUS 2012).

- 13 municípios
- 74 Equipes de Saúde da Família
- 27 Unidades Modelos Tradicionais

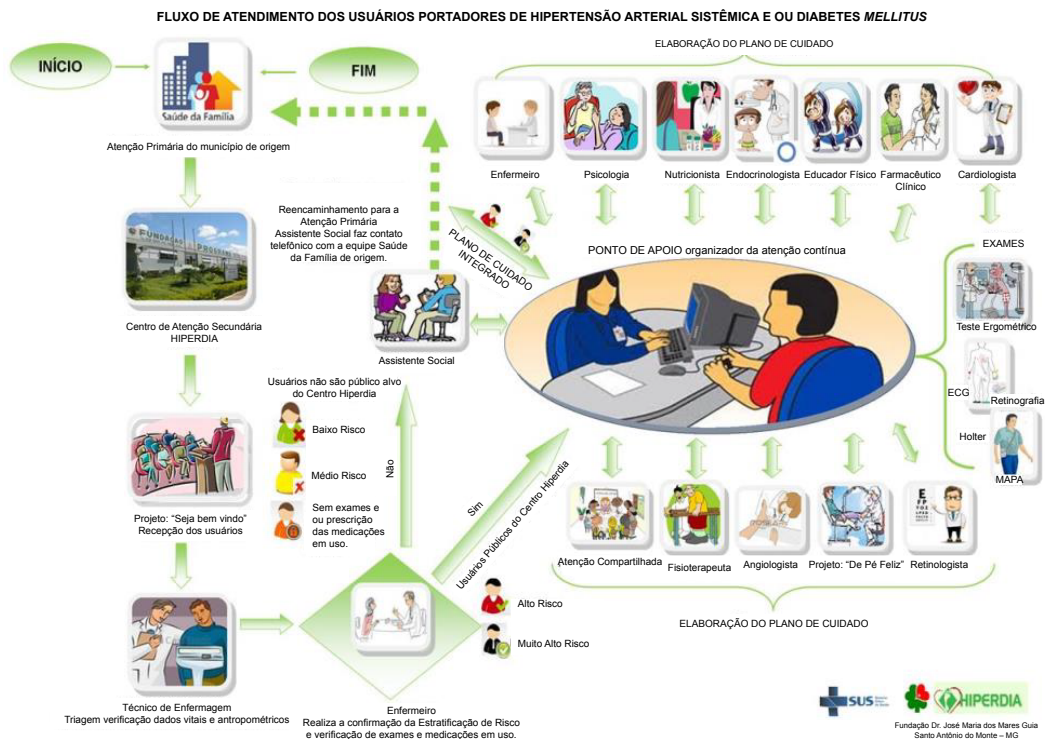


Divinópolis, com 50,17% da população da região, é a sede da microrregião. A grande dificuldade é que a atenção básica não está organizada e tem somente 31,74% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A atuação do Centro Atenção Ambulatorial Especializado se faz por meio de ações diferenciadas:

- Atendimento de casos de alto e muito alto risco que são encaminhados pela APS já estratificados e com guia de referência com dados de ações da Unidade Básica de Saúde (UBS).
- “Seja bem-vindo” – primeiro acolhimento, primeira escuta, explicação de como o Centro funciona.
- Nova estratificação de risco – realizada pelo Enfermeiro.
- Utilização de protocolos clínicos e linhas de cuidados.
- Atendimento multiprofissional e abordagem interdisciplinar.
- Atenção programada – agenda para 4 meses.
- Gestão do tempo de espera.
- Atenção Contínua.
- Plano de Cuidados Individualizado – sempre com pactuação do usuário e assinatura de termo de compromisso, Vinculação do Usuário ao Agente Comunitário da UBS.
- Autocuidado apoiado.
- Gestão de Caso: “Caso Alerta”.
- Atenção compartilhada.
- Grupo de Pares.
- Alfabetização sanitária – Plano de Cuidado Ilustrado com tecnologia de letramento para analfabetos e analfabetos funcionais, leitura de rótulos de produtos.
- Auditoria Interna de Processos.
- Monitoramento de indicadores clínicos por indivíduo e do serviço.
- Interconsulta aos profissionais de outros pontos da rede.
- Responsabilização familiar no cuidado com os usuários.
- Monitoramento permanente de todas as etapas do processo assistencial.
- Monitoramento permanente dos usuários faltosos com busca permanente – projeto “Cadê você”.
- Articulação com comunidade, com estímulo aos apoiadores locais do cuidado.

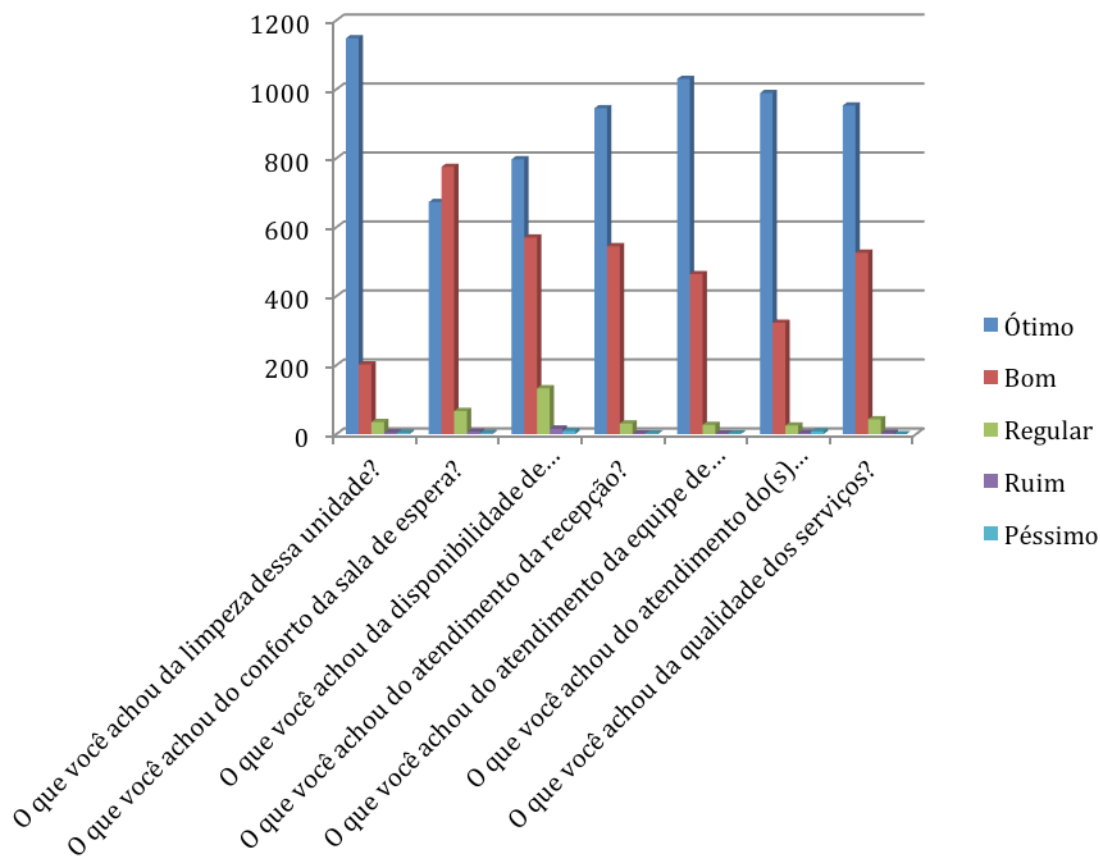
Fluxo dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus



A atuação do Centro Atenção Ambulatorial Especializada se faz em diferentes frentes:

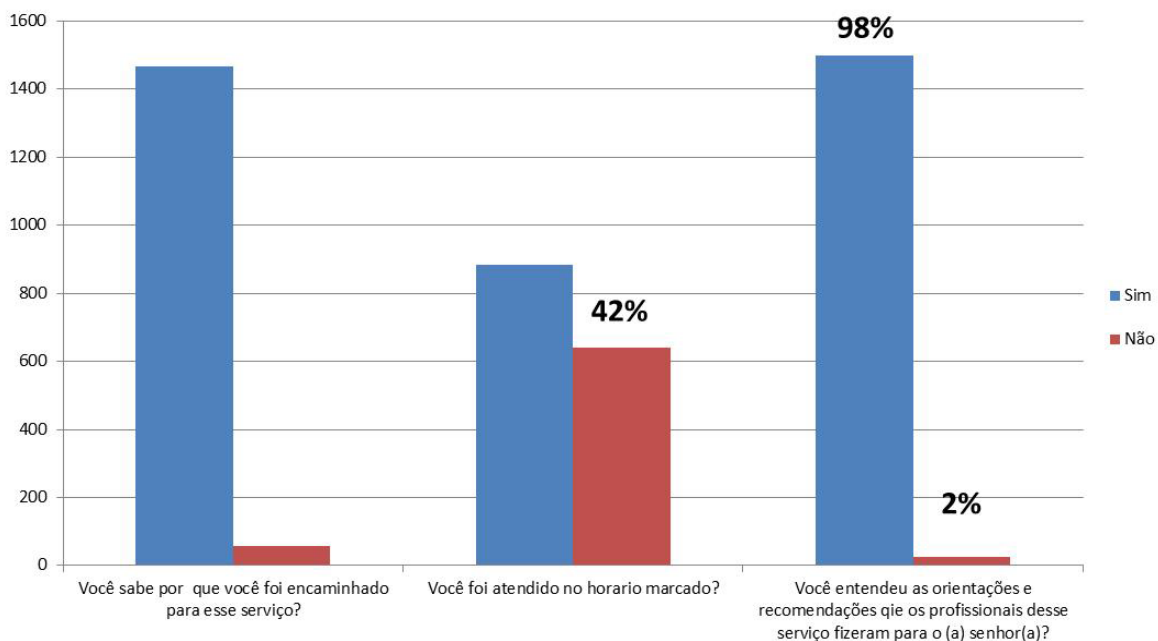
- Mapeamento permanente da rede assistencial.
- Suporte aos municípios a implantar os agendamentos descentralizados nas ESF.
- Auxílio Organização pelos municípios do transporte Sanitário.
- Sistema de controle de agendamento, atendimento, monitoramento e estatística de utilização; monitoramento do absenteísmo;
- Controle de encaminhamentos errôneos por parte das ESF.
- Educação Permanente dos profissionais do Centro e das Escolas Permanentes de Saúde.
- Módulo de habilidades em serviço.
- Supervisão direta e indireta das ESF.
- Comunicação fluída entre centro com os outros pontos da rede.
- Contato permanente com as equipes ESF.
- Elaboração de Pesquisas Clínicas Operacionais.
- Pesquisa Avaliativa realizada por entidade educacional.
- Capacitação de outros serviços do estado e do país.

Percentual dos resultados da pesquisa de satisfação do usuário – aplicado período de janeiro a dezembro 2014. Total de questionários respondidos: 1.394



FONTE: QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS USUÁRIOS DO CVVH NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015. CONSOLIDADO PELO NEP/FDJMMG, 2014.

Percentual dos resultados da pesquisa de satisfação do usuário – aplicado período de janeiro a dezembro 2014. Total de questionários respondidos: 1.525



FONTE: QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS USUÁRIOS DO CVVH NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015. CONSOLIDADO PELO NEP/FDJMMG, 2014.

RESULTADOS

Abaixo alguns resultados alcançados pelo Centro (fonte FDJMMG)

2015

- Gestantes de alto risco acompanhadas no Centro Viva Vida que necessitaram de CTI (2005 a fevereiro 2015): 02.
- Mortalidade materna entre as gestantes de alto risco acompanhadas no Centro Viva Vida (2005 a fevereiro de 2015): 0.
- Mortalidade fetal das gestantes acompanhadas no Centro Viva Vida (2005 a fevereiro 2015): 07.
- Mortalidade Infantil em crianças até 2 anos acompanhadas no Centro Viva Vida (2005 a fevereiro de 2015): 01.

2014

- Foram realizadas 9 supervisões diretas a APS e SMS em municípios da região coberta com apoio da SRS/Divinópolis.

- Foram realizadas 13 supervisões indiretas a APS e SMS em municípios da região coberta.
- Foram realizadas 26 capacitações teóricas e prática com profissionais da APS dos 13 municípios.
- Foram capacitados 350 profissionais da APS municípios da região coberta.
- Foram capacitados 6 outros serviços de atenção secundária do estado.
- Recebidas 47 visitas técnicas orientadas de todo país.

2013

- 77% dos usuários diabéticos atendidos no Centro apresentaram melhoras nos valores da hemoglobina glicada.
- 94% dos usuários hipertensos atendidos no Centro apresentaram melhoras nos valores da pressão arterial.
- 97% dos usuários portadores de lesão nos pés e mãos em decorrência do diabetes evoluíram para cicatrização.

FINANCIAMENTO DO CENTRO ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O estudo para o estabelecimento do custeio do centro de atenção ambulatorial deve ser feito a partir do levantamento do componente da população vinculada às unidades de APS, detalhando-se a necessidade em saúde da região coberta. Para isso, são utilizados parâmetros epidemiológicos específicos, considerando-se os vazios assistenciais e pontos de atenção disponíveis e também os atuais níveis de evidências disponíveis na literatura.

Exemplo de base cálculo para esse financiamento:

- Programação por necessidade em saúde a partir da população vinculada à APS e estratificada por risco.
- Estabelecimento da diretriz clínica baseada em evidencias científicas atuais para cada condição de saúde.
- Estabelecimento da carteira de serviço.
- Financiamento por *performance*.

A remuneração do profissional do Centro Integrado é global. O MACC abole o pagamento de profissionais por produtividade. Prevê a remuneração por carga horária trabalhada. No horário dedicado às atividades do Centro Integrado, o profissional deve estar disponível para as atividades de atendimento aos usuários, educativas com profissionais da APS e acompanhamento do módulo, prática de capacitação em serviço, reuniões de equipe, discussões de casos clínicos, interconsulta com profissionais da APS, estudos de atualizações específicas e elaboração de protocolos e treinamentos.

Para atender 100% da população-alvo, o custo *per capita* é de R\$3,32 com meta estipulada pela SES/MG de 25% da população-alvo e o custo total mês de R\$ 363.000,00.

Atualmente o Centro é financiado pela SES/MG com valor mensal de R\$ 165.404,92 repassados por quadrimestre totalizando R\$ 661.619,68.

O repasse é feito observando-se a *performance* do Centro, sendo que 70% da parcela de custeio são fixos e 30% da parcela são variáveis, observando-se os seguintes indicadores regionais (Sistema GEICOM) no quadrimestre:

- Taxa de Internação por diabetes *mellitus* e suas complicações; e
- Taxa de Internações por acidente vascular encefálico (AVE).

Além da supervisão anual *in loco* pela SES/MG e SRS/Divinópolis, foi aplicada guia de supervisão que avalia 11 itens a que são atribuídas porcentagens que têm peso variável.

O crescimento do serviço é gradativo dos 25% da população-alvo dos 13 municípios da região de saúde.

Em 2013, quando foi fixado o valor mensal do custeio, foram utilizados como base de cálculo dos valores da tabela do SUS.

Mas, o diferencial do Centro de Especialidades para que ele dê resultado assistencial é a forma de remuneração dos profissionais, exames etc.

A remuneração de todas as equipes do Centro é diferenciada dos valores da tabela SUS, já que todos os profissionais são especialistas com perfis diferenciados, atuam não só nos atendimentos diretos aos usuários/família, mas suporte à ESF e à rede assistencial.

Outro diferencial de um Centro neste modelo é que a equipe de gestão está sempre reavaliando os custos financeiros juntamente com a equipe assistencial, para que o investimento seja sempre em benefício das necessidades de saúde do usuário e o alcance de resultados assistenciais.

CONCLUSÃO

A grande questão colocada: o que é preciso para implantar esse novo modelo?

- Quebra de paradigma: mudanças na estrutura, nos processos da AAE, mudanças nos recursos físicos e humanos.
- Sair da zona de conforto: enfrentamento do modelo ancorado no trabalho do médico especialista, existindo uma carência de equipe multiprofissional: assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas e outros, conforme o objeto da unidade de AAE.

BIBLIOGRAFIA

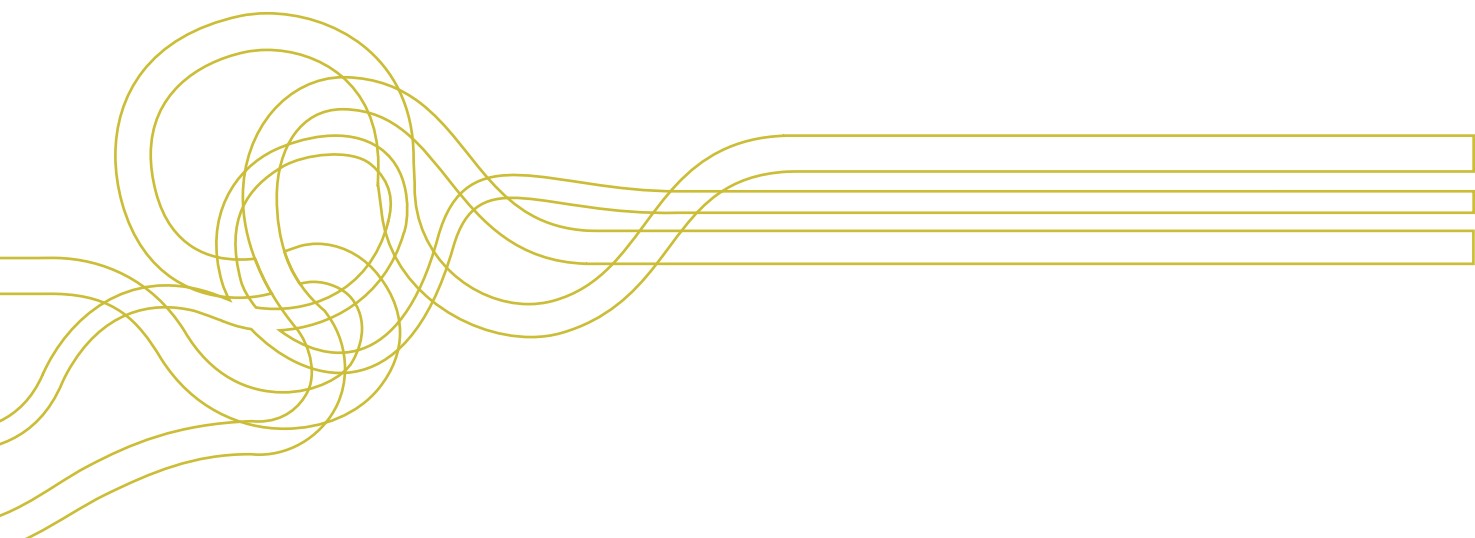
MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

_____. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: [s.n.], 2011.

_____. *Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. Seminário CONASS, 2015.

3

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A FÓRMULA ORGANIZADORA DO SISTEMA DE SAÚDE EM TAUÁ



PATRÍCIA PEQUENO COSTA GOMES DE AGUIAR

Advogada, Mestranda em Ciência Política, Especialista em Direito Administrativo no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, em Portugal. Prefeita de Tauá/CE nos pleitos de 2000, 2004 e 2012.

1. INTRODUÇÃO

Visando organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) para que exerça seu papel estratégico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desenvolveu um arranjo de capacitação executada nas Secretarias Estaduais de Saúde, denominada Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS). A expectativa é de reorganizar o sistema de saúde, integrando as ações e serviços, fortalecendo a atenção primária e a implantação das redes de atenção (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a APS deve resolver a maior parte das demandas de saúde, cerca de 85% dos casos. Nessa perspectiva, o município de Tauá, que conta com ampla Rede de Atenção à Saúde, buscando novas opções que potencializem o sistema local de saúde, acessou o CO-

NASS, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, no intuito de conhecer o processo de planificação. Vale aqui ressaltar que, após conhecer o referido, o CONASS acenou com intenção de experimentação em nível municipal, apostando na gestão municipal como lócus onde o SUS acontece no seu sentido mais real.

Planificar a Atenção Primária é planejar a atenção à saúde, levando em consideração todas as suas etapas, estendendo-se ao serviço de média complexidade, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Padronizando as condutas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), desde a recepção até o fluxo percorrido pelo usuário na RAS.

A planificação produz os mecanismos e os arranjos para que o sistema local de saúde tenha uma plena conectividade entre si. Além de assegurar a qualidade e maior resolutividade nos serviços prestados, otimiza os custos com saúde, já que existe uma demanda desordenada para os serviços de média e alta complexidade que causa transtornos, como: longas filas de espera, insatisfação do usuário e alto custo do sistema.

A experiência de planificar a APS de Tauá teve um formato diferenciado, com vistas à Política Nacional de Educação. Todos os trabalhadores da saúde foram qualificados, as oficinas foram adaptadas para um curso de especialização para os profissionais graduados e houve curso de aperfeiçoamento em serviço para os demais.

O objetivo geral é transformar a realidade do Sistema Local de Saúde com ênfase na Atenção Primária. Para o alcance do objetivo geral, busca-se reestruturar a RAS do município, fortalecer as práticas de cuidado das equipes de saúde da família, promover o processo de mudança da organização dos serviços e da resolutividade da APS, desenvolver habilidades e competências na equipe de profissionais de saúde da APS, qualificar todos os trabalhadores da APS e, por fim, realizar momentos de avaliação e planejamento das equipes.

O presente documento apresenta a experiência do município de Tauá no processo de PAPS, como fórmula organizadora do sistema local de saúde. No desenvolvimento deste, apresentamos a definição teórico-conceitual da Planificação, as estratégias de implantação utilizadas para o alcance dos objetivos do projeto; em seguida, é apresentado o modelo de gestão e, por fim, os resultados obtidos até o momento, por meio da exposição dos impactos da PAPS nos processos de trabalho.

2. PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, está estruturada em três pilares: rede, regionalização e hierarquização. Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o artigo 198 da Constituição Federal, definindo-se, dessa forma, o modelo de atenção à saúde e o formato organizativo (SANTOS, 2011).

O modelo de atenção centrado na hierarquização, ou seja, nos níveis de complexidade dos serviços e ações de saúde, como disposto na Lei n. 8.080/1990, é composto pela APS, atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade. Devendo ser estruturado pela APS, porta de entrada no sistema, coordenadora do cuidado.

Por ser compreendida como a porta de entrada do sistema, a APS deve resolver a maior parte das demandas de saúde, cerca de 85% dos casos, dos usuários e ordenando a necessidade por serviços de maior complexidade, estabelecendo os fluxos da continuidade do cuidado (MENDES, 2012).

A APS como coordenadora das RAS é tida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) como essencial para o enfrentamento da complexidade do cenário atual das necessidades de saúde e para pôr fim à fragmentação que enfraquece o SUS (OPAS, 2011).

Na perspectiva de organizar a APS para que ela exerça de fato o seu papel estratégico, o CONASS desenvolveu um arranjo de capacitação executada nas secretarias estaduais, denominada Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS). Planificar a APS é, portanto, buscar reorganizar o sistema de saúde, promovendo a integração das ações e dos serviços, o fortalecimento da APS e a implantação das redes de atenção (BRASIL, 2011).

A atual gestão municipal de Tauá, no desejo de buscar novas alternativas que potencializem o sistema local de saúde, sobretudo, as mais focadas para a base estratégica do sistema que é a APS – como destacado na literatura por Mendes (2011); Mendes (2012); Brasil (2011); Opas (2011); Fernandes (2010); Rollo (2007) –, acessou o CONASS, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Ceará, no intuito de conhecer melhor o processo de planificação em implantação nos estados, atraída pela ideia de ressignificação na base estrutural do SUS.

A PAPS em Tauá teve início em janeiro de 2013, visando alcançar transformação na realidade do Sistema Local de Saúde com ênfase na APS. Trata-se de um projeto precursor, pois essa é a primeira vez que este projeto está sendo trabalhado no nível municipal, contando com adaptações das oficinas para um curso de especialização para os profissionais graduados, e curso de aperfeiçoamento em serviço para os demais. Ao todo estão envolvidos 530 profissionais da rede, que serão certificados pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), contando com a participação de todas as Equipes de Saúde da Família (EqSF), privilegiando-se todas as categorias profissionais que compõem essas equipes.

O município de Tauá tem 57.755 habitantes distribuídos em 42,1% na zona rural e 57,9% na zona urbana. É o segundo maior município em extensão territorial do Ceará, com densidade demográfica 13,87 hab./km². A economia é majoritariamente da agricultura e da pecuária somada a ao comércio e serviços.

Para atender as necessidades de saúde da população, o modelo de atenção à saúde é organizado em rede, composta por: 18 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 25

EqSF, um Hospital Polo, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Policlínica, um Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), uma Unidade de Atendimento da Farmácia Popular do Brasil, cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois Centros de Atenção Psicossociais; um CAPS II e um CAPS AD e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (CNES, 2015). Possui ainda o SAMU e IMLA, rede de atenção especializada e secundária, estruturada para atender a 14 regiões de saúde.

Em Tauá, a PAPS teve início com a reestruturação da RAS municipal, com ênfase na rede materno-infantil, tendo em vista o comportamento dos indicadores da assistência materno infantil como o crescimento do número de partos cesarianos, a frequência da mortalidade materna, junto a outros indicadores. A experiência iniciou-se com a rede materno-infantil e os seus moldes estão sendo replicados às demais redes.

2.1. ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

A busca de experiências inovadoras e desafiadoras capazes de potencializar a política de saúde pública local foi motivada pela constatação da insatisfação dos usuários, detectada em pesquisa realizada no início da atual gestão. Outro fator que influenciou foi a extensa dimensão que representa o SUS, cuja cobertura é de 97% da população de Tauá. Além disso, o município é sede de uma microrregião de saúde, fato que amplia a responsabilidade em oferecer um sistema de saúde pública que funcione e seja resolutivo, integral e que garanta o acesso.

Foi com esse propósito que se buscou, junto ao CONASS, por meio da SES do Ceará, conhecer melhor em que consistia a PAPS, na época em processo de implantação nos estados. A proposta seria capaz de produzir uma ressignificação densa na base estrutural do sistema local de saúde e realinhar os demais níveis de atenção existentes no município.

A metodologia utilizada nesse processo foi desenvolvida por meio de oficinas teórico-práticas, que se realizavam em: trabalhos de grupos, leituras de textos de apoio, dramatizações, exposições dialogadas, plenárias e roteiro de trabalho nos territórios ao final de cada oficina.

Essa metodologia permite a participação de todos os trabalhadores, em um único espaço. A equipe com todos os seus membros, de distintas categorias profissionais, distintos níveis de saberes e práticas, discutem, refletem e ressignificam seus processos de trabalho.

Os encontros presenciais eram realizados em torno de 30 a 40 dias. Ao final dos encontros, os profissionais eram orientados a executarem atividades de dispersão, que possibilitaram a análise do processo de trabalho das equipes de saúde e, conseqüentemente, a sua adequação. As demandas surgidas eram encaminhadas à gestão, sendo necessárias respostas para viabilizar os processos de trabalho das equipes.

A PAPS prevê uma oficina mãe seguida de 10 oficinas. No caso de Tauá, em que a Planificação foi um curso, foram 12 módulos. Os módulos, descritos a seguir, possibilitam a reflexão sobre a situação da APS no município desde o papel e os atributos, a revisão dos processos de trabalho, como estão estruturados os sistemas de apoio e logístico, até a contratualização das equipes, elementos fundamentais para a implantação da RAS. Os módulos que compõem a PAPS são:

- Módulo I: Redes de atenção à saúde;
- Módulo II: Metodologia da pesquisa;
- Módulo III: Atenção primária à saúde;
- Módulo IV: Territorialização em saúde;
- Módulo V: Organização dos processos de trabalho em saúde;
- Módulo VI: Vigilância em saúde;
- Módulo VII: Organização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde;
- Módulo VIII: Organização da assistência farmacêutica;
- Módulo IX: Os sistemas de apoio diagnóstico, sistemas logísticos e monitoramento;
- Módulo X: Sistemas de informação e análise de situação de saúde;
- Módulo XI: A contratualização das equipes da APS;
- Módulo XII: Abordagem familiar e prontuário familiar.

Ao tempo em que os módulos aconteceram, foi selecionada uma UAPS, contemplando as equipes das ESF Ana Alves de Lima, Alto Brilhante I e II, que serviu de laboratório para a implantação de novas tecnologias, ferramentas e processos de trabalho, necessários à padronização dos procedimentos operacionais, que ajudarão na organização e resolutividade dos serviços.

Essas equipes recebem assessoria técnica de consultores do CONASS, que também qualificou tutores para desenvolver um trabalho nas unidades de saúde, “fazendo junto” com os profissionais a implantação das ferramentas da qualidade, tecnologias da gestão da clínica e micro e macroprocessos da APS.

A organização do serviço na unidade laboratório iniciou-se com o planejamento de reuniões semanais para programação das ações da equipe. Hoje é disponibilizado um turno para reuniões, oficinas e comemorações festivas. Nessas reuniões, acontece a definição de agenda mensal com equipe e tutoria, possibilitando: integração entre os profissionais da equipe, readequação dos servidores por setor, com suas responsabilidades e competências bem definidas, bem como a implantação dos Procedimentos Operacionais Padrões (POPs), sendo implantados até o momento os POPs de Higienização e Limpeza, Recepção, Sala de Vacinas; estão em processo de implantação os POPs de Esterilização, Protocolos Clínicos, Resíduos Sólidos e Farmácia.

Atualmente os processos implantados na unidade laboratório da APS estão sendo replicados nas demais UAPS, obedecendo-se ao cronograma de metas de expansão com o monitoramento dos tutores, e previsão de implantação em todas as UAPS até novembro de 2015.

Visando à melhora do acompanhamento e monitoramento das 25 EqSF, o município foi dividido em cinco macroterritórios de saúde. Cada macroterritório está sob a responsabilidade de um tutor e são em média 5 EqSF por tutor.

Para determinar a extensão e os efeitos da PAPS de Tauá, a Universidade de Fortaleza (Unifor) está desenvolvendo uma pesquisa quantitativa com os usuários, profissionais e gestão do município por meio de uma análise avaliativa da Rede Materno-Infantil.

A organização dos processos de trabalho almeja escuta qualificada, a criação de espaço para o acolhimento, com território bem definido, vínculo estabelecido com a comunidade e o acompanhamento do usuário ao longo do tempo durante o seu ciclo de vida.

2.2. MODELO DE GESTÃO

O CONASS é signatário da proposta da PAPS e, por isso, executa-a em Tauá por meio de parceria do Governo Municipal com a SES do Ceará, CONASS, ESP e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A gestão do processo dá-se por meio dos grupos que conduzem a execução do projeto: o Comitê Gestor, composto pelo CONASS, SES, ESP, Prefeitura Municipal de Tauá, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Fiocruz, que se reúne bimensalmente; o Grupo Condutor Estadual, composto pela SES, CONASS e ESP, que também se reúne a cada dois meses; e o Grupo Condutor Local composto pelos gestores da SMS e CONASS, que se reúnem mensalmente.

Para facilitação dos 12 módulos de oficinas, os facilitadores do CONASS tiveram apoio de facilitadores e tutores locais, um total de 27 profissionais locais envolvidos: residentes da Residência em Saúde da Família e Comunidade da ESP e técnicos da SMS.

A qualificação técnica e pedagógica dos facilitadores locais foi realizada pelos facilitadores do CONASS e pela ESP: a cada módulo estes se reuniam previamente, com os facilitadores locais, explorando o Guia do Módulo e a abordagem pedagógica a ser utilizada. Esse acompanhamento pedagógico originou o curso Prática Docente em Atenção Primária à Saúde, ofertado a todos os facilitadores locais pela ESP.

2.3. IMPACTOS DA PAPS NOS PROCESSOS DE TRABALHO

Com a implantação da PAPS, as unidades de saúde estão passando por mudanças, a partir de uma metodologia que permite a organização dos microprocessos e macroprocessos de saúde. A unidade laboratório desponta como cenário onde todas as tecnologias inovadoras são testadas, validadas e expandidas para as demais UAPS.

De acordo com as necessidades técnicas percebidas no decorrer do processo da PAPS e das intervenções na organização das equipes, foram realizados cursos complementares, como

os de: pré-natal, parto e puerpério; estratificação de risco de gestantes e crianças; crescimento e desenvolvimento infantil e atenção integral a saúde da criança; estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, classificação de riscos para agravos agudos e gestão em saúde.

Os processos que estão sendo trabalhados pela planificação estão em fase de implantação, não tendo atingido a totalidade na sua expansão, no entanto já podemos apontar resultados obtidos nesse processo, a começar pelo envolvimento dos profissionais de saúde de todas as categorias, que se encontravam desmotivados e com elevada descrença, todos os trabalhadores da Saúde da APS foram qualificados.

No que se refere aos resultados obtidos na rede materno-infantil, atualmente todas as gestantes são estratificadas por risco, com garantia das consultas especializadas, vinculação à maternidade antes do parto e agendamento da consulta puerperal na APS no momento da alta hospitalar. Além disso, a gestante é incluída no projeto Amigas do Parto e Bebê Saudável, com o objetivo de desenvolver ações de educação em saúde e fortalecer o vínculo mãe e bebê.

A PAPS favoreceu a adequação das equipes de saúde e, como resultado mais palpável desta, o número de equipes da ESF aumentou de 22 para 25, todas com equipe mínima completa e apoio matricial do NASF. Esse processo foi relevante à medida que redefiniu as áreas adscritas das EqSF e o número de pessoas, alcançando 100% de cobertura e média de 2.200 pessoas por ESF, além da construção do mapa dinâmico situacional do território, onde podemos identificar barreiras geográficas, lideranças e equipamentos comunitários, enfim, fortalezas e fraquezas do território vislumbrando, entre outros aspectos, a estratificação de risco das famílias por grau de vulnerabilidade.

O fortalecimento da Participação Popular foi outro aspecto percebido no decorrer da implantação do projeto e se deu por meio da estruturação de 19 Conselhos Locais de Saúde, um em cada UAPS, em que se reúnem mensalmente para planejar, monitorar e avaliar junto com a equipe.

Fez-se necessário realizar alto investimento na melhoria da infraestrutura e da densidade tecnológica, garantindo-se adequadas condições de trabalho, crescentes melhorias na estruturação física e informatização das UAPS. Graças a esses investimentos, potencializamos o Núcleo de Tecnologia da Informação, atualmente temos: Telessaúde em 100% das UBS e E-SUS em 100% das equipes.

Todos os resultados obtidos supracitados permitiram maior integração entre APS, Média Complexidade e Atenção Secundária. Essa integração com os demais serviços complementares do sistema de atenção à saúde existente no município e com os profissionais de saúde que hoje acreditam no processo leva-nos a concluir que a RAS de Tauá encontra-se em crescente evolução, e nosso intuito é dar resolutividade às mais diversas situações enfrentadas pelos profissionais e usuários.

2.4. MODELO DE FINANCIAMENTO

O financiamento do SUS é um problema complexo em todo o país. Vivenciamos grave condição de subfinanciamento que constitui fator limitante na procura por saídas efetivas para a crise enfrentada no sistema e, conseqüentemente, para a implantação das RAS. Além das implicações diretas decorrentes do insipiente volume de gastos em saúde pública, é notável o desalinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos de atenção integral e integrada (OPAS, 2011).

Para os municípios que são os executores das políticas de saúde, a responsabilidade com as ações e metas têm aumentado sistematicamente. Dessa forma, os incrementos que são oferecidos são insuficientes para cobrir os custos. Além disso, as despesas que são elevadas para o que é captado obrigam a um maior comprometimento dos recursos municipais, dificultando-se o desenvolvimento das ações.

No entanto, como salientado em Opas (2011), são imperativos novos recursos para o SUS, porém é fundamental que, paralelamente, aconteça uma mudança do desenho organizativo do SUS, de um sistema fragmentado para um sistema integrado.

Nessa perspectiva de captar novos recursos e desenvolver soluções efetivas para a superação do modelo fragmentado para um modelo integrado, procuramos expandir a APS em um mútuo caminho de fortalecimento e reorganização por meio da PAPS.

Por fim, para o alcance do volume de recursos necessários à implantação da PAPS, o investimento da SESA foi essencial, assim como o apoio do CONASS disponibilizando toda sua estrutura técnica para a execução desse projeto no nosso município, uma contribuição inalienável que, pelo que já se pode observar e quantificar, será capaz de fazer uma revolução no nosso sistema de saúde.

3. CONCLUSÃO

Organizar um sistema local de saúde mostrou-se uma tarefa complexa, denotando a necessidade do envolvimento de todos os atores: comunidade, trabalhadores e gestão. No entanto, o desafio de transformar a realidade do sistema local de saúde nos impulsionou a alçar voos cada vez mais altos, fazendo da experiência ocorrida em Tauá digna de ser apresentada em um relato como esse, por denotar pioneirismo e despertando o interesse de diversas instituições que durante esse processo de implantação fizeram de Tauá um cenário de estudos, de olhares curiosos e de busca por respostas para a indagação que tantos se fazem: é possível fazer do SUS um sistema que funcione? Que atenda as reais necessidades da população?

Por estar fazendo da Política de Atenção Básica o centro da reorientação do modelo de atenção à saúde no município, Tauá tem buscado responder essas perguntas, e os resultados obtidos

em curto prazo confirmam que é possível, embora alguns processos ainda estejam em implantação, demandando tempo para avaliarmos de modo mais exato os impactos da PAPS em Tauá.

De maneira geral, 97% da população tauaense é beneficiária do SUS e favorecida pelos seus avanços nas diversas áreas de vigilância em saúde, da RAS e da melhoria dos indicadores de saúde que possibilitam maior bem-estar social. É esperado que a reconfiguração da rede de serviços de saúde mostre-se cada vez mais resolutiva, articulada e que proporcione o cuidado integral a partir de cuidados primários.

Articulação, parceria e decisão política foram pontos fundamentais para a implantação desse laboratório de PAPS. As mudanças no SUS de Tauá, decorrentes da planificação, são inegáveis e perceptíveis, e cada vez mais produzem resultados concretos para a população e possibilitam que Tauá legitime sua marca – que é a inovação – e possa ser modelo de inovação na gestão da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2011.

FERNANDES, Afra Suassuna. *O papel da esfera estadual na gestão descentralizada da atenção básica em Pernambuco*. Recife: A. S. Fernandes, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. *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.

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

ROLLO, Adail. *Retos para la integración de la APS en el sistema de salud y para la intersectorialidad*. [s.l.]: ENSP/ FIOCRUZ, 2007.

SANTOS, Lenir. O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares: rede, regionalização e hierarquização. *Blogue Direito Sanitário: Saúde e Cidadania*. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS, 2).