



**CONASS DEBATE**  
A crise contemporânea dos  
modelos de atenção à saúde

Brasília, 2014 –1ª Edição

## **CONASS DEBATE**

A crise contemporânea dos  
modelos de atenção à saúde

**3**



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2014 – 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: 2 mil exemplares.

CONASS Debate 3ª Edição

Brasília, novembro de 2014.

ISBN 978-85-8071-019-9

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2014.

171 p. – (CONASS Debate, 3)

ISBN 978-85-8071-019-9

Sistema de Saúde I. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde

NLM WA 525

# SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC Suely de Souza Melo da Costa  
AL Jorge Villas Boas  
AM Wilson Duarte Alecrim  
AP Jardel Adailton Souza Nunes  
BA Washington Couto  
CE Ciro Gomes  
DF Marília Coelho Cunha  
ES José Tadeu Marino  
GO Halim Antonio Girade  
MA Ricardo Murad  
MG José Geraldo de Oliveira Prado  
MS Antônio Lastoria  
MT Jorge Araújo Lafetá Neto  
PA Hélio Franco de Macedo Júnior

PB Waldson Dias de Souza  
PE Ana Maria Martins César de Albuquerque  
PI Mirocles Campos Veras Neto  
PR Michele Caputo Neto  
RJ Marcos Esner Musafir  
RN Luiz Roberto Leite Fonseca  
RO Williames Pimentel  
RR Alysson Bruno Matias Lins  
RS Sandra Maria Sales Fagundes  
SC Tânia Eberhardt  
SE Joélia Silva Santos  
SP David Uip  
TO Luiz Antônio Ferreira

## DIRETORIA DO CONASS 2014/2015

---

### Presidente

Wilson Duarte Alecrim (AM)

### Vice-Presidentes

#### Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

#### Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

#### Região Norte

Vanda Maria Gonçalves Paiva (TO)

#### Região Sudeste

Marcus Esner Musafir (RJ)

#### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

# EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

## ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

## ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

## ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

## COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

## COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

## ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lídia Tonon

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha de Luiz

# ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

---

## Coordenação

Adriane Cruz

Eugênio Vilaça Mendes

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

## Relatoria

Flávio Goulart

Maria Francisca Moro

Elora Abritta

## Revisão

Sem Fronteira Idiomas

## Projeto Gráfico

Daniel Macedo

## Diagramação

Marcus Carvalho



# Sumário

Apresentação	<b>08</b>
Introdução	<b>10</b>
Rafael Bengoa	<b>64</b>
Luiz Augusto Facchini	<b>88</b>
Claunara Schilling Mendonça	<b>107</b>
Luis Fernando Rolim Sampaio	<b>133</b>
Frederico Guanais	<b>151</b>
Síntese dos Debates	<b>166</b>



# 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 nova linha de atuação intitulada CONASS Debate, que fomenta a discussão de temas importantes para o setor saúde na busca de alternativas que nos façam avançar para a situação desejada, ou seja, saúde de qualidade para todos.

Este livro é o registro do seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde, 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](http://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 foi a crise instalada nos setores públicos e privados de saúde em todo o mundo, desencadeada por transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas, nutricionais e ambientais que alteram a situação de saúde tanto de países ricos quanto de países em desenvolvimento.

No Brasil, essa situação é agravada tendo em vista a tripla carga de doenças: a predominância das doenças crônicas e a presença ainda importante das doenças infecciosas, somadas às causas externas, que representam o terceiro maior fator de morbimortalidade no país.

Foi explicitada a necessidade de se estabilizarem as condições crônicas, controlando, por exemplo, a glicemia do diabético e a pressão arterial do hipertenso, tarefa impossível para o modelo de atenção às condições agudas – de emergências, internações hospitalares e pronto atendimento –, levando o sistema a falhas que seriam evitáveis se a atenção à saúde fosse dada devidamente de acordo com as condições reais de saúde da população.

Esse modelo propõe a introdução e o fortalecimento de práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, como o autocuidado apoiado e cuidado compartilhado, nos quais uma equipe formada por diversos profissionais de saúde incentiva e ajuda o paciente a promover e qualificar o cuidado consigo mesmo. Sugere ainda a implantação de prontuários clínicos informatizados, assim como de outros fatores de organização da atenção.

O seminário que deu origem a este livro ocorreu no dia 13 de maio de 2014, em Brasília/DF, e contou com a exposição de Rafael Bengoa, assessor do programa Obamacare e ex-ministro da Saúde do país Basco; de Luiz Facchini, professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e ex-presidente da Abrasco; de Claunara Schilling Mendonca, professora de Medicina de Família da Universidade do Rio Grande do Sul e ex-diretora de Atenção Básica do

Ministério da Saúde; de Luis Fernando Rolim Sampaio, chefe do Escritório de Serviços de Saúde da Unimed Belo Horizonte e ex-diretor de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e de Frederico Guanais – PhD, especialista Líder em Saúde da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Dividido em capítulos ordenados pela participação dos expositores e dos debatedores durante o seminário, o livro traz os textos assinados pelos palestrantes, responsáveis pelo sucesso e pela riqueza de conteúdo do CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. O último capítulo, produto da relatoria do evento, traz a síntese dos debates.

**Wilson Alecrim**  
Presidente do CONASS

# INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

## 1. A NATUREZA DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A RUPTURA DO POSTULADO DA COERÊNCIA

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

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

Se os sistemas de saúde são respostas às necessidades e às demandas da população, logo deve haver uma coerência entre necessidades expressas na situação de saúde e o sistema de saúde que se pratica socialmente, em determinado tempo e em determinado local. Este é o postulado da coerência que governa a organização dos sistemas de saúde.

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

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde (FRENK *et al.*, 1991). Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde.

Quando o postulado da coerência se rompe, como ocorre agora, no mundo e no Brasil, o sistema entra em crise.

A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete, pela ruptura do postulado da coerência, o desencontro entre uma situação de saúde determinada por transições demográfica, nutricional e tecnológicas aceleradas e por uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas –

---

1 DOCUMENTO PREPARADO PELO GRUPO DE COORDENAÇÃO DO CONASS DEBATES. O DOCUMENTO NÃO REFLETE POSICIONAMENTO OFICIAL DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE.

nos países desenvolvidos de forma mais contundente e no Brasil pela situação de tripla carga das doenças –, e um sistema de saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

A crise global dos sistemas de saúde manifesta-se, de forma contundente, nos modelos de atenção à saúde praticados universalmente que são inadequados para enfrentar com efetividade, eficiência e qualidade às situações de saúde contemporâneas.

Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção às condições crônicas, como resultado da ditadura das condições agudas (COLEMAN e WAGNER, 2008). Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso está dando certo no Brasil.

## 2. UMA NOVA TIPOLOGIA NA SAÚDE: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

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

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

Tradicionalmente, trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia clássica fundamenta-se na etiopatogenia das doenças e tem sido largamente utilizada, com sucesso, no campo da epidemiologia, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de saúde, como constatou a Organização Mundial da Saúde (2003).

Há duas razões principais em relação a esta tipologia que limitam seu alcance para referenciar a organização dos sistemas de saúde. Primeira, porque ela se limita a doenças e os sistemas de saúde têm de responder socialmente a muitas condições que não são doenças, como às fases do ciclo vital e às condições gerais e inespecíficas, à gravidez e outras. Segunda, porque ela não é suficiente para estruturar a organização dos sistemas de saúde. Tome-se o caso das doenças transmissíveis. Do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido.

Essas limitações da tipologia clássica levaram à formulação de nova tipologia, as condições de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (WAGNER, 1998; VON KORFF *et al.*, 1997), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003).

Essa nova tipologia, centrada no conceito de condições de saúde, foi consagrada em livro publicado pela Organização Mundial da Saúde (2003). Ela não parte do fundamento da etiopatogenia, mas da forma como se organizam as respostas sociais pelos sistemas de saúde para enfrentar as condições de saúde.

As condições de saúde são definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas (MENDES, 2011).

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

As condições de saúde são subdivididas em condições agudas e condições crônicas.

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa e exigindo tempo de resposta oportuno do sistema de saúde. Imaginava-se que essas condições agudas poderiam ser manejadas por um sistema fragmentado, mas experiências com redes de urgência e emergência realizadas em Minas Gerais demonstraram que as condições agudas convocam, necessariamente, sua organização em sistemas integrados ou em redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As condições agudas, em geral, apresentam curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a autolimitar-se (VON KORFF *et al.*, 1997; SINGH, 2008). O ciclo de sua evolução é singular.

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente, apresentam causa simples e facilmente diagnosticada, são de curta duração, e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdômen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida (LORIG *et al.*, 2006).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de saúde.

As principais condições agudas são: condições gerais e inespecíficas que se manifestam agudamente como tosse e febre; doenças transmissíveis de curso curto, como gripes; doenças infecciosas ou inflamatórias, como apendicite e amigdalite; e os traumas.

Diferentemente, as condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

As condições crônicas exigem necessariamente uma resposta social dos sistemas de saúde que seja contínua, proativa e integrada, mas não somente de parte dos sistemas de saúde, mas também dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Dessa forma, a categoria paciente, tão utilizada correntemente para nominar as pessoas usuárias dos sistemas de saúde, não se presta para condições crônicas porque as condições crônicas exigem proatividade dessas pessoas, especialmente no autocuidado (MENDES, 2012).

O Quadro 1 mostra as diferenças das respostas sociais em relação às condições agudas e crônicas.

**Quadro 1 – Organização das respostas sociais às condições agudas e crônicas pelos sistemas de saúde**

<b>CONDIÇÕES AGUDAS</b>	<b>CONDIÇÕES CRÔNICAS</b>
Episódicas	Contínuas
Reativas	Proativas
Integradas	Integradas

FONTES: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003); MENDES (2011).

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas que, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, em ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva à tensão muscular que leva à dor que leva ao estresse e à ansiedade que leva a problemas emocionais que levam à depressão que leva à fadiga que leva à mais condição crônica (LORIG *et al.*, 2006).

As principais características das condições crônicas são: apresentam causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar repentinamente e apresentar momentos de agudização; evoluem ao longo de todo ciclo de vida ainda que sejam mais prevalentes em idades mais avançadas; podem comprometer a qualidade da vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades; são de curso longo ou persistentes e podem levar a uma deterioração gradual da saúde; requerem cuidados de longa duração; apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida,

constituem as causas mais comuns de mortalidade prematura; todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas as doenças transmissíveis de curso longo são também condições crônicas; grande parte das condições crônicas pode ser prevenida ou ter sua aparição prolongada ou ter suas complicações reduzidas; a distribuição populacional das condições crônicas não é uniforme e elas tendem a atingir mais fortemente os mais pobres; e, em geral, resultam de fatores de riscos não controlados de forma apropriada e oportuna (GOBIERNO VASCO, 2010).

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem outras condições, como: fatores de risco individuais biopsicológicos (colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, nível glicêmico alterado, sobrepeso ou obesidade); algumas condições gerais e inespecíficas mais duradouras; doenças transmissíveis de curso longo como hanseníase, HIV/Aids e certas hepatites; condições maternas e perinatais como gravidez; manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); enfermidades (illnesses) – sintomas medicamente não explicáveis, sofrimento difuso, transtorno histerossomático, transtorno somatoforme, síndrome da não doença e poliqueixa; transtornos mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações e deficiências motoras persistentes); e maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

Por fim, se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo manejo inadequado dessas condições crônicas pelos sistemas de saúde. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas podem se manifestar, em momentos discretos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos. Nesses momentos tópicos de transformação em eventos agudos, as condições crônicas agudizadas devem ser enfrentadas pelo sistema de saúde, na mesma lógica episódica, reativa e integrada das condições agudas, ou seja, pela rede de atenção às urgências e emergências.

Dessa forma, as condições crônicas podem ser subdivididas em condições crônicas agudizadas e em condições crônicas não agudizadas.

Um bom sistema de saúde é aquele que consegue, pela ação correta de seu modelo de atenção, minimizar a ocorrência das condições crônicas agudizadas. As condições crônicas não agudizadas, por seu turno, podem ser subdivididas em condições crônicas não agudizadas compensadas (por exemplo, pessoas portadoras de diabetes com glicemia controlada e pessoas portadoras de hipertensão arterial controlada) e em condições crônicas não agudizadas não compensadas (pessoas portadoras de diabetes sem controle da glicemia e pessoas portadoras de hipertensão arterial não controlada). Em razão da centralidade da compensação no manejo das condições crônicas, essas divisões são fundamentais para a organização dos sistemas de saúde (MENDES, 2011).

O entendimento correto do conceito de condições de saúde e das diferenças entre condições agudas e condições crônicas impõe-se para entender e solucionar a crise contemporânea dos sistemas de saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar uma advertência da Organização Mundial da Saúde (2003):

[...] quando as doenças transmissíveis se tornam crônicas, essa definição entre transmissível e não transmissível se torna artificial e desnecessária. De fato, a distinção transmissível/não transmissível pode não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever o espectro dos problemas de saúde.

### 3. AS RAZÕES DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A ruptura do postulado da coerência que constitui a base da crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde explica-se por um descompasso temporal entre os fatores contextuais e os fatores internos dos sistemas de saúde.

A crise dos modelos de atenção à saúde justifica-se por fatores históricos, culturais e técnicos.

Uma análise histórica dos sistemas de saúde mostrou que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. E afirma que, nesse início de século XXI, os sistemas de saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção à hegemonia das condições crônicas. As razões estão resumidas em uma citação que faz:

O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas (HAM, 2007).

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituem a principal preocupação dos sistemas de saúde. Os avanços da ciência biomédica e da saúde pública, verificados especialmente no século passado, permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas. Por outro lado, houve aumento relativo das doenças crônicas. E adverte:

Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas



funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A razão cultural para a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde está nas concepções vigentes sobre as condições crônicas, especialmente sobre as doenças crônicas, e sobre as formas de enfrentá-las, o que implicam o seu negligenciamento. A Organização Mundial da Saúde (2005) sintetiza em 10 enganos generalizados, as ideias equivocadas ou os mitos de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas.

Mito 1 – As doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda. Isso não é verdade porque quatro de cada cinco mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda.

Mito 2 – Os países de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas. Isso não é verdade porque esses países apresentam dupla ou tripla carga das doenças e estão no centro de antigos e novos desafios de saúde pública.

Mito 3 – As doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas. Isso não é verdade porque, em geral, as pessoas mais pobres, mais provavelmente que as ricas, irão desenvolver doenças crônicas e é mais possível que morram em consequência disso.

Mito 4 – As doenças crônicas afetam as pessoas de idade. Isso não é verdade porque quase metade das mortes causadas por doenças crônicas ocorre prematuramente, em pessoas com menos de 70 anos de idade, e um quarto das mortes são em pessoas de menos de 60 anos de idade.

Mito 5 – As doenças crônicas afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino. Isso não é verdade porque as doenças crônicas, até mesmo as doenças cardiovasculares, afetam mulheres e homens de maneira quase igual.

Mito 6 – As doenças crônicas são resultados de estilos de vida não saudáveis. Isso não é verdade porque leva a uma vitimização das pessoas portadoras de doenças crônicas e a responsabilização individual só pode ter efeito total quando as pessoas têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões saudáveis.

Mito 7 – As doenças crônicas não podem ser prevenidas. Isso não é verdade porque as principais causas das doenças crônicas são conhecidas e, se esses fatores de risco fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas e do diabetes de tipo 2 poderiam ser evitados e 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos.

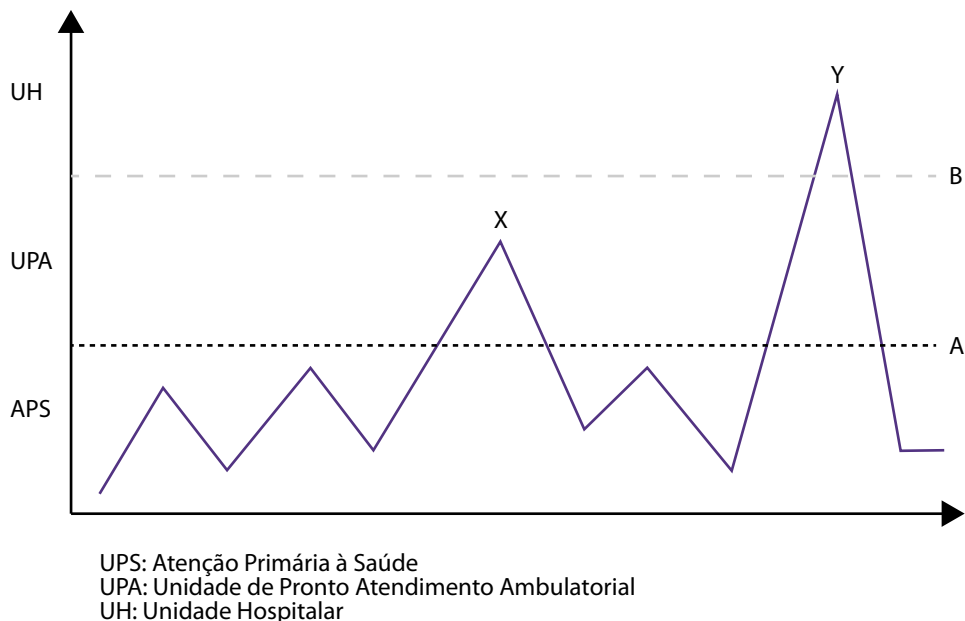
Mito 8 – A prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais. Isso não é verdade porque há uma gama de intervenções sobre as doenças crônicas que são economicamente viáveis e propiciam ótimo retorno para os investimentos, mesmo nas regiões mais pobres.

Mito 9 – Meu avô fumou e viveu acima do peso até os 90 anos de idade. Isso não é verdade porque em qualquer população haverá certo número de pessoas que não demonstra os padrões típicos observados na grande maioria, o que não significa que tabagismo e excesso de peso deixem de ser fatores de risco importantes nas doenças crônicas.

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

A razão técnica para a crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de atenção contínua e proativa nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosamente e silenciosamente, evoluem. É o que se vê no Gráfico 1.

## Gráfico 1 – A lógica da atenção às condições agudas aplicada às condições crônicas



FONTE: ADAPTADO DE EDWARDS ET AL. (1998).

Esse gráfico mostra o curso hipotético da severidade de uma doença, em pessoa portadora de condição crônica.

A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser gerido rotineiramente pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS); o espaço entre as linhas A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser respondido por uma Unidade de Pronto Atendimento ambulatorial (UPA); e, finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que necessita de pronto atendimento em Unidade Hospitalar (UH). Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes tipo 2. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal, ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendida na UPA (ponto X); em segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica e é internada em Unidade Hospitalar (ponto Y). Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica, não recebe atenção contínua, proativa e integrada, sob a coordenação da APS. Esse sistema de saúde atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao fim de um período mais longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, com o passar do tempo, inexoravelmente, por uma retinopatia, por uma nefropatia, por lesões vasculares graves. A razão é que esse modelo de atenção só atua sobre condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos portadores, desconhecendo os fatores determinantes sociais

intermediários, os fatores de risco biopsicológicos ou ligados aos comportamentos e aos estilos de vida e o gerenciamento da condição de saúde estabelecida, com base em APS de qualidade.

Essa forma de atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, não permite intervir adequadamente nos portadores de diabetes para promover o controle glicêmico, reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial, promover o controle regular dos pés e ofertar exames oftalmológicos regulares. Sem esse monitoramento contínuo das intervenções sanitárias, não há como controlar o diabetes e melhorar os resultados sanitários e econômicos dessas subpopulações portadoras de diabetes.

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

Uma prospecção mais profunda sobre as razões da crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde mostra que ela decorre, em grande parte, de um descompasso temporal entre a evolução acelerada dos fatores contextuais e dos fatores internos dos sistemas de saúde. É esse gap temporal que conduziu à ruptura do postulado da coerência e à instalação da crise.

A causa fundamental dessa crise reside na discrepância temporal entre seus fatores contextuais (a situação de saúde) e internos (a resposta social engendrada pelo sistema de saúde).

Os sistemas de saúde movem-se em relação dialética entre seus fatores contextuais (transição demográfica, transição nutricional, transição tecnológica e transição epidemiológica) que determinam a situação de saúde e os fatores internos (cultura organizacional, recursos, estrutura organizacional, estilos de liderança e de gestão, modelos de atenção à saúde e sistemas de pagamento e incentivos). Os fatores contingenciais que são externos ao sistema movem-se em ritmo extremamente rápido, fora de controle pelos sistemas de saúde. Por outro lado, os fatores internos, sob governabilidade dos sistemas de saúde, mudam lentamente fazendo que esses sistemas não tenham a capacidade de se adaptarem, oportunamente, às vertiginosas mudanças contextuais. Nisso reside a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde que foram desenvolvidos na presunção de continuidade de uma atuação voltada para condições e eventos agudos e desconsiderando a “epidemia” moderna das condições crônicas em geral e das doenças crônicas em especial (BENGOA, 2008).

O resultado é que temos, aqui e alhures, uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por um modelo de atenção à saúde desenvolvido no século XX que se volta, principalmente, para as condições e eventos agudos, desconsiderando as mudanças que aconteceram na situação de saúde. Rompeu-se, dessa forma, o postulado da coerência e instalou-se a crise.

## 4. AS TRANSIÇÕES CONTEXTUAIS E AS MUDANÇAS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE

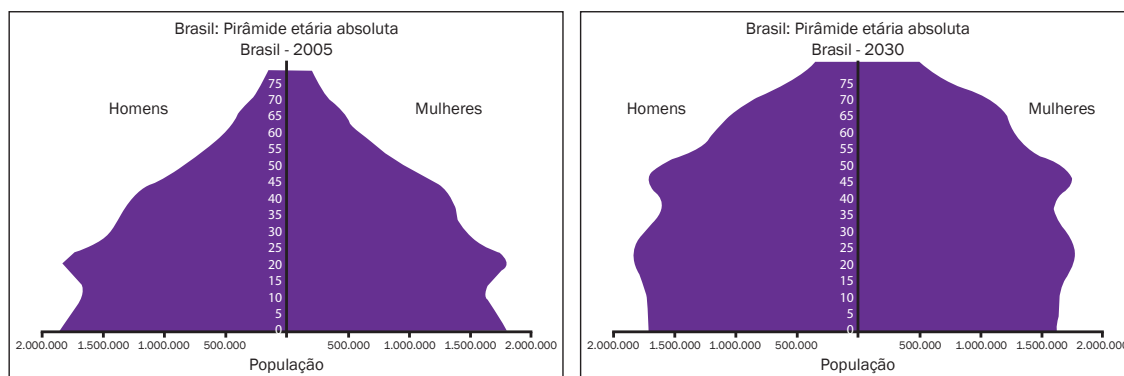
As mudanças nos fatores contextuais dos sistemas de saúde se dão em quatro vertentes transicionais: a transição demográfica, a transição nutricional, a transição tecnológica e a transição epidemiológica. Essas transições ocorrem de forma concomitante e são profundas. A singularidade brasileira é que, aqui, essas transformações dão-se com enorme velocidade, o que dificulta a adaptação, a elas, em tempo oportuno, pelos sistemas de saúde.

Agregue-se a elas a transição tecnológica que afeta profundamente a resposta social dada pelos sistemas de saúde.

### 4.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. Como se observa no Gráfico 2, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

**Gráfico 2 – Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030**



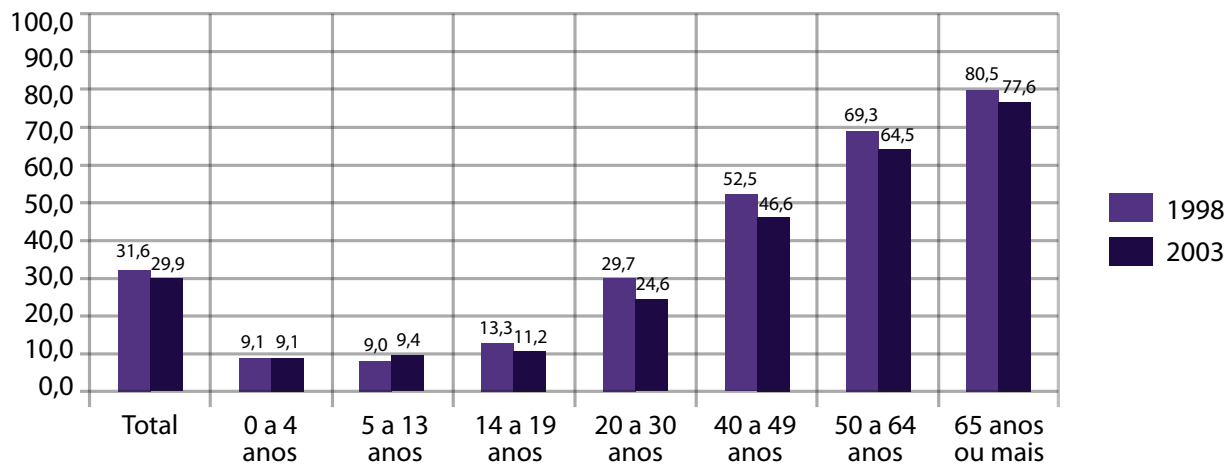
FONTE: IBGE (2004).

A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. Manifesta-se envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era

de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007).

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

**Gráfico 3 – Proporção de pessoas que referiram doença crônica por idade, Brasil 1998 e 2003**



FONTE: TRAVASSOS ET AL. (2005).

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

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos. Prospectivamente, pode-se dizer que a carga das doenças no Brasil está sendo pressionada por doenças crônicas em razão da transição demográfica. O país terá mais velhos e mais pessoas portadoras de doenças crônicas.

## 4.2 A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A transição nutricional manifesta-se, nos países em desenvolvimento, em dupla carga: de um lado permanece uma situação de subnutrição que afeta, especialmente, as crianças pobres: 60% das 10,9 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos que ocorrem, anualmente, no mundo, estão ligadas à desnutrição. Muitas crianças apresentam baixo peso e isso influencia negativamente o desenvolvimento e o crescimento na infância e aumenta os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta (BARKER *et al.*, 2001). Por outro lado, as mudanças que se dão na ordem mundial aumentam a ocorrência de condições crônicas nesses países em desenvolvimento, em parte, determinadas pelas dietas inadequadas e que afetam, predominantemente, os mais pobres. Essa dupla carga tem de ser enfrentada de forma integrada, uma vez que, nos países em desenvolvimento, a subnutrição convive com as epidemias da obesidade e das doenças crônicas e, ambas, incidem mais sobre as populações pobres.

As mudanças nos estilos de vida e nas dietas, em razão do desenvolvimento econômico, da industrialização e da globalização, são profundas e rápidas. Isso tem causado impacto no estado nutricional das populações do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Os alimentos tornaram-se *commodities* produzidas e comercializadas em escala planetária. A disponibilidade de alimentos tem se expandido e se tornado mais diversificada, a par de determinar consequências negativas nos padrões dietéticos, como o consumo crescente de alimentos com altos teores de gordura, particularmente de gorduras saturadas, e baixos teores de carboidratos não refinados. Isso tem implicações nas condições de saúde, especialmente nas condições crônicas.

As relações entre dieta e as condições crônicas estão bem estabelecidas. Há evidências das relações entre dieta e doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, hipertensão, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólica, câncer e osteoporose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008). A Organização Mundial da Saúde estima que o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No Brasil, vive-se uma transição nutricional que consiste na substituição de um padrão alimentar com base no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Por consequência, vem ocorrendo redução da prevalência de desnutrição e aumento do sobrepeso e da obesidade de forma muito acelerada. Pesquisas demonstram que no período de 1974 a 2009, o percentual de adultos com excesso de peso variou, no sexo masculino, de 18,5% para 50,1% e de obesidade de 2,8% para 12,4%; no sexo feminino, o excesso de peso variou de 28,7% para 48,0% e de obesidade de 8,0% para 16,9%. Em crianças de cinco a nove anos de idade, do sexo mas-

culino, o excesso de peso variou de 10,9% para 34,8% e a obesidade de 2,9% para 16,6%; no sexo feminino, o excesso de peso variou de 8,6% para 32,0% e a obesidade de 1,8% para 11,8% (MALTA, 2011). Esses dados atestam que metade dos adultos brasileiros e um terço das crianças de cinco a nove anos apresentam sobrepeso ou obesidade.

A transição nutricional brasileira é profunda e muito acelerada. Ela indica uma situação de saúde futura que tende a aumentar a participação relativa das doenças crônicas na carga de doenças.

## 4.3 A TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA

A transição tecnológica não afeta diretamente a conformação da situação de saúde, mas, por seu crescimento vertiginoso, incide sobre as possibilidades de organizar modelos de atenção à saúde adequados, contribuindo significativamente para a crise.

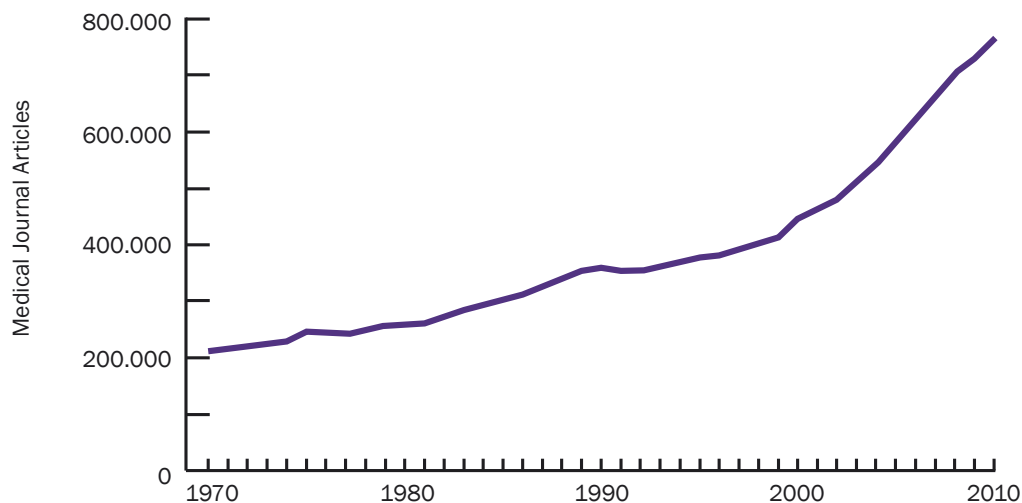
A tecnologia de saúde apresenta muitas singularidades: há importante gap de tempo entre o desenvolvimento das tecnologias médicas e de sua incorporação na prática clínica; parte da tecnologia médica é incorporada sem que haja evidência de sua efetividade; a ética hipocrática, a assimetria de informações e a indução da demanda pela oferta tendem a levar à sobreutilização das tecnologias médicas; a tecnologia médica não é substitutiva, mas acumulativa e, também, não é substitutiva de mão de obra; é difícil obter informação oportuna em razão do grande volume e do crescimento exponencial das tecnologias médicas; é difícil separar as fases de experimentação, de incorporação e de esgotamento das tecnologias médicas; e as tecnologias médicas, especialmente as de alta densidade, exercem enorme fetiche sobre profissionais de saúde e população (MENDES, 2002).

Essas características, além de sua forma de incorporação e uso, conformam o que se tem denominado de paradoxo da tecnologia médica que se expressa em uma contradição: os avanços na ciência e na tecnologia têm melhorado a habilidade dos sistemas de saúde em diagnosticar e tratar as condições de saúde, mas o alto volume das tecnologias desenvolvidas supera a capacidade desses sistemas em aplicá-las de forma regular e racional (SMITH *et al.*, 2013).

A produção científica e tecnológica, no campo biomédico, cresce exponencialmente, tendo sido quadruplicada no período de 1970 a 2010, conforme se vê no Gráfico 4, passando de 200 mil a quase 800 mil artigos publicados por ano.



**Gráfico 4 – Número de artigos publicados em revistas médicas, 1970/2010**



FONTE: SMITH ET AL. (2013).

O grande número de artigos leva a situações como: a produção diária média dos pesquisadores é de 75 ensaios clínicos e de 11 revisões sistemáticas por dia; uma pesquisa mostrou que professores de uma faculdade de medicina conseguem ler, em média, 322 artigos por ano, o que corresponde a 0,1% da literatura médica produzida durante o ano da pesquisa; se um especialista em imagem cardíaca conseguir ler 40 artigos por dia ele gastará 11 anos para estar atualizado em seu campo temático (TENOPIR, 2004; BASTIAN, 2010; FRASER e DUNSTAN, 2010).

O crescimento simultâneo do desenvolvimento, da incorporação e do uso da tecnologia médica conduz ao aumento da complexidade clínica, o que significa que profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de saúde têm crescentemente mais informações a considerar e mais decisões a tomar. Ademais, as decisões a tomar são difíceis em razão de variadas opções de benefícios, riscos e trade-offs e as informações recebidas pelas pessoas usuárias são em geral insuficientes para uma tomada racional de decisões. Como resultado, pesquisas demonstram que apenas metade das pessoas usuárias recebe informações suficientemente claras sobre os benefícios e trade-offs dos tratamentos propostos (SEPUCHA *et al.*, 2010; ZICKMUND-FISHER *et al.*, 2010).

A incorporação de novas tecnologias nem sempre se faz precedida de boas avaliações tecnológicas que se estruturam a partir da medicina com base em evidência e da avaliação econômica dos serviços de saúde (GRAY, 2009). O resultado é a utilização de tecnologias sem base em evidências. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que os americanos recebem, em média, somente 50% dos cuidados agudos, crônicos e preventivos recomendados por pesquisas e diretrizes clínicas com base em evidências (McGLYNN *et al.*, 2003). Além dos problemas da efetividade, esse modo de incorporação e uso de tecnologia médica tem levado a excessos de diagnóstico e de tratamento que causam problemas às pessoas usuárias e pressionam fortemente os custos da atenção à saúde.

Estima-se que as intervenções médicas excessivas possam custar em torno de 400 bilhões de dólares por ano e que possam provocar a morte de 30 mil pessoas a cada ano nos Estados Unidos (BROWN-LEE, 2007; INSTITUTE OF MEDICINE, 2010; WELSH *et al.*, 2011).

## 4.4 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A transição epidemiológica que se fez no mundo desenvolvido e que vem se fazendo, de forma muito acelerada, nos países em desenvolvimento, indica crescimento relativo forte das condições crônicas, especialmente das doenças crônicas.

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

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

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

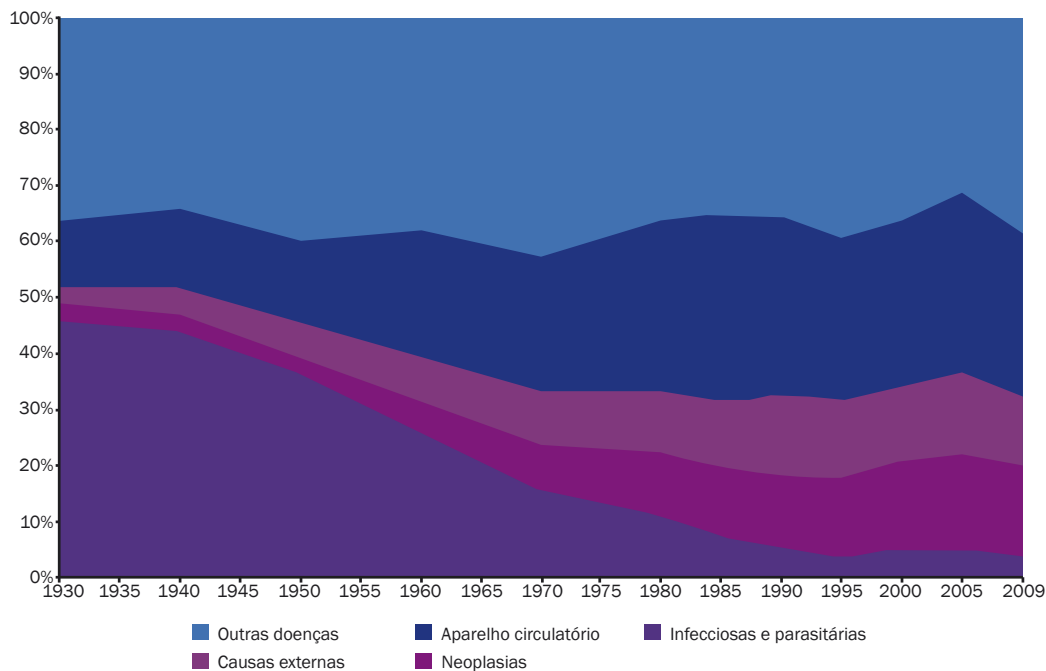
Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil –, define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contra-transições, movimentos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

No Brasil, a transição epidemiológica faz-se de forma singular e muito acelerada.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade proporcional, como se vê no Gráfico 5, indica que, em 1930, nas capitais do país, as doenças infecciosas respon-

diam por 46% das mortes e que este valor decresceu para um valor abaixo de 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930 responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos. O que o gráfico demonstra é que, rapidamente, a participação relativa das condições de saúde modificou-se, indo de um predomínio claro das doenças infecciosas e parasitárias na metade do século passado para o predomínio hegemônico e crescente das doenças crônicas a partir da segunda metade do século passado.

**Gráfico 5 – Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, municípios de capitais, 1930/2009**



FONTE: MALTA (2011).

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças.

A análise da carga de doenças no Brasil (SCHRAMM *et al.*, 2004), medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, exposta na Tabela 1, indica duas situações: de um lado, a situação de tripla carga de doenças e, de outro, o predomínio relativo forte das doenças crônicas.

**Tabela 1 – Carga de doenças em Anos de Vida perdidos Ajustados por Incapacidade (AVAls), Brasil, 1998**

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

FONTE: SCHRAMM ET AL. (2004).

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

Em contrapartida, os dados da Tabela 1 mostram que 66,3% da carga de doença é por doenças crônicas. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e nas causas externas, representam 25% da carga de doença. Contudo, deve-se observar que, se considerando que as causas maternas e perinatais e parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, a participação das condições crônicas na carga de doença, provavelmente, chegará a aproximadamente 80%.

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em razão da produção social de condições crônicas, a partir de prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

## 5. AS RESPOSTAS SOCIAIS ÀS SITUAÇÕES DE SAÚDE: AS FORMAS DE ESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A análise de sistemas comparados, em perspectiva internacional, permite verificar que as respostas sociais às situações de saúde pelos sistemas de saúde podem se apresentar em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Por isso, pode-se falar de duas formas polares de organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados de saúde e os sistemas integrados de saúde ou as redes de atenção à saúde.

## 5.1 OS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE SAÚDE

Os sistemas fragmentados de saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

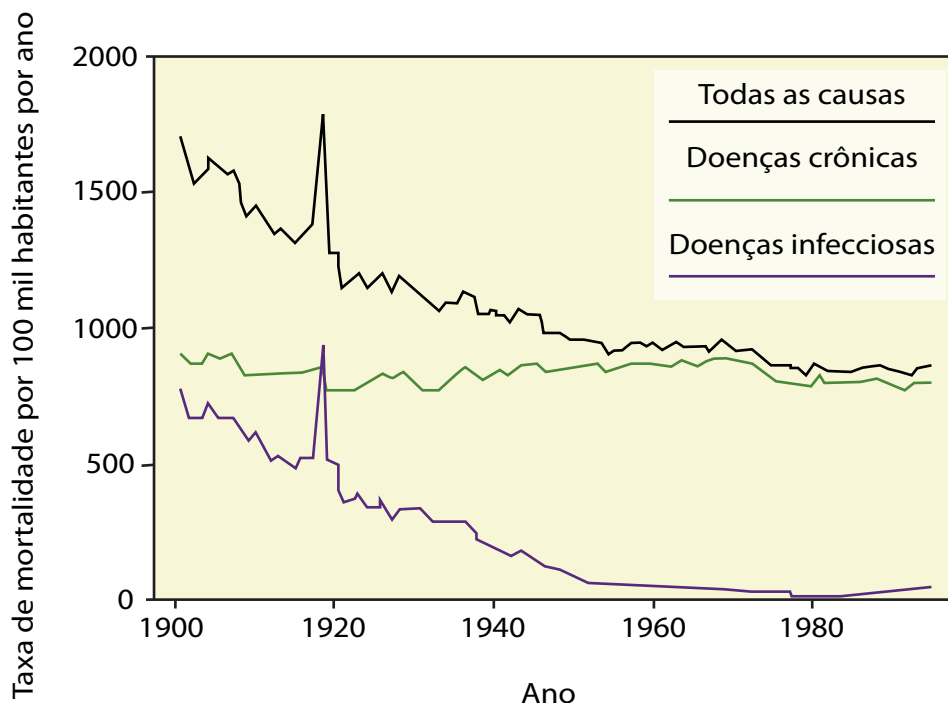
Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigora uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Isso além de desconstruir um lugar de coordenação dos sistemas de saúde, gerando ineficiência e inefetividade.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se por: organização por componentes isolados; organização por níveis hierárquicos; orientação para atenção às condições e aos eventos agudos; orientação para indivíduos; o sujeito é considerado paciente; atuação reativa e episódica; ênfase em ações curativas e reabilitadoras; centralização no cuidado profissional, especialmente dos médicos; operação pela gestão da oferta; e sistemas de pagamento por procedimentos (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de saúde são fortemente hegemônicos no panorama da saúde internacional. Eles constituem as respostas sociais formuladas no século passado, principalmente na sua primeira metade, para o enfrentamento de situações de saúde marcadas pelo predomínio relativo de doenças infecciosas e pelas condições agudas decorrentes das agudizações de condições crônicas e que opera por meio de um modelo de atenção à saúde reativo, episódico e descoordenado.

Os sistemas fragmentados de saúde parecem ter tido sucesso no enfrentamento dessa situação de saúde, tal como se vê no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Taxas de mortalidade por doenças infecciosas, não infecciosas e por todas as causas. Estados Unidos – 1900 a 1996



FONTE: ARMSTRONG ET AL. (1999).

Verifica-se que nos Estados Unidos, no século passado, houve notável redução da mortalidade por todas as causas, mas que essa redução explica-se pela queda da mortalidade das doenças infecciosas. As taxas de mortalidade por doenças não infecciosas permaneceram estáveis.

A razão disso está em que o modelo de atenção praticado pelos sistemas fragmentados – caracterizados por cuidados episódicos, reativos e descoordenados – não dão conta de enfrentar, com sucesso, as condições crônicas que se tornaram fortemente predominantes. O que se observou nos Estados Unidos ocorreu em escala mundial.

Tem razão Bengoa (2008) quando afirma:

O paciente está mudando, o padrão de enfermidades está mudando, as tecnologias mudaram; contudo, o sistema de saúde não está mudando. Existe evidência crescente de que a forma atual de organização, financiamento e prestação de serviços de saúde não é compatível com um controle ótimo das doenças crônicas.

O fracasso da fragmentação da atenção à saúde parece ser uma expressão temática desse tipo de organização no conjunto dos sistemas econômicos e sociais. Há evidências de que a organi-

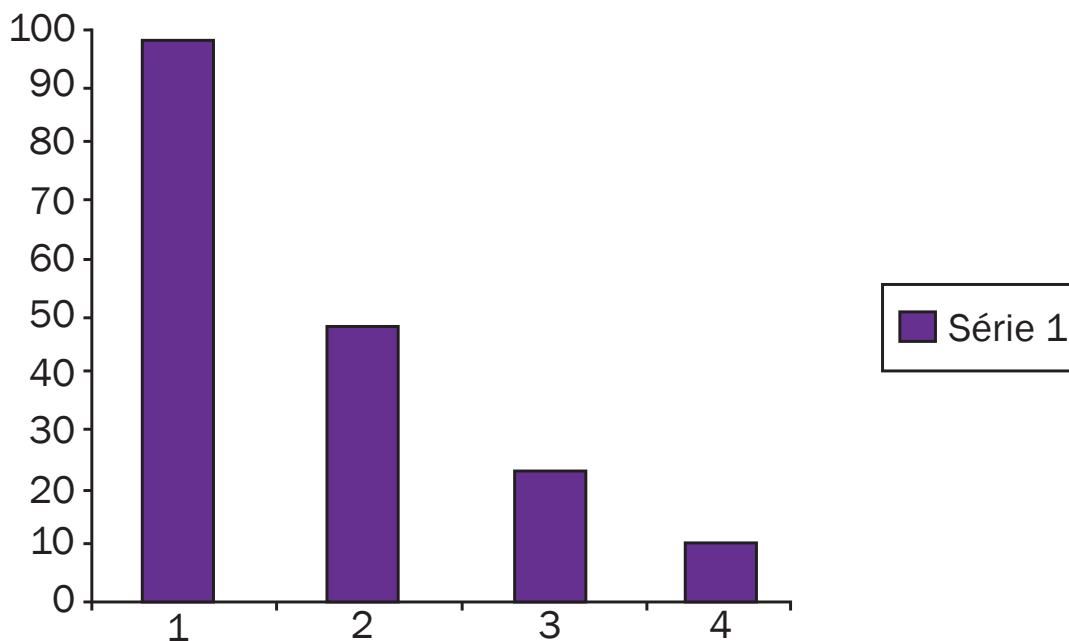
zação em silo, ou seja, um sistema de administração incapaz de operar reciprocamente com outros sistemas com os quais se relaciona, tem sido um fracasso em todos os campos e em todos os países (FRIEDMAN, 2007).

Os resultados de sistemas fragmentados de saúde, em relação ao manejo das condições crônicas, são muito negativos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos. Em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que correspondia a 32% do total (NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2007). Um estudo mostrou que: 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias, 58%, doenças cardiovasculares e 30% a 70%, neuropatias; os portadores de diabetes tiveram cinco vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade; havia 144 mil mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhão de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tinha o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; e um portador de diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR *et al.*, 1996). Um estudo do National Committee for Health Assurance (2006), sobre a atenção ao diabetes pelos planos de saúde americanos, concluiu que, apesar dos altos custos do controle dessa doença, a hemoglobina glicada era usada em menos de 90% das pessoas usuárias para controle glicêmico; que 30% dos portadores de diabetes não são controlados; que menos de 70% dos portadores de diabetes apresentam valores de LDL inferiores a 130mg/dl; e que pouco mais de 50% dos portadores de diabetes realizam o exame oftalmológico anual. Outros programas de controle de condições crônicas norte-americanos apresentaram sérias deficiências. No controle da asma, 48% dos portadores da doença tomaram medicação regularmente e 28% inalaram esteroides; 65% das pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio fizeram uso de estatina e 33% conheceram o resultado de seu último exame de colesterol; uma pesquisa com 16 mil pessoas mostrou que 27% tinham hipertensão, que 15% a 24% tinham a hipertensão controlada, que 27% a 41% não sabiam que tinham hipertensão, que 25% a 32% estavam tratando a hipertensão, mas sem controlá-la, e que 17% a 19% sabiam que eram hipertensos, mas não buscavam tratamento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Esses resultados mostram uma situação ruim e custosa no controle das condições crônicas nos Estados Unidos.

Isso se dá no país que mais gastou recursos financeiros em saúde, em 2009: 17,6% do PIB e um valor *per capita* anual de US \$7.960 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Há nítido contraste entre os recursos investidos em saúde e os resultados produzidos em relação às condições crônicas. Mesmo em países que estruturaram sistemas públicos de cobertura universal, em razão dos modelos de atenção à saúde praticados, os resultados em relação às condições crônicas são bastante insatisfatórios.

Tome-se o exemplo do Reino Unido, ilustrado no Gráfico 7, que retrata a lei da atenção às doenças crônicas e que pode ser denominada da segunda lei de Julian Tudor Hart porque já formulara, anteriormente, a Lei da Atenção Inversa.

**Gráfico 7 – A regra da metade na atenção às doenças crônicas**



LEGENDA:

1: CASOS TOTAIS ESPERADOS

2: CASOS DIAGNOSTICADOS

3: CASOS DIAGNOSTICADOS COMPENSADOS

4: CASOS DIAGNOSTICADOS E COMPENSADOS E COM ATENÇÃO PROMOCIONAL E PREVENTIVA

FONTE: HART (1992).

A lei da metade nos indica que de 100 casos epidemiologicamente esperados de uma doença crônica, apenas metade (50) está com diagnóstico; dos 50 casos diagnosticados, apenas metade (25) está compensada; e dos 25 casos compensados, apenas metade (12,5) está utilizando regularmente serviços efetivos de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas. Ou seja, em 100 pessoas portadoras de doença crônica, apenas 12 ou 13 estão recebendo atenção efetiva e de qualidade.

Não é diferente no Brasil. A partir das experiências internacionais e nacional, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, episódico, reativo, fragmentado e voltado prioritariamente para as condições e para os eventos agudos.



Os resultados do controle do diabetes não são bons no Brasil. Um levantamento realizado pela Unifesp/Fiocruz realizou exames de hemoglobina glicada em 6.671 portadores de diabetes, na faixa etária de 18 a 98 anos, de 22 centros clínicos localizados em 10 cidades. Os resultados mostraram que apenas 10% dos 679 portadores do tipo 1 da doença estavam controlados e que somente 27% dos 5.692 pacientes com o tipo 2 da doença mantiveram os índices glicêmicos normalizados; 45% das pessoas com diabetes tinham sinais de retinopatia, 44% apresentaram neuropatia e 16% apresentavam alteração da função renal (DOMINGUEZ, 2007).

Não parecem ser melhores os resultados do sistema privado brasileiro de saúde suplementar. É o que se deduz de um caso-tipo do Sr. Sedentário, apresentado em livro editado por operadora privada de plano de saúde, como elemento consistente com a atenção prestada por essa operadora. Esse senhor aos 40 anos era obeso e tinha história familiar de diabetes. Aos 50 anos, teve diagnóstico de diabetes tipo 2, com níveis glicêmicos não controlados. Aos 60 anos, apresentou insuficiência coronariana e fez uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Não fez reabilitação cardiovascular e manteve acompanhamento irregular e hábitos de vida inadequados. Aos 65 anos, apresentou insuficiência renal crônica, com indicação de hemodiálise, um diagnóstico tardio, feito em hospital. Aos 70 anos, teve úlcera no pé que evoluiu para amputação do membro. Aos 75 anos, sofreu um acidente vascular encefálico extenso e ficou hemiplégico e afásico, o que levou a internações hospitalares frequentes. Pouco depois, foi internado no Centro de Terapia Intensiva e faleceu (CHAVES *et al.*, 2010).

O fracasso das respostas sociais às condições crônicas por um sistema reativo, episódico e fragmentado é, portanto, universal e deve ser enfrentado por mudanças profundas. É o que se propõe em um clássico livro editado pelo Institute of Medicine (2001) sobre o abismo da qualidade da saúde nos Estados Unidos: “O sistema de saúde atual não funciona. Fazer mais do mesmo não adiantará. Mudar o sistema sim”.

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

## 5.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, como formas de respostas sociais a situações de saúde com predomínio de condições crônicas, têm levado à proposição de formas alternativas de organização sanitária, aos sistemas integrados de saúde ou às redes de atenção à saúde.

A implantação de redes de atenção à saúde propiciará um formato organizacional que permita a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integra-

da, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas. Isso ocorre porque a concepção de redes de atenção à saúde acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas.

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

Dessa definição emergem os atributos básicos das redes de atenção à saúde: 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; seu modelo de governança é baseado na cooperação e na interdependência; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde, 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 buscam gerar valor para a sua população.

As redes de atenção à saúde diferem dos sistemas fragmentados de saúde porque apresentam as seguintes características: organizam-se por um contínuo de atenção; organizam-se por uma rede poliárquica; orientam-se equilibradamente para a atenção às condições e aos eventos agudos e às condições crônicas; voltam-se para uma população a elas adscrita; o sujeito deixa de ser paciente para transformar-se em agente protagonista de sua saúde; o cuidado é proativo da parte do sistema de saúde, das equipes profissionais e das pessoas usuárias; o cuidado é integral; o cuidado é ancorado em equipes interdisciplinares; a gestão é feita com base populacional, a partir das necessidades e das preferências das pessoas vinculadas às redes; e o financiamento faz-se por orçamento global, captação ajustada e/ou atendimento a um ciclo completo de uma condição de saúde (MENDES, 2011).

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

Nas redes de atenção à saúde, 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, nessas redes

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

Uma extensa revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde, abrangendo centenas de trabalhos realizados no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina, mostrou evidências de que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de saúde (MENDES, 2007).

No Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, recentemente, por meio de dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 (GOVERNO FEDERAL, 2011).

## 5.3 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde 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).

### 5.3.1 A população das redes de atenção à saúde

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

As redes de atenção à saúde, nos sistemas públicos, podem organizar suas populações em territórios sanitários. Mas há experiências de sistemas públicos de cobertura universal que prescindem da territorialização, em nome de competição entre profissionais de saúde na organização de suas listas de pessoas usuárias. Nesses casos, há possibilidade de livre escolha dos profissionais de saúde pelas pessoas usuárias. Nos sistemas privados, deve haver uma base populacional, mas, em geral, ela não está organizada por territórios sanitários.

Na normativa do SUS, a população deve ser organizada por regiões de saúde que conformam diferentes territórios sanitários: o território área de abrangência a uma equipe de atenção primária à saúde, o território municipal, o território regional ou microrregional, o território macrorregional e o

território estadual. Esses diferentes espaços de territorialização, construídos a partir da vinculação de uma população a uma equipe de atenção primária à saúde, demarcam as possibilidades de estruturar redes de atenção à saúde segundo os critérios de economias de escala e escopo, disponibilidade de recursos e garantia de acesso (MENDES, 2011).

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde, no sistema público brasileiro, vive em territórios sanitários singulares, idealmente organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde 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 redes de atenção à saúde, cabe à atenção primária a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares.

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

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

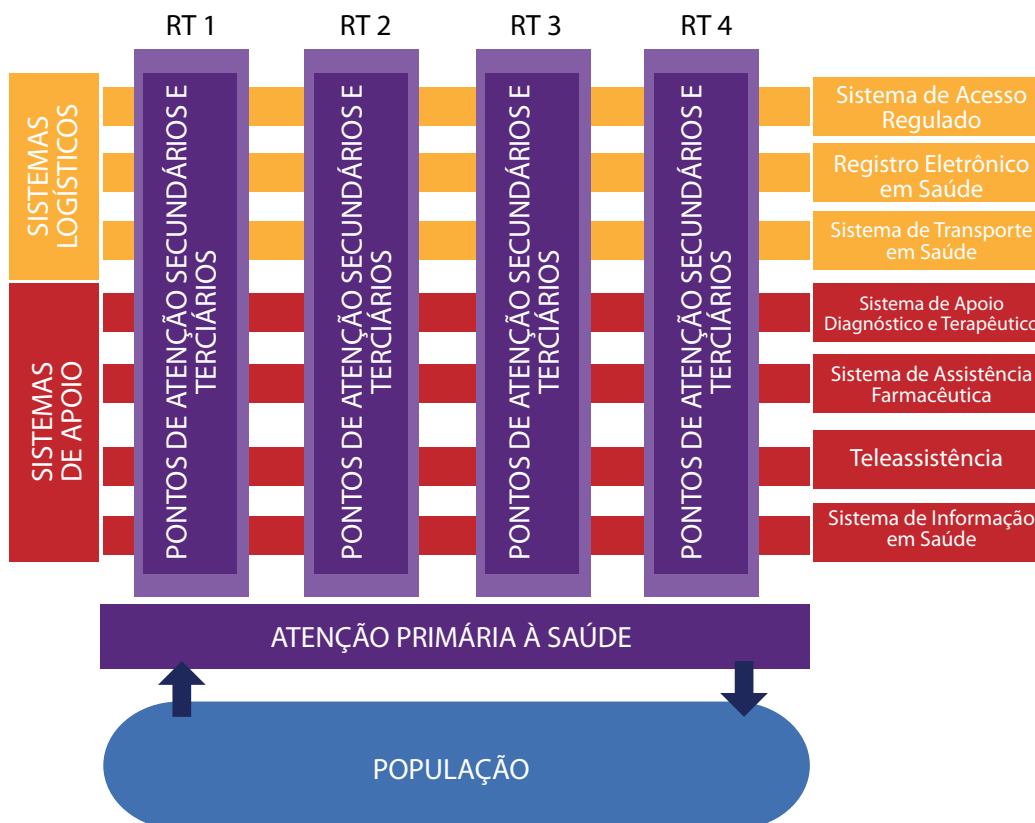
### 5.3.2 A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

O segundo elemento constitutivo das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é a 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 onde 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 redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; 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. É o que se mostra na Figura 1.

**Figura 1 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



RT1...RTN: REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE  
 FONTE: MENDES (2011).

A observação detalhada da Figura 1 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 oncológicas e outras. As redes de atenção à saúde estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um

ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg (2007): “O valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença”.

Contudo, essa proposta de estruturação por meio de redes temáticas nada tem a ver com a concepção, vigente no passado, dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, o programa vertical de tuberculose tinha um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose e um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente, em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos (CRUZ *et al.*, 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN, 2004). Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a atenção primária à saúde (FRENK, 2006; OOMS *et al.*, 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas parece ser por meio das redes de atenção à saúde.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas redes de atenção à saúde manifesta-se, em parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes dessas redes, como se vê na Figura 1, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

### 5.3.3 Os modelos de atenção à saúde

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demo-

gráfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

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

Os eventos agudos são manifestações mais ou menos exuberantes, de ordem objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, em certas circunstâncias, podem se manifestar sob a forma de eventos agudos: as agudizações das condições crônicas; e algumas condições gerais e inespecíficas podem se manifestar agudamente.

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

Os objetivos de um modelo de atenção às condições agudas são prevenir a ocorrência de eventos agudos e de identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Assim, os modelos de atenção aos eventos agudos devem ser organizados por níveis de atenção (MENDES, 2013). No nível 1, dão-se ações de promoção da saúde estruturadas intersetorialmente e que, segundo o modelo de determinação social da saúde (DAHLGREN e WHITEHEAD, 1991), destinam-se aos fatores de risco distais. Como exemplo, pode-se indicar a política de visão zero sobre acidentes de trânsito na Suécia (WILES, 2007). No nível 2, incorporam-se as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Inscrevem-se, neste nível, ações sobre uso excessivo de álcool e outras drogas que devem ser aplicadas nos âmbitos macro, meso e micro. Os programas de controle do álcool em motoristas que estão dirigindo são um exemplo. Nos níveis 3, 4 e 5, dão-se ações do campo da clínica que se prestam, conforme a gestão da clínica com a aplicação das tecnologias de gestão das condições de saúde e gestão de caso. Na gestão das condições de saúde, inicia-se com a classificação de risco e, depois, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico, segundo uma estratificação de riscos.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos, na perspectiva das redes de atenção à saúde, implica a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.



Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa (MARQUES *et al.*, 2010). No Brasil, tem sido usado, crescentemente, o Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES *et al.*, 2010).

A classificação de risco é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em razão dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

Os modelos de atenção aos eventos agudos, conforme se viu anteriormente, podem operar com efetividade quando aplicados às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas. Por essa razão, a superação dessa crise implica a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas.

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos, em que a variável-chave não é o tempo-resposta em razão dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto central da crise que se analisa.

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde, está relacionada às condições crônicas. A razão é que, conforme assinala Ham (2007), a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido de privilegiar a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.



## 6. A SUPERAÇÃO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A IMPLANTAÇÃO DE NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde tem saídas claras, ainda que complexas e difíceis. A solução está em aplicar modelos de atenção às condições crônicas que tenham evidências de que são efetivos e eficientes.

Há, na literatura internacional, proposições de diferentes modelos de atenção crônica, sendo justo reconhecer que há um modelo seminal, o Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998).

Os modelos de atenção às condições crônicas têm sido desenvolvidos, aplicados e avaliados em diferentes países e situações. Entre eles, merecem ser mencionados: o Modelo dos Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), o Modelo de Atenção Crônica Expandido utilizado no Canadá (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008), o Modelo de Atenção à Saúde e de Assistência Social utilizado no Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005), o Modelo da Continuidade da Atenção utilizado na Austrália (WALKER e HASLETT, 2001) e o Modelo do Curso da Vida utilizado na Nova Zelândia (MINISTRY OF HEALTH, 2005). Nos Estados Unidos, têm sido utilizados alguns modelos como o Modelo da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente (PORTER e KELLOGG, 2008), o Modelo Evercare (UNITED HEALTHCARE, 2007), o Modelo Pfizer (SINGH e HAM, 2006), o Modelo PACE (NADASH, 2004), o Modelo da Saúde Pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003) e o Modelo dos Veteranos de Guerra (MICHAELS e McCABE, 2005).

Vão se considerar, neste trabalho, com mais detalhes, dois modelos: o Modelo de Atenção Crônica e o Modelo da Pirâmide de Riscos para, a partir deles e do Modelo de Determinação Social da Saúde, construir uma proposição de modelo de atenção às condições crônicas para o SUS que seja coerente com um sistema público universal.

### 6.1 O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA (CCM)

O Modelo da Atenção Crônica, tradução literal de Chronic Care Model (CCM), constitui o modelo mais fundamentado e que deu origem a diversos outros.

#### 6.1.1 O histórico do CCM

O CCM foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado em projeto piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e,

em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado Improving Chronic Illness Care. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

Apesar da ampla difusão do CCM, é bom estar atento à advertência de um de seus principais criadores: “o modelo de atenção crônica não é uma panaceia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo” (WAGNER, 1998). É por essa razão que o modelo funciona, uma vez que constitui solução complexa e sistêmica para um problema difícil como o da atenção às condições crônicas.

## 6.1.2 A descrição do CCM

O CCM foi originariamente representado como se vê na Figura 2.

**Figura 2 – O Modelo de Atenção Crônica**



FONTE: WAGNER (1998).

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Para se obter bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem se promover mudanças nos sistemas de saúde que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

A descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do modelo.

## **AS MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Essas mudanças objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de:

- melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes seniores;
- introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas;
- fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde;
- provisão de incentivos com base na qualidade da atenção à saúde;
- desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e por meio das organizações.

## **AS MUDANÇAS NO DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Essas mudanças objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde;
- introdução de novas formas de encontros clínicos que vão além da atenção presencial face a face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção a distância;
- busca do equilíbrio entre atenção à demanda não programada e atenção programada;
- uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde com base em evidência;
- provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;

- provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

## **AS MUDANÇAS NO SUPORTE ÀS DECISÕES**

Essas mudanças objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- introdução de diretrizes clínicas com base em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde;
- compartilhamento das diretrizes clínicas com base em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde; uso de ferramentas de educação permanente e de educação em saúde de comprovada efetividade;
- integração da atenção primária à saúde com a atenção especializada.

## **AS MUDANÇAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA**

Essas mudanças objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de:

- utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados;
- provisão de alertas, de lembretes e de feedbacks oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias;
- identificação de subpopulações relevantes, em razão de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada;
- elaboração de plano de cuidado individual para cada pessoa usuária;
- compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde;
- monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

## **AS MUDANÇAS NO AUTOCUIDADO APOIADO**

Essas mudanças objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

- ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;
- uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento;
- organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

### 6.1.3 A avaliação do CCM

Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente.

O estudo avaliativo clássico do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia (RAND HEALTH, 2008), e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o CCM e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas. Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde. Mais de uma dezena e meia de artigos foram publicados sobre essa avaliação, mas os principais resultados foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos seis elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações.

Vários outros trabalhos de avaliação do CCM estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo, parte deles publicada por autores que participaram ativamente de sua concepção (GLASGOW *et al.*, 2005). Há vários estudos avaliativos do CCM utilizando ensaios clínicos randomizados (BATTERSBY *et al.*, 2005). Outros estudos avaliativos voltaram-se para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas (NUTTING *et al.*, 2007). Outros trabalhos analisaram condições crônicas particulares e outras avaliações trataram de aspectos organizacionais relativos à atenção às condições crônicas (SCHIMITTDIEL *et al.*, 2006). Há outros estudos que se fixaram na avaliação econômica da atenção crônica, especialmente estudos de custo-efetividade (GILMER *et al.*, 2006). Por fim, elaboraram-se trabalhos de avaliação da satisfação das pessoas usuárias (VANDERBILT MEDICAL CENTER, 2002). O CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos porque eles se potenciam uns aos outros (HAM, 2007).

## 6.2 O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS (MPR)

O modelo da pirâmide de riscos é conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial.

O MPR transcendeu a organização que o criou e tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido. A aplicação desse

modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, em experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde (HAM, 2006).

## 6.2.1 Os modelos de base do MPR

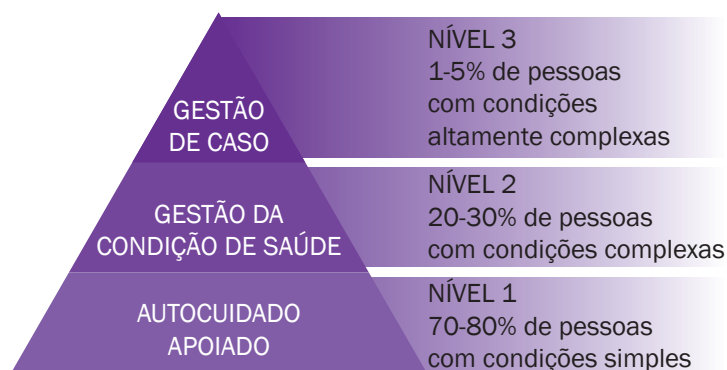
O MPR está em consonância com os achados de Leutz (1999). Para este autor, as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (BROCK, 2005).

## 6.2.2 A descrição do MPR

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. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão 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 3.

**Figura 3 – O Modelo da Pirâmide de Riscos**



FONTE: PORTER E KELLOGG (2008).

A Figura 3 mostra que uma população portadora de condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

O MPR evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais (FIREMAN *et al.*, 2005). O foco foi, inicialmente, na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas (nível 3), à semelhança de outros modelos, o modelo Evercare e o modelo Pfizer, mas evoluiu para incorporar a população inteira de portadores de determinada condição crônica e atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

O MPR sofreu influência do CCM, mas apresenta algumas singularidades: a integração do sistema de atenção à saúde; a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica; os esforços em ações promocionais e preventivas; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias; o fortalecimento da atenção primária à saúde; a completa integração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada; e a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias são consideradas autoprestadoras de cuidados; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção dá-se pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; as pessoas usuárias são consideradas membros da equipe de atenção primária à saúde; a atenção primária à saúde é fundamental, mas seus limites com a atenção secundária devem ser superados; o uso intensivo de cuidado por internet (e-cuidado); e o uso não programado dos cuidados especializados e das internações hospitalares é considerado uma falha sistêmica, portanto, um evento-sentinela.

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas com base em evidências que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes

e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados (SINGH, 2005).

O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 9.

No nível 1, está uma subpopulação com condição crônica simples e bem controlada e que apresenta baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm 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 equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por equipe de atenção primária à saúde com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, alto uso de recursos de atenção à saúde.

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

Os níveis de complexidade definem composições relativas entre os cuidados da atenção primária à saúde 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 atenção primária à saúde, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidado profissional. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da atenção primária à saúde. No nível 3, há presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

Essa lógica de organização tem forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da atenção primária à saúde que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofertem, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem, comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente e sem evidências de que a atenção especializada lhes agregue valor.



## 6.2.3 A importância da estratificação de riscos nos modelos de atenção às condições crônicas

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção às condições crônicas porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo estratificação de riscos. Sua lógica se apoia em manejo diferenciado, pela atenção primária à saúde, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão com base na 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 uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, nas diretrizes clínicas com base em evidências, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na atenção primária à saúde, enquanto os portadores de condições de alto e muito altos riscos têm presença mais significativa de atenção profissional, com concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com coparticipação da atenção primária e especializada.

Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos, produzindo, por consequência, atenção inefetiva e ineficiente.

A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da atenção primária à saúde que expressa o seu papel, nas redes de atenção à saúde, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode se limitar a cada indivíduo. Há de ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco socio-sanitário e ter registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, à essência das redes de atenção à saúde e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou comorbidades) e o grau de

confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhadas pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autocapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

## 6.2.4 As evidências da aplicação do MPR

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais (PARKER, 2006; PORTER, 2007).

Os resultados da aplicação do MPR puderam ser vistos quando se compararam dados da Kaiser Permanente (KP) com a média nacional dos Estados Unidos. A população fumante da KP, em termos proporcionais, é a metade da população americana. As internações hospitalares são quase a metade na clientela da KP em relação à média americana. A KP tem índices de cobertura muito favoráveis, em geral superiores à média americana, em: rastreamento do câncer de mama, 79%; rastreamento de clamídia, 64%; rastreamento de câncer colorretal, 51%; rastreamento de câncer de colo de útero, 77%; imunização de crianças, 86%; controle da pressão arterial variou de 33% em 2001 para 76% em 2006; controle da hemoglobina glicada, 89%; controle de colesterol, 94%; e controle oftalmológico do diabetes, 81%. As consultas de emergência caíram, no período de 1996 a 2006, em 18% para doenças coronarianas, 24% para diabetes e 17% para insuficiência cardíaca; 93% dos portadores de asma recebem tratamento adequado; 85% das pessoas que apresentaram infarto agudo do miocárdio mantiveram regularmente a medicação com base em betabloqueadores, o que reduziu em 30% o risco de um novo infarto em relação à média nacional. A mortalidade por doenças cardíacas na população KP caiu 21% entre 1996 e 2005 e foi inferior à média americana. A mortalidade por HIV/Aids foi inferior a 1% por ano e 91% das gestantes fizeram teste para detecção de HIV/Aids (PORTER, 2007; KELLOGG, 2007; PORTER e KELLOGG, 2008).

Uma comparação internacional entre o sistema integrado de saúde da KP, em que se originou o MPR, e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido mostrou que: os custos dos dois sistemas são próximos; as pessoas usuárias da KP têm acesso a uma carteira de serviços mais extensa; têm aces-

so mais rápido a especialistas e a hospitais; o sistema inglês usa muito mais leitos-dia que a KP; o tempo de permanência média nos hospitais varia com a idade no NHS, mas não no sistema da KP; a KP tem maior grau de integração; e a KP utiliza muito mais tecnologias de informação (FEACHAM *et al.*, 2002). Outro estudo, comparando as mesmas duas organizações, constatou que as internações hospitalares, pelas 11 causas mais frequentes, foram três vezes maiores no NHS que na KP (HAM *et al.*, 2003).

Outro trabalho de comparação do sistema público de atenção à saúde da Dinamarca com o sistema da KP verificou que: o sistema da KP diagnostica mais portadores de condições crônicas; a KP opera com médicos e equipes de saúde menores, 131 médicos por 100 mil beneficiários na KP contra 311 médicos por 100 mil beneficiários no sistema dinamarquês; a KP opera com taxas de permanência hospitalar em eventos agudos de 3,9 dias contra 6,0 dias no sistema dinamarquês; as taxas de permanência para derrame cerebral são de 4,2 dias na KP contra 23 dias no sistema dinamarquês; 93% dos portadores de diabetes da KP fazem o exame de retina anual contra 46% no sistema da Dinamarca; e o gasto *per capita* na KP, em dólares ajustados pelo poder de compra, é de 1.951 dólares na KP contra 1.845 dólares no sistema dinamarquês (FROLICH *et al.*, 2008).

## 6.3 UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

### 6.3.1 As razões para um modelo de atenção às condições crônicas para o sistema público de saúde brasileiro

Não há dúvida de que o CCM tem sido utilizado com sucesso em vários países. Por que, então, não aplicá-lo em sua forma pura no nosso país?

Há várias razões para o desenvolvimento de um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS.

Este modelo, denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2011), baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega, àquele modelo seminal, outros elementos para ajustá-lo às singularidades do SUS. A razão é que o CCM foi concebido em um ambiente dos sistemas de saúde dos Estados Unidos fortemente marcados pelos valores que caracterizam a sociedade americana, entre eles o autointeresse e a competitividade, e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais como o nosso. A base do MACC é o CCM, mas este modelo de origem foi expandido com a incorporação de outros dois modelos – o MPR e o Modelo da Determinação Social da Saúde –, para se adaptar às exigências de um sistema de saúde público e universal como o SUS.

O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou a incorporação, pelo MACC, do MPR.

Além disso, o SUS deve operar com perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso levou à incorporação, no MACC, do Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, à semelhança do modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas da Organização Mundial da Saúde, do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido e do modelo de atenção crônica expandido de British Columbia, Canadá, o MACC é um modelo que se expandiu para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde.

### 6.3.2 O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

A determinação social da saúde está alicerçada em fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas (MARMOR, 2006).

Há, na literatura, diferentes propostas de modelos de determinação social da saúde: Modelo de Evans e Stoddart, Modelo de Brunner e Marmot, Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead, Modelo de Starfield, Modelo de Graham e Modelo de Solar e Irwin (VIACAVA *et al.*, 2011). Apesar da existência desses modelos que buscam explicar com mais detalhes as relações e as mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde, como se vê na Figura 4.

Figura 4 – O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead



FONTE: DAHLGREN E WHITEHEAD (1991).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal em que se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Como se pode ver na Figura 4, os indivíduos estão no centro do modelo, a camada 1 dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 2, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, uma vez que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 3 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas (SAPAG e KAWASHI, 2007).

Na camada 4, estão representados os determinantes intermediários, que são os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais.

Finalmente, na camada 5, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde.

A análise do Modelo da Determinação Social da Saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

Os fatores macro da camada 5, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem a fim de reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade

social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças.

Os determinantes sociais da camada 2, os determinantes proximais, tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido, estresse e outros).

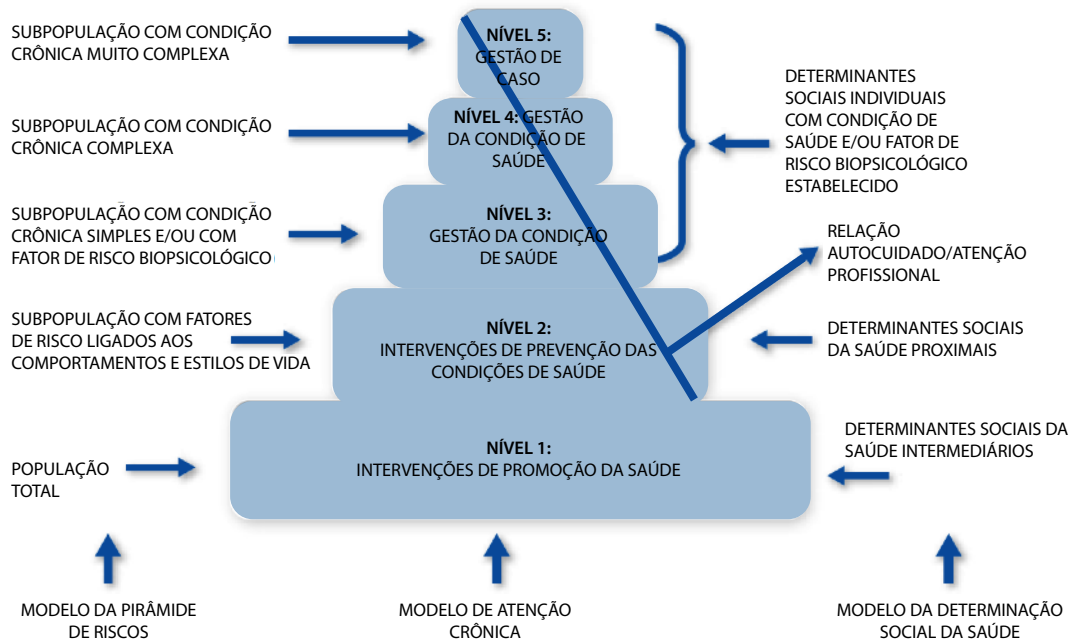
Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

### 6.3.3 A descrição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O MACC está representado, graficamente, na Figura 5.



**Figura 5 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas**



FONTES: MENDES (2011).

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais.

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



do risco; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto risco; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 5 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em razão dos determinantes sociais da saúde.

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

O meio da Figura 5 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

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

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças porque se pode prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

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

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

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções

sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual, de risco intermediário e de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 5 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixos ou médios riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da atenção primária à saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e neste nível é que se necessita de atenção cooperativa dos generalistas da atenção primária à saúde e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que parte pequena de uma população, em razão da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de saúde (BERK e MONHEINT, 1992). Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>1</sup>

ARMSTRONG, G. L. Trends in infectious diseases mortality in the United States during the 20th century. *JAMA*, n. 281, p. 61-66, 1999.

ATUN, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network, 2004.

---

<sup>1</sup> FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.

BARKER, D. J. P. *et al.* Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. **British Medical Journal**, n. 323, p. 273-1276, 2001.

BARR, C. E. *et al.* Disease state considerations. In: TODD, W. E. e NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

BASTIAN, H. *et al.* Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? **PLoS Medicine**, n. 7, e1000326, 2010.

BATTERSBY, M. W. *et al.* Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. **British Medical Journal**, n. 330, p. 662-665, 2005.

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

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG (Texto para Discussão n. 318), 2007.

BROCK, C. **Self care: a real choice**. 2005. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/SelfCare>>.

BROWNLEE, S. **Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer**. New York: Bloomsbury USA, 2007.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action**. Atlanta: Department of Health and Human Services, 2003.

CHAVES, S. R. *et al.* Modelo de implantação e operação do modelo cuidador da Unimed Federação Minas em núcleos de atenção à saúde. In: CAMPOS, E. F. *et al.* **Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2010.

COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGUA, R. e NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas – una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier España, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: WHO (Discussion paper), 2007.

CRUZ, V. K. O. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. **Journal of International Development**, n. 15, p. 67-86, 2003.

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

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration.** Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005.

DOMINGUEZ, B. C. Controle ainda é baixo no Brasil. **RADIS**, n. 59, p. 11, 2007.

EDWARDS, N. *et al.* Changing hospital systems. In: SALTMAN, R. B. *et al.* (Editors). **Critical challenges for health care reform in Europe.** Buckingham: Open University Press, 1998.

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

FIREMAN, B. *et al.* Can disease management reduce health care costs by improving quality? **Health Affairs**, n. 23, p. 63-75, 2004.

FRASER, A. G. e DUNSTAN, F. D. On the impossibility of being expert. **British Medical Journal**, n. 341, p. c6815, 2010.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n. 111, p. 458-496, 1991.

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

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

GILMER, T. P. *et al.* Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. **Diabetes Care**, n. 29, p. 1242-1248, 2006.

GLASGOW, R. E. *et al.* Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). **Med. Care**, n. 43, p. 436-444, 2005.

GOBIERNO VASCO. **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi.** Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA. **British Columbia expanded chronic care model**, 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov.bc.ca>>.

GOVERNO FEDERAL. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011.

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

HAM, C. **Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser.** Birmingham: Health Services Management Centre, 2006.

\_\_\_\_\_. **Evaluations and impact of disease management programmes.** Bonn: Conference of Bonn, 2007.

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

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

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: revisão de 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The Chronic Care Model**. Disponível em: <<http://www.improving-chroniccare.org>>. Acesso em: set. 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: The National Academies Press, 2001.

\_\_\_\_\_. **State of USA health indicators**: letter report. Washington: The National Academies Press, 2008.

\_\_\_\_\_. **Value in health care**: accounting for cost, quality, safety, outcomes and innovation. Workshop summary. Washington: The National Academies Press, 2010.

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.

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

LORIG, K. *et al.* **Living a healthy life with chronic condition**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Third Edition, Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Brasília: SVS/Ministério da Saúde, 2011.

MARMOR, M. Health in an unequal world. **Lancet**, n. 368, p. 2081-2094, 2006.

MARQUES, A. J. S. *et al.* Rede de urgência e emergência. In: MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. L. (Organizadores). **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

McGLYNN, E. A. *et al.* The quality of health care delivered to adults in the United States. **New England Journal of Medicine**, n. 348, p. 2635-2645, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. 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.

- \_\_\_\_\_. **O modelo de atenção aos eventos agudos**. Belo Horizonte, 2013. (mimeo.)
- MICHAELS, F. H. e McCABE, S. Managing chronic conditions for elderly adults: the VNS choice model. **Health Care Financ. Rev.**, n. 27, p. 33-45, 2005.
- MILLS, A. Vertical VS horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. **Social Sciences & Medicine**, n. 17, p. 1971-1981, 1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: SVS/SAS/SE/Inca/ANS/MS, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.
- \_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2013.
- MINISTRY OF HEALTH. **Value for money in the health system**. Wellington: Ministry of Health, 2005.
- NADASH, P. Two models of managed long-term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. **Gerontologist**, n. 44, p. 644-654, 2004.
- NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. **The state of health quality**. Washington: NCQA, 2006.
- NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. **National Diabetes Statistics**. 2007. Disponível em: <<http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>>. Acesso em: mar. 2009.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem. Fund.**, n. 49, p. 509-583, 1971.
- OOMS, G. *et al.* The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? **Globalization and Health**, n. 4, p. 6, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- PARKER, H. **Making the shift: review of NHS experience**. Coventry: Institute for Innovation and Improvement, 2006.
- PORTER, M. **Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente**. Oakland: Kaiser Permanente, 2007.
- PORTER, M. e KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, n. 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.
- ROSEN, R. e HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, ISS. 2, article 2, 2009.
- SANTOS-PRECIADO, J. I. *et al.* La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. **Salud Pública de México**, n. 45, p. 140-152, 2003.



- SAPAG, J. C. e KAWASHI, I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. **Rev. Saúde Pública**, n. 41, p. 139-149, 2007.
- SCHMITTDIEL, J. A. *et al.* Effect of primary health care orientation on chronic care management. **Ann. Fam. Med.**, n. 4, p. 117-123, 2006.
- SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 9, p. 897-908, 2004.
- SEPUCHA, K. R. *et al.* How does feeling informed relate to being informed? The decision survey. **Medical Decision Making**, n. 30, p. S77-S84, 2010.
- SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions.** Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005.
- \_\_\_\_\_. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- SINGH, D. e HAM, C. **Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks.** Birmingham: Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.
- SMITH *et al.* **Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America.** Washington: Institute of Medicine, The National Academies Press, 2013.
- TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, p. 975-986, 2006.
- TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. **Population-based health care: definitions and applications.** 2000. Disponível em: <[http://www.thci.org/downloads/topic11\\_00.pdf](http://www.thci.org/downloads/topic11_00.pdf)>.
- UNITED HEALTHCARE. **NHS Modernisation Agency.** 2007. Disponível em: <<http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>>.
- VANDERBILT MEDICAL CENTER. Medical care in driver´s seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI, P. Q. **Curing the system: stories of change in chronic illness care.** Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.
- VIACAVA, F. *et al.* **PROADESS Avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento, relatório final.** Rio de Janeiro: LIS/CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, n. 127, p. 1097-1102, 1997.
- WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, n. 1, p. 2-4, 1998.
- WALKER, B. e HASLETT, T. System dynamics and action research in aged care. **Aust. Health Rev.**, n. 24, p. 183-191, 2001.

WELSH, H. G. *et al.* **Overdiagnosed**: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.

WILES, D. Sweden's road safety vision catches on. **Sweden Yoday**, April 13, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integration of health care delivery**: report of a WHO study group. Geneva: WHO (Technical Report Series n. 861), 1996.

\_\_\_\_\_. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

\_\_\_\_\_. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2003.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics**, 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.

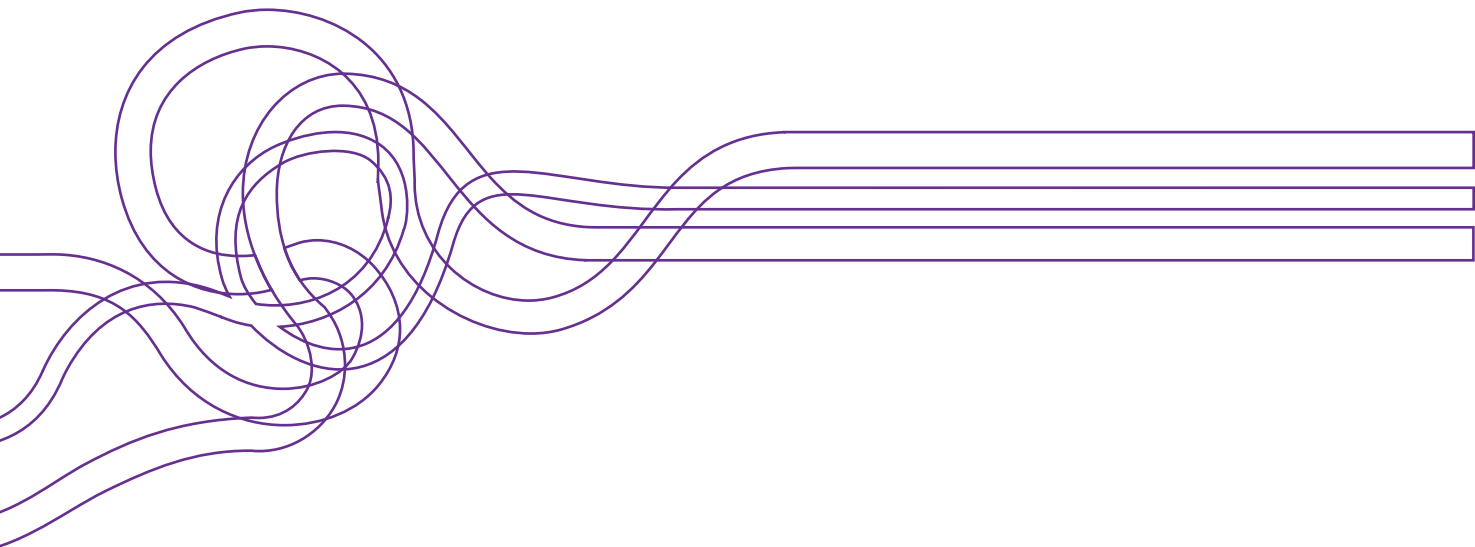
ZIKMUND-FISHER, B. J. *et al.* Deficits and variations in patients' experience with making 9 common medical decisions: The decision survey. **Medical Decision Making**, n. 30, p. S85-S95, 2010.



# 1

## RAFAEL BENGOA

### CONFERÊNCIA DE ABERTURA



## Introdução

Este texto sistematiza a transformação da Saúde no País Basco no período de 2009 a 2013.

O País Basco tem população de 2.230.000 e dispõe de modelo de serviços de saúde do tipo sistema nacional de saúde financiado por impostos (Tipo Beveridge).

No País Basco, iniciou-se complexa transformação do setor da saúde em 2009. As razões para se transformar o setor foram as mais importantes desde as transferências às Comunidades Autônomas (CCAA).

Esse exemplo pode ser de utilidade em outros países que tenham estrutura política descentralizada, na qual as regiões e os municípios disponham de autonomia na gestão da saúde.

A mudança profunda no sistema sanitário é indispensável para ser possível responder adequadamente às novas necessidades de saúde da sociedade de hoje, cada vez mais envelhecida e com maior prevalência de doenças crônicas.<sup>1</sup>

O modelo assistencial que seguimos ofertando é adequado para os episódios agudos de enfermidade, mas é fragmentado, ineficaz e perigoso para as necessidades dos doentes crônicos que precisam de continuidade de cuidados.<sup>2</sup>

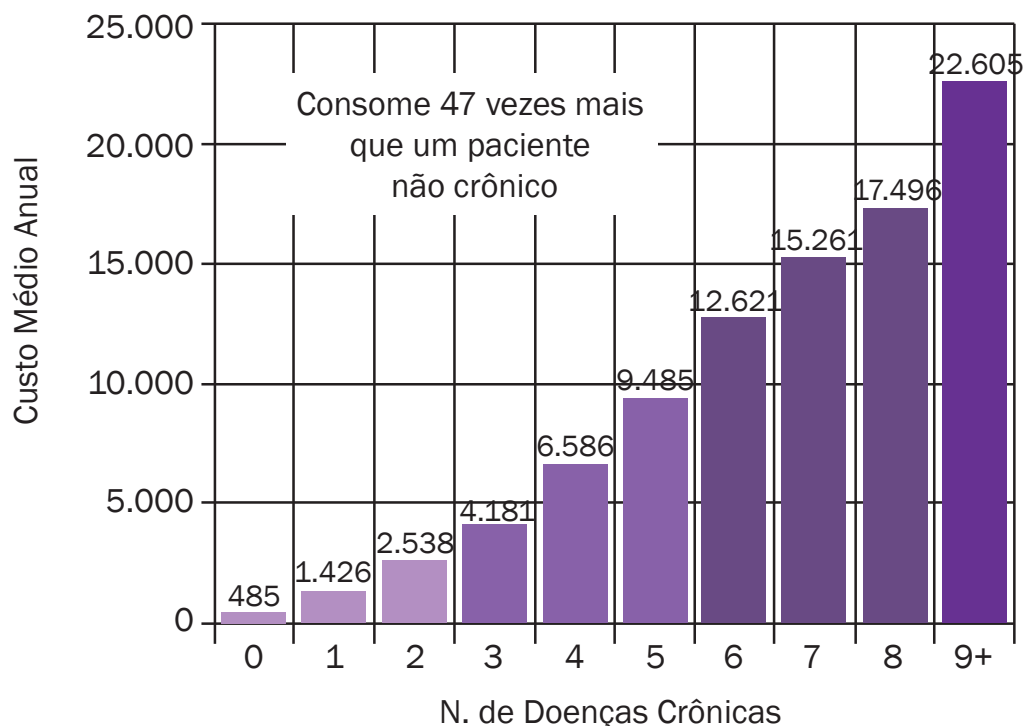
---

1 FONTE: INE.

2 CHRONIC DISEASE MANAGEMENT. EVIDENCE OF PREDICTABLE SAVINGS; J. MEYER AND B. MARKHAM, 2008.

Além disso, seguir atendendo aos pacientes crônicos como se fossem pacientes agudos gera muitas ineficiências, que aprisionam o sistema. Quer dizer, um paciente crônico com mais de nove patologias consome 47 vezes mais que um paciente sem patologia crônica; 84% do custo de internações se devem à internação de pacientes crônicos.<sup>3</sup> Essa situação poderia ser evitada se o modelo de atenção fosse mais proativo, proporcionasse continuidade do cuidado aos pacientes crônicos para mantê-los estabilizados e evitar descompensações que impliquem a sobrecarga dos serviços de urgência e internações não programadas.

### Custo das doenças crônicas para o sistema (em milhões de euros)

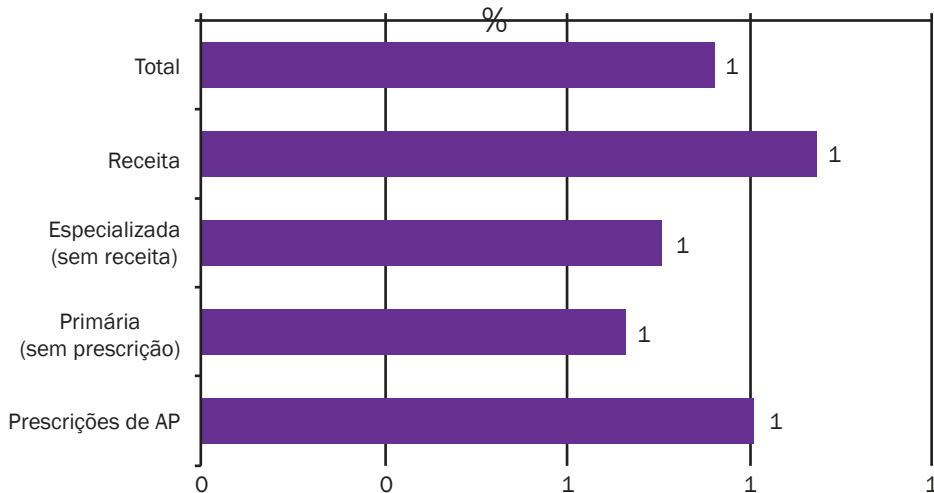


FONTE: BASE ESTRATIFICADA DE DADOS, OSAKIDETZA, 2011.

O que é mais caro não são os pacientes crônicos: é o modelo assistencial fragmentado que oferecemos.

<sup>3</sup> FONTE: BASE ESTRATIFICADA DE DADOS. OSAKIDETZA, 2011.

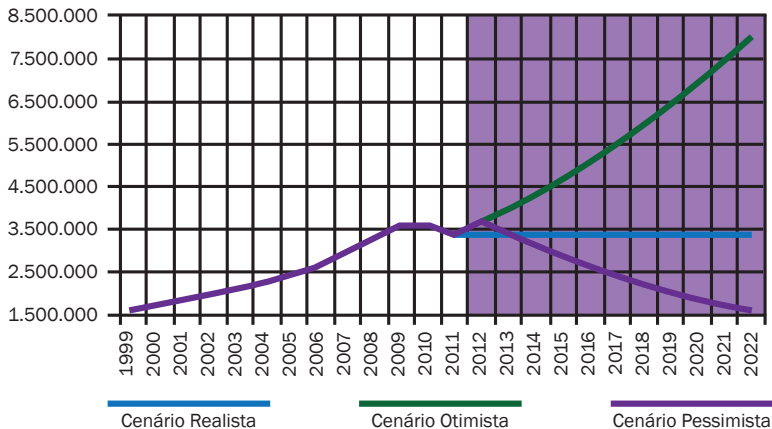
## Proporção do custo total destinado aos pacientes com uma ou mais doenças crônicas



FONTE: BASE ESTRATIFICADA DE DADOS, OSAKIDETZA, 2011.

À realidade da transição demográfica soma-se a situação econômica do País que não pode assumir aumentos de gasto em saúde similares àqueles do ano de 2008, de 10% anuais<sup>4</sup> e que com a nova realidade terá um orçamento que, na melhor das hipóteses, se manterá ou cairá. Assim, terá de “fazer mais com menos”.

### Necessidade de eficiência por contexto econômico – Cenários de previsão da evolução do orçamento da saúde



Os recursos cresceram quando muito 1%.  
Demanda entre 7-10% ao ano.  
A Saúde Pública Basca necessitará fazer mais com o mesmo orçamento.

4 FONTE: DEPARTAMENTO DE SAÚDE E CONSUMO DO GOVERNO BASCO.

**Portanto, o desafio é o seguinte:**

- A demanda assistencial crescerá em 20% nos próximos cinco anos.
- Em contraposição, o orçamento não crescerá nos próximos anos mais que 1%.
- A maior parte da demanda assistencial será causada por doenças crônicas.
- O sistema atual é organizado para enfermidades agudas. Não oferece continuidade de cuidados aos doentes crônicos.
- As melhorias de gestão já não são suficientes. Somente fazer uma boa gestão não transforma o setor para responder a essa demanda nem melhora suficientemente a sua sustentabilidade.

**As possíveis respostas a esse desafio:**

São três as possíveis respostas a esses desafios:

- A.** Política de cortes e cofinanciamento: centrada na aplicação de cortes na prestação de serviços, salários e incorporação de cofinanciamento. Esse modelo busca diminuir o gasto em saúde por meio da redução da carteira de serviços e do financiamento dos serviços pelos próprios pacientes. Ainda que possivelmente economize em alguns gastos, essa forma de agir desloca os recursos para outros gastos. Por exemplo: quando se cortam os recursos para cuidadores sociais e residências, isso significa que os pacientes não poderão receber alta e permanecerão em um leito mais caro (hospitalar). Os serviços sociais e a saúde são vasos comunicantes: quando se muda um, se afeta o outro.

Essa primeira opção tem grande problema: não muda o modelo assistencial. Logo se repetirão os comportamentos tanto de usuários como de profissionais e, conseqüentemente, se voltará a criar déficit.

O que se objetiva com essas ações é que os pacientes não tenham contato com o setor. A consequência dessa linha de trabalho é perder os pacientes no sistema. Quando os pacientes se perdem, a capacidade do Sistema de Saúde de mantê-los compensados baixa vertiginosamente e aumentam as suas descompensações, forçando-se a entrada no sistema pelas urgências e fazendo-se crescer a necessidade de internações de forma importante. O resultado final desse processo é exatamente o contrário do que se esperava: há aumento do custo da atenção, uma vez que os recursos necessários para estabilizar o paciente (urgência e internação) são os mais caros do sistema.

Essa resposta não atenderá à melhoria dos crônicos nem fará o sistema mais sustentável. Por outro lado, desmotivará todos os profissionais do setor.

No âmbito da gestão, a mudança proposta por essa linha de trabalho somente pode ser alcançada por imposição, por decreto e com uma gestão direta de cima para baixo.

- B.** Privatizar a saúde. A segunda opção é privatizar a saúde. É perfeitamente possível organizar a saúde sem intervenção do governo. Porém, ela será simplesmente muito mais injus-

ta e cara. As evidências mundiais assim demonstram.<sup>5</sup> Apesar das evidências disponíveis é provável que algumas Comunidades Autônomas sigam essa direção. Não é a opção eleita pelo País Basco.

Em termos de gestão da mudança, essa linha de trabalho somente se faz por imposição, por decreto e com gestão direta de cima para baixo.

**C. Transformar o modelo rumo à integração e às necessidades do paciente.**

Uma política baseada em conseguir responder às necessidades e aos riscos atuais da população, estando em contato contínuo com ela por meio de medidas presenciais e não presenciais. Esse modelo produz ganhos que resultam da transformação de um modelo fragmentado com múltiplas ineficiências a um modelo integrado e mais eficiente.

O que se deseja é identificar os pacientes mais vulneráveis e com diferentes níveis de risco por meio de sua estratificação e intervir em razão desse risco. A consequência dessa linha de trabalho é manter os pacientes acompanhados. Nesse modelo, deseja-se estar em contato com os pacientes para que assim se possa intervir antes que descompensem, se internem menos e busquem menos as urgências.<sup>6</sup>

No País Basco, decidiu-se, em 2009, adotar essa terceira resposta. Quatro anos mais tarde toda população está estratificada por risco e se iniciaram as intervenções específicas. Os resultados começam a aparecer, confirmando que esse modelo melhora a atenção aos pacientes crônicos e a sustentabilidade do sistema.

No âmbito da gestão da mudança, essa linha de trabalho se consegue por um processo de gestão de lideranças participativas que cria condições para que o nível local seja motor das transformações (ver o microssistema abaixo e o artigo “Empantanados”, Revista Risai, 2008).

## A aposta do País Basco: um sistema de saúde diferente

O objetivo último do novo modelo de saúde basco é melhorar a saúde e a qualidade de vida de pacientes e cidadãos bascos, respondendo às mudanças nas necessidades de saúde da população mais envelhecida e com elevada incidência de doenças crônicas e garantindo a sustentabilidade do sistema sanitário público em longo prazo.

O novo modelo supõe profunda transformação do atual modelo assistencial e de gestão, ainda excessivamente fragmentado e que não oferece a continuidade de cuidados necessária para a boa gestão dos doentes crônicos.

---

5 PFI AND “VALUE FOR MONEY” IN NHS HOSPITALS: A POLICY IN SEARCH OF A RATIONALE? VICKERS N, SHAOUL J, POLLOCK, A M; BMJ. 2002; 324:1205-1209.

6 RISAI, V. 1, N. 1. EMPANTANADOS; R. BENGUA. 2008.

As profundas mudanças que estão sendo realizadas no modelo sanitário buscam a continuidade do cuidado em nível sanitário e social, facilitando novas estruturas, processos e ferramentas, que permitam atender às necessidades de saúde dos pacientes bascos de forma mais efetiva, mais eficiente e mais coordenada por parte dos profissionais de saúde e sociais, com potencial de prevenir hospitalizações desnecessárias e reduzir custos.

Além disso, a transformação iniciada pretende alcançar um sistema proativo e bem mais centrado nos pacientes para que estes recebam todo o apoio necessário para fazer melhor autogestão de sua patologia e para prevenir outras doenças.

Nesse sentido, a proatividade se traduz em ações dirigidas aos distintos grupos de pacientes conforme seus fatores de risco, evitando-se o surgimento de enfermidades ou a piora em seu estado de saúde, articuladas às ações e ferramentas para facilitar papel bem mais ativo de cada paciente na gestão de sua patologia. Além disso, esse empoderamento dos pacientes reduzirá sua demanda em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do sistema.<sup>7</sup>

### O novo modelo de saúde basco supõe transformar o modelo assistencial

De um modelo centrado na medicina de casos agudos...	➤	... A um adaptado às necessidades dos <b>DOENTES CRÔNICOS</b>
De um modelo reativo, que cura as doenças...	➤	... A um <b>PROATIVO</b> , que cura, cuida e faz prevenção dos fatores de risco
De um modelo com um paciente passivo frente àquele que o atende...	➤	... A um centrado no <b>PACIENTE ATIVO</b> , que participa da gestão de sua doença
De um modelo fragmentado, com ineficiências e descoordenação entre os níveis assistenciais e sociais...	➤	... A um que permita a <b>CONTINUIDADE DO CUIDADO</b> , pela integração assistencial e de recursos sociais
De uma distribuição de recursos que privilegie os hospitais para pacientes agudos...	➤	... A estruturas que privilegiam as intervenções nos lugares mais adequados e eficientes (subagudos, telemedicina...)

FONTE: PAÍS BASCO: TRANSFORMANDO O SISTEMA DE SAÚDE. 2009-2012. DEZ. 2012.

7 VOGELI C, SHIELDS AE, LEE TA, GIBSON TB, MARDER WD, WEISS KB. MULTIPLE CHRONIC DISEASES: PREVALENCE, HEALTH CONSEQUENCES, AND IMPLICATIONS FOR QUALITY, CARE MANAGEMENT AND COSTS. J GEN INTERN MED. 2007;22(SUPPL 3):391-5.

O novo Modelo de Saúde implica, também, transformação importante em suas estruturas e ferramentas assistenciais, tirando dos hospitais de agudos as tarefas que podem ser desenvolvidas em lugares mais adequados para o paciente e mais eficientes, bem como potencializando os hospitais de subagudos, a telemedicina ou a hospitalização domiciliar.

Partindo da convicção de que a transformação do sistema de saúde deve ser gestada e ganhar força a partir dos serviços, onde estão os profissionais de saúde, se produz a assistência e a interação com os pacientes, o novo Modelo de Saúde Basco se estrutura por meio de 11 Sistemas Locais Integrados de Saúde (microsistemas).<sup>8,9</sup> Os microsistemas se delimitam geograficamente e se configuram por Organizações de Serviço que, contando com os apoios necessários, implementam uma série de atividades no seu âmbito local para transformar a prestação de serviços de saúde de acordo com as novas demandas da população, buscando maiores níveis de eficiência.

## 11 Sistemas Locais Integrados de Saúde – Microsistemas

### Características

Coordenação de provedores de saúde (OS) com responsabilidade compartilhada sobre resultados em saúde e sociais

Lógica populacional, com objetivos estratégicos por grupo populacional estratificado

Melhorias na atenção e aumento de eficiência



- 1 Microsistema Bilbao
- 2 Microsistema Uribe
- 3 Microsistema Ezkerraldea-Enkarterri

- 4 Microsistema Interior
- 5 Microsistema Araba
- 6 Microsistema Gipuzkoa
- 7 Microsistema Bidasoa

- 8 Microsistema Goierri - Alto Urola
- 9 Microsistema Bajo Deba
- 10 Microsistema Alto Deba
- 11 Microsistema Donostia

8 ACORDO DE 9 DE NOVEMBRO DE 2012, DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE OSAKIDETZA. CONSTITUIÇÃO DOS SISTEMAS LOCAIS INTEGRADOS DE SAÚDE – MICROSSISTEMAS.

9 NOVO MODELO DE PRESTAÇÃO DE EUSKADI: SISTEMAS LOCAIS INTEGRADOS DE SAÚDE – MICROSSISTEMAS E SUA GOVERNANÇA. NOV. 2012.

O conceito-chave é desenvolver um “sistema” local onde somente exista um grupo fragmentado de instituições assistenciais. A nova unidade operativa no âmbito local deve ser um “sistema” que integre os diferentes provedores de serviços interdependentes nesse âmbito. É a nova unidade funcional.

Os microssistemas não são compostos unicamente por atores do campo da saúde e áreas de atenção primária, especializada ou a atenção à subagudos, saúde mental etc., mas também por organizações de saúde pública e outros agentes da comunidade como escolas, ONGs, associações, atores sociais etc.

Os microssistemas são orientados para o cumprimento de três objetivos: melhorar os resultados em saúde e sociais, pensar e planejar em termos populacionais; e identificar localmente eficiências. Para seu cumprimento, as organizações locais interdependentes deverão definir intervenções conjuntas para assegurar a continuidade assistencial de seus pacientes, responsabilizando-se pela saúde da população que atendem e buscando mais eficiência.

### Três grandes objetivos para o sistema de saúde no nível local



O fato de compartilhar objetivos e responsabilidade sobre a população que atendem requer que, no nível local e entre as organizações que integram o microssistema, defina-se instância de governança que facilite o desenvolvimento das intervenções e a atenção do paciente em lugar mais adequado e mais custo-efetivo. Isso significa, progressivamente, deslocar os recursos para o nível comunitário e reduzindo o consumo hospitalar.



Vários estudos na Inglaterra estimam que 15% de internações ao ano podem ser transferidos ao cuidado domiciliar. O que significa uma economia potencial de 1,7 bilhão de libras por oferecer mais serviços na casa dos pacientes (HSJ, 2012).

## Como se abordou a transformação do Sistema de Saúde em Euskadi?<sup>10</sup>

No início da legislatura do Departamento de Saúde e Consumo, desenvolveu-se a visão e os objetivos que deveriam dirigir a organização. O objetivo principal que se estabeleceu desde o primeiro momento foi a transformação do modelo de oferta para atender melhor a demanda crescente da população com doenças crônicas de modo sustentável.

Dessa forma, em 2009, implementou-se a Estratégia para responder ao desafio da Cronicidade, definindo 14 projetos considerados estratégicos.

Executar uma transformação dessa magnitude requer: liderança determinada e o estabelecimento de que lugar é melhor para fazê-la, segundo que critérios e quem deve fazê-la.

Tão importante quanto a definição de uma Estratégia é a forma de liderança que se deseja desenvolver na organização. Buscou-se novo equilíbrio entre o controle central e a ampliação da liderança local.

Por meio dessa liderança compartilhada se espera, pouco a pouco, ir dotando o nível local (equipes profissionais e dirigentes locais dos Sistemas Locais Integrados de Saúde – microssistemas) de capacidade para que assuma todas as decisões sobre a organização dos processos e a redistribuição de recursos.

Enquanto os órgãos centrais devem definir as diretrizes e criar condições e capacidades na organização para que no nível do Sistema Local Integrado de Saúde – microssistema se façam as mudanças necessárias.

O nível central não deve microgerir nem decidir como se organizam os serviços no nível local.

Existem tensões evidentes nessa reconfiguração do modo como se tomam as decisões, mas elas são passíveis de gestão e se está avançando com firmeza ao empoderamento do nível local.

Adicionalmente, promoveu-se uma cultura de inovação e de avaliação para poder avançar na melhoria contínua, mas baseada em novas formas de fazer que sejam mais eficientes e que aportem melhores resultados em saúde. Desse modo, todas as ações e políticas adotadas se guiaram pelas premissas anteriormente enunciadas.

O Serviço Basco de Saúde/Osakidetza é uma organização de 30 mil pessoas. Essas organizações necessitam de apoio para fazer as mudanças culturais e organizativas desejadas. Para apoiar essas mudanças e ajudar na geração de capacidades nos microssistemas se criam diferentes estruturas de apoio como: O+Berri (Instituto Basco de Inovação em Saúde); OEC (Oficina de Estratégia de

---

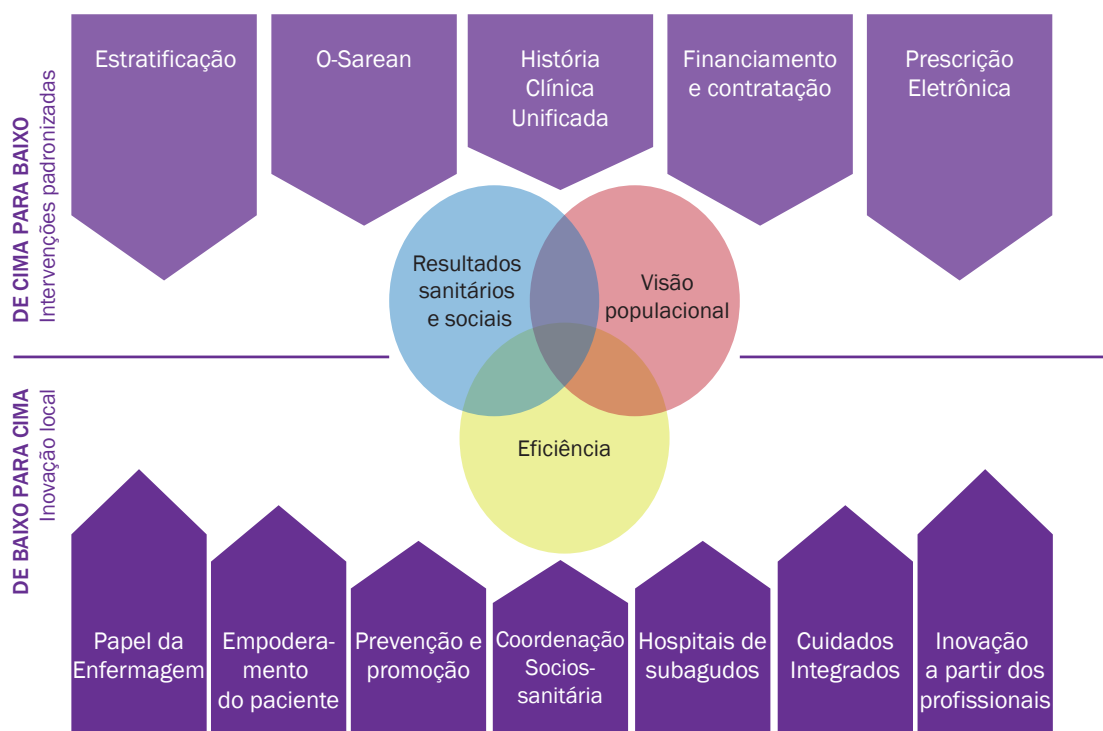
<sup>10</sup> PAÍS VASCO: TRANSFORMANDO O SISTEMA DE SAÚDE. 2009-2012. DEZ. 2012.

Crônicos); Kronikgune (Centro de Investigação de Excelência em Cronicidade); Etoribizi (Centro Basco de Inovação Sociossanitária).

## Gerando novas capacidades e ferramentas alinhadas à Estratégia de Crônicos<sup>11</sup>

Para avançar na transformação rumo ao novo Modelo de Saúde Basco, foi necessário trabalhar em dois níveis. Por um lado, promovendo transformação cultural e nova forma de trabalho fundamentada majoritariamente na cooperação e no trabalho em equipe dos diferentes atores do microsistema, proatividade na inovação e cultura avaliativa. Por outro, gerar novas capacidades e ferramentas, processos definidos na Estratégia de Crônicos e que eram necessários para poder adaptar o sistema de saúde às necessidades da demanda atual.

### Projetos da Estratégia de Cronicidade

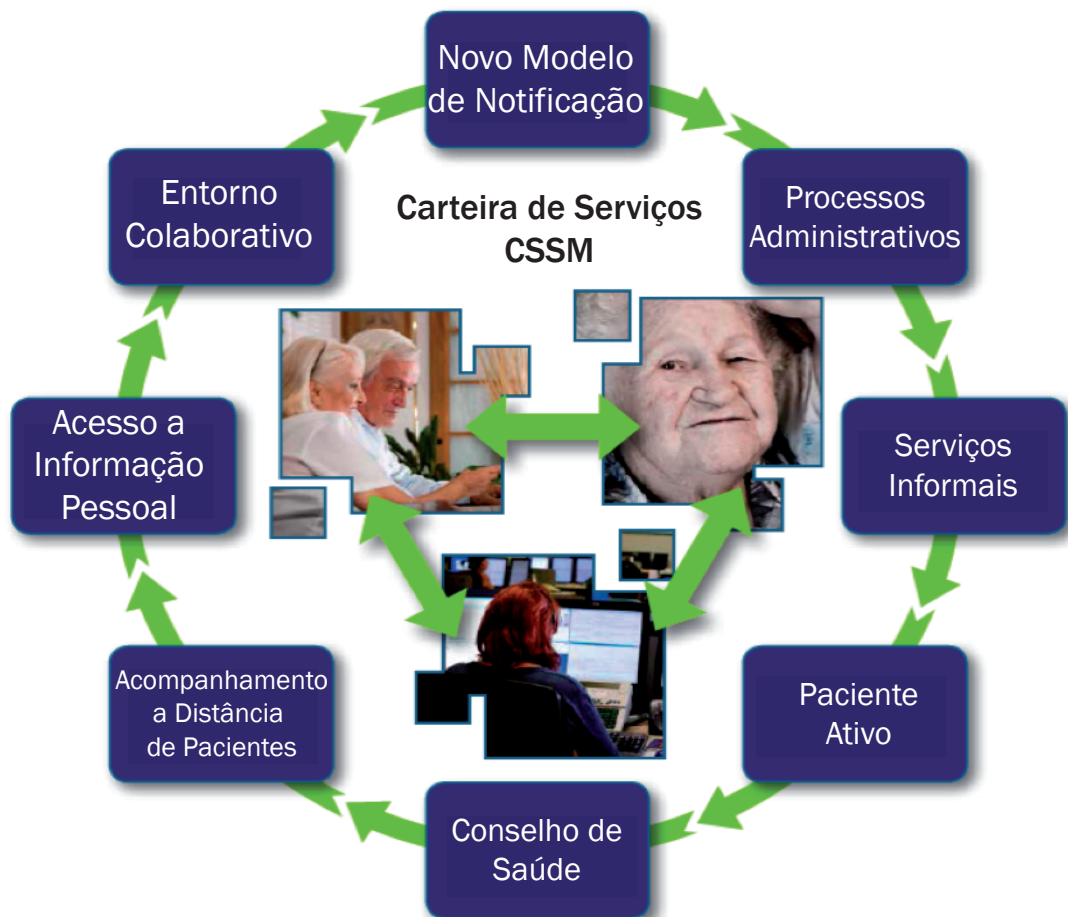


11 ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO DO DESAFIO DA CRONICIDADE EM EUSKADI.

Uma estratégia clara de atuação facilitou o desenvolvimento de múltiplos projetos necessários para promover as mudanças desde o ano de 2009, de maneira que hoje os 11 microssistemas dispõem de novas ferramentas para avançar na transformação do modelo assistencial que se pretende:

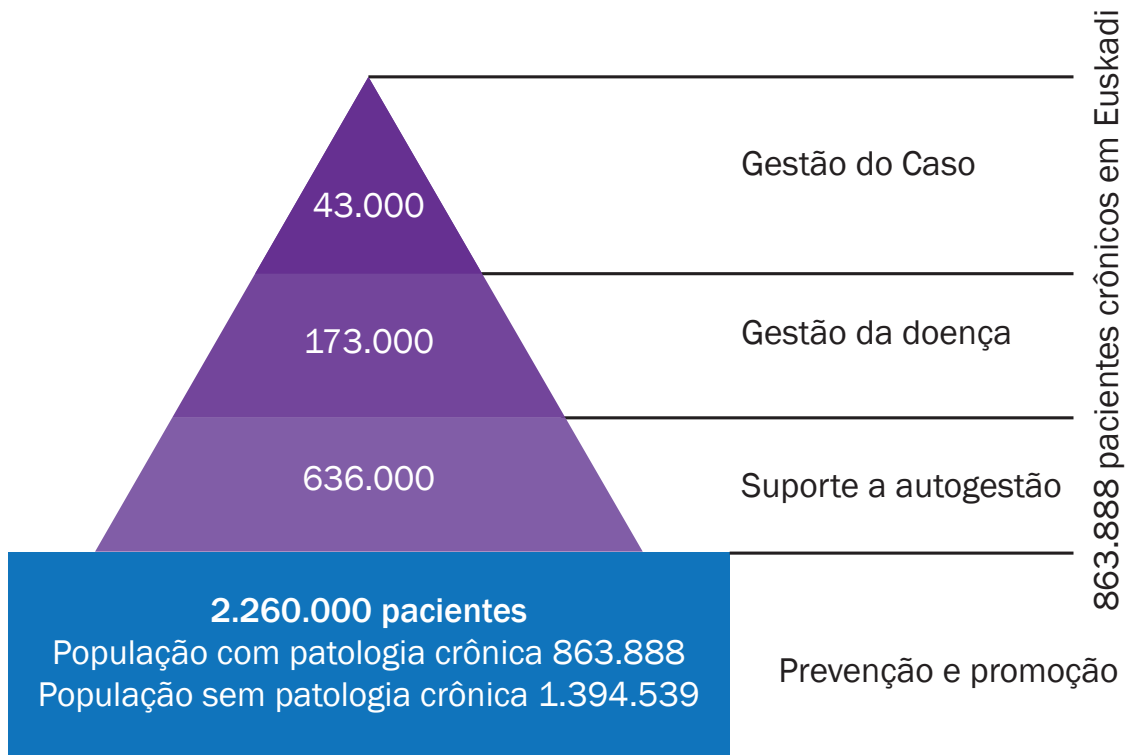
## FERRAMENTAS

- Cada microssistema já dispõe da história clínica unificada (Osabide Global) que permite acessar desde qualquer serviço à história clínica de um paciente e a prescrição eletrônica em fase de implementação.
- Também se desenvolveu novo modelo de atenção aos pacientes: Osakidetza não presencial – Osarean, que permite atender a população de cada microssistema sem que ela necessite ir ao médico, seja melhorando a acessibilidade ao sistema de saúde ou por meio da incorporação de tecnologias que permitam a monitoração e o acompanhamento dos pacientes com novas tecnologias (telemedicina).



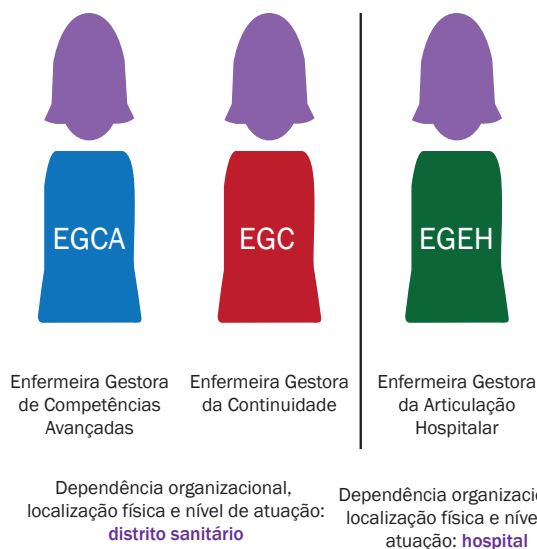
- Os profissionais de saúde em cada microssistema, graças à estratificação dos riscos, têm a população organizada em função dos seus riscos ou sua morbidade, o que lhes permite planejar suas intervenções e ser proativos em vez de apenas reagir quando aparecem os pacientes, podendo dessa maneira prevenir múltiplas internações e patologias.

### Cenário do País Basco em razão da estratificação do risco: 100% da população estratificada



FONTE: BASE ESTRATIFICADA DE DADOS DO PAÍS BASCO 2010-2011.

- Também se trabalha no desenvolvimento de novos modelos de atenção em hospitais de subagudos e em modelos de coordenação socio sanitária.
- Implementaram-se projetos de pesquisa para definir:
  - As atribuições da enfermagem que são necessárias nesse novo modelo de saúde, emergindo três papéis com funções diferenciadas e que objetivam maior controle do paciente crônico, maior proatividade e maior capacidade de empoderar os pacientes. Tais papéis estão se expandindo dentro do Sistema Sanitário Basco.



- A enfermeira atua primeiro com foco nas necessidades do paciente, evitando que as patologias se agudizem e a situação se torne mais complexa.
- A enfermeira conhece as necessidades físicas e sociais, por realizar avaliação domiciliar, e identifica os recursos necessários ao paciente (ajuda no domicílio, materiais – colchão especial para evitar feridas, camas, cadeira de rodas etc).
- O paciente pode contatar a enfermeira e evitar buscar as unidades de urgências ante as doenças.
- A enfermeira educa os pacientes e familiares sobre sua doença e os cuidados mais adequados.
- A enfermeira cuida de agendar as consultas no menor número de dias possível.
- A enfermeira prepara e planeja os recursos necessários para o retorno do paciente ao seu domicílio.

- Experiências de empoderamento do paciente: desenvolveu-se “Paciente Ativo” que é um programa que aborda a parte clínica e emocional da patologia com base em capacitações dadas por pacientes experts que depois de uma formação e apoio do profissional de saúde ensinam a aceitar, conviver e fazer autogestão de sua patologia. Essa iniciativa está sendo expandida e se está trabalhando na liberação da agenda dos profissionais de enfermagem para que destinem parte de sua carga horária ao empoderamento dos pacientes ante sua patologia.

### Testemunhos de pacientes do Programa de Paciente Ativo do Euskadi

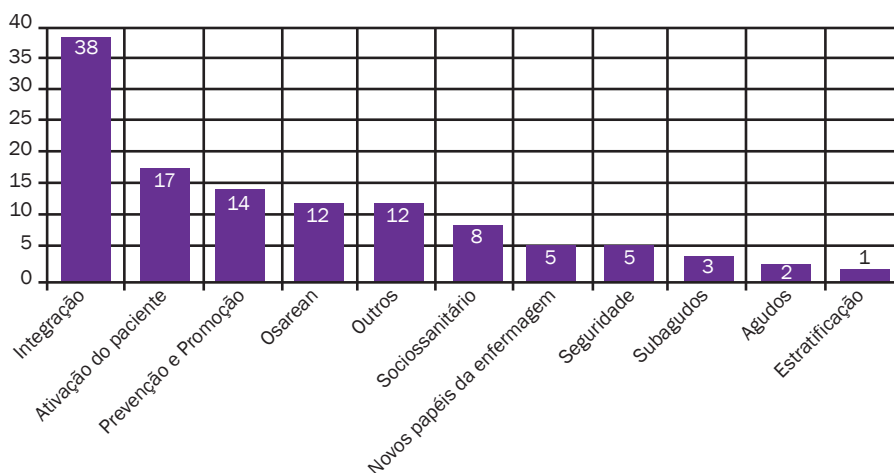
Os pacientes que fazem a autogestão de sua doença podem reduzir a mortalidade em 27% Não é um medicamento, nem uma intervenção cirúrgica; é a melhor autogestão que impacta na mortalidade.

O paciente bem informado poderá assumir maiores responsabilidades e em consequência será melhor consumidor de atenção em saúde.

Cada um vive a cronicidade de forma diferente, depende da gravidade da patologia, mas em grande medida da situação pessoal e emocional do paciente.

- Fomentou-se a prevenção e promoção, a partir de estudos clínicos para avaliar o impacto da intervenção, como é o projeto Deplan (Detecção de Pacientes com Risco de Diabetes e Intervenção Educativa para a Mudança de Hábitos). Além disso, está se investindo na área da Saúde Pública para que se definam, no âmbito da clínica, as intervenções de prevenção e promoção que se articulem às comunidades.
- Foram implementados mais de 140 projetos de inovação pelos clínicos abordando diferentes aspectos da integração assistencial para melhoria da atenção para os diversos tipos de pacientes, experiências de autogestão e experiências de abordagem por meio da telemedicina entre outros. A crescente evolução das experiências de inovação organizativa no âmbito local promove avanços na transformação do modelo, abertura a outras organizações e novas formas organizacionais mais custo-efetivas.<sup>12</sup>

### Distribuição dos 72 projetos *bottom-up* incluídos no contrato programa, segundo relação com os projetos da Estratégias de Crônicos



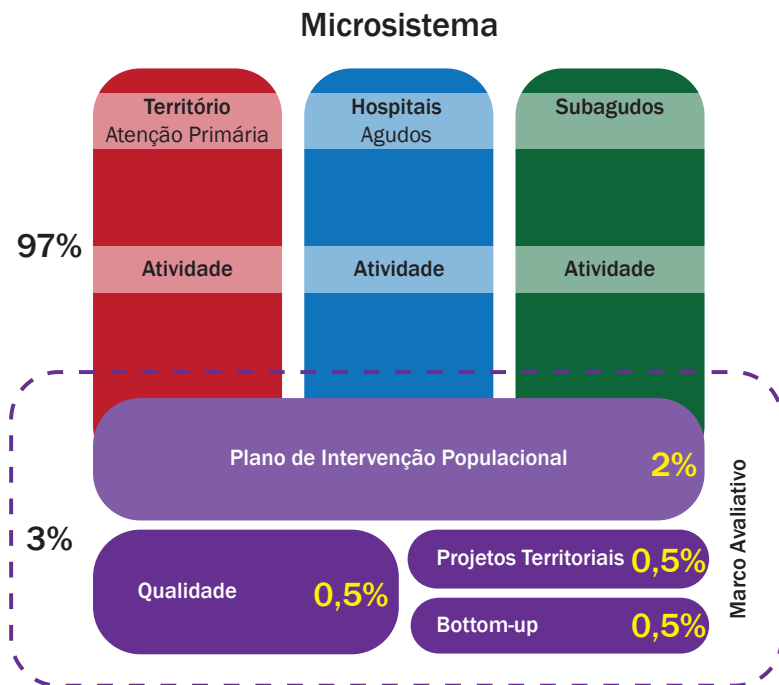
FONTE: DEPARTAMENTO DE SAÚDE E CONSUMO DO GOVERNO BASCO.  
\*ANALISADOS 72 PROJETOS DE 140 EXISTENTES

- Além disso, modificou-se o modelo de contratação e financiamento de serviços de saúde com objetivo de dirigir as Organizações de Serviços a novo modelo de saúde, que introduza o pagamento por resultados em saúde, que fomente a coordenação assistencial e que permita espaço para a inovação e, conseqüentemente, que seja catalizador da criação de microssistemas.<sup>13</sup>

12 INOVAÇÃO LOCAL COMO MOTOR DA TRANSFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BASCO. 2009-2012.

13 CONSOLIDAOCAL COMO MOTOR DA TRANSFORMA DA TRANSFORMAIDTH:12141;HEIGHT:1486QUE AS PATOLOGIAS S.

## Vinculação de 3% do orçamento às intervenções integradas, inovação e qualidade

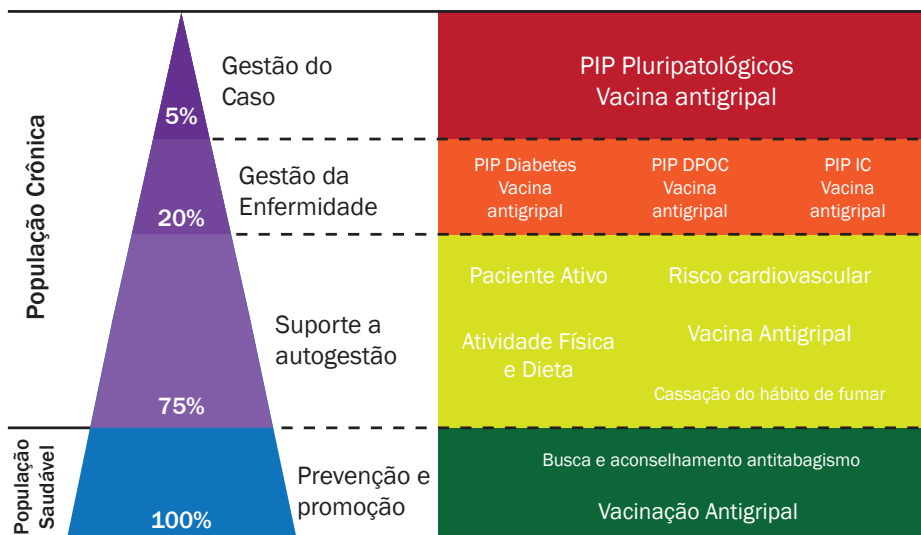


Todas essas novas ferramentas, além de contribuir para o alcance dos três grandes objetivos dos microsistemas (melhoria dos resultados em saúde e sociais, com enfoque populacional e maior eficiência), estão desenvolvendo múltiplas capacidades no sistema, conseguindo maior integração e maior protagonismo do paciente no modelo.

Cabe destacar elemento importante no processo de transformação do Sistema de Saúde no País Basco: os Planos de Intervenção Populacional (PIP). Graças ao desenvolvimento dos projetos da Estratégia para enfrentar o desafio da Cronicidade em Euskadi, pode-se avançar e por meio da mudança do modelo de Financiamento e Contratação e da implementação da ferramenta de estratificação se introduziram os “Planos de Intervenção Populacional” com objetivos compartilhados entre todos os agentes do microsistema, que apresentam as seguintes características:

- Atenção coordenada e adaptada às necessidades de um grupo de população com características de morbidade e patologia em comum.
- Definição por parte de todos os atores envolvidos na sua atenção de como, quando e onde se dará a atenção aos pacientes e que mecanismos de comunicação serão estabelecidos entre os diferentes atores que responsáveis por sua atenção.
- Proatividade na atenção, de modo que se definem processos de busca ativa dos pacientes para mantê-los controlados e acompanhados em todos os momentos

## Definir e desenvolver estratégias de intervenção por cada segmento ou extrato populacional



Os Planos de Intervenção Populacional constituem processos transversais dentro do microsistema, com responsabilidade sobre eles e que afetam mais de uma organização. Essa ferramenta introduz uma série de mudanças na organização de serviços e requer avançar rumo à definição de um modelo de governança.<sup>9</sup>

A oferta de serviços coordenada no âmbito local não dependerá unicamente do modelo de governança descrito, mas da existência de ferramentas e processos integradores.

Todas as ferramentas descritas são integradoras, buscam de uma forma ou de outra facilitar a trajetória do paciente pelo sistema assistencial socio-sanitário.

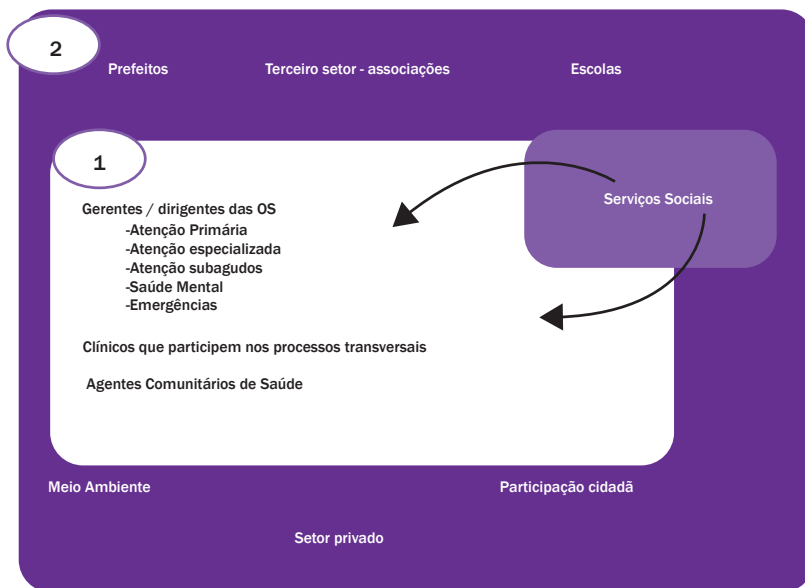
Nesse sentido, todas estão alinhadas rumo à mesma meta. A força da transformação provê do alinhamento, não da existência de uma ou outra.

## Governança no âmbito local<sup>8,9</sup>

Conforme descrito na seção anterior, um microsistema é formado por todos os atores que de alguma forma ofertam assistência em saúde a uma mesma população. Portanto, além dos atores sanitários de todos os níveis assistenciais (atenção primária, atenção especializada, subagudos, saúde mental, emergências) também devem-se integrar os atores de Saúde Pública, serviços sociais, prefeituras, empresas do terceiro setor e do setor privado.



## Atores que devem fazer parte do modelo de governança do País Basco



FONTE: DEPARTAMENTO DE SAÚDE E CONSUMO DO GOVERNO BASCO, 2012.

À primeira vista, parece que a modalidade mais simples para gerir a parte mais puramente assistencial de um “microsistema” é a formalização de uma “gestão única” como foi feito nessa legislatura em parte de Guipúzcoa com bons resultados. Porém, a integração estrutural não assegura a integração clínica; é por isso que não se deve perder o objetivo primordial: o importante em qualquer modelo é alcançar a integração clínica e não a integração funcional de gestão.

A implementação da gestão única poderia ser tomada como “a” solução, mas é importante se dispor de alternativas já que a gestão única pode não ser generalizável. Esse modelo pode criar resistências em certas organizações e por isso é conveniente dispor de alternativas para avançar na construção e consolidação dos microsistemas.

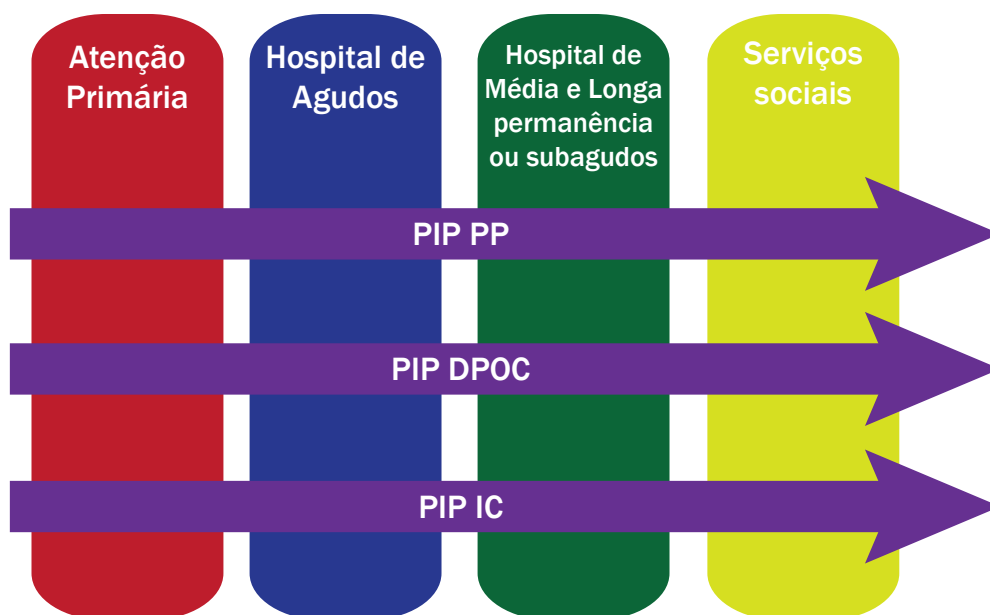
Consequentemente, é preciso ter em mente que, quando alguém se refere a uma organização integrada local ou microsistema, não se pensa em uma “entidade”.

É melhor interpretá-lo como um grupo de organizações que ofertam serviços de forma coordenada, mas que não estão necessariamente unidas em uma entidade de gestão comum.

Nesses casos trata-se de desenvolver uma organização matricial, em vez de uma hierarquia simples. Uma matriz consiste em uma série de estruturas horizontais entre as quais flui informação e capacidades. Os profissionais e dirigentes dessas estruturas interdependentes trabalham na definição e implementação de projetos comuns. Quer dizer, trata-se de definir modelos de gestão para o desenvolvimento dos processos transversais e que, portanto, afetam mais de uma organização, mantendo a independência de gestão dos processos que somente competem a uma organização.

No País Basco dispomos de exemplos. Tais exemplos, entre outros são: os projetos elaborados entre Basurto, Comarca Bilbao e Santa Marina ou o projeto integrado de DPOC entre as UAP Rioja, Olaguibel, Leza e o HUA. Seguem sendo organizações independentes, mas com certos processos ou projetos se formaliza um arranjo interdependente e consensual.

### Esquema de Estrutura Matricial em um Microsistema



\*Não estão incluídos todos os agentes do microsistema. Essa é uma representação esquemática.

FONTE: DEPARTAMENTO DE SAÚDE E CONSUMO DO GOVERNO BASCO.

Essas organizações facilitam a tomada de decisões descentralizada, *pooling* ou colocação em comum das capacidades técnicas entre organizações diferentes e melhorias de coordenação e de comunicação entre organizações. Também permite a essas organizações diversificar seus serviços e oferecer mais continuidade de cuidados.

Esse é passo importante para maior coordenação, mas se pode ir mais longe.

É possível desenvolver “linhas de gestão transversal” que façam a gestão de recursos provenientes das diferentes organizações de serviço do microsistema adequando-se às necessidades do processo assistencial, integrando, como premissa principal, a atenção do paciente em lugar mais adequado (as linhas de gestão transversal podem ser de qualquer grupo: pluripatológico, ortopedia, cardiovascular, câncer...).

Cada linha de serviço transversal poderia ter a própria estrutura de gestão, a qual funcionaria de forma separada das estruturas que fazem a gestão de cada organização assistencial.

## Conclusão

É evidente que a gestão operacional não pode ser desligada do processo de transformação; são dependentes uma da outra e se retroalimentam. Enquanto se implementava toda essa transformação, foi necessário seguir fazendo gestão muito exigente em uma época de profunda crise.

Ao longo dessa legislatura, apostou-se em proteger e estimular um modelo público e otimizar os recursos internos, introduzindo melhorias na eficiência do sistema (promovendo a prescrição de genéricos, incrementando a produtividade interna e reduzindo a contratação externa, realizando melhor gestão das compras e os recursos humanos etc.), e ampliando serviços e melhorando a qualidade (com mais programas assistenciais, melhores tempos nas listas de espera e mais prevenção).

Entretanto, era consciente que uma gestão eficaz não era suficiente. Era necessário complementá-la com a evidente transformação do Sistema de Saúde para fazer frente às necessidades de atenção e econômicas que lhe são exigidas, sem ter de fazer cortes ou fazendo cortes mínimos no futuro.

A aposta na Estratégia do Desafio da Cronicidade em Euskadi é a transformação do modelo assistencial com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados e conseguir que o sistema de saúde seja mais sustentável, porque estamos convencidos – e a evidência mostra isso – de que mudando o modelo de atenção se consegue gerar mais eficiências que aplicando outras medidas como cortes ou a introdução de cofinanciamento ou privatizar serviços.<sup>6,7</sup>

Sabemos o que fazer e em muitos casos como fazê-lo. Sabemos que essa transformação se conseguirá onde se dão os serviços, no âmbito local.

Por isso a Estratégia nesses anos se concentrou em criar capacidades nesse âmbito e em distribuir o exercício de liderança para potencializá-lo.

Em grande medida, a inovação mais importante nos próximos anos não será uma tecnologia nem um medicamento, mas sim a capacidade de exercer liderança nova e mais integradora.

## Referências Bibliográficas<sup>14</sup>

1. INE.
2. ChronicDisease Management. Evidence of Predictable Savings; J. Meyer and B. Markham, 2008.
3. Fonte: Base Estratificada de Dados. Osakidetza, 2011.
4. Fonte: Departamento de Saúde e Consumo do Governo Basco.
5. PFI and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? Vickers N, Shaoul J, Pollock AM. BMJ. 2002; 324:1205-09.

---

<sup>14</sup> FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.

6. RISAI, V. 1, N. 1. Empantanados; R. Bengoa. 2008.
7. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB. Multiple chronic diseases: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management and costs. J Gen InternMed. 2007;22(suppl 3):391-5.
8. Acordo de 9 de novembro de 2012, do Conselho de Administração de Osakidetza. Constituição dos Sistemas Locais Integrados de Saúde – Microsistemas.
9. Novo modelo de oferta de Euskadi: Sistemas Locais Integrados de Saúde – Microsistemas e sua governança. Nov. 2012.
10. País Basco: transformando o Sistema de Saúde. 2009–2012. Dez. 2012.
11. Estratégia para enfrentar o desafio da cronicidade em Euskadi.
12. Inovação local como motor da transformação do Sistema de Saúde Basco 2009–2012.
13. Consolidação do projeto de Financiamento e Contratação em Saúde. Avanços ao longo do período 2009–2012.

## Síntese da apresentação

Existe, de fato, uma crise na saúde, em todo o mundo e que ela é, acima de tudo., uma crise de sustentabilidade, mas é possível uma solução para ela. Neste sentido, uma série de desafios hoje se colocam no horizonte próximo dos sistemas de saúde, por exemplo, de índole demográfica, com o aparecimento de cada vez mais pacientes portadores de condições crônicas, além de acometimento dos mesmos por múltiplas patologias.

Do ponto de vista epidemiológico, tomando por base o caso do País Basco, demonstra-se uma profunda mudança no padrão de adoecimento da população, com as doenças infecciosas e parasitárias sendo radicalmente substituídas pelas condições crônicas, particularmente da doença cardiovascular, além do trauma. Ao mesmo tempo, revelam-se cifras verdadeiramente espantosas em termos do incremento da complexidade dos procedimentos clínicos.

Existe ainda o cortejo de problemas gerados pela extrema fragmentação assistencial vigente nos sistemas de saúde contemporâneos, cuja consequência mais visível é pode ser traduzida por uma metáfora mecânica: “como pode uma estrutura (chassis) dos anos 70 dar conta da medicina necessária ao século XXI?”.

Também deve ser levada em consideração a mudança radical das expectativas dos cidadãos face aos sistemas de saúde que lhe são oferecidos, bem como da escalada de custos verificada em todo o mundo, distanciando cada vez mais os orçamentos restritos disponíveis e os gastos crescentes reais.

Revelação impactante e altamente preocupante é a de que, nos sistemas de saúde atuais, apenas 14% dos pacientes portadores de condições crônicas e complexas, ou algo próximo disso, consomem nada menos de que 46% do gasto total.

Um quadro impressionante da medicina contemporânea, em termos de sua complexidade e de suas cifras é a revelação de que o arsenal da mesma é constituído por nada menos do que mais de 13 mil possibilidades diagnósticas, cerca de quatro mil procedimentos cirúrgicos, seis mil variedades de medicamentos, 20 milhões de atos clínicos, resultando no envolvimento de, em média, 22 profissionais para cada paciente atendido.

Contrastam com este quadro as fortes evidências da ineficácia de muito do que se faz no universo dos sistemas de saúde. Assim, por exemplo, a proporção de segundas consultas (para o mesmo tipo de problema, em prazo curto definido) é muito expressiva, crescendo proporcionalmente com o número de condições que o paciente apresenta, chegando aos 70% nos casos de mais de seis patologias.

Questão associada é a da segurança clínica e qualidade dos atendimentos, também preocupante e pouco desenvolvida nas organizações de saúde atuais, totalmente despreparadas ou planejadas para enfrentar tal leque de desafios.

O que fazer? Existem caminhos e soluções viáveis, que devem partir, entretanto, da concepção de que problemas complexos não se resolvem com medidas simplistas, ao contrário, que sejam conduzidas de forma multidimensional, não havendo para tanto “varinhas de condão”. Assim, como princípios de tais mudanças, em primeiro lugar, o enunciado de novos discursos e novas análises dos cenários presentes, além do desenvolvimento de novas ferramentas, coerentes com os desafios a enfrentar.

Questão considerada fundamental, ainda, é a de promover novos arranjos de liderança, com poder mais distribuído, mediante estratégias participativas e colaborativas, que envolvam decididamente os profissionais de saúde.

O referido “novo discurso” envolveria não só uma definição de prazo, no exemplo presente, com foco nas doenças crônicas no contexto da Euskadi (País Basco), cerca de três anos, bem como etapas de definição das estratégias a serem utilizadas, de desenvolvimento e acompanhamento de projetos, até que surjam resultados concretos a serem avaliados.

A gestão de tais processos de mudança deve contemplar duas agendas simultâneas, demonstradas através de uma metáfora com árvores frutíferas. No primeiro caso, a ênfase é em uma cultura de resistência, que não altera substancialmente o status quo, resultando em frutos mais facilmente alcançáveis, mas originados de plantas pouco produtivas. No segundo caso, em que predomina uma cultura de mudança e transformação efetivas, com alterações mais profundas na situação de base, os frutos serão de mais difícil colheita, porém gerados por plantas bem mais produtivas.

Em outras palavras, trata-se de uma gestão simultânea das crises e das transformações necessárias nos sistemas de saúde. No primeiro caso (gestão de crise), cumpre antes de tudo produzir ajustes, mediante estratégias de curto prazo, por exemplo, em termos de políticas de insumos, recursos humanos e salários, bem como tecnologias, item em relação ao qual muitas vezes torna-se preciso reverter o processo de financiamento habitual. O segundo caso implica em transformar, de fato, mediante estratégias de médio prazo, o modelo assistencial vigente, envolvendo, entre outras medidas a gestão proativa de crônicos, o desenvolvimento de estratégias integradas de cuidado e o empoderamento decidido de pacientes.

Há que estar atento, também, aos múltiplos e potenciais pontos de intervenção ao longo do continuum da doença. Por exemplo, nas etapas de prevenção, cuidado precoce e tardio, além da reabilitação, tendo como substrato conceitual os determinantes sociais de saúde.

A análise deve contemplar, também, um horizonte mais amplo do que o da simples contenção de despesas, elevando e qualificando o patamar das medidas a serem adotadas, como políticas efetivas e não como simples programas. Abre-se, assim, espaço para uma visão de futuro, que contemple não só os meios de se chegar lá, mas também as estruturas, com definições estratégicas de direção das mudanças, estabilidade face ao ambiente de crise no qual se está trabalhando, além de coesão na participação dos atores, dentro de um projeto comum.

A construção de estruturas lógicas (frameworks) possibilita, entre outros aspectos, o desenvolvimento de uma visão realmente sistêmica, englobando a ação pública e privada, utilizando como ferramentas, por exemplo, a estratificação de risco e conceitos diversos como os de “paciente ativado”, interações produtivas, proatividade das equipes de saúde, busca de resultados, inserção comunitária, entre outros. Ciclos virtuosos, portanto, devem ser estabelecidos entre a saúde da população, a atuação médica e a eficiência operacional.

Na situação presente no País Basco, a estimativa é de 100% de população já estratificada, resultando em pouco mais de 43 mil pessoas em situação de gestão de caso; 173 mil em gestão de enfermidade; 636 mil em apoio à autogestão e 2,26 milhões em prevenção e promoção de saúde.

Para ser de fato coerente e útil para a saúde da população, a estratégia de mudança deve se originar não da lógica privada da gestão ou da simples contenção de gasto, mas deve estar, acima de tudo, sintonizada com as necessidades dos pacientes. Neste aspecto, um apanhado de processos de mudança recentes mostra, por exemplo, que no EUA (Obamacare) o foco é mais restrito em cobrir apenas os não segurados; na Escócia, em segurança clínica; na província basca recai nas doenças crônicas. Respostas de fato multidimensionais devem ser coerentes com a análise feita, envolvendo intervenções tanto de cima para baixo como de baixo para cima.

No primeiro caso (de cima para baixo), o foco está em intervenções mais padronizadas, com apoio em processos de estratificação e ações variadas, tais como, centro de cuidados “multicanal”, unificação de histórias clínicas, receituário eletrônico, dentro de uma lógica de financiamento por

contratualização. No caso seguinte, o que mais importa é o empoderamento dos pacientes, com forte apoio do pessoal de enfermagem, atividades de prevenção e promoção, criação de hospitais de subagudos, mediante lógicas de coordenação social e sanitária e integração assistencial.

A principal alavanca para tais processos é o que se denomina de “ativação dos pacientes”, mediante informação e empoderamento dos mesmos, o que resulta não só em maior qualidade do serviço oferecido, como também em redução de custos assistenciais, da ordem de até 21%. Tal processo de ativação de pacientes envolve uma escala de mensuração do sucesso obtido, variando de 1 a 13, ou seja, desde pacientes que não consideram sua atividade como um fator importante e outros aos quais falta confiança e conhecimento para tomarem as rédeas da ação, até aqueles pacientes, de pontuação mais elevada, já aptos a iniciar sua caminhada ativa e manter tal comportamento ao longo do tempo.

Demonstra-se, através de estudos, como é o caso de um realizado pela Universidade do Oregon (EUA) em 2004, que o grau de adesão aos planos terapêuticos, em relação a quatro condições crônicas (diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e doença cardíaca), é substancialmente maior nos pacientes que alcançam os níveis superiores da escala de ativação referida acima.

São necessárias, também, mudanças nos processos de pagamento e custeio em saúde, por meio da procura da solução mais adequada, apontando-se quatro categorias principais de pagamento (por ato, por capitação, por conjunto de procedimentos, além de globalizado).

Em suma, os sistemas de saúde atuais não atendem às necessidades presentes no cenário, não constituindo nem mesmo um real “sistema”, centrados que estão na gestão de estruturas e não na gestão de sistemas”. Assim, o caráter fragmentado, reagente e paternalista vigente deve ser substituído por outro, no qual exista continuidade dos cuidados, antecipação (proatividade), responsabilização e capacitação de pacientes, além da total Integração entre hospitais e unidades de atenção primária a saúde (APS). Referência neste aspecto é o estudo realizado pelo Northern California ALL Program, nos quais são visíveis os resultados referentes à redução significativa de acidentes vasculares cerebrais entre 1997 e 2008.

Há também o caso do Promic, no País Basco, de gestão de caso em doenças cardíacas, no qual, mediante coordenação entre hospitais de agudos e unidades de atenção primária a saúde, com forte atuação de enfermeiros e grande foco na promoção do autoatendimento, ocorreu significativa melhoria de indicadores, por exemplo, nas taxas de incidência, no tempo de sobrevivência e na redução no risco de morte ou readmissão de pacientes, além de redução de custos.

A participação nas decisões dos profissionais do setor é aspecto essencial e deve ser obtida a partir do pressuposto de que as respostas já podem estar presentes entre a própria comunidade laboral, não fora dela e de que é importante criar estruturas de trabalho que promovam a participação, de baixo para cima, para o que processos de autodescoberta constituem aspecto essencial, mais do que a realização de projetos piloto isolados.

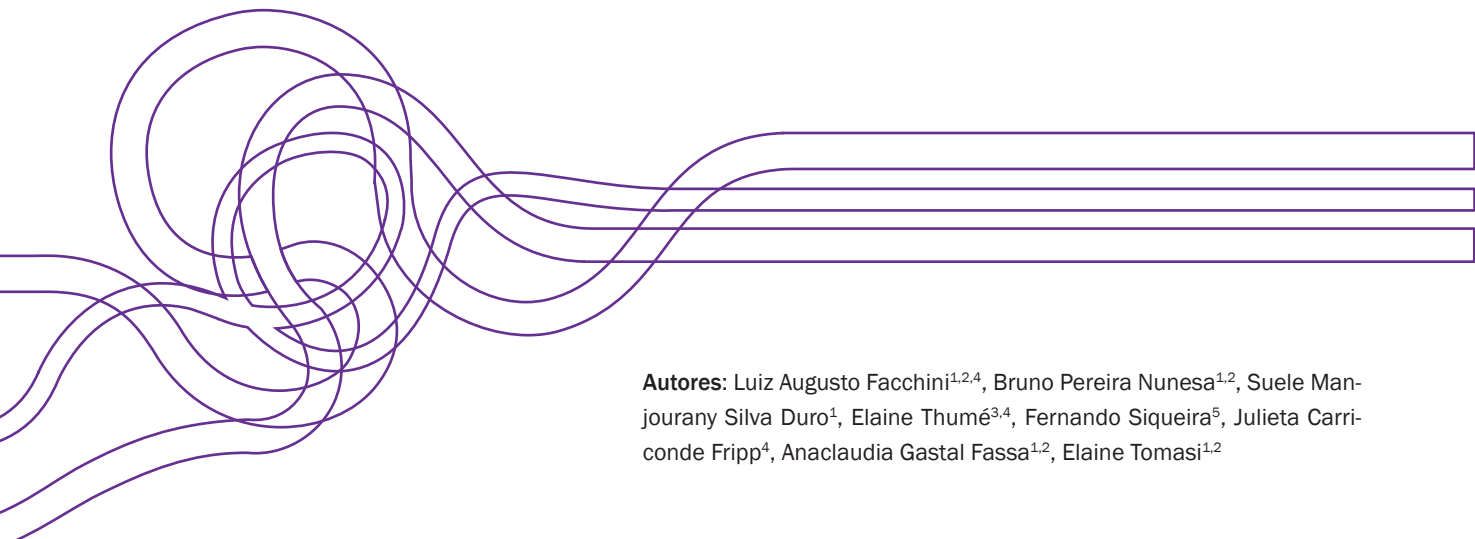
Finalizando, existem, de fato, soluções para os problemas dos sistemas de saúde, embora algumas vezes pareça que aquelas frutas doces mencionadas na metáfora das árvores estejam um pouco mais altas, mas ainda assim alcançáveis.



## 2

# LUIZ AUGUSTO FACCHINI

## INIQUIDADES SOCIOECONÔMICAS NO ACESSO E NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO DIABETES ENTRE IDOSOS BRASILEIROS



**Autores:** Luiz Augusto Facchini<sup>1,2,4</sup>, Bruno Pereira Nunes<sup>1,2</sup>, Suele Manjourany Silva Duro<sup>1</sup>, Elaine Thumé<sup>3,4</sup>, Fernando Siqueira<sup>5</sup>, Julieta Carriconde Fripp<sup>4</sup>, Anaclaudia Gastal Fassa<sup>1,2</sup>, Elaine Tomasi<sup>1,2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O diabetes é um problema frequente e em aumento entre idosos no Brasil, porém ainda são escassas as avaliações sobre o modelo de atenção à doença, com ênfase nas iniquidades socioeconômicas e na qualidade do cuidado. **Objetivo:** Avaliar as diferenças socioeconômicas no acesso e na qualidade da atenção entre idosos com diabetes. **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional realizado em 2009 em áreas urbanas de 100 municípios das cinco regiões geopolíticas do país. O acesso aos serviços de saúde foi avaliado por meio de consulta médica, no último ano, para o problema por idosos com diabetes. A qualidade foi mensurada pelos indicadores: o exame laboratorial de sangue para glicemia de jejum, exame dos pés por profissionais de saúde e orientações para a alimentação saudável e a prática de atividade física. **Associações** bruta e ajustada, por regressão de Poisson, foram realizadas entre os desfechos e a classificação econômica. **Resultados:**

---

1 DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

3 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, FACULDADE DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

4 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

5 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

dos 6.582 idosos questionados, 16,9% (IC95%: 16,0; 17,8) referiram o recebimento de diagnóstico de diabetes. Destes, em período de 12 meses, 77,8% (IC95%: 75,3; 80,2) consultaram com médico, dos quais, 90,4% (IC95%: 88,4; 92,4) realizaram exame de sangue em jejum para medir a glicemia; 45,9% (IC95%: 42,6; 49,3) receberam orientação para a prática de atividade física; 37,9% (IC95%: 34,7; 41,2) receberam orientação para alimentação; e 36,6% (IC95%: 33,3; 39,9) tiveram seus pés examinados. Não foram observadas diferenças na prevalência de consulta médica segundo a classe econômica. Indivíduos mais ricos realizaram mais exame de sangue, receberam mais exames nos pés e orientações para atividade física e alimentação saudável, quando comparados aos mais pobres. Conclusões: o acesso à consulta médica foi similar entre os indivíduos de diferentes classes econômicas. Todavia, iniquidades sociais foram evidenciadas em relação à qualidade da atenção, sugerindo as limitações do modelo centrado em consultas e problemas agudos. O modelo de atenção à saúde adequado às condições crônicas precisa ser rapidamente implementado no país.

## Introdução

O diabetes é importante problema de saúde pública entre os idosos em razão de sua alta ocorrência, gravidade de suas complicações e grande demanda por recursos de saúde.<sup>1</sup> Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), o diabetes caracteriza-se pelo aumento dos níveis glicêmicos, ocasionando complicações micro e macrovasculares e neuropatias, que podem levar à cegueira e à insuficiência renal. Entre as principais consequências do diabetes, destacam-se as amputações de extremidades, principalmente dos pés, em razão da má circulação sanguínea gerada pela doença. No Brasil, acompanhando a tendência global de aumento da doença,<sup>2</sup> a prevalência de diabetes em idosos<sup>3,4</sup> passou de 10,3% em 1998 para 16,1% em 2008.<sup>5</sup> Em contexto global e nacional marcado por transições demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento da obesidade, da hipertensão e da inatividade física está associado com o incremento da prevalência e da incidência do diabetes e com dificuldades em seu manejo adequado.<sup>6,7</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem grande foco na atenção prestada aos indivíduos com diabetes, facilitando o acesso ao atendimento médico e aos medicamentos essenciais.<sup>4,8</sup> Entretanto, a maior utilização de serviços de saúde por indivíduos com diabetes<sup>8,9</sup> não tem sido suficiente para o adequado manejo do problema, conforme sugere o aumento da mortalidade, de hospitalização e de número considerável de amputações de extremidades.<sup>4</sup> Entre as possíveis razões podem estar problemas relacionados ao modelo de atenção à saúde, embasado no atendimento à livre demanda e a problemas agudos,<sup>10</sup> mas também à qualidade da atenção dispensada às DCNT.

O contato de indivíduos portadores de diabetes com profissionais de saúde é considerado importante indicador de acesso aos serviços, pois todos os indivíduos com o problema devem ser acom-

panhados regularmente.<sup>11,12</sup> No entanto, para o manejo adequado da enfermidade, é necessário um conjunto mais amplo de cuidados, como, por exemplo, a verificação anual da glicemia de jejum, o exame dos pés e o fornecimento de orientações para a alimentação saudável e para a prática de atividades físicas, considerados indicadores de qualidade da atenção prestada.<sup>11-14</sup>

No Brasil, há crescente disponibilidade de estudos sobre utilização de serviços de saúde pela população, contrastando diferenças conforme a presença de DCNT<sup>9,15</sup> ou evidenciando desigualdades em sua ocorrência entre grupos sociais.<sup>16</sup> Apesar das melhorias observadas na última década, ainda persistem iniquidades sociais na utilização de serviços de saúde no país.<sup>4,16</sup> Entretanto, informações sobre iniquidades no acesso e na qualidade da atenção ao diabetes em idosos são escassas.

Buscando suprir parte da lacuna no conhecimento e contribuir para a avaliação do desempenho do sistema de saúde, destacando o modelo de atenção às DCNT, o presente artigo analisa as diferenças no acesso e na qualidade da atenção ao diabetes prestada a idosos no Brasil, segundo condição socioeconômica.

## Metodologia

Realizou-se em 2009 estudo transversal de base populacional em 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 Unidades da Federação das cinco regiões geopolíticas brasileiras. A amostra representativa da população urbana de idosos foi localizada por meio de um processo em múltiplos níveis<sup>17,18</sup> em que foram considerados o porte populacional dos municípios, os setores censitários e os domicílios. Os municípios foram ordenados segundo o tamanho da população e, posteriormente, foram sorteados aleatoriamente. Ao interior de cada município, os setores censitários urbanos foram escolhidos aleatoriamente de acordo com a proporção de setores válidos e o tamanho da população. Para essa estratégia foi utilizada a malha oficial do Censo Populacional do ano de 2000 (19). Ao fim, foram selecionados 100 municípios e 638 setores. Em cada um dos setores, 30 domicílios foram visitados, seguindo um “salto” sistemático entre as residências. Com essa estratégia esperava-se encontrar aproximadamente 10 idosos por setor censitário, considerando que em cada domicílio a proporção esperada era de 0,3 idoso.<sup>19</sup>

Os dados foram coletados por meio de computador de mão (PDA – *personal digital assistant*, equipado com GPS), por 55 entrevistadores e armazenados em computadores portáteis e transferidos, pela internet, à coordenação do estudo, compondo o banco de dados.

O controle de qualidade incluiu 5% das entrevistas, selecionadas aleatoriamente e refeitas em até três dias. A comparação das coordenadas geográficas de cada domicílio com a sua localização no setor censitário mapeado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) permitiu monitorar a distribuição da amostra no setor, minimizando a possibilidade de viés de seleção.<sup>19</sup>

O questionário eletrônico foi padronizado e pré-testado, contendo variáveis socioeconômicas, demográficas, antropométricas e características dos domicílios.

Para avaliar o acesso dos idosos com diabetes aos serviços de saúde, selecionou-se a realização de consulta médica para o problema, no último ano, operacionalizada da pergunta: “O Sr.(a) consultou com médico por diabetes (açúcar alto no sangue) desde <MÊS> do ano passado até agora?”. No caso de resposta positiva, caracterizou-se o local do último atendimento. Na avaliação da qualidade da atenção, utilizaram-se como indicadores o exame dos pés por profissionais de saúde, o exame laboratorial de sangue para glicemia de jejum, o fornecimento de orientações para a alimentação saudável e para a prática de atividade física, entre os idosos com diabetes que consultaram para o problema, operacionalizados por meio das seguintes questões, respectivamente: “Algum profissional de saúde examinou seus pés desde <MÊS> do ano passado até agora?”; “O Sr.(a) fez exame de sangue em jejum no laboratório para medir o açúcar desde <MÊS> do ano passado até agora?”; “O Sr.(a) recebeu orientação para manter o seu peso ideal/ comer pouco sal/ comer pouco doce ou açúcar/comer pouca gordura e fritura desde <MÊS> do ano passado até agora?”(as perguntas sobre orientações foram independentes, sendo classificado como caso o indivíduo que recebeu todas as orientações sobre alimentação); “Desde <MÊS> do ano passado até agora, o Sr.(a) recebeu alguma orientação para fazer atividade física?”.

Todos os indicadores são considerados de processo, pois refletem ações dos serviços e dos profissionais de saúde, ou seja, expressam aspectos do processo de trabalho, definidos em protocolos, ensaios clínicos ou por organizações governamentais. Ademais, o próprio acesso à consulta médica tem sido utilizado como indicador de qualidade da atenção.<sup>14,20</sup>

Além disso, construiu-se indicador composto, ou sintético, de qualidade da atenção ao diabetes avaliando a proporção dos indivíduos que receberam todos os desfechos acima citados. Estratégia frequentemente utilizada na avaliação de qualidade da atenção, sua adequação é reforçada porque todos os indicadores em estudo abordam aspectos do processo de trabalho, possuem o mesmo período de recordação e avaliam a qualidade da atenção.<sup>14</sup>

A principal variável independente foi a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep – <http://www.abep.org>) – (A ou B – mais ricos; C/ D ou E – mais pobres). As demais variáveis foram: sexo (masculino/feminino); idade em anos completos (60 a 64; 65 a 69; 70 a 79; 80 ou mais); cor da pele autorreferida (branca/preta/parda ou morena/indígena ou amarela); estado civil atual (casado/solteiro/separado ou divorciado/viúvo); escolaridade em anos completos (nenhum; um a quatro; cinco a oito; nove ou mais); inatividade física no lazer em minutos por semana mensurada por meio da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (<150/ ≥ 150);<sup>21</sup> Índice de Massa Corporal (IMC) em Kg/m<sup>2</sup> (≤22/ >22 e <27/ ≥27) (12), sendo o peso corporal (kg) mensurado por meio do *Geratherm Perfect Fitness Digital* 150Kg e a altura (cm) aferida por meio da fita métrica T87-2WISO, a partir de técnicas padronizadas; diagnóstico médico de hipertensão arterial (não/sim); e diagnóstico médico de problema de nervos (não/sim).

As análises incluíram o cálculo das proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As prevalências de diabetes e dos indicadores de acesso e qualidade da atenção foram avaliadas segundo as variáveis independentes. As prevalências dos indicadores de acesso e qualidade da atenção foram apresentadas à semelhança do estudo de White, Williams e Greenberg.<sup>22</sup> A prevalência de consulta médica foi calculada para o conjunto dos idosos que referiram diagnóstico médico de diabetes, enquanto as prevalências dos indicadores de qualidade da atenção foram estimadas em relação aos idosos com diabetes que se consultaram. As análises bruta e ajustada foram realizadas por meio da técnica de regressão de Poisson<sup>23</sup> com ajuste robusto da variância. As significâncias estatísticas foram avaliadas pelos testes de Wald para heterogeneidade e para tendência linear, considerando significativas as associações com p-valor menor que 0,05. A análise ajustada foi realizada “para trás”, a fim de verificar a associação entre classificação econômica e os desfechos, ajustando no modelo 1 para as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil) e escolaridade e, no modelo 2, para as variáveis do modelo 1 mais inatividade física no lazer, IMC, hipertensão arterial e problema de nervos. Todas as análises foram feitas com o pacote estatístico Stata 12.0 (Stata Corp., College Station, EUA).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Número 152/07, de 23 de novembro de 2007) e o consentimento informado foi obtido de todos os entrevistados. Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no presente estudo.

## Resultados

Do total de 6.624 idosos questionados sobre o recebimento de diagnóstico médico de diabetes, 6.582 informações foram obtidas e 16,9% (IC95%: 16,0; 17,8) referiram o problema, sendo a prevalência maior entre as mulheres, os viúvos, com IMC  $\geq 27$  Kg/m<sup>2</sup>, hipertensos e com problema de nervos (Tabela 1). Dos idosos com diabetes (n=1.110), 77,8% (IC95%: 75,3; 80,2) consultaram com médico nos últimos 12 meses. Destes, 90,4% (IC95%: 88,4; 92,4) realizaram exame de sangue em jejum para medir a glicemia, 45,9% (IC95%: 42,6; 49,3) receberam orientação para a prática de atividade física, 37,9% (IC95%: 34,7; 41,2) receberam orientações para alimentação e 36,6% (IC95%: 33,3; 39,9) tiveram seus pés examinados (Figura 1). Avaliando o local do último atendimento médico por diabetes, 58,7% ocorreram em unidades básicas de saúde, 18,4%, em consultórios por convênio, 9,1%, em ambulatório de hospital e 9%, em consultórios particulares.

A maior parte da amostra de idosos era do sexo feminino (59,0%) e de cor da pele parda (52,9%). Um quarto da amostra tinha entre 60 e 64 anos e 15,8% tinham 80 anos ou mais. Metade da amostra era casada e 31,2%, viúva. Em relação à escolaridade, três quartos tinham até quatro anos de estudo

e 12,4% tinham nove anos ou mais. As classes A/B e D/E representaram 17,0% e 41,2% da amostra, respectivamente. Um quinto dos idosos tinha IMC  $\leq$  22Kg/m<sup>2</sup> e 86,5% eram insuficientemente ativos no lazer. Metade referiu diagnóstico médico de hipertensão e 14,6%, problema de nervos (Tabela 1).

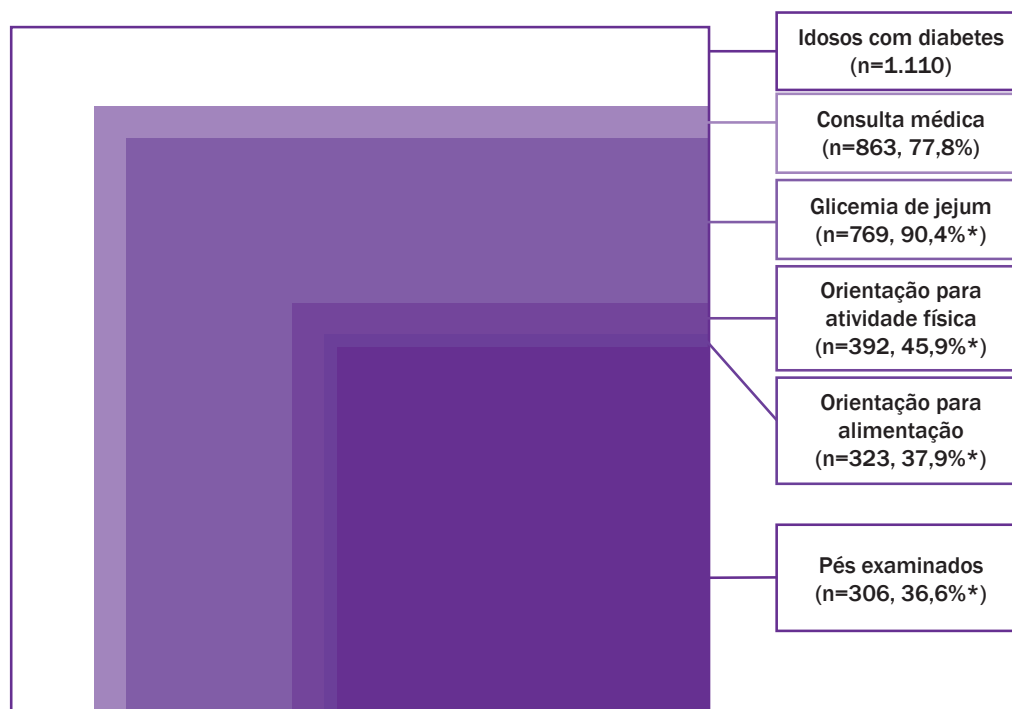
**Tabela 1 – Descrição das características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de morbidade, e prevalência de diabetes em idosos. Brasil, 2009.**

Variáveis	N	%	% de diabetes*
<b>Sexo (n=6.616)</b>			p<0,001
Masculino	2.714	41,0	14,0
Feminino	3.902	59,0	18,9
<b>Cor da pele (n=6.456)</b>			p=0,771
Branca	2.604	40,3	16,5
Preta	376	5,8	18,2
Parda	3.412	52,9	17,2
Indígena/Amarela	64	1,0	15,0
<b>Idade (em anos completos) (n=6.601)</b>			p=0,250
60 a 64	1.661	25,1	16,5
65 a 69	1.647	25,0	16,8
70 a 79	2.251	34,1	18,0
80 ou mais	1.042	15,8	15,3
<b>Estado civil atual (n=6.613)</b>			p=0,001
Casado	3.384	51,1	16,7
Solteiro	685	10,4	12,8
Separado/divorciado	483	7,3	14,9
Viúvo	2.061	31,2	19,1
<b>Escolaridade (anos completos) (n=6.538)</b>			p=0,802
Nenhum	2.470	37,8	16,8
Um a quatro	2.408	36,8	16,8
Cinco a oito	851	13,0	18,0
Nove ou mais	809	12,4	16,2
<b>Classificação econômica (Abep) (n=6.346)</b>			p=0,300
A/B	1.079	17,0	18,5
C	2.650	41,8	16,5
D/E	2.617	41,2	16,7

<b>Insuficientemente ativos (n=6.594)</b>			p=0,100
Não	887	13,5	14,9
Sim	5.707	86,5	17,2
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>) (n=5.383)</b>			p<0,001
≤ 22	1059	19,7	9,3
> 22 a < 27	2.188	40,6	14,8
≥ 27	2.136	39,7	22,7
<b>Hipertensão (n=6.580)</b>			p<0,001
Não	3168	48,2	9,7
Sim	3.412	51,8	23,4
<b>Problema de nervos (n=6.576)</b>			p=0,015
Não	5.619	85,4	16,4
Sim	957	14,6	19,6

\* PREVALÊNCIA GERAL DE DIABETES = 16,9%, CALCULADA COM AS INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA A VARIÁVEL (N=6.582).

**Figura 1 – Prevalências de indicadores de acesso e de qualidade da atenção em idosos com diabetes. Brasil, 2009.**



NOTA: \*VALORES PERCENTUAIS REFERENTES AO TOTAL DE IDOSOS QUE REALIZARAM CONSULTA MÉDICA. PERDA DE INFORMAÇÃO: PÉS EXAMINADOS = 27; GLICEMIA DE JEJUM = 12; ORIENTAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO = 11; ORIENTAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA = 9.

Na análise bruta, o atendimento médico por diabetes foi maior entre os idosos com hipertensão. As prevalências de pés examinados e realização de exame de sangue foram maiores entre os indivíduos mais ricos e com maior escolaridade. As orientações para alimentação e prática de atividade física foram mais referidas entre mulheres, idosos de menores faixas etárias, com maior escolaridade, mais ricos, com maior IMC e hipertensos. A orientação para a prática de atividade física também foi maior entre aqueles ativos fisicamente no lazer e com problema de nervos. Receber todos os indicadores investigados foi maior entre aqueles com maior escolaridade, mais ricos, ativos fisicamente no lazer e hipertensos (Tabela 2).

Na análise ajustada, a associação entre atendimento médico e classificação econômica manteve-se sem diferença estatística. Entretanto, no modelo 1, indivíduos das classes econômicas A/B em comparação aos da classe D/E tiveram 48% mais ocorrência de ter os pés examinados, 14% mais realização de exame de sangue, receberam 37% mais orientações para alimentação, receberam 74% mais orientações para atividade física e tiveram 140% mais probabilidade de receber todos os indicadores avaliados. No modelo 2, as associações foram semelhantes, com exceção do indicador orientações para alimentação que perdeu significância estatística.

**Tabela 2 – Prevalências de indicadores de acesso e qualidade da atenção segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de morbidades em idosos. Brasil, 2009.**

Variáveis	Atendimento médico (%)	Pés examinados (%)	Exame de sangue glicemia de jejum (%)	Orientação para alimentação (%)	Orientação para atividade física (%)	Recebimento de todos os indicadores (%)
<b>Sexo</b>	p=0,879	p=1,000	p=0,143	p=0,036	p=0,035	p=0,267
Masculino	78,0	36,6	88,3	33,1	40,9	8,0
Feminino	77,6	36,6	91,4	40,4	48,5	10,4
<b>Cor da pele autorreferida</b>	p=0,056	p=0,089	p=0,628	p=0,609	p=0,281	p=0,521
Branca	73,1	40,6	91,3	36,8	48,2	9,6
Preta	80,9	36,5	88,9	46,3	54,6	9,6
Parda	79,8	33,6	89,4	37,4	44,0	9,3
Indígena/Amarela	88,9	62,5	100,0	37,5	62,5	25,0
<b>Idade (anos completos)</b>	p=0,292	p=0,810	p=0,518	p=0,029	p=0,002	p=0,052
60 a 64	80,2	36,8	91,1	38,1	49,1	12,2
65 a 69	76,5	34,6	91,8	43,8	45,9	9,8
70 a 79	78,9	36,6	90,2	37,9	49,7	10,2
80 ou mais	72,8	40,2	86,8	26,8	29,8	2,7



<b>Estado civil atual</b>	p=0,671	p=0,410	p=0,741	p=0,342	p=0,231	p=0,051
Casado	78,1	36,3	91,2	37,2	48,5	11,4
Solteiro	73,6	41,3	92,2	33,3	48,4	4,8
Separado/divorciado	74,7	26,9	88,7	49,0	49,1	16,0
Viúvo	78,8	37,8	89,1	38,1	41,2	7,0
<b>Escolaridade (anos completos)</b>	p=0,923	p=0,011	p<0,001*	p=0,051	p=0,003*	p=0,005
Nenhum	78,2	31,8	86,0	31,9	39,4	5,4
Um a quatro	77,9	37,6	91,9	40,3	47,9	11,2
Cinco a oito	75,7	34,8	92,2	43,5	49,6	9,8
Nove ou mais	78,5	50,0	97,0	41,6	54,5	16,5
<b>Classificação econômica (Abep)</b>	p=0,985	p<0,001*	p<0,001*	p=0,007*	p<0,001*	p<0,001*
A/B	77,4	52,4	97,4	44,7	61,8	15,9
C	77,9	35,2	92,5	39,7	49,3	11,1
D/E	78,0	31,6	84,5	32,7	35,6	5,5
<b>Insuficientemente ativos</b>	p=0,997	p=0,341	p=0,323	p=0,300	p=0,001	p=0,046
Não	77,9	41,0	93,1	42,6	61,8	15,2
Sim	77,9	36,1	90,0	37,3	43,7	8,8
<b>IMC (Kg/m2)</b>	p=0,233	p=0,985	p=0,182	p<0,001*	p=0,002*	p=0,056
≥ 22	71,4	33,3	95,7	24,3	40,0	8,7
> 22 a < 27	79,6	34,4	88,7	30,6	43,2	5,9
≥ 27	76,9	34,4	91,1	45,7	54,2	11,6
<b>Hipertensão</b>	p=0,009	p=0,528	p=0,264	p<0,001	p=0,010	p=0,006
Não	72,4	38,4	88,5	25,4	38,5	4,7
Sim	79,7	36,0	91,1	42,0	48,5	11,3
<b>Problema de nervos</b>	p=0,230	p=0,635	p=0,348	p=0,850	p=0,016	p=0,275
Não	78,4	37,0	90,1	37,6	43,9	9,0
Sim	74,3	34,8	92,7	38,4	55,2	12,0

\* Teste de tendência linear.

**Tabela 3 – Análise bruta e ajustada entre indicadores de acesso e de qualidade da atenção, e classificação socioeconômica em idosos. Brasil, 2009.**

Variáveis	Classificação econômica (Abep)			Valor-p
	A/B	C	D/E	
<b>Atendimento médico</b>				
Análise bruta	0,99 (0,91; 1,09)	1,00 (0,93; 1,07)	1	0,985
Modelo 1	1,02 (0,91; 1,14)	1,01 (0,93; 1,09)	1	0,966
Modelo 2	0,99 (0,87; 1,12)	0,98 (0,90; 1,07)	1	0,822
<b>Pés examinados</b>				
Análise bruta	1,66 (1,33; 2,07)	1,11 (0,90; 1,38)	1	<0,001*
Modelo 1	1,48 (1,12; 1,96)	1,05 (0,84; 1,33)	1	0,015*
Modelo 2	1,39 (1,02; 1,91)	1,00 (0,77; 1,29)	1	0,052
<b>Exame de sangue – glicemia de jejum</b>				
Análise bruta	1,15 (1,09; 1,22)	1,09 (1,04; 1,16)	1	<0,001*
Modelo 1	1,14 (1,06; 1,21)	1,08 (1,02; 1,15)	1	<0,001*
Modelo 2	1,15 (1,08; 1,22)	1,09 (1,03; 1,15)	1	<0,001*
<b>Orientação para alimentação</b>				
Análise bruta	1,37 (1,08; 1,73)	1,21 (0,99; 1,48)	1	0,006*
Modelo 1	1,37 (1,03; 1,83)	1,13 (0,91; 1,40)	1	0,036*
Modelo 2	1,18 (0,87; 1,59)	1,00 (0,79; 1,25)	1	0,431
<b>Orientação para atividade física</b>				
Análise bruta	1,74 (1,44; 2,10)	1,38 (1,16; 1,66)	1	<0,001*
Modelo 1	1,74 (1,38; 2,18)	1,33 (1,10; 1,60)	1	<0,001*
Modelo 2	1,65 (1,31; 2,09)	1,32 (1,08; 1,60)	1	<0,001*
<b>Recebimento de todos os indicadores</b>				
Análise bruta	2,88 (1,61; 5,17)	2,02 (1,17; 3,48)	1	<0,001*
Modelo 1	2,40 (1,15; 5,02)	1,62 (0,93; 2,84)	1	0,018*
Modelo 2	2,32 (1,07; 5,04)	1,42 (0,79; 2,55)	1	0,037*

VALOR-P: TESTE DE WALD DE HETEROGENEIDADE. VALOR-P\*: TESTE DE WALD DE TENDÊNCIA LINEAR. RP: RAZÃO DE PREVALÊNCIAS. IC: INTERVALO DE CONFIANÇA. MODELO 1: ANÁLISE AJUSTADA PARA SEXO, IDADE, COR DA PELE, SITUAÇÃO CONJUGAL E ESCOLARIDADE. MODELO 2: AJUSTE PARA MODELO 1 + INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER, IMC, HIPERTENSÃO E PROBLEMA DE NERVOS.

## Discussão

A prevalência de diabetes em idosos (16,9%) foi coincidente com achados da Pnad 2008 (16,1%) (5), reforçando a validade e a eficiência de nosso estudo, que abrangeu amostra muito menor

de municípios e indivíduos. Estimativas da prevalência do problema em idosos são relevantes para o planejamento e a alocação de recursos diante do crescimento da população idosa e do diabetes no Brasil e no mundo<sup>24</sup> e das limitações do modelo de atenção à saúde para responder às necessidades deste grupo populacional.<sup>10</sup>

A maior prevalência de diabetes em mulheres (18,9%) e em pessoas viúvas (19,1%), majoritariamente do sexo feminino, tornam o gênero elemento essencial no manejo do problema, não apenas por seus aspectos biológicos, mas principalmente em razão de questões culturais e demográficas, igualmente críticas para enfrentar as maiores prevalências de diabetes em idosos com hipertensão (2,4 vezes) e com problemas emocionais (1,2 vez). Maiores prevalências de diabetes entre idosos com múltiplas morbidades, como, por exemplo, sobrepeso e obesidade, hipertensão<sup>25</sup> e problemas emocionais, tornam mais complexo o manejo da doença. Indivíduos com diabetes possuem maior risco de morbidade cardiovascular, especialmente de hipertensão e dislipidemia, aumentando em consequência o risco de morte prematura por essas causas.<sup>2,26</sup> Além disso, a depressão pode afetar até dois terços dos indivíduos com diabetes e está associada às dificuldades de adesão ao tratamento, controle glicêmico e piora da qualidade de vida, aumentando complicações, incapacidade, perda de produtividade e uso de serviços de saúde.<sup>27</sup>

A maior esperança de vida das mulheres também é relevante diante do aumento linear da doença entre os 60 (16,5%) e os 79 anos de idade (18,0%). A redução da prevalência em pessoas com 80 anos e mais (15,3%) pode ser decorrente de viés de sobrevivência dos mais saudáveis. Um estudo longitudinal europeu sobre doenças crônicas<sup>28</sup> destacou o aumento da incidência de diabetes com a idade e uma prevalência ao redor de 20% em pessoas acima de 65 anos. Nos Estados Unidos da América (EUA), as estimativas sugerem prevalência de diabetes acima de 25% em idosos com 65 anos e mais.<sup>1</sup> Quanto à perspectiva epidemiológica para 2050, Sinclair, Conroy e Bayer (2008) projetaram aumento de quatro vezes nos casos de diabetes em indivíduos acima de 70 anos.<sup>28</sup>

Não se observou a associação de diabetes em idosos com a variável atividade física,<sup>25</sup> embora a prevalência bruta da doença tenha sido maior naqueles inativos. Isso pode ser em razão da falta de poder estatístico do estudo para identificar essa diferença como significativa. De qualquer maneira, a atividade física é essencial para o adequado controle do diabetes, de outras DCNT e para a prevenção de mortalidade. Nos EUA, o resultado de três grandes inquéritos nacionais continuados identificou que adultos com diabetes tipo 2 com glicemia controlada e fisicamente ativos apresentavam risco de mortalidade por todas as causas similar ao de adultos normoglicêmicos, e significativamente menor que os adultos com diabetes não controlado e fisicamente inativos.<sup>29</sup>

O acesso à consulta médica foi bastante razoável (78%), sendo similar ao observado na Espanha<sup>7</sup> e em Porto Rico.<sup>30</sup> Ainda assim, 22% dos diabéticos não realizaram consulta médica no último ano, sinalizando a persistência de problemas de acesso e, portanto, de manejo adequado da enfermidade. Por outro lado, a igualdade econômica observada no acesso à consulta médica para diabetes representa

um achado relevante, certamente relacionado aos avanços obtidos com a implantação do SUS e da ESF no Brasil. Considerando que a maior parte dos atendimentos ocorreu em unidades básicas de saúde (58%), pode-se inferir que a ampliação da cobertura pública e gratuita de consultas e de medicamentos para diabetes, especialmente por intermédio da ESF, promoveu a equidade, particularmente por sua maior presença em áreas pobres, nas quais vivem populações mais vulneráveis.<sup>4,31</sup>

Não obstante, os indicadores de qualidade da atenção foram marcados por iniquidade social. Embora o percentual de idosos com diabetes que realizaram glicemia de jejum no ano anterior à entrevista tenha sido alto, sua frequência foi 14% maior entre os mais ricos, sugerindo maior dificuldade de manejo adequado em indivíduos mais pobres, geralmente os mais propensos a enfrentar dificuldades de adesão e continuidade de tratamentos.<sup>10</sup> Essas diferenças podem ser explicadas, em parte, pela dificuldade de acesso a exames complementares no SUS, que atende majoritariamente às pessoas mais pobres.<sup>32</sup> Este ainda é importante desafio para a consolidação do SUS e, particularmente, da Saúde da Família como estratégia efetiva na atenção às DCNT.

Infelizmente, o exame dos pés foi o indicador de qualidade da atenção ao diabetes menos referido pelos idosos (37%), o que pode explicar, em parte, a magnitude das amputações de extremidades inferiores (dedos e pés) em nosso país,<sup>33</sup> condição que afeta gravemente a qualidade de vida do indivíduo e a economia.<sup>26</sup> As evidências sugerem a ocorrência, em sujeitos diabéticos, de mais de 40 mil amputações por ano e de até 70% das amputações de membros inferiores.<sup>33,34</sup> A dificuldade em universalizar o exame dos pés de pessoas com diabetes tem sido relatada em outros países, como, por exemplo, o Canadá, cuja prevalência anual registrada em monitoramento com pacientes de Ontario foi de 51%.<sup>31</sup> O exame dos pés foi 48% mais referido por idosos mais ricos de nosso estudo, em comparação aos mais pobres, o que indica marcante iniquidade social na execução de um procedimento simples, que não necessita de alta capacidade técnica ou tecnológica, mas exige motivação, coordenação do cuidado e aproveitamento de oportunidades.

Nesse sentido, cabe questionar de quem é a responsabilidade por examinar os pés de um indivíduo com diabetes? Sem simplificações, ou proselitismo, e refletindo recomendações das políticas nacionais de atenção básica<sup>11</sup> e de atenção às condições crônicas,<sup>10</sup> a realização deste procedimento deve mobilizar uma grande gama de protagonistas, desde conjunto dos trabalhadores da ESF, incluindo agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e mesmo os dentistas até os próprios portadores do problema e seus familiares, que necessitam de capacitação para o autocuidado e o manejo do diabetes. Nessa perspectiva, se todos os contatos dos portadores de diabetes com os serviços de saúde fossem aproveitados, na mesma medida que a solicitação de glicemia de jejum, o exame dos pés aumentaria em cerca de três vezes e as iniquidades em sua realização seriam praticamente superadas.

As orientações para hábitos saudáveis de vida – alimentação e prática de atividade física – foram marcadas por baixas prevalências e iniquidades persistentes, representando grande desafio para

o desempenho do SUS e da ESF. Elementos essenciais na promoção da saúde deveriam alcançar todos os usuários dos serviços de saúde, independentemente da presença de problema ou doença.<sup>35,36</sup> Seu recebimento foi escasso entre idosos com diabetes, que deveriam ser alvo especial do aconselhamento profissional.

A análise do conjunto dos indicadores avaliados sintetizou o problema da qualidade do modelo de atenção ao diabetes em curso no país, expressando a magnitude das iniquidades sociais, uma vez que seu relato foi 62% maior entre a classe intermediária e 140% maior entre os mais ricos, em comparação aos mais pobres. Assim, os achados sinalizam que o SUS e a expansão da ESF foram essenciais para melhorar o acesso ao cuidado de idosos com diabetes, mas não solucionaram os problemas de qualidade da atenção, cujo enfrentamento é crucial para o adequado manejo do problema. Indicadores compostos de qualidade da atenção ao diabetes são úteis na avaliação longitudinal de efetividade dos serviços, conforme destaca estudo de coorte que indica sua associação com um menor risco de evento cardiovascular.<sup>14,37</sup>

Diversos autores destacam que o cuidado do diabetes requer um modelo de atenção continuada, ao longo da vida, por meio de abordagem multissetorial e multiprofissional, focada não apenas na utilização de drogas para o controle dos níveis glicêmicos, mas também na prevenção e no manejo de sequelas e de comorbidades, como, por exemplo, a obesidade, os agravos cardiovasculares e emocionais, capazes de modificar com sucesso o curso da doença e a qualidade de vida.<sup>4,7,10,20</sup>

No Brasil, o fortalecimento do “modelo de cuidados crônicos” passa em boa medida pela universalização da ESF, pelo acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos, por uma efetiva comunicação entre profissionais das equipes de Saúde da Família e destes com colegas de outros níveis de atenção. A superação do cuidado fragmentado e descoordenado depende do sucesso na integração de ações programáticas dirigidas às DCNT como aquelas relacionadas à saúde da mulher, do homem, do idoso, à atenção domiciliar e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), entre outras. Para isso, serão necessárias mudanças organizacionais que efetivem a coordenação do cuidado de indivíduos, famílias e comunidades entre os membros da ESF, Nasf e redes de atenção, a implantação de centrais de regulação que ordenem os fluxos e a utilização de serviços a partir da rede básica e o uso de recursos, como, por exemplo, o contato telefônico para reforçar a participação dos pacientes em ações de controle da glicemia, exame dos pés, dieta e atividade física.<sup>4,38</sup>

Numerosas intervenções têm sido direcionadas à educação e ao apoio de pessoas com diabetes, seus familiares e cuidadores. De modo geral, os estudos identificaram associação positiva, com a melhoria do controle glicêmico, da pressão arterial e dos níveis de colesterol. Intervenções dirigidas ao exame regular dos pés mostraram a redução de ulcerações, infecções e amputações de extremidades inferiores em indivíduos que receberam a orientação e o apoio.<sup>20</sup>

Além da equipe mínima da ESF, há uma diversidade de profissionais de saúde atuando sem coordenação efetiva do cuidado, no contexto de um sistema de saúde fragmentado e com muitos pro-

blemas estruturais.<sup>4,31</sup> Os profissionais de saúde ainda são escassamente capacitados em Saúde da Família e para a complexidade dos problemas crônicos e de multimorbidade manejados na atenção primária à saúde.<sup>10,39</sup> Na rede básica de saúde, mas também nos serviços especializados, há escassez de registro eletrônico, computadores, internet e outros recursos de comunicação e informação, mas também do uso regular de protocolos de cuidado integral e coordenado,<sup>10, 39</sup> todos eles essenciais para a adequada gestão clínica de DCNT.<sup>40</sup>

A qualidade do manejo do diabetes, com base em indicadores de processo, foi significativamente maior em serviços que dispunham de registro/prontuário eletrônico do que naqueles sem este recurso (40). O uso da internet foi valioso na qualificação do cuidado ao diabetes, tanto fornecendo suporte aos profissionais da atenção básica, pelo telessaúde, quanto para transmitir informações aos usuários sobre resultados do controle glicêmico, apoio ao tratamento e alertas sobre consultas.<sup>20</sup> Na atualidade, há crescente uso de áudio, vídeo e outros recursos eletrônicos e de telecomunicação para monitorar a distância pessoas com diabetes, fornecendo-lhes orientação relacionada à doença, ao uso de medicamentos, à prática de atividade física e à dieta. A expansão do telefone celular facilita a realização de chamadas, mas também o envio de mensagens, lembretes e alertas, fotos e vídeos, poupando tempo e gasto com transporte, especialmente para pacientes vivendo longe do serviço, em áreas remotas e nas periferias de grandes centros. Esse recurso é particularmente útil para idosos e indivíduos com problemas de mobilidade, mas o custo dos aparelhos e das tarifas podem impossibilitar sua utilização entre pessoas mais pobres, reforçando as desigualdades em favor dos mais ricos.<sup>41</sup>

Mudanças organizacionais, que promoveram a expansão e/ou a integração dos papéis dos profissionais de saúde no cuidado de pessoas com diabetes, incluindo manejo de medicamento, educação em saúde, marcação e alertas de consultas, monitoramento de parâmetros da doença e de suas complicações, foram efetivas na melhoria do controle glicêmico, dos fatores de risco cardiovascular, do colesterol e da pressão arterial.<sup>20</sup> Para melhorar a qualidade e reduzir iniquidades tem sido recomendada a utilização de protocolos que promovam a abordagem integrada do diabetes, combinando prevenção, diagnóstico e tratamento, privilegiando a participação ativa dos usuários no autocuidado e a coordenação multiprofissional ao interior dos serviços e entre os níveis de atenção.<sup>20,42</sup>

Todas as inovações instrumentais e organizacionais devem ser avaliadas contemplando indicadores intermediários de desempenho dos serviços,<sup>43</sup> como, por exemplo, exame dos pés, orientações para hábitos saudáveis de vida, glicemia de jejum, ou hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total e de alta-densidade (HDL), tensão arterial, índice de massa corporal e albumina urinária. Igualmente é recomendável a avaliação de indicadores finais de desempenho, ou de efetividade dos serviços,<sup>43</sup> tais como: retinopatia diabética, doença cardiovascular (AVC e infarto), ulcerações e amputações dos pés, microalbuminúria e hospitalizações por níveis glicêmicos elevados.

Na Espanha, a adoção de estratégias inovadoras no cuidado de indivíduos com diabetes foi positiva e mostrou melhoria progressiva dos indicadores mencionados anteriormente no período de

1996 a 2007. Parte do sucesso na melhoria da qualidade da atenção ao diabetes tem sido creditada à ativa participação dos usuários, que contribui para a adoção de hábitos saudáveis de vida e a redução de iniquidades. Os autores também atribuem o sucesso da iniciativa, especialmente em relação às iniquidades, ao princípio da solidariedade social implementado pelo sistema universal de saúde da Espanha e apoiado por equipes multidisciplinares.<sup>44,45</sup>

O estudo possui limitações que devem ser ponderadas. Primeiro, não temos informações sobre o local da realização do exame de glicemia ou exame dos pés, tampouco sobre o profissional que realizou este último exame. Segundo, não temos informação sobre o controle glicêmico dos entrevistados, o que poderia aprofundar o debate sobre o manejo adequado dos idosos com diabetes e as iniquidades econômicas. Entretanto, o estudo avaliou aspectos importantes relacionados à atenção ao idoso com diabetes no Brasil. Em amostra representativa do país com grande número de entrevistados, foi possível avaliar associações de desfechos entre pessoas com determinada morbidade e uma cadeia mais longa do cuidado ao indivíduo com diabetes, passando pelo acesso e pela qualidade da atenção à saúde. Na análise de equidade econômica, o presente estudo considerou indivíduos com as mesmas necessidades de saúde, idosos com diabetes, conforme recomendação da literatura para verificar a ocorrência de iniquidades.<sup>46,47</sup>

Indicadores de processo da qualidade da atenção ao diabetes não garantem automaticamente maior efetividade do manejo da doença e, assim, melhores resultados finalísticos, ou seja, redução de agravos, sequelas e mortalidade, embora sejam fundamentais para isso. Logo, é recomendável a realização de estudos de acompanhamento que articulem a qualidade da atenção e os resultados obtidos a médio e longo prazo.<sup>14</sup>

O fortalecimento da capacidade de pesquisa sobre qualidade da atenção ao diabetes e da capacitação dos trabalhadores de saúde para o cuidado integral e coordenado dos portadores do problema são iniciativas essenciais para mudar o preocupante panorama identificado.<sup>4</sup> Portanto, há necessidade de se promover infraestrutura para registro criterioso de informações para monitoramento contínuo de usuários com diabetes e outras DCNT. Igualmente, é preciso estimular a realização de novas investigações com informações mais detalhadas sobre o cuidado ofertado aos indivíduos com diabetes no marco do “modelo de atenção às condições crônicas”, destacando indicadores do processo de trabalho dos serviços e da prática dos profissionais de saúde que são fundamentais para o adequado enfrentamento deste grave problema de saúde pública.<sup>7,10,20</sup>

Além disso, os cursos de graduação e pós-graduação em saúde, em particular os cursos de especialização em Saúde da Família por meio de Educação a Distância são recursos valiosos para a preparação dos profissionais para a implantação do “modelo de cuidados crônicos” das DCNT, incluindo a melhoria da qualidade da atenção ao diabetes. Isso implica não apenas a reforma dos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação, mas a efetivação do SUS como um sistema de saúde-escola orientado para o novo modelo de atenção, capaz de viabilizar a educação permanente



de todos os seus trabalhadores, profissionais de saúde e gestores, ao tempo em que se constitui em espaço de estágio e prática para estudantes de todos os níveis de formação.

## Conclusão

A presente análise permitiu identificar importantes aspectos relacionados à atenção ao idoso com diabetes no Brasil, contemplando tanto o acesso aos serviços de saúde quanto a qualidade do cuidado ofertado. Considerando as projeções de aumento da população idosa e da prevalência de diabetes no Brasil, o SUS enfrenta os mesmos desafios de outros sistemas de saúde no mundo, que requer a superação da assistência centrada em consultas e o fortalecimento de sua qualidade com equidade e eficiência, na perspectiva do “modelo de atenção às condições crônicas”.<sup>7,10,20</sup> Existem evidências consistentes de que intervenções que promovem a educação dos usuários, o apoio ao autocuidado, o uso de telessaúde e de registro eletrônico, a atenção multiprofissional integrada e coordenada por meio de protocolos criteriosos melhoram a qualidade e o desempenho dos serviços ofertados.<sup>20</sup> Gestores, trabalhadores de saúde e usuários precisam se apropriar das vantagens do novo modelo de atenção e viabilizar sua aplicação a todos os indivíduos com diabetes e outras DCNT, ao longo da vida.

## Referências Bibliográficas<sup>6</sup>

1. Newton CA, Adeel S, Sadeghi-Yarandi S, Powell W, Migdal A, Smiley D, et al. Prevalence, quality of care, and complications in long term care residents with diabetes: a multicenter observational study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(11):842-6.
2. Kristensen JK, Bak JF, Wittrup I, Lauritzen T. Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population. *Primary care diabetes*. 2007;1(3):159-65.
3. F V. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros, 2010. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis\\_96.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf).
4. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
5. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3689-96.
6. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46:126-34.

---

6 FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.



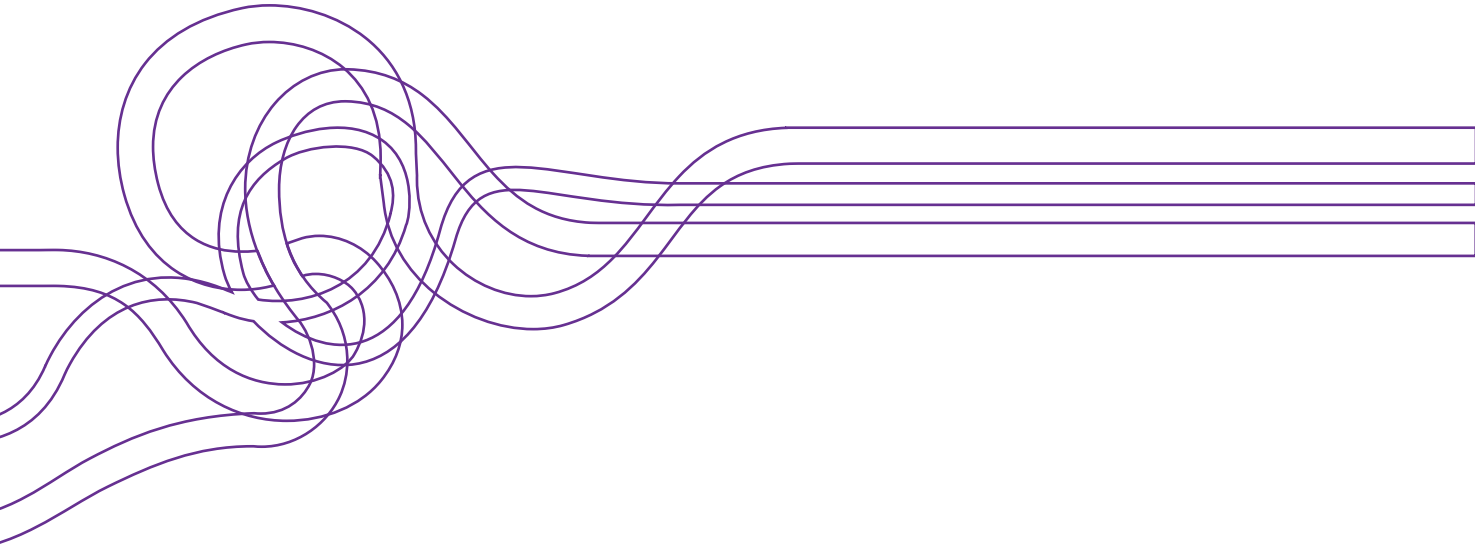
7. Lopez-Bastida J, Boronat M, Moreno J, Schurer W. Costs, outcomes and challenges for diabetes care in Spain. *Globalization and health*. 2013;9(1):17.
8. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:604-12.
9. Capilheira MF, Santos IdSd. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):436-43.
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512.
11. Brasil. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 64.
12. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 192.
13. Calsbeek H, Ketelaar NA, Faber MJ, Wensing M, Braspenning J. Performance measurements in diabetes care: the complex task of selecting quality indicators. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2013;25(6):704-9.
14. Sidorenkov G, Haaijer-Ruskamp FM, de Zeeuw D, Bilo H, Denig P. Review: relation between quality-of-care indicators for diabetes and patient outcomes: a systematic literature review. *Medical care research and review: MCRR*. 2011;68(3):263-89.
15. Costa JSDd, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:360-9.
16. Macinko J, Lima-Costa M. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity in Health*. 2012;11(1):33.
17. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:38-45.
18. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
19. IBGE. Censo Demográfico 2000: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
20. Worswick J, Wayne SC, Bennett R, Fiander M, Mayhew A, Weir MC, et al. Improving quality of care for persons with diabetes: an overview of systematic reviews - what does the evidence tell us? *Systematic reviews*. 2013;2:26.
21. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*. 2003;35(8):1381-95.

22. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine*. 1961;265:885-92.
23. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
24. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*. 2004;27(5):1047-53.
25. Seus T, Siqueira F, Silveira D, Tomasi E, Thumé E, Silva S, et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2012;17(6):519-31.
26. Machado-Alba JE, Moncada-Escobar JC, Gaviria H. Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(6):529-35.
27. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes research and clinical practice*. 2010;87(3):302-12.
28. Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. *Diabetes Care*. 2008;31(2):233-5.
29. Brown RE, Riddell MC, Macpherson AK, Canning KL, Kuk JL. All-cause and cardiovascular mortality risk in U.S. adults with and without type 2 diabetes: Influence of physical activity, pharmacological treatment and glycemic control. *Journal of Diabetes and its complications*. 2014;28(3):311-5.
30. Pérez-Perdomo R, Pérez-Cardona C, Rodríguez-Lugo L. Prevalence of diabetes and patterns of health services utilization: a comparative analysis between a private and a health reform group of insured, 1997-1998. *P R Health sci j*. 2001;20(2):139-46.
31. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:669-81.
32. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
33. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado do Distrito Federal; 2001.
34. Caiafa J, Canongia P. Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro. *J Vasc Br*. 2003;2(1):75-8.
35. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thume E, Silveira DSd, et al. Advice for salt, sugar and fat intake habits among adults: a national-based study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16:995-1004.
36. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:203-13.

37. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, et al. Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: results of the QuED study. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases (NMCD)*. 2008;18(1):57-65.
38. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9642):940-9.
39. Silveira DSd, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:1714-26.
40. Pedersen ML. Prevalence of diagnosed type 2 diabetes mellitus in Greenland 2008: the impact of electronic database implementation on the quality of diabetes care. *International Journal of Circumpolar Health*. 2009;68(1):34-41.
41. Suksomboon N, Poolsup N, Nge YL. Impact of phone call intervention on glycemic control in diabetes patients: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *PLoS one*. 2014;9(2):e89207.
42. WHO. The innovative care for chronic conditions framework (ICCC), 2011. Disponível em: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en>.
43. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting Health Reform Right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press; 2008.
44. Franch Nadal J, Artola Menendez S, Diez Espino J, Mata Cases M. [The evolution of quality care indicators of patients with type 2 diabetes in the Spanish primary care (1996-2007). The RedGEDAPS quality of care program]. *Medicina Clínica*. 2010;135(13):600-7.
45. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud*. Madrid; 2007:85. Disponível em: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia\\_diabetes\\_sistema\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf).
46. WHO. *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries*. World Health Organization; 2013.
47. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254-8.

# 3

CLAUNARA SCHILLING MENDONÇA<sup>a</sup>



## ANÁLISE DO PROBLEMA

Para subsidiar o tema proposto – a crise no modelo de atenção à saúde –, torna-se necessária reflexão prévia sobre os valores, os objetivos e as funções dos sistemas de saúde no mundo e as escolhas que vão sendo adotadas pelos distintos atores – tomadores de decisão, profissionais de saúde, gestores de saúde, instituições acadêmicas e a sociedade, a fim de indicar qualquer proposição que venha a contribuir com a finalidade das organizações de saúde em responder às necessidades das pessoas. Segundo Starfield,<sup>1</sup> há dois objetivos em um sistema de saúde: melhorar a saúde das pessoas e ser equânime na distribuição dos recursos.

Para alcançar esses objetivos, os sistemas de saúde devem enfatizar a importância da **qualidade, equidade, custo-efetividade e relevância.**<sup>2</sup>

A **qualidade** entendida como resultado de acesso adequado e efetividade do cuidado. As pessoas conseguem os cuidados que precisam? O cuidado é efetivo quando elas conseguem?<sup>3</sup> A quali-

---

<sup>a</sup> PROFESSORA ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. MÉDICA DE FAMÍLIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

dade pode ser avaliada por quatro componentes: 1. Financiamento adequado; 2. Oferta dos serviços; 3. Performance clínica; e 4. Resultados em saúde.

A **equidade**, como a busca incessante de redução das diferenças no acesso às ações e aos serviços de saúde, a qualidade e os resultados em saúde relacionados a renda, classe social, raça/cor, sexo, idade, escolaridade, incapacidades e localização geográfica. Os valores de qualidade e equidade devem ser considerados em contexto de custo-efetividade, ou seja, as ofertas do sistema de saúde são **custo-efetivas** quando alcançam os resultados em saúde com o menor custo possível.

A **relevância** significa prover atenção à saúde de forma coerente com as necessidades e as prioridades de saúde de um país. Aqui podemos traduzir esse valor de um sistema de saúde como o conceito utilizado por Barbara Starfield para definir um Sistema de Saúde orientado pela Atenção Primária à Saúde: uma estratégia com base na população que necessita do empenho dos governos para enfrentar a grande variedade de influências sobre a saúde e para atender às necessidades de saúde das populações.<sup>1</sup>

Para alcançar suas finalidades, os Sistemas de Saúde têm **funções** que, conforme sua implementação, vão resultar em diferenças nos resultados de saúde em suas populações. São elas a **oferta dos serviços**, os **recursos humanos**, o **financiamento**, os **sistemas de informação** para tomadas de decisões e a **liderança**,<sup>2</sup> definindo as diretrizes, as políticas, os padrões e a regulação e tomando decisões baseadas nas melhores evidências.

A enorme variabilidade nos resultados em saúde, mesmo entre países com gastos em saúde similares e semelhantes graus de escolaridade e condição socioeconômica de sua população,<sup>4</sup> indica a necessidade de se medirem essas funções, a fim de se comparar e se avaliar o gradiente de seguimento das orientações ora indicadas, o que poderá subsidiar a capacidade de se corrigirem rumos e se apontarem soluções para a crise atual dos sistemas de saúde.

Os estudos que estão sendo realizados para se avaliarem as crises nos sistemas de saúde partem de comparações entre sistemas de saúde públicos e sistemas de seguros ou privados, que demonstram importantes diferenças nas estruturas, nos processos e nos resultados e, conseqüentemente, nos problemas (e nas soluções) que enfrentam.

Dito de outra forma, avaliam o “caminho” dos usuários na rede de serviços, com ações de redução de custos que também dependem do modelo de atenção, ou seja, da forma como as pessoas recebem as ações e os serviços de saúde. Portanto, a fim de sugerir propostas e soluções para o Sistema de Saúde brasileiro, com base no que está sendo apontado como problema nos sistemas de saúde no marco da crise financeira atual, que também é uma crise de modelo assistencial, vamos analisar os problemas que prejudicam a funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

## OFERTA DOS SERVIÇOS

O Brasil segue uma lógica de condicionar a oferta de serviços pela sua forma de pagamento. Tanto no sistema público de saúde, como na saúde suplementar, enfrenta o mesmo problema: custos crescentes, rápida incorporação tecnológica, baixa capacidade regulatória, envelhecimento da população e dificuldade de proporcionar atenção integral nesse contexto.

A oferta dos serviços na atenção especializada (atenção ambulatorial especializada e hospitalar) recebe pagamento por produção (*fee for service*), enquanto o funcionamento da APS é *per capita*. Em que pese o enorme crescimento na atenção ambulatorial brasileira, desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Brasil saiu de aproximadamente mil unidades de saúde para mais de 33 mil unidades no início da década de 1990,<sup>5</sup> e o tipo de atenção prestada não tem respondido às necessidades de acesso e qualidade das pessoas.<sup>5</sup>

Há clara ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde no Brasil, explícita por inúmeros estudos relacionados à Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como nos resultados das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio (Pnads), porém, se utilizamos pesquisas de opinião ou sobre satisfação com os serviços de saúde, o acesso direto aos especialistas para a solução de “doenças” é a principal demanda dos brasileiros.

A população de maior renda tem maiores taxas de consultas diretas aos especialistas, o que não significa melhores resultados em saúde, pois acesso direto inadequado às especialidades médicas leva a uma maior frequência de exames e resultados falso-positivos. Se uma das principais funções da atenção primária na rede de serviços é justamente assegurar o acesso adequado à atenção especializada, a “porta de entrada” deve, obrigatoriamente, ser regulada na organização do sistema. A maneira como os sistemas de saúde incorporam as características da APS, como seu papel de “*gatekeeper*” (porta de entrada) nos sistemas de saúde, deve ser reconhecida pela população e pelos trabalhadores e garantida pelos gestores, a fim de gerar mudança na oferta dos serviços.

A APS deve responder ao modelo “ecológico” proposto por White, Green (na Inglaterra e Estados Unidos da América, EUA) e Fachini (no Brasil), atendendo os problemas frequentes das pessoas que experimentam algum sofrimento ao longo das suas vidas, com algumas características: acessibilidade, conveniência, proximidade, aceitabilidade e viabilidade. Esses padrões não necessariamente são seguidos quando as pessoas são atendidas diretamente por especialistas.

De cada 1.000 adultos, 750 têm sintomas, 250 procuram serviços de saúde, 13 as emergências, oito são hospitalizados (um em hospital terciário). As pessoas que buscam a APS apresentam múltiplos problemas, de diversas naturezas, e não são estritamente médicos. Estudo na Nova Zelândia, na Austrália e nos EUA mostraram uma média de 1,4 problema por consulta (excluídas as orientações de prevenção), e os médicos da APS devem manejar adequadamente quantidade frequente

de problemas: nos EUA, 75% das consultas devem-se a 46 diferentes problemas; na Austrália, 52; e na Nova Zelândia 57.<sup>9</sup>

No Brasil, estudo de demanda em serviços de APS com mais de 30 anos de existência demonstrou que 60% de toda a demanda ambulatorial concentravam 40 diferentes problemas de saúde, ou seja, o manejo adequado de aproximadamente 50 diagnósticos permite a resolução de mais da metade de toda a demanda médica em ambulatórios de atenção primária.<sup>10</sup> A proporção de encaminhamentos aos serviços de atenção especializada, por sua vez, varia de acordo com a capacidade de resposta do serviço de APS, mas também com a definição das políticas de oferta de bens e serviços estabelecidas no país. Nesse serviço, variou de 22% para problemas oftalmológicos a 1% para problemas respiratórios. A atenção aos problemas de refração, muito frequente na população, dependendo de sua faixa etária, é uma demanda respondida somente pelos oftalmologistas no nosso país.

Estudos que comparam as estimativas de uso de determinados serviços de saúde por pessoas filiadas a planos de saúde privados e usuários do SUS apresentam resultados variados e mostram que a clientela dos planos privados tem percentuais de utilização de serviços ambulatoriais superiores (de 57% a 168%) aos cobertos exclusivamente pelo SUS.<sup>11-16</sup> apud 17 Essa desigualdade não foi verificada para hospitalizações.

## RECURSOS HUMANOS

Um Sistema de Saúde efetivo requer composição com número suficiente de profissionais de saúde, com adequada formação, garantidas determinadas competências e com disponibilidade de apoio diagnóstico e terapêutico. Os recursos humanos consomem dois terços do total de todo o orçamento nacional da saúde; portanto, investimentos na força de trabalho precisam garantir o número, o tipo e a distribuição de profissionais adequados para responder a necessidades e prioridades em saúde individuais e coletivas.

No Brasil, ao utilizarmos o perfil dos médicos em número, especialidade e distribuição geográfica, bem como a filiação pública ou privada, vemos que temos grande número de profissionais mais caros oferecendo acesso a uma pequena parcela da população. Há, segundo a pesquisa de demografia médica feita pelo Conselho Federal de Medicina, 7,6 postos de trabalho médico no setor privado e 1,95 no público, com um alto índice de desigualdade tanto entre as regiões como entre as capitais do país. A razão de desigualdade público/privado, segundo Unidades da Federação, varia de 1,63 no Rio de Janeiro a 12,09 na Bahia.<sup>18</sup> O estudo de Starfield da década de 1990 que compara 12 países ocidentais desenvolvidos, a fim de analisar a orientação desses rumo à atenção primária, utilizou como critério o tipo de profissional médico na APS, seus honorários em relação aos demais especialistas e o percentual de médicos em atividade que são especialistas em relação aos que atuam na APS. Valores menores que 50% são indicativos de uma maior orientação à APS; intermediário, entre 51 e 69%; e



acima de 70%, orientado à especialidade. Alemanha, Dinamarca, EUA e Suécia tiveram percentuais acima de 70%, considerados com orientação à atenção especializada; os intermediários foram Espanha, Finlândia e Holanda; e Áustria, Bélgica, Canadá, França e Reino Unido tiveram percentuais iguais e menores que 50%. Em 30 países da OCDE, de 1990 a 2007, o número de especialistas aumentou 60% em relação ao crescimento de generalistas (na APS).

No Brasil, 44,9% dos médicos não têm nenhuma especialidade médica, conferindo uma razão de 1,23 especialista para cada generalista. Porém, a fim de comparar com o critério utilizado por Starfield, que leva em conta uma formação específica para o trabalho em APS, podemos adaptar os resultados desse estudo e incluir os médicos internistas – Clínica Médica (5,2%), os pediatras (13,31%) e os médicos de família e comunidade (1,3%) – e chegaremos à porcentagem de médicos em atividade que são especialistas de **80,2%**, ou seja, semelhante aos países com alta orientação à atenção especializada. Sete especialidades concentram mais da metade dos profissionais (52,3%). Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia (11%), Anestesiologia (7,2%), Cirurgia Geral (6,6%), Medicina Interna, Ortopedia e Traumatologia (4,6%), Oftalmologia (4,5%), Medicina do Trabalho (4,4%) e Radiologia (3,5%).<sup>13</sup> Por que justamente algumas dessas especialidades médicas estão entre os maiores gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS)? Porque para cada novo médico registrado no CFM:

[...] verifica-se o crescimento de 1,35 médico ocupando posto de trabalho no setor público e 1,86 no setor privado. Essa distância menor que uma unidade equivale a uma diferença abissal na disponibilidade de médicos para a população coberta por planos de saúde em relação à população que depende exclusivamente do SUS.<sup>18</sup>

Desde 1995, na 48ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere a seus países membros que reorientem a educação e a prática médica em busca de “Saúde para Todos”, reformando as escolas médicas, formando médicos generalistas para trabalhar em serviços de atenção primária, realizando pesquisas para definir o número e o tipo de especialistas necessários aos sistemas de saúde e colaborando com as associações profissionais, a fim de definir os perfis dos futuros egressos das instituições formadoras.<sup>19</sup> Na Assembleia Mundial da Saúde de 2009, com a Resolução n. 62/2012, pela primeira vez a OMS, articulada com a WONCA (World Organization of Family Doctors), indica quais são os profissionais e qual é a especialidade médica necessária para as mudanças na formação médica:

[...] formar e fixar um adequado número de trabalhadores de saúde, com habilidades apropriadas, incluindo enfermeiras de atenção primária à saúde, enfermeiras obstétricas, **médicos de família**, aptos a trabalhar em contextos multidisciplinares, em cooperação com trabalhadores comunitários a fim de responder efetivamente às necessidades de saúde das pessoas.

Em 2010, artigo na revista *The Lancet*<sup>20</sup> convida as instituições de ensino em saúde a fazerem parte de um processo de “aprendizagem transformadora”, com ênfase no aprendizado interprofissio-



nal, a fim de formar profissionais que não sejam somente bons “cientistas” ou “provedores de saúde”, mas que também possam atuar como “agentes de mudança”, responsáveis pela melhoria contínua na oferta do cuidado em saúde.

A WONCA, em seu último congresso, com apoio da OMS, lançou o livro “A contribuição do Médico de Família na melhoria dos Sistemas de Saúde” e a experiência brasileira foi contemplada, juntamente com a da China, a dos países do Leste do Mediterrâneo, a da Tailândia e a do continente africano. A Política Nacional de Atenção Primária é apontada como importante experiência de reforma da APZ com base na comunidade com as equipes de saúde da família, que, mesmo com um número limitado de trabalhadores qualificados nas equipes, têm claro impacto na saúde e em indicadores socioeconômicos dos brasileiros atendidos.<sup>21</sup>

O Brasil tem modelo de APS abrangente, que compreende promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e desde sua formação, a Saúde da Família apresenta três importantes características que a diferencia de outros sistemas de saúde orientados pela APS:

1. Equipes multidisciplinares são responsáveis por territórios geográficos e população adscrita, tem as atribuições de reconhecer adequadamente problemas de ordem funcional, orgânica ou social.
2. A presença singular dos agentes comunitários de saúde.
3. A inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde.

A complexidade da tripla carga de doenças em um país em desenvolvimento, exige que **equipes multidisciplinares** atuem de forma coordenada para proporcionar às pessoas o que elas necessitam e de forma efetiva. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), lançados em 2008 e compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, tem a atribuição de apoiar as equipes de Saúde da Família na rede de atenção (setorial e intersetorial), ampliando a abrangência e resolutividade das equipes.

O número e tipo de profissionais responsáveis por determinada população é um importante desafio dos sistemas de saúde, a fim de reduzir seus custos crescentes. Faz-se necessária uma organização dos serviços com definição clara dos papéis dos diferentes profissionais de saúde e suas competências na abrangência dos cuidados, na sua complementariedade ou substituição em busca de melhor eficácia, eficiência e equidade.

## O FINANCIAMENTO

A crise econômica de 2008 exacerbou a pauta da viabilidade dos sistemas de saúde no mundo. Muitos estudos estão sendo feitos, a fim de se comparar aumento de custos e gastos, austeridade nos gastos, reformas estruturais em tempos de crise, reformas nos hospitais, desigualdades socioeconô-

micas e acesso, o papel do dinheiro das empresas na área da saúde, com especial referência para a indústria farmacêutica.<sup>22</sup>

Os resultados revelam que políticas de corte de gastos tem efeitos negativos na equidade, eficiência, qualidade dos serviços de saúde e na piora dos resultados em saúde em tempos de crise econômica.<sup>23</sup> Países europeus propuseram reformas específicas nos hospitais, muito influenciados pelo modelo dos Estados Unidos (DRGs), com copagamentos e premiações para redução de custos, mas a maior parte deles aponta como insuficientes as mudanças de curto prazo, de contenção de custos nas internações, e a necessidade urgente de que as soluções sejam reformas estruturais de financiamento relacionado à organização do cuidado.<sup>24</sup> Utilizar o hospital somente na prestação de cuidados de alta densidade tecnológica e garantir acesso na atenção ambulatorial de tudo que pode ser feito nesse lugar, sem duplicidade na prestação de serviços, é um dos apontamentos desses estudos. Muitas internações hospitalares se estendem além do necessário, não por razões médicas, mas pela incerteza de que os serviços baseados na comunidade (atenção primária, policlínicas, atenção domiciliar) estão disponíveis e assumirão essa tarefa, com recursos adequados.

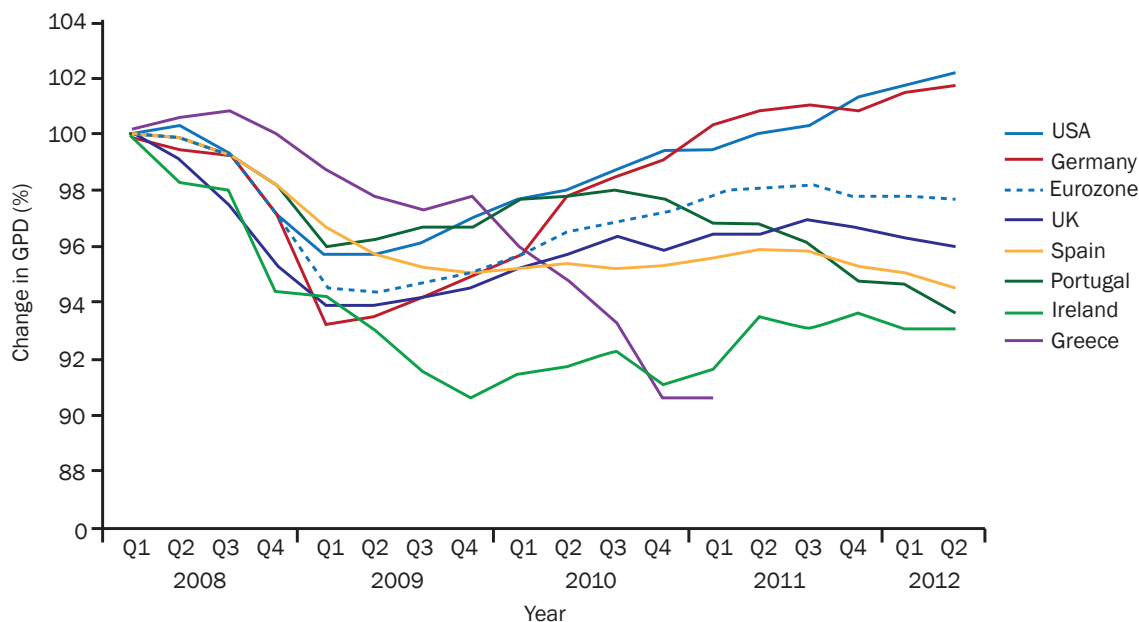
Uma série de tendências semelhantes surge nos diferentes países, principalmente da OCDE, muito semelhantes ao que temos visto no Brasil. (1) **política**: a interferência do processo político e de coalizões de governo se manifesta na formulação de políticas de saúde; (2) **concorrência** do modelo público para o modelo de contrato público, tanto no sistema universal como nos de seguridade; (3) **privatização**: o aumento do setor privado é incentivado em todos os países europeus por uma variedade de mecanismos, tais como concessões fiscais ou redução de tarifas; (4) **desigualdade**: ganhos de eficiência implicam diminuição da disponibilidade e acessibilidade dos cuidados de qualidade entre os diferentes grupos populacionais; (5) **custos de gestão**: os esforços de contenção de custos levam a um aumento dos custos de gestão, especialmente da informação de gestão, tanto em dinheiro real como com recursos humanos; (6) **mudanças de poder**: há reorientação do fluxo de dinheiro em todo o sistema com mudanças na autoridade para grupos de poder não tradicionais; e (7) **déficits públicos**: preocupação com a redução dos déficits públicos prevalece sobre custo-efetividade, ou macroeficiência prevalece sobre microeficiência.<sup>25</sup>

No Brasil, Sonia Fleury fez um apanhado do aprendizado na literatura internacional e relacionou com o que ocorre no Brasil. E aponta prejuízos públicos na contratualização, porque “contratos longos tendem a fracassar na estimativa de preços, sendo o prejuízo assumido ou pelo governo, com maior ônus financeiro, ou pelo paciente, quando o provedor reduz a qualidade”. Refere maior custo-efetividade nos hospitais públicos do Reino Unido em comparação com Parcerias Público-Privadas. O gasto público aumentou nessas, sem impacto nas desigualdades em saúde. Ela encerra:

Por fim, a alegação maior de que as PPPs seriam uma solução para o setor da saúde não só por resolver o problema da gestão, mas também o do financiamento, ao injetar recursos privados, parece ser uma grande falácia. Se os problemas começaram com a sistemática redução do financiamento

da União para a saúde – DRU, pagamentos indevidos, redução da porcentagem do PIB –, comprometendo a gestão e a qualidade dos serviços públicos, a solução encontrada parece acentuar tais problemas... Não por acaso, as empresas vencedoras das parcerias são também as principais beneficiárias de financiamento público subsidiado via BNDES, para o qual a União emite títulos públicos, aumentando a dívida pública e reduzindo a capacidade de financiamento dos sistemas universais de educação e saúde. Enfim, ao igualar o público e o privado em busca de crescente interação rumo a um projeto de nacionalização do sistema de saúde, o que se está fazendo é reduzir progressivamente o papel do Estado a financiador e comprador, o que seria decretar a morte progressiva do SUS.<sup>26</sup>

No gráfico abaixo, estudo que compara as opções dos países em tempos de crise demonstra que a crise financeira resultou em variadas decisões políticas e que essas resultaram diferentes respostas na saúde.<sup>27</sup> Em alguns países, com aumento de desemprego e sem financiamento de políticas sociais, aumentaram taxas de suicídio. O caso da Irlanda, que rejeitou a orientação ortodoxa de redução de custos e de salvamento dos bancos envolvidos na crise, influenciada por protestos generalizados com alta participação da população, sugerindo alta coesão social, teve baixíssima consequência na saúde no momento de crise, ao contrário, pesquisa nacional de saúde e bem-estar mostrou que a crise teve pouco efeito no sentimento de **felicidade** dos irlandeses.<sup>28</sup>



GDP in Q1 2008 = 100%. Source: Organisation for Economic Co-operation and Development database. GDP = Gross Domestic Product. Q = Quarter

No seu último relatório, a OMS coloca aos países membros o compromisso de propor mudanças no financiamento dos sistemas de saúde, a fim de direcioná-los rumo à **cobertura universal**.

Oferecer a todas as pessoas acesso aos serviços de saúde de que necessitam, sem que corram o risco de empobrecimento ou ruína financeira. Na 65ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2012, Margareth Chan, Diretora da OMS, diz: “a cobertura universal é o conceito mais poderoso que a saúde pública pode oferecer”. No relatório, duas propostas são apresentadas em relação ao financiamento:

1. Aumentar a **captação de recursos** da saúde e que os países cheguem a 2015 com, no mínimo, 60 dólares *per capita* anuais.
2. **Promover a eficácia e eliminar as perdas:** estima-se que se perdem entre 20% a 40% dos recursos destinados à saúde; pode-se alcançar economia de cerca de 5% de gastos em saúde reduzindo gastos desnecessários com **medicamentos**; deve-se utilizar corretamente as tecnologias, principalmente as relacionais e de comunicação; os serviços devem motivar seus trabalhadores; devem-se reduzir os erros médicos e aumentar a segurança dos usuários e eliminar a corrupção.<sup>29</sup>

O financiamento e a manutenção dos gastos em outros setores além da saúde são também muito importantes e ajudam a proteger a saúde das pessoas. O desemprego está associado ao aumento de comportamentos de risco para a saúde, como aumento do consumo do álcool, aumento de sofrimento psíquico, doenças mentais e suicídios. Estudo com duração de 25 anos em países da OCDE demonstrou que, para cada cem dólares *per capita* por ano gastos em políticas de bem-estar social, foi associada redução de 1,19% na mortalidade por todas as causas.<sup>30</sup>

Do ponto de vista do financiamento do SUS para atenção primária e sua capacidade de induzir os municípios à implementação da Saúde da Família, ao se analisar a evolução dos incentivos federais, repassados aos municípios, há maior concentração nos incentivos dos Agentes Comunitários de Saúde. Houve a criação da profissão, sua regulamentação e posterior necessidade de manutenção de um piso salarial. Os incentivos previstos na Portaria n. 314, de 28/2/2014, elevam o custeio do incentivo federal dos ACS para R\$1.014,00, o que representa hoje 3,4 bilhões anuais do orçamento federal, maior que os incentivos à manutenção das equipes de Saúde da Família (SF), na ordem de 3 bilhões anuais.

A entrada de milhares de trabalhadores no SUS (256.819 mil ACS, março 2014) permitiu à APS brasileira participar na redução da desigualdade dos últimos dez anos, pela ampliação da renda pelo trabalho, ou seja, os serviços de APS, por sua imensa capilaridade e expansão, proporcionaram aumento na produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para o país.

Do total dos incentivos federais do PAB variável repassados em 2013, R\$ 12,7 bilhões, 26,7% representam os incentivos dos ACS, 23,3% os incentivos às equipes de SF, 5% à Saúde Bucal e 4,4% aos Nasf.

Os principais problemas apontados nos estudos sobre crises nos sistemas de saúde que resultam em piora dos indicadores de morbimortalidade estão relacionados a ERROS NA ALOCAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO INEQUÂNIME, INEFICIÊNCIA E CUSTOS CRESCENTES.

## ERROS NA ALOCAÇÃO

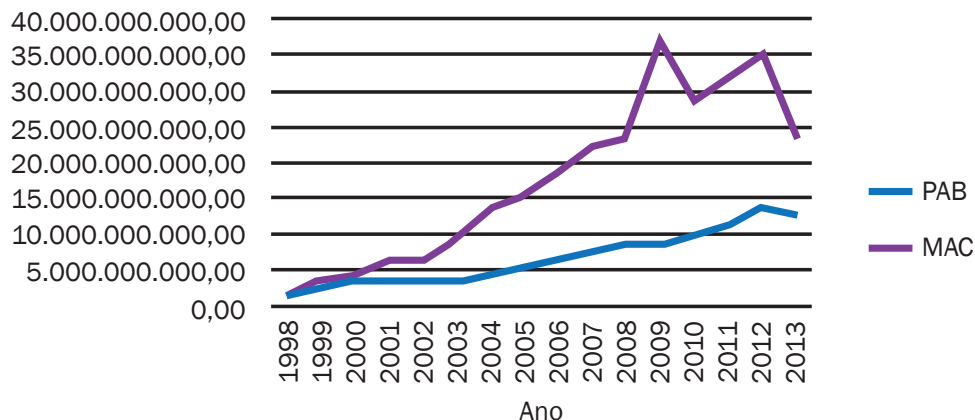
Frequentemente se gasta muito com intervenções pouco efetivas e se gasta pouco com intervenções mais custo-efetivas. Em levantamento de intervenções médicas efetivas e que são subutilizadas nos serviços de saúde podemos indicar: utilização de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina na Insuficiência Cardíaca, o uso de betabloqueador após Infarto Agudo do Miocárdio; realização de preventivo de câncer de colo uterino, principalmente em mulheres que nunca fizeram o exame, diagnóstico e tratamento da depressão; rastreamento para retinopatia diabética e glaucoma; vacina para pneumococo; atenção pré-natal; vacinação da Hepatite B em crianças e adolescentes; uso de trombolítico no Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Isquêmico; Manejo da Dor; e Transplante de órgãos.<sup>31</sup>

Do ponto de vista das intervenções sobre os macrodeterminantes, por sua vez, o caso do tabagismo é exemplar. A intervenção mais eficaz é o aumento dos impostos sobre o fumo: essa tem sido uma medida notadamente subutilizada, até mesmo, quando ajustado para o poder de compra (o preço dos produtos derivados do tabaco diminuiu na maioria dos países nos últimos anos<sup>32</sup>).

Alguns países gastam 20% de todo orçamento em saúde em hospitais terciários. Os recursos, via de regra, insuficientes são utilizados na formação de especialistas e em procedimentos que não coincidem com as necessidades da sociedade. Há inúmeros estudos que mostram que áreas com atenção primária dentro dos países e entre os países, mesmo os que apresentam iniquidades, têm melhores resultados em saúde, incluídas as taxas totais de mortalidade, taxa de mortalidade por doença cardíaca, mortalidade infantil, detecção precoce de câncer colorretal, câncer de mama, câncer cérvico-uterino e melanoma. O oposto ocorre quando o acesso é direto com os especialistas, o que está associado a piores resultados.<sup>33</sup>

No Brasil, a evolução dos recursos federais, conforme gastos com atenção primária (PAB fixo e variável) desde o primeiro ano de seu repasse e a atenção ambulatorial e hospitalar (MAC) pode ser visto nos gráficos abaixo:

## Evolução dos Recursos Federais – PAB e MAC Brasil – 1998-2013



FONTE: [HTTP://APLICACAO.SAUDE.GOV.BR/PORTALTRANSPARENCIA/INDEX.JSF](http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf).

Segundo Vilaça, apesar dos recursos alocados para a APS terem crescido nos últimos anos, são insuficientes para dar suporte ao novo ciclo da APS no SUS, em uma proposta de radicalizar a Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado no SUS. Os gastos do Ministério da Saúde com APS, após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, eram um quarto do total dos gastos em relação à atenção especializada (4,064 bilhões do total de 20 bilhões em 2007) e chegam a um terço em 2012 (13,3 bilhões de um total de 35,5). O que Vilaça propõe para o enfrentamento do subfinanciamento da APS é que qualquer recurso novo que entre no sistema aumente a eficiência alocativa do SUS, sendo direcionado para a APS.

## DISTRIBUIÇÃO INEQUÂNIME

A distribuição inequânime se dá quando, mesmo com aumento dos recursos para a saúde, os resultados encontrados não são desejáveis justamente porque a oferta de serviços essenciais é heterogênea entre diferentes grupos populacionais, principalmente associada à classe social. Os pobres recebem cuidados de menor qualidade.<sup>34</sup> Segundo Victora, em apresentação para a **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)** a pobreza determina maior morbimortalidade por maior exposição às doenças e agravos, 60,3% dos domicílios brasileiros tem acesso a água, luz, rede de esgoto e coleta de lixo (PNAD, 2011); **menor cobertura de intervenções preventivas**, 54% das mulheres maiores de 25 anos com até um quarto de salário mínimo nunca realizaram mamografia, comparado a 7,7% das mulheres com rendimento mensal *per capita* entre três e cinco salários; **maior probabilidade de adoecer**, adolescentes masculinos com renda menor de um salário mínimo tem duas vezes mais problemas psiquiátricos que os de renda maior que dez salários mínimos e a

gravidez na adolescência em meninas com renda familiar mensal de um salário mínimo é seis vezes maior que as de renda maior que dez salários mínimos na mesma cidade (Coorte de 1982, Pelotas/RS); **menor resistência às doenças**, a carga de doenças associadas a um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25 é maior que a carga de doenças associadas à subnutrição e 16% dos adultos tem sobrepeso e obesidade nas capitais brasileiras; **menor acesso a serviços de saúde**, Pnad Saúde 2008 **pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária**, em estudo que avaliou acesso e qualidade no pré-natal em mulheres com baixa renda, que recebiam Bolsa Família, 97,7% tiveram consultas de pré-natal, mas somente metade delas (50,4%) teve suas mamas examinadas (Aquares, 2010); **menor probabilidade de receber tratamentos essenciais**, mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total e outros 4 milhões precisam usar prótese parcial, os adultos que já perderam todos os dentes estão concentrados nas classes D e (SB 2010, PNAB, 2003); **menor acesso a serviços de nível secundário e terciário**; diferentemente da utilização de serviços em geral, que apresentou marcadas desigualdades sociais desfavoráveis aos mais pobres, no caso da internação hospitalar foram os mais pobres que internaram mais (Pnad Saúde 2003). Em Belo Horizonte, estudo verificou que as mulheres moradoras de áreas de maior vulnerabilidade social apresentavam taxas de Internações por condições sensíveis cinco vezes maior que as moradoras dos setores censitários de maior renda. E que a presença da Estratégia de Saúde da Família gerou uma queda dessas internações nessas mulheres 10 vezes maior que nas mais ricas (queda de 55,9/10.000 e de 5,9/10.000 em quatro anos)<sup>35</sup>.

Ao utilizar o esquema de Determinação Social da Saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead<sup>36</sup> com a sobreposição do estudo de Haskel<sup>37</sup>, que quantifica, para os resultados de óbito na população, a influência dos diferentes determinantes, a assistência médica tem um impacto de 10%, um quinto em relação aos determinantes intermediários, que são associados a comportamentos individuais, capazes de criar oportunidades de adoecer em um contexto individual e social,<sup>38</sup> ou seja, em face vulnerabilidade individual, o peso da assistência médica pode ser considerado pequeno, razão pela qual a organização dos serviços de saúde “não pode deixar de fazer a coisa certa” e garantir sua contribuição na saúde das pessoas.





Os serviços de saúde têm papel na determinação social da saúde e contribuem na redução das iniquidades em saúde,<sup>39</sup> Particularmente nos sistemas em que os serviços de atenção primária são explicitamente considerados.<sup>40</sup> Estudos realizados em países industrializados indicam que a equidade é adquirida quando a provisão dos serviços é de atenção primária, mas não ocorre para serviços de atenção especializada.<sup>41-42</sup>

É papel dos Sistemas de Saúde minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, reduzindo a desvantagem sistemática de determinados indivíduos em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde, pelo emprego adequado do estado mais avançado de conhecimento sobre as causas das doenças, seu manejo e a melhora da qualidade de vida.

## INEFICIÊNCIA

A forma como os serviços de saúde se organizam é também determinante distal da saúde e tem efeito nos resultados de saúde de uma população. A ineficiência se dá principalmente pela ausência de coordenação do cuidado definida na rede de serviços, que resulta na fragmentação, redundância e ineficiência dos recursos. Também surge quando há separação das ações preventivas (coletivas) das ações clínicas individuais.

Os programas verticais, que se opõem à abrangência dos serviços oferecidos pela APS, têm também se mostrado ineficientes.<sup>43</sup>



O número de eventos adversos evitáveis em hospitais é muito alto, cerca de 67%, juntamente com os eventos decorrentes de uso inadequado de medicamentos e das infecções hospitalares.<sup>44</sup> apud <sup>45</sup>

Em relação a internações hospitalares, o Brasil tem taxas altas de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à APS, nos adultos entre 20 e 79 anos, entre 1999 e 2007, as ICSAP foram responsáveis por 25% do total das internações, cujo gasto foi de aproximadamente 405 milhões/ano, 21% do total de gastos com internações hospitalares. E suas taxas foram maiores em municípios com o maior número de leitos hospitalares privados e baixas coberturas de Saúde da Família (menor que 25%).<sup>46</sup> Já no caso dos menores de 20 anos de idade, em que pesem reduções importantes nas taxas de internações por gastroenterites e asma (-12 e -31,8%, respectivamente) o mesmo não ocorreu para as internações por pneumonias bacterianas, cujo incremento foi de 142,5%, no período analisado (1999 a 2006), com diferenças regionais e nas faixas etárias.<sup>47</sup> A ineficiência é óbvia. Sendo problemas cujas tecnologias sabidamente são disponíveis na APS, não deveriam resultar na exposição desnecessária de internações hospitalares.

A ineficiência pode significar 20 a 40% do total de gastos em saúde.<sup>49</sup>

## CUSTOS CRESCENTES

Países como o Brasil e outros de renda intermediária têm de estar atentos à necessidade de regular a incorporação tecnológica intensa, acrítica e abusiva do setor saúde, essencial para a sustentabilidade de sistemas universais de saúde.

O aumento de gastos se dá por inúmeros fatores, principalmente desproporcional crescimento nas especialidades médicas, aumento na utilização da tecnologia biomédica, solicitação de exames, procedimentos e tratamentos, não necessariamente com as melhores evidências ou com resultados positivos.

As pessoas e as populações diferem em sua vulnerabilidade individual e sua resiliência, ou resistência às ameaças à saúde. Alguns acumulam risco, vulnerabilidade e carga de doenças (*comorbidades* ou *morbidity mix*). O cuidado a essas pessoas – a gestão clínica – se não levar em conta esse *mix*, seguindo “cegamente” diretrizes clínicas ou protocolos dirigidos a problemas ou doenças, terá grande impacto no gasto sem sucesso nos resultados.

A abordagem doença-doença tem sido uma maneira convencional de se pensar a saúde e suas limitações estão se tornando bem reconhecidas.<sup>48</sup>

Quanto maior a carga de morbidade, maior a persistência de **diagnósticos de doenças**, e a base das evidências para intervenções preventivas e terapêuticas de doenças específicas não são desenvolvidas na atenção primária. O percentual de pessoas atendidas por especialistas é alto no mundo todo, e países com maior oferta de especialistas não têm melhor qualidade de atendimento nem melhores resultados nos cuidados em saúde. Se alguns estudos encontram qualidade superior dada pelo contato direto aos especialistas, suas metodologias não levaram em conta a comorbidade.<sup>40</sup>

Os custos podem ser crescentes também por modelos diferenciados de pagamentos aos profissionais, que tanto podem partir da criação de incentivos inadequados para cuidar de pessoas com determinadas condições de saúde, como para atividades de prevenção com interesses escusos.

Estudo comparando as reformas na saúde de quatro países europeus, dois com sistemas universais e dois com seguridade (Inglaterra/Dinamarca e Alemanha/Áustria), mostrou que a forma como os usuários acessam aos serviços de saúde, escolhendo diretamente os especialistas e esses recebendo pagamento por produção de serviços (diagnósticos ou terapêuticos), gera alto custo, baixa continuidade no cuidado e menor adesão. A decisão, no caso do sistema de saúde alemão, foi cobrar taxa extra dos pacientes que vão aos especialistas sem antes passarem pela atenção primária e por um médico de família, o que não foi bem aceito pela população, pois foi interpretado como redução de cuidados adequados às suas necessidades. No mesmo estudo, o número de tomografias computadorizadas (TC) por 100 mil habitantes está entre 0,6 e 0,9 na Grã-Bretanha e Dinamarca, enquanto na Alemanha e na Áustria é, respectivamente, 1,7 e 2,5 por 100 mil habitantes. Qual a diferença entre os países? Nos dois últimos os exames são realizados por especialistas na prática privada (e reembolsados) e na Grã-Bretanha e Dinamarca as solicitações de TC são orientadas por diretrizes clínicas pactuadas, que não obrigatórias nos outros países. Os possíveis efeitos sinérgicos entre a qualidade do atendimento e seu custo efetividade são muito relevantes para procedimentos de alto custo. A implementação e obrigatoriedade do uso de diretrizes para a prática não pode ser interpretada como a redução da adequação dos cuidados prestados na área da saúde, porque o elevado número, nesse caso de TC nos modelos de seguro de saúde, podem ser interpretadas como uso excessivo e, portanto, danoso para os usuários que se submetem aos exames, bem como aos que deixam de receber outras intervenções mais custo-efetivas.<sup>49</sup>

## AS MUDANÇAS QUE AFETAM OS SISTEMAS DE SAÚDE

O Brasil triplicou seu PIB nas duas últimas décadas e diminuiu seu coeficiente de Gini – indicador referência na medição da distribuição de renda – de 0,607 em 1990 para 0,527 em 2011) (IPEA, 2010), o que pode ser atribuído a uma combinação de políticas sociais como a Seguridade Social, o Bolsa Família – cujo orçamento supera os recursos do PAB – 13 bilhões em 2008) e aumentos no salário mínimo.<sup>45</sup>

A “década inclusiva”, como foi chamada pelo Ipea, manteve importantes mudanças nas condições de vida da população brasileira:

- redução do número de pessoas que vivem em extrema pobreza, de 20% em 2004 para 7% em 2009<sup>29</sup>;
- o acesso à água nos domicílios, que passou de 79,6% em 1980 para 93,10% em 2010;

- o sistema de esgoto que passou de 39,8% em 1980 para 59,5% em 2010;
- domicílios com eletricidade, 67,4% em 1980 para 98,5% em 2010;
- redução das taxas de mortalidade infantil **em 6,3% ao ano** nos últimos 30 anos, fazendo o Brasil alcançar antecipadamente a meta do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM);
- expectativa de vida aumentou 10,2 anos nos últimos trinta anos, passando de 62,6 anos em 1980 para 72,8 em 2010.

Porém, ainda temos percentuais importantes de internações por diarreia e infecções respiratórias, transmissão vertical do HIV com variações de 5% (Sul) a 15% (Norte). A sífilis congênita com taxa de 1,7/1.000 e responsável por mortes fetais (5,4% em estudo no Rio de Janeiro). Das mortes fetais registradas no Brasil em 2007, 29,4% foram por asfixia *intrapartum*, em fetos com peso maior que 2,5Kg, em partos hospitalares, indicando mortes evitáveis.

A mortalidade materna representa aproximadamente 50 mortes por 100 mil nascidos vivos, variando, dependendo das estimativas utilizadas, entre 42 (Sudeste) e 73 (Nordeste). De todas as admissões hospitalares, 26,7% são por complicações obstétricas e 4% de todos os partos têm eventos graves, quase mortais, uma taxa quatro vezes maior que nos países desenvolvidos. Entre todas as causas de morte materna, as mais subregistradas são as decorrentes de aborto. Em estudo de 2002, 11,4% das mortes maternas foram produzidas por complicações relacionadas ao aborto, sendo distribuídas de forma desigual na população, se concentrando-se em mulheres jovens, negras, pobres e residentes em áreas periurbanas.<sup>50</sup>

## A CARGA DAS DOENÇAS

Mendes indicou a situação brasileira da tripla carga de doenças com a manutenção de doenças infecciosas (10% das mortes), desnutrição e problemas de saúde reprodutiva (5% das mortes materno-infantis), a predominância das doenças crônicas (72% das mortes) e o crescimento da violência e das causas externas (12,5% das mortes). Coloca que não é possível a resposta do sistema de saúde se dar de forma fragmentada, com os serviços operando de forma episódica e reativa, voltados principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, enquanto a situação de saúde combina transição demográfica acelerada e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas.<sup>5</sup>

No *Global Burden of Disease Study 2010*,<sup>51</sup> foi dada ênfase às incapacidades, principalmente por distúrbios de saúde mental, uso de substâncias psicoativas, doenças musculoesqueléticas, diabetes, doenças respiratórias, anemia e perda de visão e audição. Mais pessoas vão levar muitos anos das suas vidas com um número maior de problemas de saúde – com multimorbidades. E esse é o novo desafio para a atenção primária e seus profissionais.

A prática da APS é complexa e exige que as equipes de saúde, ao atuarem interdisciplinarmente, e os profissionais, na especificidade de suas disciplinas, estejam preparados para o cuidado individual e populacional dos moradores dos territórios das unidades de saúde.

Esse conjunto de mudanças de diversas naturezas – demográficas (envelhecimento das populações); epidemiológicas (aumento das condições crônicas, diminuição das agudas, comorbidades); socioculturais (vida em cidades grandes e suas consequências); tecnológicas (desenvolvimento de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento) – tem representado desafios complexos e força os sistemas e serviços a se reorganizarem e desenvolverem novas tecnologias, buscando maior eficácia, eficiência e efetividade. Um conjunto de “novas” tecnologias introduzidas nos serviços de APS vem sendo avaliado e já há evidências da maior efetividade quando comparadas às tradicionais abordagens dos problemas de saúde, predominantemente voltadas a lidar com condições agudas. Serão apresentadas na sequência como propostas para as equipes.

## PROPOSTAS E SOLUÇÕES

### RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS DE CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO

A implantação da APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da Atenção Primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade mesmo em situações de grande desigualdade social como é o caso do Brasil.

Todas as avaliações do impacto da atenção primária (e outros serviços de saúde) devem incluir estratificação de subgrupos da população e avaliação do impacto individual, bem como o impacto sobre as médias populacionais.

A qualidade da atenção deve então ser medida, segundo Starfield, por:

1. Profissionais: formação e distribuição.
2. Instalações e equipamentos: número e tipo.
3. Gama de serviços: o que está sendo coberto com o financiamento de APS hoje e quais são as prioridades?
4. Organização: quais são os padrões de adequação.
5. Gestão: formação contínua.
6. Sistemas de Informação, não necessariamente eletrônicos, mas que registrem a história, alergias, reconhecimento dos problemas, inclusive psicossociais, registrem cada contato, os exames e procedimentos, medicamentos (para evitar prescrições desnecessárias ou

contraindicadas) e o fornecimento de informações para os pacientes. Além dos Planos de Cuidado pactuados entre a equipe multiprofissional, o paciente e a família.

7. Acesso: requisitos mínimos, dependendo das necessidades da população.
8. Financiamento equitativo, público e regulado sem copagamento.
9. População sob responsabilidade: como é a população e as subpopulações identificadas e incluídas.
10. Governança: não somente dos profissionais e experts, mas da gestão e sociedade.

Em 2011, com o Decreto n. **7.508**, que regulamentou a Lei n. 8.080 e dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e em seu artigo 11 expressa o papel da atenção primária no sistema brasileiro:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

O futuro do SUS, com maior orientação para atenção primária e capaz de responder às necessidades da população, depende de políticas que atuem sobre todos os níveis de determinação social da saúde, inclusive na forma como os serviços estão organizados. Retomando as principais funções dos sistemas de saúde e quais são as perspectivas para o SUS, algumas considerações.

## DO FINANCIAMENTO

O Brasil precisa decidir a relação dual do Estado com os dois segmentos da sociedade, um quarto de sua população desfrutando de duas vias de acesso, e a renúncia fiscal retroalimentando o sistema privado de seguro de saúde, e a população que tem acesso exclusivamente aos serviços prestados nos estabelecimentos e profissionais do SUS.

O Estado brasileiro deve garantir crescimento gradual do gasto público no SUS, atingindo, nos próximos 20 anos, os níveis de gastos públicos dos países com sistemas universais de saúde e apontar limitações gradativas dos benefícios tributários concedidos à compra de planos e seguros privados.<sup>17</sup>

Relacionar a discussão do modelo de atenção com financiamento: trata-se de garantir que os novos recursos sejam utilizados na organização dos serviços de atenção primária, permitindo-se sua resolutividade para 85% dos problemas das pessoas, com o equivalente a 50% dos gastos em saúde, e o financiamento dos outros 50%, regulados pelas necessidades da população adscrita à APS, aos outros 15% que necessitam de atenção especializada.

Qual o valor necessário de financiamento público para que a APS brasileira responda a 60% dos brasileiros HOJE sob sua responsabilidade e que esses brasileiros passem a defender a manutenção do financiamento para esse modelo de atenção?

O Brasil gastou 8,9% do PIB (2,253 trilhões) em 2012, aproximadamente 200.517 bilhões. Desse valor, somente 45,74% foram com despesas públicas, aproximadamente 92 bilhões. O Ministério da Saúde, somando os recursos assistenciais, de assistência farmacêutica, vigilância em saúde e investimentos, repassou aos estados e municípios 39.983 bilhões nesse ano, e 12 bilhões – dos recursos federais (33%) para a atenção primária. O orçamento **federal** da atenção primária, que cobre aproximadamente 112 milhões de brasileiros, tem valor *per capita* de R\$ 107,14. Os 52 bilhões restantes de recursos públicos do referido ano foram gastos estaduais e municipais, não sendo possível, nessa análise, inferir a alocação desses recursos nas diferentes áreas assistenciais, a fim de calcular um *per capita* real para atenção primária no país.

Em contrapartida, os Planos e Seguros de Saúde declararam ter arrecadado R\$ 64 bilhões (2009) para atender a cerca de 43 milhões de usuários o que resultaria em um valor *per capita* de R\$ 1.488. Por todo o exposto anteriormente, supondo que esses valores são baseados em um modelo orientado para atenção especializada, podemos inferir que há percentual entre 20% a 40% de gastos excessivos com iatrogenia, sobrediagnóstico, procedimentos, intervenções e internações desnecessárias. Portanto, poderíamos reduzir aproximadamente 500 reais desse hipotético valor *per capita* e chegaríamos a um valor de aproximadamente R\$ 1.000,00 *per capita* para os 198 milhões de brasileiros. O valor *per capita* brasileiro de 2012 foi de U\$ 1.120,56. A justiça redistributiva aqui proposta visa diminuir as diferenças de assistência médica – e dos modelos dessa oferta – nos dois segmentos da sociedade brasileira.

A eficiência alocativa aqui proposta somente será conquistada se a soma dos valores for entre 40% e 50% para a APS, a fim de que esses recursos sejam capazes de garantir coesão social em torno de um modelo para toda a população brasileira, cujo interesse é ter certeza de ser atendida, em um tempo razoável e mediante serviços realmente resolutivos em relação a seus problemas de saúde.

## DOS RECURSOS HUMANOS

Investir naquilo que custa aos sistemas de saúde: pessoas. As propostas são para as instituições formadoras e para os gestores do SUS.

## NAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS

As Universidades devem-se adequar às novas diretrizes curriculares (Parecer CNE/CES n. 116/2014) e garantir o aprendizado na graduação com a ampliação da carga horária fora do hospital – “30% da carga horária do internato médico serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS”. Isso só será assegurado, juntamente com a Universalização da Residência Médica, com a rede de serviços municipal.

Como sair de 300 vagas ocupadas na RMFC para 40% de todas as vagas nessa especialidade? Somente com esforços conjuntos das instituições formadoras e da gestão do SUS. Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que estão recebendo recursos de qualificação de sua infraestrutura são candidatas a se transformarem em Unidades Básicas Docente-Assistenciais. As bolsas pagas hoje para a provisão de médicos no Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), aproximadamente 1.400 bolsas em 2014 e 200 milhões de reais/ano (<http://provab.saude.gov.br/>), tornam-se desnecessárias para essa finalidade, tendo em vista a garantia de 100% de vagas para residências, e podem passar a compor bolsas para residentes em serviço, e os atuais supervisores e Instituições Supervisoras serão seus certificadores.

## NA GESTÃO

A manutenção desses profissionais nos municípios “onde não há médico” dependerá de esforço das três esferas para o financiamento de **carreiras regionais**, com incentivos de provisão e fixação em áreas rurais e periferias urbanas.

A garantia da continuidade da atenção nas 14 mil equipes que recebem médicos intercambistas do Programa Mais Médicos (<http://maismedicos.saude.gov.br/>), bem como de todas as demais equipes de APS que absorverão os médicos especialistas formados a partir de 2018, dependerá de mais recursos, principalmente dos estados, o que permite que os municípios aumentem seus gastos com recursos humanos sem incorrer no descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Se os planos de carreira regionais partirem de um piso de R\$ 10.000,00, sabe-se que o custo desse trabalhador é o dobro disso para a gestão municipal, portanto, tanto os recursos do Ministério da Saúde hoje gastos com esse programa de provisão, da ordem de 2 bilhões quanto os recursos de estados e municípios devem fazer parte de um financiamento suficiente para a contratação das equipes com médicos. O financiamento federal atual, para uma população de 2.500 pessoas, é de R\$ 342.528,00 (R\$ 28.544,00 mensais) com todos os profissionais da política contratados (quatro ACS, ESF, ESB e Nasf). Esse valor deverá subir para R\$ 48.500,00 mensais (R\$ 582.000,00 anuais) e garantir a permanência dos médicos e equipes completas nesses locais.

## DA OFERTA DOS SERVIÇOS

Um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão para que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção. Há a necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela Saúde da Família, bem como introduzir gerentes de unidades básicas de saúde capazes de implementar os mecanismos necessários para que a população adscrita às equipes usufrua dos quatro



atributos exclusivos da APS que são: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção.

## NA GESTÃO

Convém fazer referência à necessidade de formação de prefeitos e gestores do SUS relacionada ao que é um modelo orientado pela APS. Vale lembrar que a provisão de médicos, estrangeiros e brasileiros, do Programa Mais Médicos, financiados pelo Ministério da Saúde, desonerando os municípios desse encargo, não fez aumentar, até o momento, o número de equipes de Saúde da Família. Isso significa que esses profissionais estão trabalhando na atenção em um modelo de “queixa-consulta”, em UBSs tradicionais e em pronto atendimentos, sem população definida, sem agentes comunitários e sem possibilidade de ofertar ações e serviços levando em conta as necessidades de uma dada população.

Gestão orientada pela APS deve partir de um planejamento com base na população que contemple:

## NOS SERVIÇOS

1. registrar a população por meio de sistemas informatizados e acesso conforme estratificação de risco e vulnerabilidade;
2. propiciar infraestrutura física e de equipamentos adequada, até mesmo de recursos humanos;
3. orientar os serviços para a oferta de uma distribuição aproximada da proporção de encontros/consultas, tendo como meta 85% para motivos assistenciais previsíveis (35%) e imprevisíveis (50%);<sup>52 Anexo1</sup>
4. disponibilizar diretrizes clínicas que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade e, conseqüentemente, a definição da programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas, inclusive para a necessidade de atenção compartilhada, adscrevendo também a população para cada especialidade. A comorbidade requer novos tipos de interfaces entre atenção primária e a atenção especializada;
5. garantir acesso da população a consultas especializadas, exames e diagnóstico e leitos hospitalares a partir das necessidades da população cadastrada e estratificada na APS;
6. implantar mecanismos de comunicação da APS como centro de comunicação da rede – sistemas eletrônicos de comunicação, prontuário eletrônico, listas de espera inteligentes (que incorporem a classificação de risco/vulnerabilidade). Na própria APS, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e informações são geradas em diferentes lugares (diagnóstico) ou com outros especialistas, para aconselhamento ou intervenções curtas ou para pacientes específicos, por longos períodos.



## NAS EQUIPES

Os profissionais na APS sofrem de grande pressão assistencial e frequentemente de esgotamento físico e mental, principalmente por lidar com questões complexas de violência, uso de drogas, tráfico, gravidez na adolescência e negligência com idosos e também por não ter valorização do seu desempenho e do resultado do seu trabalho.

Por isso, as equipes devem ser sistematicamente estimuladas a aprender uns com os outros e inovar na oferta dos seus cuidados, aprendendo em serviço, a partir de suas próprias necessidades. As tecnologias necessárias para melhor resposta às condições crônicas orientam essas mudanças.

As equipes de APS devem:<sup>53</sup>

1. trabalhar em equipe multidisciplinar com tarefas claramente definidas com novas formas de atenção: atendimento em grupo, consultas em sequência, consultas coletivas, grupos de pares e trabalho conjunto de especialistas e profissionais da APS;
2. utilizar rotineiramente diretrizes clínicas e manter regularidade na educação permanente dos profissionais para a utilização dessas diretrizes e na educação em saúde das pessoas usuárias, com base em teorias do campo da psicologia;
3. programar as agendas de consulta, com base nas necessidades estimadas, priorizando as demandas assistenciais imprevisíveis (Anexo 1);
4. utilizar instrumentos de autocuidado apoiado construídos com base em evidências de sua efetividade; plano de autocuidado elaborado e monitorado, conjuntamente, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias; monitoramento regularmente as metas de autocuidado;
5. manter ligação próxima entre os serviços de saúde e as organizações comunitárias para prover recursos complementares;
6. garantir estratégias de abordagem mais integral, principalmente considerando a saúde mental.

Os desafios do SUS são de ordem política, pois, do ponto de vista técnico, temos construídas suas bases legais, inclusive do modelo de atenção. Revisar as relações público-privadas e nova estrutura financeira, que observe o que está sendo ofertado pelos serviços e avalie sistematicamente sua *performance*, com critérios de adequação, tempo e segurança para os pacientes é o que precisa ser feito.

Avaliar a efetividade de um modelo de atenção só é possível por resultados gerais na população: seu estado funcional, bem-estar e confiança na atenção que está recebendo.

O recurso mais importante para assegurar o direito à saúde será a capacidade dos governos, das associações profissionais, das instituições formadoras, do Poder Judiciário e da mídia em se aproximar da sociedade brasileira, que, na maior parte das vezes, desconhece os modos de receber as ações e os serviços de saúde. Aquilo que não é conhecido não pode ser defendido pela população. Entendemos a APS como capaz de conduzir a sociedade na definição dos seus direitos, incorporando

os conceitos de empoderamento e capital social, ou seja, toda a sociedade brasileira recebendo o mesmo tipo de atenção à saúde.

## Referências Bibliográficas<sup>1</sup>

1. Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology (rev. ed.). New York: Oxford University Press; 1998.
2. Svab I (lead); Boelen C; De Maeseneer J and Warner W. Improving Health Systems. In: The contribution of Family Medicine to improving Health Systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors. Second Edition, 2013 WONCA.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. Volume 51;11:1611-25.
4. World Health Organization. World Health Report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage. Disponível em: [www.who.int/whr/2010/en/index.html](http://www.who.int/whr/2010/en/index.html).
5. Mendes, EVO. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
6. White KI, Whyte MD, Willianis F and Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *The New England Journal of Medicine*. 1961;265:885-92.
7. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;Jun 28;344(26):2021-5.
8. Fachini LA. Disponível em: [www.aquares.com.br](http://www.aquares.com.br).
9. Bindman et al. *BMJ*. 2007;334:1261-6.
10. Takeda S. A organização desserviços de Atenção Primária à Saúde. In Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
11. Viacava F et al. Cobertura da população brasileira com 18 anos ou mais por plano de saúde privado: uma análise dos dados da Pesquisa Mundial de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;21, Sup S119-S128.
12. Louvison MC et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
13. Motta CPG et al. Desigualdades em Saúde na População Brasileira: uma análise comparada a partir das Pnads 1998 a 2003, com foco em Minas Gerais. XIII Seminário de Economia Mineira, CE-DEPLAR, Diamantina; 2008.
14. Fahel M. Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. XII Congresso Brasileiro de Sociologia. Belo Horizonte; 2007.

---

1 FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.

15. Lima Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito Belo Horizonte). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):857-64.
16. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pnad 2003. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(7):1665-73.
17. Piola SF et al. Gasto Tributário e Conflito Distributivo na Saúde. In: Castro JÁ, Santos CHM, Ribeiro JAC (Org.). *Tributação e Equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010.
18. *Demografia Médica no Brasil. Volume 1. Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de Pesquisa. Conselho Federal de Medicina. Dezembro de 2011.*
19. World Health Organization (WHO). *Proceeding of the 48th World Health Assembly. WHA 48/1995/REC/1; 8-10. GENEVA: WHO; 1995.*
20. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
21. Mendonça CS. *The Brazilian Unified Health Systems: Primary Health Care in Action*. In: *The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems. A Guidebook from the World Organization of Family Doctors. Second edition. Edited by Michael Kidd, president of WONCA and foreword by Margaret Chan, Director-General WHO. London, New York: Radcliffe Publishing; 2013.*
22. Hellander I, Bhargavan R. Report from the United States: the U.S. health crisis deepens amid rising inequality – a review of data, fall 2011. *International Journal of Health Services*. 2012;42(2):161-74.
23. Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Services Research*. 2012 Dec; 47, Issue 6:2204-24.
24. Clemens T, Michelsen K, Commers M, Garel P, Dowdeswell B, Brand H. European hospital reforms in times of crisis: aligning cost containment needs with plans for structural redesign? *Health Policy*, march 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.008>.
25. Defever M. Health care reforms: the unfinished agenda. *Health Policy*, 1995.
26. Fleury S. Um remédio para matar ou salvar o SUS. Disponível em: <https://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1267>.
27. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP and McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe *Health in Europe 7* ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)) Published online March 27, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).
28. Gudmundsdottir D. The impact of economic crisis on happiness. *Soc Indic Res*. 2013; 110:1083-101.
29. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>.

30. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*. 2010;340: c3311.
31. Centro de Informações em Pesquisa de Tecnologias e Serviços de Saúde (<http://www.nlm.nih.gov>).
32. Banco Mundial. Disease Control Priorities in developing Countries. DCP2. Washington, DC; 2006.
33. Starfield B. Disponível em: [www.pitt.edu/~super1/lecture/lec8841/index.htm](http://www.pitt.edu/~super1/lecture/lec8841/index.htm).
34. Victora CG, Wagstaff A et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362:233-41.
35. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN and Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* 2011;1-8.
36. Dahlgren G and Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization; 1992.
37. Haskell, W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. *The American Academy of Physical Education*. 1998;21:73-87.
38. Ayres, JRCM,1996- HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Casa de Edição, 19p.
39. Mackenbach. *Int J Health Serv*. 2003;33:523-41.
40. Starfield et al. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
41. van Doorslaer et al. *Health Econ*. 2004;13:629-47.
42. van Doorslaer et al. *CMAJ*. 2006;174:177-83.
43. Folsom Group. Communities of solution: The Folsom Report revisited. *Annals of Family Medicine*. 2012;10:250-60.
44. Mendes W et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal of Quality in Health Care*. 2009;21:279-284.
45. Paim JS, Travassos CMR et al. O Sistema de Saúde Brasileiro. *Saúde no Brasil: a série The Lancet*, 2011. Victora CG et al (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
46. Macinko J, Oliveira VB et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*. Print on February 17, 2011. Disponível em: [10.2105/AJPH.2010.198887](http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887), e1-e8.
47. Moura BL et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, 10(Supl. 1):S83-S91 nov., 2010.
48. Levine R. Unhealthy Competition. *Perspectives in Health*. 2007;11(23). Disponível em: [www.paho.org/English/DD/PIN/Number\\_23\\_last.htm](http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number_23_last.htm).
49. Wendt C, Thompson T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms.

50. Victora CG, Aquino EML et al. Saúde de Mães e Crianças. Saúde no Brasil, a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

51. R Horton GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. The Lancet. Dec. 13, 2012.

52. Zurro M. Atención Primaria – Conceptos, Organización y Practica clínica. Vol. I, 6. ed.; 2008.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

## ANEXO 1

Os quatro tipos básicos de consultas/encontros/visitas entre “pacientes” e equipes de saúde. Zurro M. Atención Primaria – Conceptos, Organización y Practica clínica. Vol. I, Sexta edição; 2008.

	<b>Necessidade clínica/assistencial</b>	<b>Necessidade administrativa</b>
MOTIVO PREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento (controle) de crônicos e participantes de programas</li> <li>Resultado de exames</li> <li>Seguimento clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receitas a crônicos</li> <li>Atestados de incapacidade temporária.</li> </ul>
MOTIVO IMPREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patologias agudas</li> <li>Reagudizações ou complicações de patologia prévias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes e atestados</li> <li>Encaminhamentos para serviços (optometrista, obstetrícia...)</li> </ul>

Exemplos de distribuição aproximada da proporção de encontros/consultas, em função do grau de organização dos serviços de saúde (fonte: Casajuana, 2010).

### A. A organização dos serviços é mínima:

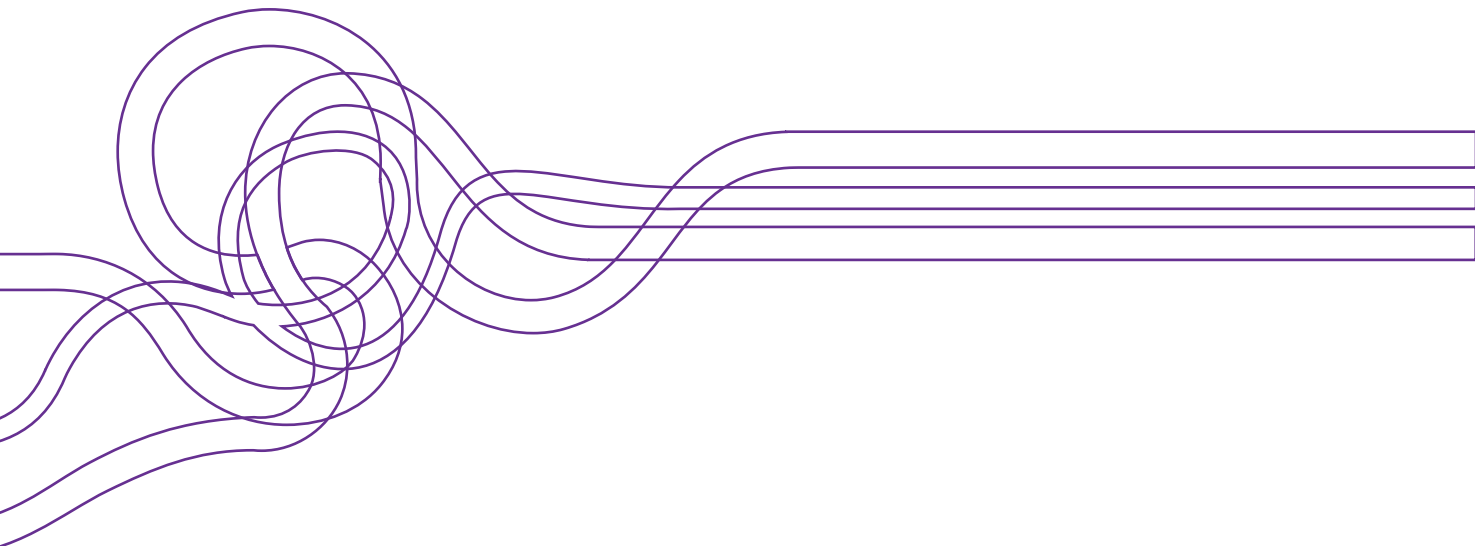
	<b>Necessidade clínica/assistencial</b>	<b>Necessidade administrativa</b>
MOTIVO PREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>30%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>48%</li> </ul>
MOTIVO IMPREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>20%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2%</li> </ul>

### B. A organização dos serviços está implantada:

	<b>Necessidade clínica/assistencial</b>	<b>Necessidade administrativa</b>
MOTIVO PREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>35%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>13%</li> </ul>
MOTIVO IMPREVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2%</li> </ul>

# 4

## LUIS FERNANDO ROLIM SAMPAIO



### Introdução

Abordar a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde é grande desafio, em especial pela complexidade das dimensões e das variáveis de análise possíveis. Assim, este texto propõe-se a destacar algumas questões relevantes a partir do cenário do sistema de saúde brasileiro, entre as quais a dificuldade de definição das necessidades em saúde; os desafios da conformação e da implantação de formatos racionais de redes de atenção à saúde e da Atenção Primária à Saúde (APS) como orientadora do sistema de saúde; as racionalidades e as irracionalidades na oferta de serviços, na incorporação tecnológica e na prevenção quaternária, entre outras. Essas questões tencionam o cenário e o mercado da saúde pública e privada no Brasil e no mundo. Não se trata de texto de cunho acadêmico e sim uma contribuição de um observador e ator do movimento de reforma do sistema de saúde nos últimos 25 anos, com passagens pelas diversas esferas de governo, instituições internacionais, academia e setor privado.

Entre os desafios de abordar o tema, destaco o momento efervescente do sistema de saúde no qual, além do estigma de “um dos maiores problemas do país”, se vivenciam mudanças políticas significativas, com surgimento de importantes atores no cenário setorial. As incongruências do marco legal original aprofundaram-se incrementalmente à medida que as regulações complementares foram sendo aprovadas e colocadas em prática, regulações essas que refletem momentos políticos distintos

no cenário nacional e mundial. Conseqüentemente, surgem contradições normativas que necessitam ser discutidas e repensadas, buscando a construção de novo consenso para o futuro do sistema de saúde brasileiro. Não iremos avançar sem enfrentarmos a realidade de que o SUS não é, na prática, um sistema único de saúde nos moldes do National Health System (NHS) inglês. A viabilidade política para um projeto de unificação dos subsistemas público e privado, na atual conjuntura brasileira, não nos apresenta como uma opção realista, mesmo considerando a existência de insatisfação social importante com o setor saúde. Um documentário chamado *NHS 60 years: a difficult beginning* (disponível no Youtube) mostra como foi difícil a instituição do sistema de saúde inglês e o próprio documentário questiona: não fosse o momento pós-Guerra, em que estavam exacerbados princípios de solidariedade social, o sistema não teria sido implantado. Mais que isso, o documentário, por meio da opinião de atores relevantes no cenário político inglês, afirma que a Inglaterra de hoje não mais iniciaria um sistema de saúde nos moldes do NHS. Assim, creio ser salutar discutirmos com base na realidade atual de crescimento econômico e inclusão social no Brasil, considerando as ideias em disputa, mas entendendo que essas ideias delimitam e constroem historicamente instituições, entre as quais todo o arcabouço normativo existente<sup>1</sup>. Em especial, temos de estar atentos que essas ideias e marcos instituídos transitam em grupos de interesse de diversas estaturas no cenário estratégico. Considerar essas variáveis será essencial para construirmos algum grau de consenso para o futuro. Assim, concluo que como atores setoriais temos a responsabilidade social de propor caminhos viáveis para o sistema e para os serviços de saúde, pois esse é um componente cada dia mais importante no desenvolvimento das sociedades modernas.

Creio que o CONASS, ao promover os encontros desse ciclo de debates e suas conseqüentes publicações, permite olhares setoriais sob diferentes prismas e nos faz um convite à reflexão. Agradeço as contribuições ao texto do Dr. Gustavo Gusso e do Dr. Angelo Rodrigues.

## 1. ANÁLISE DO PROBLEMA

### 1.1 A temática das necessidades em saúde

Para iniciarmos esse diálogo com o leitor, podemos lançar a pergunta: para que serve um sistema de saúde e um modelo de atenção? E a resposta necessariamente passa pelo tema das necessidades de saúde.

Os modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades em saúde individuais e coletivas. A determinação de necessidades é um campo polêmico por representar interesses distintos e conflitivos, sendo evidentes as dificuldades de se alcançar consenso sobre as necessidades de um grupo ou de uma comunidade



(PINEAULT e DAVELUY, 1987). Esses mesmos autores descrevem que a necessidade “expressaria o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de forma normativa e o estado atual ou real”. A questão que se coloca é como atuar setorialmente no sentido da redução desse desvio ou diferença.

As necessidades em saúde são geradas pelas características dos indivíduos – sexo, idade e situação de saúde – e levam ao uso da assistência médica, independentemente da disponibilidade de serviços e recursos. As necessidades podem permanecer imperceptíveis, tanto para os pacientes quanto para os médicos; podem ser conhecidas ou percebidas, e podem ou não gerar demanda por atenção à saúde. A oferta de serviços pode, também, tornar-se instauradora de necessidades, criando valores ou padrões de consumo para a sociedade (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Apesar da ampla gama de necessidades de saúde, as necessidades de serviços de saúde são uma responsabilidade setorial e contribuirão para a redução das iniquidades sociais,<sup>2</sup> mesmo considerando que a atenção médica, segundo alguns autores, é limitada e poderia contribuir pouco para melhorar a saúde da população, se comparada às contribuições dos avanços sociais, ou mesmo ser prejudicial para a saúde.<sup>2-5</sup> Esse entendimento, de algumas décadas atrás, vem sendo questionado em virtude dos avanços tecnológicos setoriais. Por outro lado, persistem e se avolumam evidências dos malefícios do uso inadequado de tecnologias em saúde.<sup>2,6</sup> Independentemente da polêmica sobre os pesos de cada setor nos resultados efetivos em saúde da população, o entendimento de líderes mundiais sobre a relevância dos determinantes extrasetoriais nas condições de saúde desencadeou movimentos como o da “Saúde em todas as políticas” durante a presidência Finlandesa na União Europeia em 2006.<sup>7</sup> Esse movimento, como também o movimento global dos determinantes sociais em saúde, alerta-nos para a importância das políticas intersetoriais para que se atinjam bons resultados em saúde<sup>8</sup>. Entretanto, temos de equilibrar os esforços de liderança de outros setores com o atendimento mínimo das expectativas sociais com o próprio setor saúde. Sem esse reconhecimento social, da capacidade de gestão setorial, parece difícil que a sociedade nos delegue a liderança de ações e políticas intersetoriais.

Em sua dimensão operacional, além das características demográficas – sexo e idade –, a necessidade em saúde pode ser traduzida pela existência de diagnósticos prévios – principalmente doenças crônicas –, autopercepção de problemas de saúde, estado de saúde insatisfatório, referência a sinais e sintomas e restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde. Essas são características que retratam dimensões diferentes das condições de saúde de determinado grupo populacional. Há também a necessidade induzida pela detecção técnica de problemas que não eram sentidos pelos indivíduos.

As necessidades expressadas, por sua vez, compõem em parte a demanda normativa e em parte a demanda espontânea, que, para os técnicos, nem sempre é considerada necessidade real. Demonstra, entretanto, carecimento da população que deve ser escutado, “algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sócio-vital” (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 29).



Todas essas são necessidades sociais, que podem ser, e muitas vezes o são, somadas e perpassadas por outras necessidades advindas da pressão pelo consumo dos serviços de saúde. Nesse sentido, a demanda pode ser induzida por oferta, expressando-se na observação de que um número maior de cirurgiões por habitante corresponderá a um maior número de cirurgias *per capita*.<sup>9</sup>

Estudos dos motivos do não atendimento e da não procura de serviços mostram que as barreiras de acesso são de natureza complexa e que são fortemente influenciadas pelas características dos sistemas de saúde. Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades. Na verdade, segundo a Lei de Hart, os diversos mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem que os recursos sejam distribuídos inversamente às necessidades.<sup>10</sup> Assim, a forma como se organiza a oferta dos serviços de saúde influencia na sua utilização, pois pode facilitar ou dificultar o acesso e, conseqüentemente, o seu uso.

Pode-se citar como exemplo o caso da incorporação da tomografia por emissão de prótons (PET) na prática privada. Estudo que visou avaliar a difusão de tecnologias médicas no sistema de saúde privado no Brasil, utilizando esse exame como recorte, mostrou quais fatores foram associados à adoção do PET: o pioneirismo da instituição; a presença de evidências científicas que justifiquem a incorporação; o diferencial diante da concorrência; pressão do corpo clínico que demanda a aquisição de inovações tecnológicas em suas respectivas especialidades; a viabilidade econômica; a presença de parceria com o fabricante ou com o prestador nacional; e, por fim, o prestígio do médico ou da área que solicita a aquisição da tecnologia. O estudo conclui que, portanto, as necessidades de saúde da população ou as prioridades da política de saúde tiveram pouca influência na definição da incorporação de uma tecnologia em uma rede de saúde.<sup>11</sup>

Enfim, os fatores que determinam as demandas por serviços de saúde estão cada dia mais vinculados ao consumo, e como nos indica o filósofo Zygmunt Bauman em seu livro *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias*, a sociedade moderna de produtores foi gradativamente se transformando em uma sociedade de consumidores, comprometendo toda a rede de relações sociais com padrões moldados pelo mercado. Esse cenário traz evidentes conseqüências ao setor saúde e nele devem se inserir as análises de nossas perspectivas futuras de sistemas de saúde.

## 1.2 A história um século depois: Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920, e descreve como pontos essenciais a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais.<sup>12,13</sup> Mesmo com as mudanças evolutivas de alguns dos conceitos intrínsecos a essa proposta, esta continua atual, em especial

no Brasil, pois evoluímos não para uma rede articulada de serviços, mas para uma fragmentação com menor grau de atomização no subsetor público e maior grau no subsetor privado. Essa atomização é potencializada pela prática médica individualizada em consultórios desarticulados, bem como pelo alto grau de autonomia de hospitais e serviços de alto custo na incorporação tecnológica sem a devida base populacional para tal.

Assim, nas últimas décadas, surgiu a necessidade de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Entre os fatores destacados como chave para a integração de sistemas fragmentados, encontram-se: aumento da produtividade dos serviços hospitalares, integração e gestão da clínica, reforço da APS, eficácia dos sistemas de informação e realinhamento dos incentivos financeiros com superação do pagamento por procedimentos.<sup>13</sup>

A integração sistêmica dos serviços de saúde passa por polos de dispersão e concentração na busca do acesso ótimo. Os polos de dispersão são os pontos de primeiro contato e porta de entrada, como descrito pela APS, em que devem ser respeitadas as especificidades locais para alcance da competência cultural. Esses pontos de primeiro contato são serviços de baixo adensamento tecnológico e que pouco se beneficiam das economias de escala e escopo, bem como de grandes bases populacionais para operação. No outro extremo, temos os locais que necessitam do adensamento tecnológico, pois concentram equipamentos e tecnologias duras de alto custo, com pessoal muito especializado que não obterá qualidade sem volume. Esse polo se beneficia imensamente das economias de escala e escopo, com o máximo aproveitamento de larga gama de equipamentos e serviços, exigindo consequentemente ampla base populacional para sua sustentação. São exemplos deste polo: os centros de referência ao atendimento a grandes queimados, os centros de transplantes, entre outros.

Entre os polos de dispersão e adensamento, temos uma variedade de pontos que têm sua utilização dependente de variáveis inerentes a esse território geográfico<sup>14,15</sup>. Um item essencial na utilização dos pontos é a acessibilidade, determinada entre outras pela mobilidade das pessoas, de acordo com o sistema de transporte disponível. Esse tema sempre é lembrado quando falamos de áreas remotas e de difícil acesso. Entretanto, na gestão local de redes de serviços em grandes centros urbanos, tanto públicos como privados, é evidente que os corredores de tráfego são determinantes na utilização de uma unidade ambulatorial de atenção primária ou de um pronto atendimento, mesmo quando a distância geográfica da primeira per se seja menor que a da segunda. Assim, equipamentos de saúde instalados em metrópoles, sem planejamento urbano, sofrerão com problemas para sua utilização adequada. A recentemente propagada inovação do modelo indiano chamada *Hub and spoke* é um exemplo de como fazer que os serviços de alta tecnologia dediquem-se à demanda realmente necessária. Em contrapartida, exige grandes bases populacionais para sua construção.<sup>1</sup>

---

1 DISPONÍVEL EM: <[HTTP://BLOGS.HBR.ORG/2013/10/INDIAS-SECRET-TO-LOW-COST-HEALTH-CARE/](http://blogs.hbr.org/2013/10/indias-secret-to-low-cost-health-care/)>.

## 1.3 A Atenção Primária à Saúde (APS) como orientadora do sistema de saúde: um modelo liderado pela APS

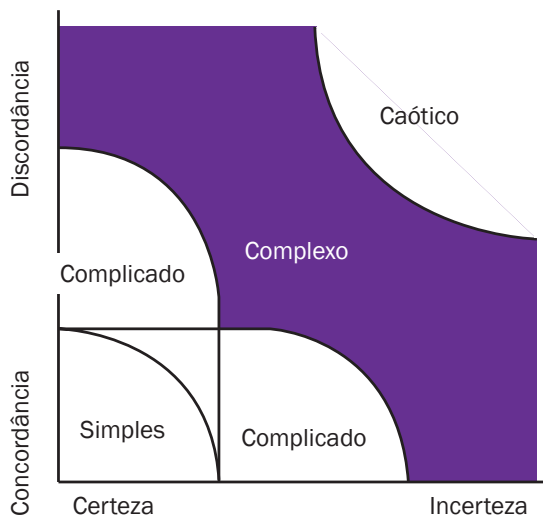
O paradigma positivista que orientou a formação médica no último século formatou um modelo de medicina que não tolera os graus variados de incerteza e a discordância, típicos do paradigma complexo. O positivismo buscou a todo custo trazer a prática médica para o máximo de certeza e concordância, buscando simplificar problemas complexos, muitas vezes sem benefícios reais no resultado assistencial. Se no caso das operações de equipamentos e tecnologias duras e do adensamento tecnológico de centros médicos e hospitais universitários temos as vantagens da padronização, no campo da APS e das relações individuais imersas na comunidade a busca de certeza e da concordância nos leva a intervenções muitas vezes desnecessárias para o indivíduo, mesmo considerando que essas mesmas intervenções muitas vezes são tranquilizadoras aos médicos, que formados em centros de busca da certeza, tem de lidar cotidianamente com o contrário: sintomas inespecíficos e diagnósticos imprecisos. A complexidade foi originalmente discutida nas ciências físicas como “teoria da complexidade”, mas caminhou para as ciências biológicas e mais tardiamente para as ciências sociais e políticas<sup>16</sup>. O campo complexo pode ser entendido como campo entre o extremo do absoluto com o máximo de acordo e certeza, e outro extremo de alta dispersão em que o volume de individualidades e especificidades atomizam as relações chegando ao caos, sem possibilidade alguma de um ordenamento coerente.<sup>2</sup>

Fazendo um paralelo ao que Gervas chama de ética da ignorância, somos formados para negar nossa ignorância e trazer todo o campo da complexidade para os campos do simples ou do complicado, conforme proposto no diagrama proposto do Ralph Stacey (figura 1). O simples e o complicado são campos em que equações cartesianas permitem prever o resultado. Já a ética da negativa permitiria a recusa cautelosa de intervenções, explicitando o “não” ao paciente<sup>17</sup>.

---

2 VÁRIOS AUTORES TÊM ABORDADO A COMPLEXIDADE NA SAÚDE E NA GESTÃO ENTRE OS QUAIS RECOMENDAMOS RALPH STACEY, PAUL PLSEK, SHOLOM GLOUBERMAN E BRENDA ZIMMERMAN.

## A Matriz da Complexidade de Stacey



FONTE: ADAPTADO POR BRENDA ZIMMERMAN, SCHULICH SCHOOL OF BUSINESS, YORK UNIVERSITY, TORONTO, CANADÁ (2009)

A superioridade de modelos de atenção com base na APS, como desenhos de redes de serviços, está cada dia mais evidente na literatura científica, como indicado por outros autores nesse documento. Há mais de duas décadas, Starfield reafirma que a APS com seus princípios organizativos aumenta a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, diminui as referências a especialistas e aos hospitais, melhora os resultados sanitários, produz serviços mais custo-efetivos, aumenta a satisfação dos clientes e melhora a qualidade percebida<sup>2,18</sup>.

Entretanto, a decisão de implantar esses modelos continua não acontecendo de forma ampla. Mesmo nos sistemas de saúde construídos com essa orientação a pressão por mudanças existe de forma significativa e crescente. Essa pressão vem em grande parte do que Bauman chama de “consumerismos”, bem como na crença da capacidade de escolha e do discernimento do consumidor, e na ausência de assimetria de informação para o consumo adequado, o que majoritariamente não acontece no setor saúde. A interpretação cada dia mais forte, no Brasil, da regência do sistema de saúde suplementar sob a égide do Código de Defesa do Consumidor é um exemplo disso. Não que os serviços de saúde não tenham de ter “accountability” social, mas tratar a prestação de serviços de saúde como vendas em atacado e varejo leva-nos a perdas significativas do potencial intrínseco do sistema que está baseado nas relações de médicos e equipes com seus pacientes.

### 1.4 A irracionalidade na oferta de serviços e a prevenção quaternária

Os clássicos estudos de demanda por serviços de saúde realizados por White na década de 1960 e confirmados por Green 40 anos depois demonstram que em uma população acompanhada

ao longo de determinado período de tempo temos diferentes percepções da necessidade de utilização desses serviços, bem como diferentes gradações de real utilização, desde o consultório de primeiro contato até um hospital universitário.<sup>19,20</sup>

Uma das dificuldades nesse contexto é que a indução da utilização de serviços vem sendo feita por diferentes mecanismos muitos deles técnicos e bem sustentados, mas também por estratégias comerciais de benefício assistencial questionável. Em recente meta-análise sobre o uso inapropriado de exames de laboratório nos Estados Unidos em que foram revistos 1,6 milhão de exames em 15 anos, chegou-se à conclusão de que em média 30% dos exames poderiam ser considerados desnecessários e outros 30% sequer deveriam ter sido solicitados.<sup>21</sup>

Os números referentes à capacidade instalada e à utilização de serviços nos setores públicos e privados brasileiros dão a dimensão da gravidade da questão. Os cinco estados com maior número de mamógrafos *per capita* – Rio de Janeiro, Goiás, São Paulo, Rondônia e Espírito Santo – possuem o dobro de mamógrafos para 100 mil habitantes do Reino Unido. O estado do Rio de Janeiro, que possui a maior capacidade instalada de mamógrafos, tomógrafos e ressonâncias magnéticas no país, tem mais desses equipamentos para 100 mil habitantes que o Canadá ou a França.<sup>22</sup>

Nesse cenário, o conceito de prevenção quaternária definido como a proteção a intervenções médicas desnecessárias e inapropriadas em indivíduos com risco de tratamento excessivo é o renascimento de um dos fundamentos da medicina: *primum non nocere*.<sup>23</sup> Esse conceito foi proposto por Marc Jamouille na década de 1980 para identificar o risco de supermedicalização, proteger pacientes e populações de intervenções médicas invasivas e sugerir métodos eticamente aceitáveis e cientificamente embasados<sup>24</sup>, e avança na proposta original do modelo da prevenção em três níveis de Level e Clark.

Esses princípios não coadunam com a ideia de consumir serviços de saúde como um produto de mercado. Um exemplo simples é o da regra de que o produto que não foi consumido não deve ser pago. Nesse entendimento, o absenteísmo a consultas e exames entra na conta dos custos da saúde e o consumidor que falta ao serviço marcado gera custos adicionais indiretamente pagos por todos. Um problema adicional pouco debatido e de difícil abordagem é que alguns estudos já indicam que a satisfação do paciente pode ser uma variável que aumenta a mortalidade<sup>25</sup> ou o sobrediagnóstico.<sup>6</sup> Assim, fica o paradoxo de satisfazer à população, vista como cliente pelo Código de Defesa do Consumidor, e apresentar resultados assistenciais economicamente sustentáveis.

## 2. A Crise na Saúde e o Cenário atual da Saúde Suplementar no Brasil

Grande número de estudos acadêmicos e análises de mercado vem sendo realizado em todo o mundo acerca da crise dos sistemas de saúde. Esses estudos e análises foram especialmente potencializados, nos últimos anos, pela reforma do sistema de saúde americano e a pela crise econômica europeia, trazendo novos vetores em direção à revisão do *modus operandi* dos sistemas de saúde,

considerando, em especial, os constrangimentos orçamentários impostos e o potencial setorial de geração de riqueza, mesmo em momentos de crise. Recente trabalho holandês que analisou 21 reformas de privatização de *facto* do financiamento em uma amostra de 23 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) encontrou evidências robustas da vinculação dos fatores desencadeantes dessas reformas à crise econômica, altos níveis de desemprego, altas taxas de juros e dívida governamental. Ao contrário da teoria e do senso comum, a evidência não demonstrou que fatores políticos, incluindo mudanças significativas dos gabinetes de governo, tenham impacto importante na privatização do financiamento<sup>26</sup>. Isso nos sugere que a determinação econômica no setor saúde, hoje um dos maiores setores econômicos nos países da OCDE, está suplantando até mesmo a capacidade política dos governos, independentemente do seu espectro político.

Apesar de as questões econômicas serem fundantes nessa discussão, a crise do modelo assistencial no seu amplo sentido é multifatorial e não deve ser analisada sob a perspectiva de uma única dimensão. Entre essas dimensões, podemos citar o quadro epidemiológico de envelhecimento populacional e o crescimento das doenças crônicas; a mudança da prática médica e a incorporação de novas e caras tecnologias médico-hospitalares, gerando custos crescentes em proporção substancialmente maior que a economia geral; a baixa qualidade dos serviços e o excesso de utilização que geram danos à saúde; as mudanças de hábito de cunho populacional, como alimentação, com consequente obesidade epidêmica, sedentarismo, estresse etc.

A Constituição Federal de 1988 definiu entre os referenciais para o sistema de saúde brasileiro um conceito ampliado de saúde, incluindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar do objetivo de se construir um sistema único e universal de saúde, a legislação definiu também que o setor privado é complementar ao sistema público. A existência, desde aquele período, de um setor privado tanto assegurador quanto prestador de serviços, e de setores públicos que mantiveram asseguramento privilegiado com cobertura de serviços fora do SUS, somado aos fatores intrínsecos ao próprio sistema público, como o subfinanciamento crônico e a limitada capacidade de gestão descentralizada, levou o país a um *mix* público-privado complexo. Considerando a taxonomia para classificação do asseguramento do setor privado em sistemas nacionais de saúde proposta pela OCDE, conclui-se que em razão da inserção peculiar do setor de planos e seguros de saúde no Brasil, temos uma cobertura que pode ser entendida como suplementar e duplicada.<sup>27</sup> Na essência, temos efetivamente dois modelos-chave de asseguramento, que são o modelo beveridgiano e o modelo bismarkiano. Alguns autores consideram subtipos desses modelos, mas para fins dessa discussão usaremos somente os dois modelos centrais.

Sumariamente, podemos dizer que o modelo beveridgiano tem o Estado como garantidor do asseguramento e da provisão de serviços. Isso pode ser feito de maneira centralizada como no NHS Inglês ou como no Canadá em que as províncias garantem a contratação de serviços de saúde na iniciativa privada, considerando que praticamente inexistem hospitais públicos estatais. Em ambos

existe um rol de benefícios para todos os cidadãos. O modelo cubano é o extremo desse modelo, com asseguramento e prestação de serviços totalmente estatizados.

No modelo bismarkiano, por sua vez, o estado e os trabalhadores contribuem para a compra do asseguramento para a população. A partir das seguradoras, os serviços são contratados ou até prestados por elas mesmas. Efetivamente, o usuário, cliente ou consumidor escolhe quem lhe presta serviços e isso exige eficiência dos prestadores, sejam eles públicos ou privados. Esse modelo, sem o financiamento direto do Estado, existe hoje no setor privado brasileiro. Empresas e trabalhadores pagam asseguradores de benefícios diretamente e parte desse financiamento vem indiretamente do Estado, conseqüente à renúncia fiscal. Também os trabalhadores do setor público, que mantiveram privilégios de atendimentos em autogestões públicas, ou mesmo nos benefícios da contratação de planos privados feito por órgãos públicos, estão dentro desse modelo.

Assim, convivemos efetivamente no Brasil com os dois modelos cobrindo, cada um, uma parcela da população, e algumas vezes criando duplicações desnecessárias de serviços. Esses subsistemas têm também regras diferenciadas e orientações da política de prestação de serviços distintas. Seguramente, por trás desse cenário está uma disputa no plano político-ideológico que passa por temas muito delicados, como os limites do direito à saúde em relação ao acesso a serviços e tecnologias da indústria médico-hospitalar e o redesenho do *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro.

A provisão de serviços de saúde, por sua vez, tem modelos muito diferentes. O subsetor público continua, como na década de 1980 e 1990, a debater se a prestação de serviços deve ser estatal ou não, e a cada eleição sistemas municipais de saúde organizados em modelos de administração pública indireta ou em parceria com o setor privado são desmontados por interesses eleitorais ou purismos ideológicos. Nesse mesmo sentido, a falta de solução e a inviabilização política deliberada de várias propostas de gestão para os hospitais públicos gera constante desgaste na imagem do SUS. Para a população ser assistida por um funcionário público, por um trabalhador de uma Organização Social, de uma entidade filantrópica ou privada, ou por um cooperado, uma cooperativa médica pouca diferença faz. Esses embates menores, que interessam mais a grupos de interesse específicos que ao projeto de saúde para o país, geram um descompasso entre as propostas de avanço de um sistema de saúde realmente legítimo do ponto de vista social. A legitimação do sistema perante a sociedade dá-se pela resposta deste às necessidades dessa sociedade. Foram essas as bases do NHS inglês e a população o defende. No Canadá, a população coloca o sistema de saúde como um dos cinco diferenciais que caracterizam o povo canadense. Isso definitivamente não se conseguiu no Brasil. No Brasil, ter plano de saúde está entre os três maiores desejos da classe média e é nesse cenário que serão construídas as propostas para o futuro do sistema de saúde.

Outro ponto importante é que no subsistema público temos regras de acesso aos serviços e busca-se a efetivação da função de *gatekeeper* pelas equipes de Saúde da Família. Construiu-se nas últimas duas décadas um desenho de sistema hierarquizado com a porta de entrada preferencial



feita pela atenção primária. No subsistema privado, a prestação de serviços tem semelhanças inequívocas com o modelo de mercado dos Estados Unidos, um exemplo global de ineficiência. Esse modelo encontra-se em processo de mudança incremental desde a publicação do *Affordable Care Act*, a legislação específica da reforma negociada pelo governo Obama. Um exemplo dessa incoerência são as regras regulatórias de livre provisão de qualquer especialidade médica de acordo com o desejo do consumidor. Isso contradiz uma proposta de organização com base na APS e não é necessariamente o melhor em relação aos resultados em saúde. Por outro lado, essas regras vão ao encontro das expectativas de consumo da população. Assim, o desafio do Brasil está na qualificação da porta de entrada para que esta consiga fazer um papel de filtro adequado, aumentando a eficiência do uso dos especialistas, valorizando os profissionais vinculadores como acontece na Inglaterra, no Canadá, na Espanha, na Holanda, entre outros, independentemente do modelo de assecuramento.

Questão também relevante no ordenamento da prestação de serviços está no campo das modalidades de pagamentos, em especial de médicos. Se o modelo de remuneração pode ser usado para estimular ou desestimular algumas práticas e especialidades, deveria haver coerência entre a remuneração e o quadro epidemiológico da população. Entretanto, cerca de 50% dos serviços de saúde consumidos nos Estados Unidos resultam da orientação dos médicos e dos fornecedores de hospitais, e não da necessidade ou da demanda dos pacientes. O atual sistema estimula os prestadores a oferecer não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível.<sup>28</sup> No Brasil, o modelo majoritariamente adotado de pagamento por produção provavelmente tem esses mesmos efeitos. O quadro 1 indica os principais pontos positivos e negativos das diversas modalidades de remuneração médica e a conclusão a que se chega é que a fórmula deve buscar os pontos fortes de cada modalidade, certamente evitando o pagamento exclusivo por produção.<sup>29</sup>

### Quadro 1 – Principais pontos positivos e negativos das modalidades de remuneração médica.

	Pontos Positivos	Pontos Negativos
Remuneração por captação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula o atendimento não presencial.</li> <li>• Estimula cuidado longitudinal e ações preventivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciamento maior que o desejado.</li> <li>• Risco de evitar pacientes com potencial de hiperutilizar o sistema (idosos e doentes crônicos).</li> </ul>
Remuneração por produção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula melhor manejo do tempo.</li> <li>• Informa o sistema sobre tendências.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de sobreutilizar os serviços e de diminuir o tempo de consulta.</li> <li>• Papel de regulador sai do médico e vai para a área financeira da instituição.</li> </ul>



Remuneração por salário fixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É administrativamente simples.</li> <li>• Não estimula comportamento de aumento de custo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há incentivo para conter custo, atrair pacientes ou ser sensível às suas necessidades, em especial o acesso ao sistema (consultas burocráticas).</li> <li>• Incentiva o médico a diminuir seu esforço pessoal e a reduzir o número de consultas.</li> </ul>
Remuneração por indicadores de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula que todos os profissionais trabalhem em sinergia por uma meta comum a ser alcançada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A meta é o fim (não há incentivo para ir além).</li> <li>• Risco de focar apenas nas metas, abandonando pacientes que não ajudem a atingi-las.</li> </ul>

FONTE: ADAPTADO POR GUSTAVO GUSSO DO AN OPTIMAL REMUNERATION SYSTEM FOR GENERAL PRACTITIONERS **NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT**

Finalizando esse tópico, temos a discussão do financiamento global do sistema de saúde. Parece ser consenso que as sociedades, em especial nos países de média e alta renda, têm chegado a um limite de gasto financeiro setorial em relação aos gastos do PIB que obrigam os governos a tomarem medidas para garantir a atenção à saúde de suas populações sem subfinanciar outros setores. Assim, a crise do financiamento nos países com alto nível de gasto passa por medidas internas ao setor, em especial, relativas ao modelo de atenção. Similarmente, no Brasil, o gasto global em saúde é crescente e a margem de crescimento estreita-se na medida em que nos aproximamos dos dois dígitos de gastos do PIB. Isso exigirá obrigatoriamente maior eficiência setorial, em especial no setor privado em que a competição pela ampliação do mercado está limitada à capacidade de pagamento, em especial das empresas que hoje as maiores financiadoras do setor.

O fato de vivermos no Brasil o chamado bônus demográfico, quando a população economicamente ativa em idade produtiva é proporcionalmente o maior componente da população geral, é positivo se avaliamos sob o olhar do crescimento do mercado. Esse fenômeno tem a extensão estimada até 2025, quando o envelhecimento populacional trará maior participação de idosos em relação à população geral. Como consequência, haverá maior demanda por serviços de saúde e por recursos, sendo o desenho organizativo do sistema de prestação de serviços crucial para a manutenção e o aprimoramento da cobertura de toda a população. Devemos nos atentar também para o alerta de Gervas de que o incremento da “intensidade de atenção” é vetor importante, e talvez o mais significativo, de aumento de custos. A intensidade da atenção está diretamente ligada ao modelo de organização da prestação dos serviços e à prática médica.<sup>30</sup> Segundo o autor, a incorporação de várias ações preventivas e diagnósticas em escala populacional, com ganhos duvidosos, é um exemplo disso.

## 2.1 O cenário do mercado de saúde brasileiro

O setor de saúde brasileiro, segundo análises de mercado com base em indicadores macroeconômicos e do complexo industrial setorial, tem sido colocado como um dos mais promissores e atrativos do mundo. As mudanças no sistema de saúde do Brasil vêm chamando a atenção de investidores internacionais. A McKinsey & Company dedicou ao Brasil um capítulo do seu relatório de 2011 sobre as perspectivas dos sistemas de saúde na América Latina, intitulado *Da quantidade à qualidade: a saúde do sistema de saúde brasileiro*, em que fatores como o crescimento da riqueza e dos investimentos públicos e privados, até mesmo multinacionais, associado ao desejo de maior qualidade dos serviços de saúde por segmentos da população, e a crescente demanda consequente ao aumento das doenças crônicas são destacados<sup>31</sup>. Também são considerados como vetores de crescimento desse mercado: o incremento do poder de compra, classe média emergente, consumidores dispostos a pagar por melhores serviços e tratamentos, condições demográficas favoráveis, incremento da população idosa, iniciativas governamentais para atrair investimentos e consolidação de vetores e movimentos estratégicos setoriais (PRICE WATERHOUSE COOPER, 2013).<sup>3</sup>

Em março de 2013, o HSBC Global Research publicou o documento *Saúde na América Latina*, identificando indústrias que vão liderar o próximo ciclo de crescimento, indicando que os investimentos no Brasil são crescentes e merecem atenção dos investidores globais. O Brasil também foi incluído na pesquisa mundial da consultoria Deloitte Touche Tohmatsu que fez pesquisa com adultos em 12 países para avaliar opiniões e expectativas sobre seus sistemas de assistência médica. Em todos esses países existem muitas diferenças nas estruturas e nas operações dos sistemas de assistência médica, relacionados aos estímulos políticos e econômicos das reformas dos sistemas de saúde.<sup>4</sup>

O documento *Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro*, da Associação Brasileira de Hospitais Privados (ANAPH) que congrega os mais representativos hospitais privados do país, busca discutir um modelo de saúde que contribua para a sociedade brasileira.<sup>5</sup> O documento contempla 12 propostas para atuação integrada entre os setores públicos e privados, visando a uma assistência com maior qualidade e eficiência. As propostas abordam a macro, meso e microgestão do sistema de saúde, visando desenvolver modelo assistencial integrado com foco no paciente e na continuidade dos cuidados. Entre as propostas, estão o fortalecimento do SUS por meio do estímulo, da coordenação e da integração entre os setores públicos e privados e o desenvolvimento de modelo assistencial com foco no paciente e na continuidade dos cuidados.

---

3 DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.PWC.COM.BR/PT\\_BR/BR/PUBLICACOES/SETORES-ATIVIDADE/SAUDE/MERCADO-SERVICOS-SAUDE-BRASIL.JHTML](http://www.pwc.com.br/pt_br/br/publicacoes/setores-atividade/saude/mercado-servicos-saude-brasil.jhtml)>.

4 DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.DELOITTE.COM/ASSETS/DCOM-BRAZIL/LOCAL%20ASSETS/DOCUMENTS/ESTUDOS%20E%20PESQUISAS/CONSUMIDORESASSISTENCIAMEDICABRASIL2011.PDF](http://www.deloitte.com/assets/dcom-brazil/local%20assets/documents/estudos%20e%20pesquisas/consumidoresassistenciamedicabrasil2011.pdf)>.

5 DISPONÍVEL EM: <[HTTP://ANAHP.COM.BR/LIVROBRANCO/IMPRESA/2014/2\\_ABRIL/RELEASE\\_LIVRO\\_BRANCO\\_ET\\_AP.PDF](http://anahp.com.br/livrobranco/imprensa/2014/2_abril/release_livro_branco_et_ap.pdf)>.

Considerando a representatividade dos atores no âmbito hospitalar, as propostas de ganhos de escala e qualidade a partir da especialização do cuidado são positivas. Entretanto, um desenho organizativo para os serviços de saúde a partir de hospitais terciários e com alto adensamento de tecnologias duras terá de ser precedido de uma rede ambulatorial com base em princípios da APS, atenta em especial à prevenção quaternária, que permita a utilização necessária e oportuna das tecnologias disponibilizadas. Sem esse cuidado, corre-se risco evidente de sobreuso de tecnologias e incremento de custos desnecessários ao sistema pelo acesso direto a instituições que privilegiam sua capacidade instalada.

Em síntese, as perspectivas para o setor de saúde brasileiro vêm sendo percebidas como promissoras por atores representativos do mercado de saúde privado, e as perspectivas de investimento como em qualquer setor econômico, com alta regulação estatal, vão depender das políticas governamentais e da prioridade dada ao crescimento setorial dentro das macropolíticas do país.

### 3. Perspectivas para o futuro

Voltando ao início, as necessidades assistenciais de saúde devem ser respondidas por serviços planejados e de distribuição equitativa, sendo esse um dos fatores que podem contribuir para redução das iniquidades sociais. Portanto, o eixo principal do planejamento do futuro deverá centrar-se na demanda a partir de necessidades, e não exclusivamente da oferta. Essa mudança permitirá aproveitar melhor os recursos disponíveis para as reais necessidades do objeto fim de um sistema de serviços de saúde que é prestar assistência à saúde da população. A otimização da capacidade instalada dos setores público e privado pode contribuir para evitar novas duplicações entre os dois subsistemas de atenção à saúde instalados no país.

As mudanças no quadro epidemiológico, por sua vez, conjugado à intensificação do uso de tecnologias médico-hospitalares, em ambiente de recursos finitos, trazem a exigência de novo modelo de atenção à saúde. Na saúde suplementar, existem movimentos, apesar de tímidos, de estímulo da ANS para que as operadoras de planos implementem novas formas de atenção à saúde, visando garantir a sustentabilidade a longo prazo do setor. Olhando para a reforma do sistema americano, e suas semelhanças com a saúde suplementar brasileira, podemos ver claramente que o modelo atual caminha para a insustentabilidade.

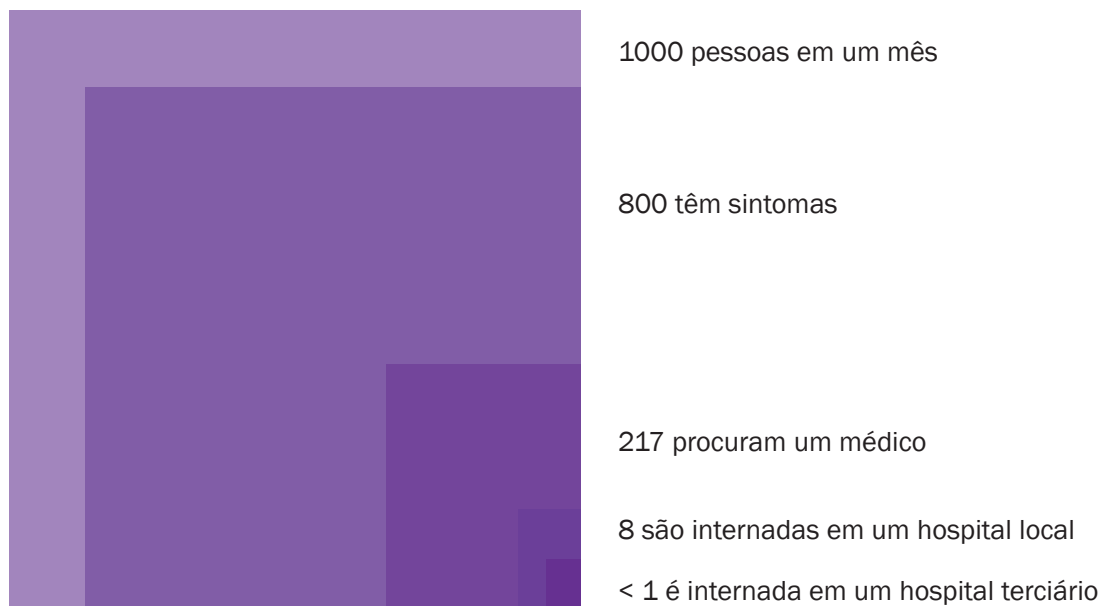
O crescimento da cobertura de planos de saúde tem gerado a necessidade de investimento em instalação de infraestrutura para fazer face ao aumento de demanda. O problema novamente recai sobre o modelo de atenção. Infelizmente, repetimos muitas vezes o modelo de consumo fácil para casos agudos, ou seja, o modelo voltado ao hospital e ao pronto atendimento, muito bem aceito pela clientela. Algumas operadoras têm realizados esforços para avançar em novos modelos de gestão do percurso assistencial para seus clientes. Destaco aqui o sistema Unimed que tem hoje mais de

19 milhões de assegurados e que vem discutindo e implantando propostas de percurso com base nos princípios internacionais da atenção primária. Vários pilotos estão em curso no país e em breve espera-se ter resultados efetivos dessas iniciativas.

Em contrapartida, ainda existe um déficit efetivo de serviços hospitalares, que vem sendo respondido com investimentos do setor privado. Apenas o sistema Unimed conta hoje com mais de 100 unidades hospitalares, sendo o segundo maior grupo de hospitais do Brasil sob a mesma marca, atrás apenas das Santas Casas. Como se trata de sistema capilarizado em todo o território nacional, um passo importante será a aproximação dos gestores públicos para avaliação de sinergias dessas redes de serviços. A ampliação do diálogo entre os setores público e privado, otimizando a capacidade instalada e gerando escala para sustentabilidade de serviços, em especial de alto adensamento tecnológico, surge como um caminho.

Nesse mesmo sentido, a harmonização das regras que direcionam o modelo de atenção nos subsistemas público e privado, orientando investimentos futuros, poderá gerar bons resultados. Para mensuração dessas iniciativas, bem como para uma correta análise da situação já existente, o trabalho conjunto com indicadores dos dois subsistemas nos possibilitaria uma avaliação mais fidedigna da realidade.

Em outra vertente, as mudanças na formação dos profissionais de saúde, a fim valorizar a APS precisam ser feitas alinhadas às expectativas desses novos profissionais no mercado de trabalho. Nesse quesito e pensando um sistema de saúde para as próximas décadas, tornam-se imperativas mudanças mais consistentes na formação dos profissionais de saúde. Mirando exemplos internacionais, parece-nos importante valorizar a medicina de família como uma área de conhecimento específica e complexa<sup>32</sup>, que é mais que um mosaico de pedaços de pediatria, clínica médica, cirurgia, saúde coletiva. Voltando ao clássico quadrado do estudo de White, não podemos continuar formando nossos profissionais preferencialmente no vértice desse quadrado em que somente um de cada mil pessoas vai acessar e utilizar serviços. Temos de olhar os outros 999 que não vão ter sintomas, ou vão ter sintomas na maioria inespecíficos, ou ainda vão precisar utilizar serviços de baixo adensamento tecnológico, mas que preferencialmente não deveriam chegar, por exemplo, aos hospitais universitários. Não porque não devam ter acesso a esses hospitais, mas porque esse não é o lugar adequado para oferecer o melhor cuidado a eles. Para isso, a institucionalização da medicina de família como disciplina acadêmica voltada ao cuidado ambulatorial e comunitário, clinicamente competente e resolutive, como acontece em outros países, apresenta-se como passo necessário e urgente. Os avanços setoriais alavancados pelo movimento sanitário brasileiro têm muitas fortalezas, em especial no que tange à universalização do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Por outro lado, a radicalidade da negação da clínica e da hegemonia médica no sistema de saúde pode ter contribuído para reduzir a percepção de legitimidade social do SUS.



ADAPTADO DE: THE ECOLOGY OF MEDICAL CARE. *N ENGL J MED* 1961;265:885-892.

Concluindo, o futuro passa por um terreno complexo, em que diferentes graus de consenso e de acerto podem ser alcançados. Vários são os desafios para uma mudança consistente em busca de um horizonte de longo prazo para a crise do sistema de saúde brasileiro. A manutenção de alto grau de tensão entre os atores políticos dos diversos grupos e matizes de interesse, sem análises realistas do contexto atual do SUS e da Saúde Suplementar, associada à ausência de respostas e à construção de consensos nesse cenário abrem espaço para decisões autocráticas, que podem gerar consequências de difícil previsibilidade futura. Reforço que os ciclos de debate do CONASS tornam-se espaços-chave para abertura de pontos de contato e interlocução qualificada no tema.

## Referências bibliográficas<sup>6</sup>

1. Béland D, Cox RH. Ideas and politics in social science research. [s.l.]: Oxford University Press; 2011.
2. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. rev. ed. New York: Oxford University Press; 1998.
3. McKeown T. The road to health. *World Health Forum*. 1989;10(3-4):408-16.
4. Illich I. Medical Nemesis. *Lancet*. 1974;1(7863):918-21.
5. Starfield B. The effectiveness of medical care : validating clinical wisdom. Johns Hopkins series in

<sup>6</sup> FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.

- contemporary medicine and public health. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1985.
6. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston, Mass.: Beacon Press; 2011.
  7. Ståhl T. *Health in all policies : prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
  8. World Health Organization. *Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation: report of the first meeting of the WHO policy maker resource group on social determinants of health*. Viña del Mar, Chile, 27-29 January 2010.
  9. Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12 Suppl:24-48.
  10. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
  11. Silva HP, Viana AL. Health technology diffusion in developing countries: a case study of CT scanners in Brazil. *Health Policy Plan*. 2011;26(5):385-94.
  12. Mendes EV. *As redes de atenção a saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.
  13. Mendes EV. [Health care networks]. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305.
  14. Higgs G. A literature review of the use of GIS-based measures of access to health care services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*. 2004;5(2):119-139.
  15. Higgs G, Smith DP, Gould MI. Findings from a survey on GIS use in the UK National Health Service: organisational challenges and opportunities. *Health Policy*. 2005;72(1):105-17.
  16. Geyer R, Rihani S. *Complexity and Public Policy: A New Approach to 21st Century Politics, Policy & Society*. London: Routledge; 2010.
  17. Gérvas J, Fernández M.P. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006;9:389-400.
  18. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
  19. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.
  20. Green LA et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5.
  21. Zhi M et al. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(11):e78962.
  22. Almeida Silva AR. PIB estadual e Saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para o setor de saúde suplementar. *Série IESS, I.d.E.d.S. Suplementar*, Editor. 2014, IESS. p. 26.
  23. Norman AH, Tesser CD. [Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):2012-20.

24. Bentzen N. WONCA International Dictionary for General/Family Practice. 2003.
25. Fenton JJ et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(5):405-11.
26. Wiese R. Do political or economic factors drive healthcare financing privatisations? Empirical evidence from OECD countries. University of Groningen Groningen; 2014.
27. Santos IS, Uga MA, Porto SM, [The public-private mix in the Brazilian Health System: financing, delivery and utilization of health services]. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1431-40.
28. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill; 2009.
29. Schroeder SA, Frist W. Phasing out fee-for-service payment. *N Engl J Med*, 2013;368(21):2029-32.
30. Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:s24-s26.
31. Francis T, Mooradian M. Perspectives on healthcare in Latin America. Healthcare. Sao Paulo: McKinsey&Company; 2011.
32. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. [s.l.]: Artmed; 2012. 2 vol.

# 5

## FREDERICO GUANAIS<sup>a</sup>

A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL E O DESAFIO DE PREPARAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA ENFRENTAR OS PROBLEMAS DO SÉCULO XXI<sup>b</sup>



### Introdução

Parece haver consenso na literatura científica brasileira sobre a necessidade de níveis de financiamento substancialmente superiores aos atuais para que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa cumprir, de forma minimamente satisfatória, com os objetivos de uma política de saúde universal e integral.<sup>1,2,3,4</sup> O mesmo fato não pode ser dito a respeito da discussão sobre a organização e a eficiência técnica dos serviços de saúde no Brasil, que ocupa espaço muito mais reduzido na literatura. De modo geral, a discussão da eficiência parece estar associada a uma defesa da redução do financiamento para a saúde pública, o que contamina e limita este debate de fundamental importância. No entanto, para que seja exitosa, a discussão sobre maior financiamento para a saúde deveria estar associada a propostas para melhoria da eficiência técnica na organização e na prestação dos serviços.

---

a FREDERICO GUANAIS É PHD, ESPECIALISTA PRINCIPAL EM SAÚDE NO BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. AS OPINIÕES EXPRESSAS NESTE TEXTO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO AUTOR E NÃO NECESSARIAMENTE REFLETEM A POSIÇÃO DO BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO, DE SEU CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO OU DOS PAÍSES NELE REPRESENTADOS.

b TEXTO PREPARADO PARA O TERCEIRO SEMINÁRIO CONASS DEBATE, REALIZADO EM BRASÍLIA-DF, EM 13 DE MAIO DE 2014, COM O TEMA “A CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE”.



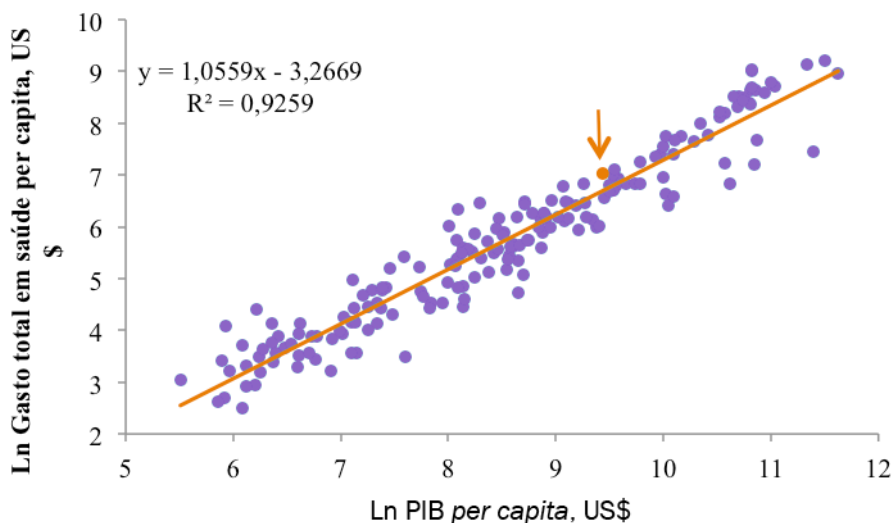
A experiência internacional oferece alguns exemplos relevantes para ilustrar a importância desse debate. Na Espanha, país que conta com um modelo no qual o setor público é o principal segurador e prestador de serviços, a profunda crise econômica ocorrida a partir do ano de 2008 limitou o crescimento dos orçamentos anuais para a saúde e fez que os governos subnacionais fossem obrigados a buscar mecanismos de aumento da eficiência para preservar a qualidade e a acessibilidade dos serviços, em um contexto de demandas crescentes de uma população em contínuo processo de envelhecimento.<sup>5</sup> Nos Estados Unidos, os esforços de aumento de cobertura populacional por meio do incremento da participação pública no financiamento da saúde deram-se em contexto de elevada participação dos gastos em saúde sobre o total da atividade econômica, juntamente com resultados populacionais inferiores a outros países de renda semelhante.<sup>6</sup> Possivelmente, por não haver espaço para ampliação do financiamento global para a saúde, as propostas para a reforma do sistema de saúde estadunidense tiveram como um dos temas centrais a ideia da tripla meta de atenção, saúde e custo.<sup>7</sup> Essa “tripla meta” busca colocar em evidência a necessidade de conciliar melhorias na experiência dos usuários dos serviços de saúde, com melhorias nas condições de saúde da população atendida e reduções nos custos totais da atenção à saúde.

Sem entrar na importante discussão sobre os reconhecidos méritos de um sistema de saúde público, universal e integral – discussão, aliás, que ocupa crescente participação na agenda internacional –<sup>8</sup>, o presente artigo tem como objetivo apresentar alguns argumentos e um princípio de agenda para melhoria da organização e da eficiência dos serviços de saúde, como caminho para preparar o SUS para enfrentar os desafios do século XXI. O texto apresenta três vetores inter-relacionados e orientados para o imperativo de seguir investindo na organização dos serviços: (1) a tendência histórica de crescimento da participação dos gastos em saúde; (2) o crescente peso das condições crônicas; e (3) a agenda inconclusa na atenção primária no Brasil.

## Primeiro vetor: a tendência histórica

Empiricamente, observa-se que o crescimento econômico está acompanhado da tendência ao crescimento na proporção dos gastos de saúde sobre o total da economia e essa associação foi descrita como “a primeira lei da economia da saúde”.<sup>9,10</sup> Essa associação é surpreendentemente robusta ao longo dos anos, e uma regressão com dados de 187 no ano de 2011 países sugere que para cada 1% de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, os gastos totais em saúde crescem em média 1,06% (ver Figura 1).<sup>11</sup> Portanto, segundo a experiência internacional, as perspectivas de desenvolvimento econômico serão acompanhadas de participação crescente do setor saúde sobre o total da atividade econômica.

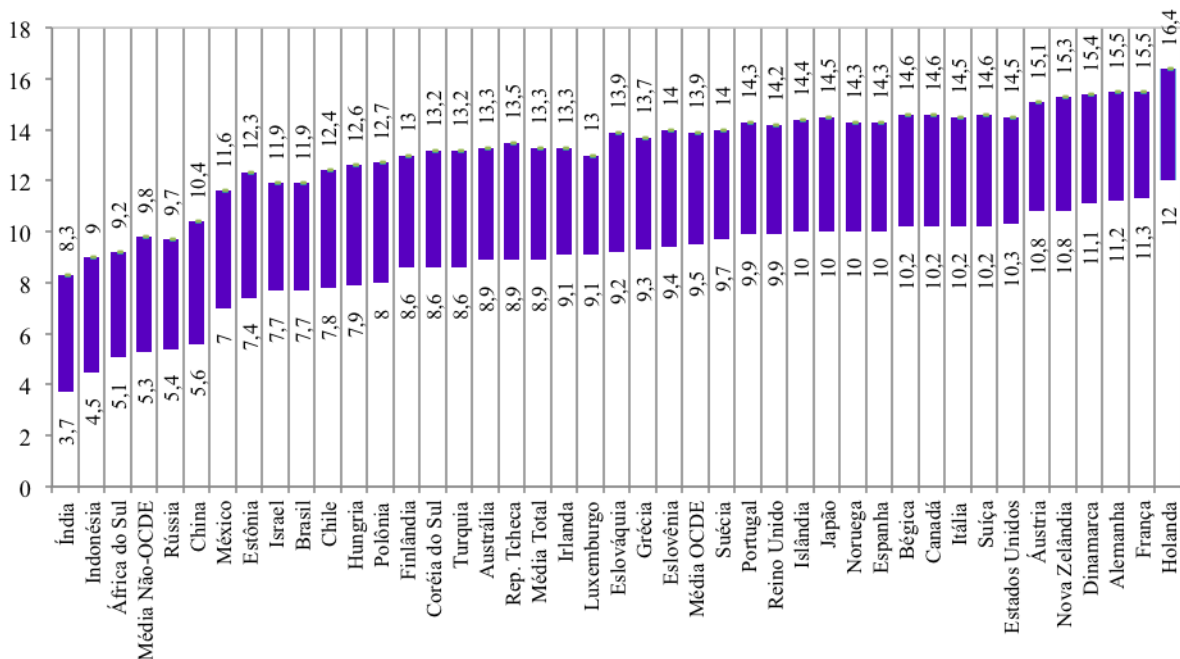
**Figura 1 – Associação entre variação do PIB per capita e gastos totais em saúde, em 187 países, 2011.**



FONTE: DADOS DA REFERÊNCIA 11, REPLICANDO FIGURAS APRESENTADAS NAS REFERÊNCIAS 9 E 10.

Para o caso do Brasil, não se espera que ocorra algo diferente, e um dado mais específico é apresentado em um estudo que analisa as tendências de evolução dos gastos em saúde, nos cenários extremos de contenção e pressão de custos, nos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e os chamados países BRIICS (Brasil, Rússia, Índia, Indonésia, China e África do Sul) no período entre 2010 e 2060.<sup>12</sup> Os autores estimam a participação dos gastos de saúde e dos cuidados de longa duração em relação ao produto interno bruto de 40 países para os próximos 50 anos, o que corresponde ao incremento do peso do setor saúde em relação ao total da atividade econômica. O cenário de contenção de custos corresponde à ampliação de políticas públicas voltadas ao controle do crescimento de gastos em saúde, enquanto o cenário de pressão nos custos corresponde à continuidade do modelo atual. Em 2060, a participação dos gastos em saúde para o grupo de países analisados deverá chegar a 8,9% do PIB no cenário de contenção de custos e 13,3% no cenário de pressão de custos (ver Figura 2). Para os BRIICS, a projeção estimada para 2060 para os cenários de contenção e pressão de custos é de 5,3 e 9,8 pontos percentuais, respectivamente. Para o Brasil, os autores estimam que em 2060 a participação no PIB dos gastos públicos em saúde deverá alcançar, considerados os cenários de contenção e pressão de custos, 7,7% e 11,9%, respectivamente. Como mostra a figura, os valores projetados para o Brasil são equivalentes aos dos países de alta renda.

Figura 2 – Projeção do percentual dos gastos públicos em saúde e cuidados de longa duração em relação ao PIB, em 2060, nos cenários de contenção de custos (valor inferior) e pressão de custos (valor superior), por país.



FONTE: REFERÊNCIA 11.

Diante de tais perspectivas, parece difícil crer que a ampliação de cobertura de serviços com qualidade por meio da adoção de reformas centradas na ampliação do financiamento para os sistemas de saúde seja uma estratégia suficiente. Essas tendências de crescimento histórico constituem um primeiro vetor orientado a reformas que busquem aumentar a eficiência técnica dos serviços como instrumento central para alcançar a equidade e os resultados sanitários desejados.

## Segundo vetor: o peso crescente das condições crônicas

Um segundo vetor que impulsiona a necessidade de maior atenção à eficiência é a transição demográfica e epidemiológica. O peso crescente das condições crônicas é reconhecido como obstáculo aos objetivos de desenvolvimento tais como redução da pobreza, equidade em saúde, estabilidade econômica e segurança humana. Mundialmente, observa-se importante mudança na carga total de doenças em direção à maior participação das doenças não transmissíveis e essa tendência é, consecutivamente, ainda mais acentuada para a América Latina e o Caribe e para o Brasil.

A Tabela 1 mostra a participação das doenças crônicas não transmissíveis sobre a carga total de doença nos anos de 1990 e 2010 no mundo, América Latina e Caribe, e Brasil.<sup>14</sup> Utilizando-se a medida de anos de vida perdidos por incapacidade (DALY, por sua sigla em inglês), a participação desse grupo de doenças entre 1990 e 2010 elevou-se em 11, 13 e 18 pontos percentuais no mundo, América Latina e Caribe e Brasil, respectivamente. O incremento foi ainda maior para a população feminina brasileira, para a qual a participação de doenças crônicas elevou-se 20 pontos percentuais entre 1990 e 2010, alcançando um total de quase 80%. Como esperado, a maior parte desse aumento ocorreu por aumento da incapacidade causada por doenças crônicas. No entanto, mesmo que sejam considerados apenas os dados de anos de vida perdidos em razão de mortalidade prematura, as doenças crônicas já são a principal causa tanto para homens (52% do total) e mulheres (76% do total).

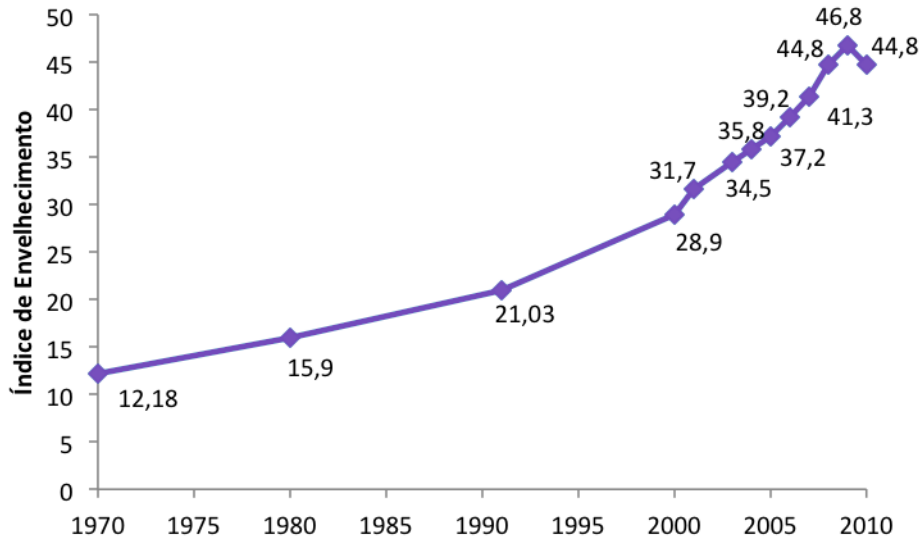
**Tabela 1 – Participação das doenças não transmissíveis sobre a carga total de doença, em 1990 e 2010, para o mundo, América Latina e Brasil.**

		Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade			Anos de vida perdidos		
		Global	América Latina	Brasil	Global	América Latina	Brasil
1990	<b>Total</b>	<b>42,9%</b>	<b>47,4%</b>	<b>51,1%</b>	<b>33,4%</b>	<b>37,0%</b>	<b>37,9%</b>
	Homens	41,1%	42,7%	46,2%	33,1%	34,3%	35,3%
	Mulheres	45,0%	53,6%	57,9%	33,7%	41,1%	42,2%
2010	<b>Total</b>	<b>53,9%</b>	<b>60,3%</b>	<b>68,8%</b>	<b>42,8%</b>	<b>49,7%</b>	<b>56,9%</b>
	Homens	51,7%	53,8%	62,0%	42,4%	44,7%	51,1%
	Mulheres	56,6%	69,0%	77,8%	43,3%	58,0%	67,1%

FONTE: DADOS DA REFERÊNCIA 13.

Para os próximos anos, espera-se que o aumento na exposição a fatores de risco para doenças crônicas, especialmente a obesidade, associados ao envelhecimento populacional, venha a agravar o problema. A prevalência de obesidade entre meados da década de 1970 e o fim da década de 2010 passou de 2,8% a 12,5% entre homens adultos e de 7,8% a 16,9% entre mulheres adultas.<sup>15</sup> Em período semelhante, a participação da população idosa cresceu aceleradamente (ver Figura 3). Em 1970, para cada 100 jovens com menos de 15 anos no Brasil havia 12,2 pessoas com mais de 60 anos, correspondente a um índice de envelhecimento de 12,2; já em 2010, tal índice alcançava os 44,8.<sup>16</sup>

**Figura 3 – Evolução do índice de envelhecimento (razão entre população com mais de 60 anos e com menos de 15 de idade) do Brasil, 1970-2010**



FONTE: REFERÊNCIA 15.

Cumulativamente, o envelhecimento da população e o aumento da exposição a fatores de risco deverão impulsionar a crescente incidência e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. O vetor de crescimento das doenças crônicas irá requerer maior esforço de prevenção e controle, diretamente relacionado à noção de eficiência técnica, por parte de um sistema que ainda possui forte orientação aos serviços curativos hospitalares.

### Terceiro vetor: a agenda inconclusa da atenção primária

O terceiro vetor, orientado para a necessidade de aumento da eficiência, é a agenda inconclusa da Atenção Primária de Saúde (APS) no Brasil. Há muito tempo, a APS é reconhecida como a espinha dorsal de um sistema de saúde racional.<sup>17</sup> O que é ainda mais relevante para o estágio atual de desenvolvimento do SUS, a experiência nacional e internacional mostram que uma perspectiva de redes integradas de serviços de saúde, com foco na APS, é o principal instrumento da gestão dos serviços de saúde para enfrentar o desafio da cronicidade crescente, e um desafio essencial a ser enfrentado para a concretização dos objetivos de um sistema universal e integrado.<sup>18,19,20,21,22</sup>

No entanto, apesar das importantes conquistas da atenção primária nas últimas duas décadas no Brasil, com destaque especial para a Estratégia Saúde da Família, e mais recentemente, da introdução da perspectiva de redes na gestão dos serviços do SUS, ainda há importante agenda inconclusa na APS no Brasil. Esta seção apresenta dados preliminares descritivos que ilustram esse

ponto, obtidos de uma pesquisa em andamento sobre atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde na América Latina e Caribe.<sup>23</sup>

Uma análise de aspectos considerados relevantes para avaliar a capacidade da atenção primária para enfrentar as demandas trazidas pela cronicidade foi realizada a partir da comparação de resultados de inquéritos populacionais com outros 14 países, financiados, de forma independente, pelo Commonwealth Fund, um instituto de pesquisa não governamental com sede nos Estados Unidos, em 11 países de alta renda, e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em quatro países latino-americanos, incluindo o Brasil.

A pesquisa segue um roteiro elaborado pelo Commonwealth Fund e que vem sendo aplicado em número crescente de países desde 1998.<sup>6,24,25,26,27</sup> O inquérito mais recente foi realizado em 2013 e inclui Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido, Estados Unidos, Alemanha, Holanda, França, Noruega, Suécia e Suíça. Os questionários, com duração aproximada 20 minutos, seguem um roteiro comum, traduzido e adaptado cada país, e incluem os seguintes temas: características de percepção do sistema de saúde; acesso aos serviços; experiência na atenção primária, especializada e hospitalar; cobertura de seguros de saúde; utilização e gastos com medicamentos; e qualidade da atenção. Em cada país, a amostra inclui um mínimo de mil participantes para representatividade nacional, podendo chegar a até 5 mil, no caso em que se requeira algum tipo de representatividade para o nível subnacional.

Os inquéritos na América Latina, seguindo a mesma metodologia do Commonwealth Fund, com algumas adaptações, foram financiados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), resultando na aplicação de questionários na Colômbia, no México, no Brasil e em El Salvador em 2013, com tamanhos amostrais de 1.500 participantes por país. As amostras foram ponderadas para estimar as características da população desses países. A coleta de dados foi conduzida pela empresa Harris Interactive, parte do grupo Nielsen e associados locais.

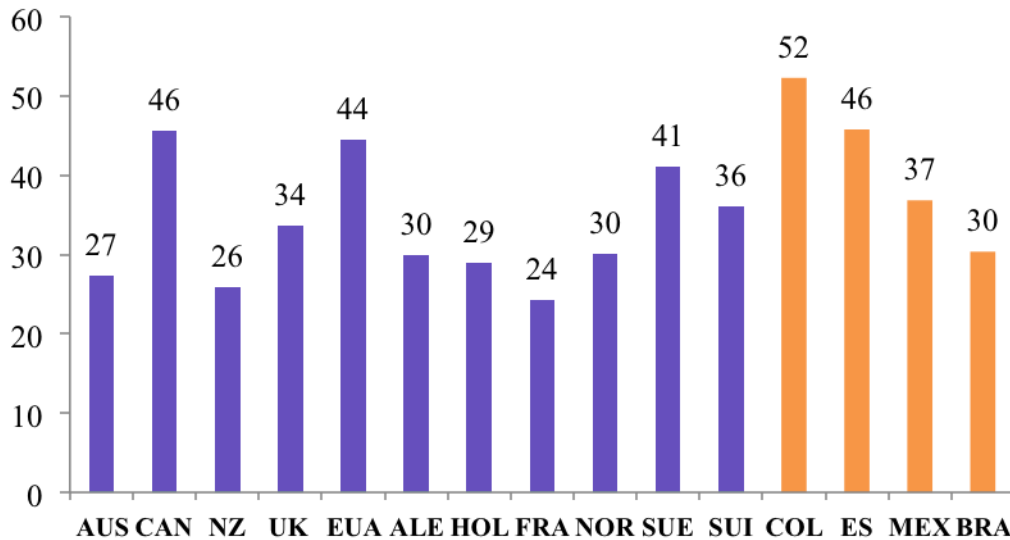
Algumas variáveis do estudo foram selecionadas neste texto, apenas para demonstrar aspectos da agenda inconclusa na atenção primária, especialmente para lidar com o desafio da cronicidade. As variáveis apresentadas nos gráficos desta seção são medidas dos seguintes aspectos:

- A avaliação de que o problema de saúde poderia ter sido evitado pela APS, entre participantes que utilizaram o pronto-socorro nos últimos dois anos;
- B avaliação da APS como muito boa ou excelente, entre os pacientes que possuem um local usual para atenção primária (um mesmo médico ou um mesmo local);
- C recebimento de explicações fáceis de entender do profissional de saúde na APS, entre os pacientes que possuem um local usual para atenção primária (um mesmo médico ou um mesmo local);
- D conhecimento da história clínica pelo médico ou pelo enfermeiro que o atendeu na APS, entre os pacientes que possuem um local usual para atenção primária (um mesmo médico ou um mesmo local);

- E informação sobre o paciente foi enviada pela APS ao especialista antes da consulta especializada, entre os pacientes que utilizaram um especialista nos últimos dois anos; e
- F informação sobre o paciente foi enviada pelo especialista à APS após a consulta especializada, entre os pacientes que utilizaram um especialista nos últimos dois anos.

Como mostram os dados do Gráfico 1, em quase todos os países pelo menos um quarto dos pacientes que utilizaram o pronto-socorro nos últimos dois anos acredita que seu problema poderia ter sido resolvido pela atenção primária. Esse resultado é uma medida bastante preliminar de ineficiência, particularmente para as condições crônicas, tais como hipertensão e diabetes, e mostra que quase todos os sistemas de saúde estudados necessitam de investimento adicional para fortalecer a APS.

**Gráfico 1 – Porcentagem de pessoas que utilizaram o pronto-socorro nos últimos dois anos e afirmam que o problema de saúde poderia ter sido resolvido pela atenção primária, por país, 2013.**

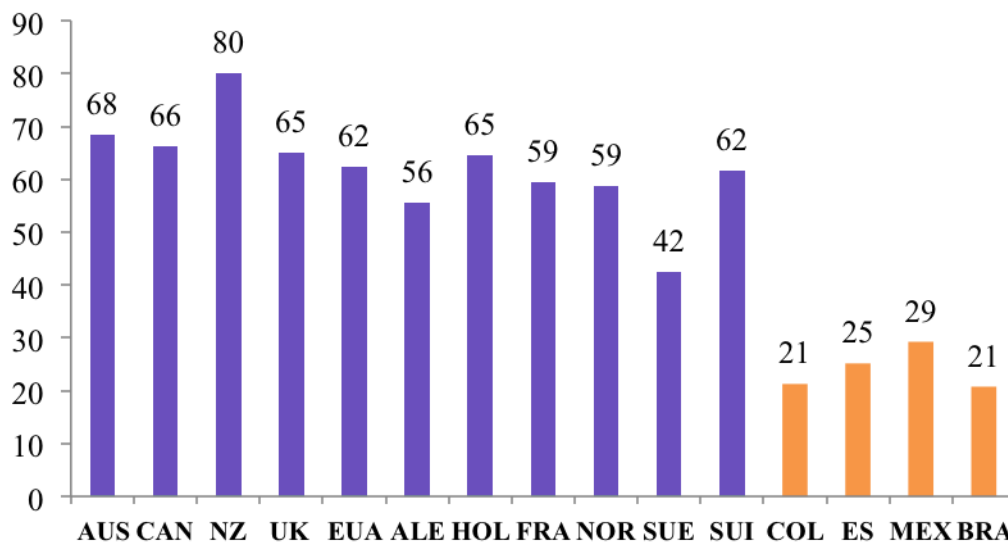


FORNTE: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

O Gráfico 2, por sua vez, mostra a avaliação dos serviços de atenção primária entre os que possuem um lugar regular de atenção. Os dados mostram que no Brasil, apesar de seu modelo de atenção primária com comprovados impactos para a redução da mortalidade infantil e redução de hospitalizações por condições crônicas e que cobre mais de 50% da população,<sup>28,29</sup> a avaliação da APS pelos usuários não difere de outros países latino-americanos com menor tradição ou experiência mais recente na atenção primária.

É marcada a diferença na avaliação da atenção primária entre o grupo de países de alta renda e o grupo de países latino-americanos, em desfavor deste último e particularmente do Brasil. No entanto, deve-se observar que a figura não apresenta informações a respeito da cobertura populacional da atenção primária em cada país. Portanto, é possível especular que alta porcentagem de pacientes que reportam que seu problema não poderia ter sido resolvido pela atenção primária em determinado país pode significar que o acesso à atenção primária é tão baixo que o paciente nem sequer considera a possibilidade de ter seu problema resolvido pela APS.

**Gráfico 2 – Porcentagem de usuários da atenção primária que avaliam os serviços de como excelentes ou bons, por país, 2013.**



FORNTE: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

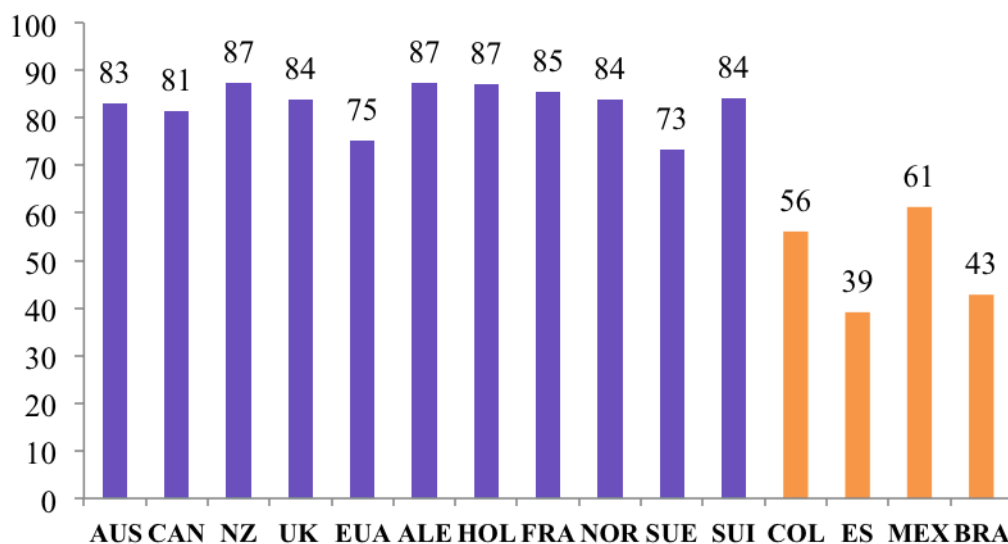
O Gráfico 3 também mostra a existência de gradiente entre os países latino-americanos e os países de alta renda no que diz respeito ao entendimento das explicações fornecidas pelo médico ou pelo enfermeiro na atenção básica, e mais uma vez o Brasil encontra-se em situação bastante desfavorável. Ainda que uma das prováveis causas das dificuldades de entendimento das instruções médicas pelos latino-americanos seja o menor nível educacional desses comparados aos cidadãos de países de alta renda, fica claro que os profissionais da atenção primária devem adaptar suas estratégias de comunicação com os pacientes.

O crescimento da participação de doenças crônicas na região latino-americana torna ainda mais relevante a questão da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. O autocuidado de condições como hipertensão, diabetes ou doença pulmonar obstrutiva crônica requer a compre-



ensão de instruções relativas à medicação, a comparação de resultados e valores de referência em exames, as escolhas nutricionais e a tomada de decisões em relação à busca de auxílio médico.

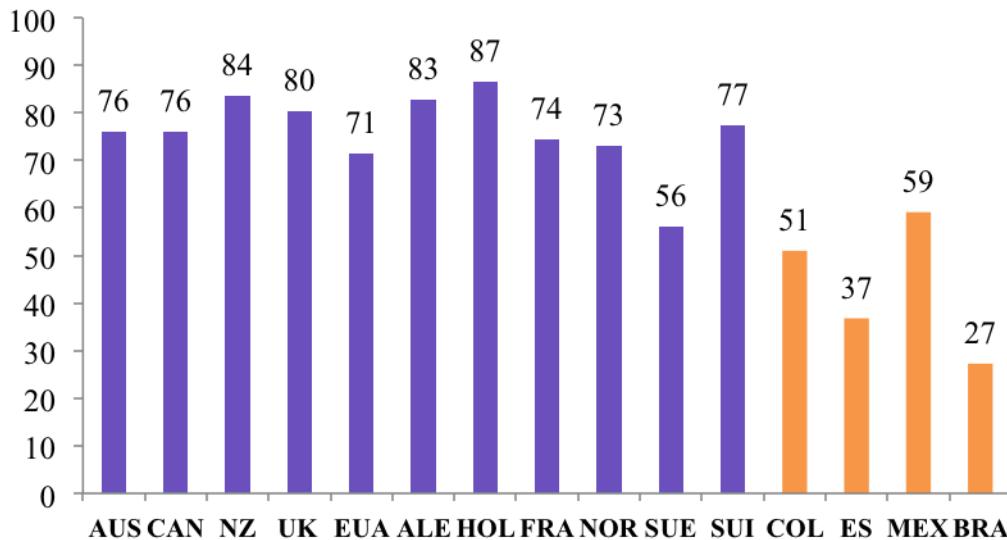
**Gráfico 3 – Porcentagem de usuários da atenção primária que consideram as explicações recebidas pelo médico ou pelo enfermeiro como sendo de fácil entendimento, por país, 2013.**



FONTE: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

O grau de conhecimento da história clínica do paciente pelo profissional de saúde é um elemento fundamental para evitar duplicações de exames diagnósticos, permitir a continuidade da atenção, facilitar a referência e a contrarreferência e aumentar a eficiência da atenção. A esse respeito, o Gráfico 4 mais uma vez demonstra a situação desfavorável dos países latino-americanos, especialmente o Brasil. Apenas 27% dos usuários da APS no país reportam que seu médico ou enfermeiro conhecem sua história clínica no local usual de atenção, número bastante inferior aos países de alta renda.

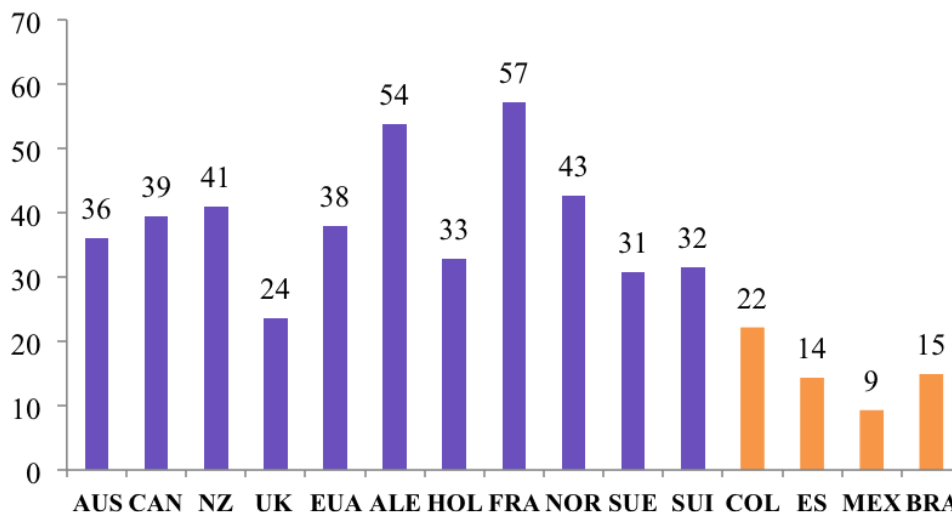
**Gráfico 4 – Porcentagem de usuários da atenção primária que reportam que seu médico ou enfermeiro conhece sua história clínica, em 15 países, 2013.**



FORNTE: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

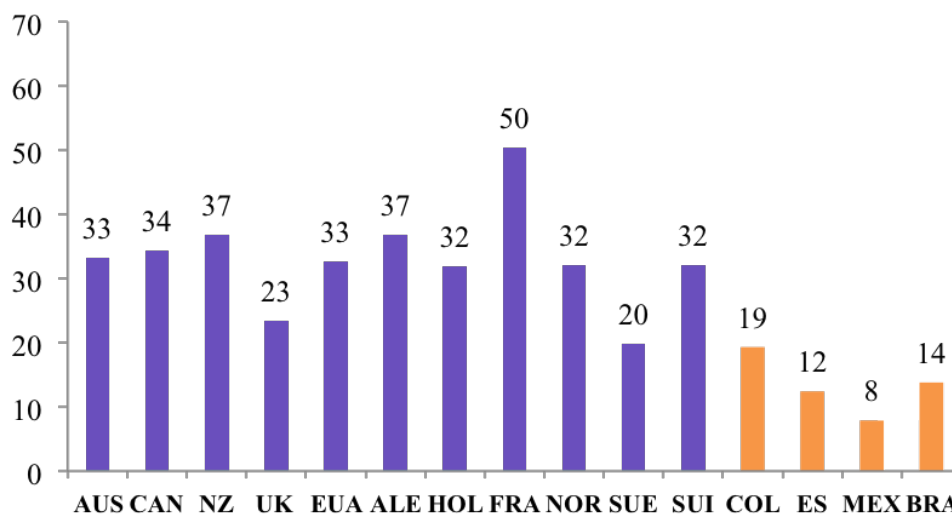
Os Gráficos 5 e 6, seguidamente, mostram uma medida da coordenação entre a atenção básica e a atenção especializada, outro aspecto de fundamental importância para a eficiência da atenção para cuidar de condições que requerem a participação de vários profissionais em distintos níveis de atenção. Observa-se novamente uma diferença importante entre países de alta renda e os países latino-americanos em desfavor desses últimos. No caso do Brasil, apenas 15% das pessoas reportam que o especialista recebeu informação da APS previamente à consulta especializada (sentido da referência) e 14% reportam que o médico ou o enfermeiro da APS recebeu informação do especialista após a realização da consulta especializada (sentido da contrarreferência). De forma análoga à história clínica, o fluxo limitado de informações reduz a eficiência dos serviços de saúde, especialmente para lidar com condições crônicas.

**Gráfico 5 – Porcentagem de pessoas que consultaram um especialista nos últimos dois anos e reportaram o envio de informações da APS para a atenção especializada prévia à consulta, por país, 2013.**



FONTES: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

**Gráfico 6 – Porcentagem de pessoas que consultaram um especialista nos últimos dois anos e reportaram o envio de informações da atenção especializada para a APS após a consulta, por país, 2013.**



FONTES: COMMONWEALTH FUND (AUSTRÁLIA, CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS, ALEMANHA, HOLANDA, FRANÇA, NORUEGA, SUÉCIA E SUÍÇA) E BID (COLÔMBIA, EL SALVADOR, MÉXICO E BRASIL).

## A resultante dos três vetores: mais e melhor APS para os próximos 25 anos

Em conclusão, este texto propõe, de maneira bastante preliminar, que, se os custos continuarão crescendo e se as crônicas terão peso cada vez maior na demanda dos serviços de saúde, fortalecer a APS parece ser a direção lógica a seguir e tal agenda segue inconclusa no Brasil. Os dados sugerem que há importante agenda a ser cumprida para melhorar a qualidade dos serviços, tornar a atenção mais próxima do usuário e reforçar os mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção. No momento em que o SUS completa seus 25 anos, este texto propõe que, a fim de prepará-lo para enfrentar os desafios do século XXI, além da adequação do nível de financiamento à magnitude da tarefa a ser cumprida (uma necessidade conhecida), é imperativo manter fortalecida a agenda de melhoria da organização e da eficiência dos serviços (uma necessidade aparentemente esquecida).

Interessantemente, a necessidade de melhorar a organização e a eficiência dos serviços no Brasil não é exclusiva do setor público. Ao contrário, o fortalecimento da atenção primária segundo princípios de primeiro ponto de contato, longitudinalidade, acessibilidade e integralidade provavelmente têm expressão muito mais forte na Estratégia Saúde da Família que na maior parte dos serviços com financiamento privado da saúde suplementar. Os princípios da APS são alguns dos principais pilares da eficiência na experiência internacional, seja para o National Health System britânico ou para a Kaiser Permanente estadunidense. Portanto, o contínuo fortalecimento da atenção primária deve ser um dos pontos centrais da experiência de melhoria da organização e da eficiência dos serviços de saúde, com o objetivo de preparar o SUS, se não para os próximos 100, pelo menos para os próximos 25 anos.

### Referências bibliográficas<sup>1</sup>

1. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). The Citizen Constitution and the 25th anniversary of the Brazilian Unified National Health System (SUS). La Constitución ciudadana y el 25 o aniversario del Sistema Único de Salud brasileño (SUS). 2013;29(10):1927-36.
2. Soares A. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. 2014;18-25.
3. Lourenço C, Andrade T de. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. O financiamento federal da política de saúde no Brasil: tendências e desafios. Financiamiento federal de la política de salud en Brasil: tendencias y desafíos. 2014;30(1):187-200.
4. Marques RM, Mendes Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira. 2008;2(1):345-62.
5. Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. Int J Integr Care [Internet]. 2013 Jan;13(September):e039.

---

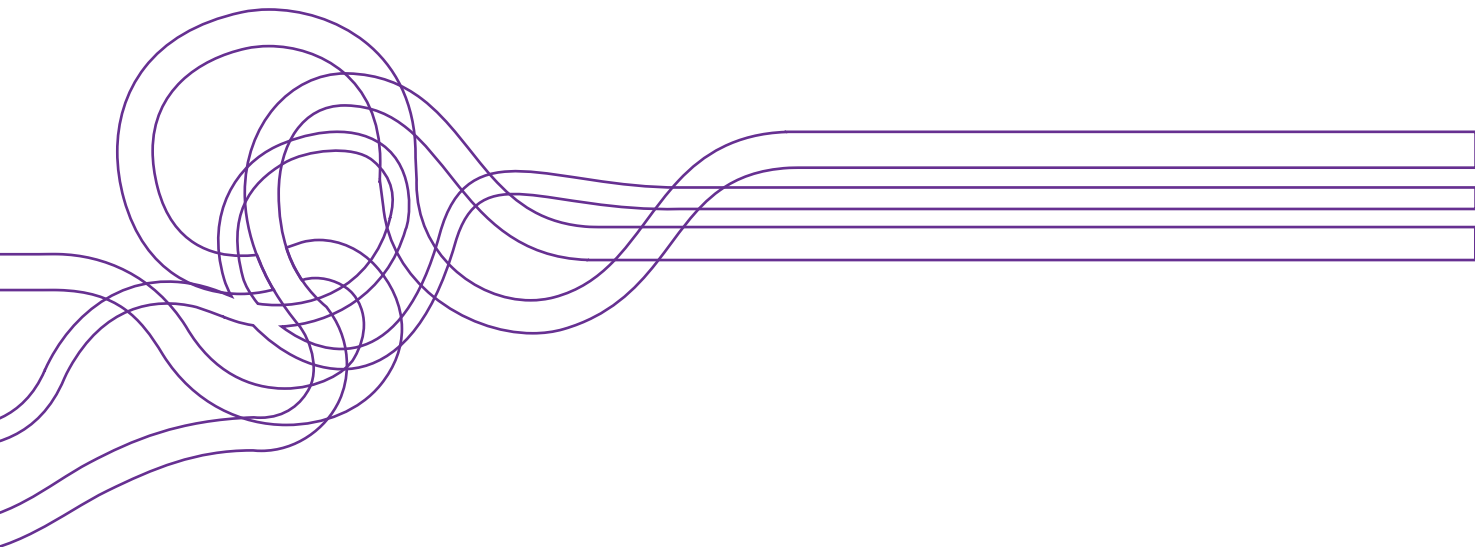
1 FORMATAÇÃO ADOTADA PELO AUTOR.

6. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2013 Dec [cited 2013 Dec 13];32(12):2205-15.
7. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-69.
8. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Sep 8 [cited 2012 Oct 5];380(9845):924-32.
9. Gaag J Van Der, Stimac V. *Toward a New Paradigm for Health Sector Development*. Washington, DC; 2008. (Technical Partner Paper N.: 3).
10. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Dec 7 [cited 2014 Jul 10];382(9908):1898-955.
11. World Bank. *World Development Indicators, 2013*. Washington, DC: World Bank; 2013.
12. De la Maisonneuve C, Martins JO. *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. Paris; 2013. (Report N.: 26).
13. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Apr 23 [cited 2013 May 28];377(9775):1438-47.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2013. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Dados obtidos em 10 de abril de 2014).
15. Jaime PC, da Silva a CF, Gentil PC, Claro RM, Monteiro C a. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obes Rev* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Aug 15];14 Suppl 2(November):88-95.
16. Closs VE, Helena C, Schwanke A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;15(3):443-58.
17. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994 Oct 22 [cited 2014 Aug 17];344(8930):1129-33.
18. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
19. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
20. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic-care focused healthcare systems: evidence from Spain [Internet]. *Health (San Francisco)*. LSE Health working papers; 2011. (Report N.: 24/2011. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/41678/>).

21. Bengoa R. Empantanados. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr*. 2008;1(1):1-10.
22. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic-care focused healthcare systems: evidence from Spain [Internet]. *Health (San Francisco)*. LSE Health working papers; 2011. (Report N.: 24/2011. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/41678/>).
23. Inter-American Development Bank. Assessing the performance of health systems in Latin America. (Economic and Sector Work RG-K1330). Unpublished report.
24. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2010 Dec [cited 2012 Mar 28];29(12):2323-34.
25. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2007 [cited 2012 Mar 13];26(6):w717-34.
26. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2004 [cited 2012 Sep 10];Suppl Web:W4-487-503.
27. Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy* [Internet]. 2004 Mar [cited 2012 Sep 21];67(3):309-22.
28. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2009 [cited 2013 May 6];32(2):115-22.
29. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2009 [cited 2012 Mar 9];28(4):1127-35.
30. Starfield B. *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
31. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* [Internet]. 2002 Jan 19 [cited 2013 Jul 12];324(7330):135-41.

# 6

## SÍNTESE DOS DEBATES



### QUESTÃO 01: ATÉ QUE PONTO O CONCEITO DE PACIENTE ATIVADO JÁ NÃO ESTÁ NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA, PORTANTO ATÉ QUE PONTO A ESSA ESTRATÉGIA JÁ NÃO TRAZ ALGUM TIPO DE RESPOSTA PARA ESSA CRISE?

**Claunara:** A estratégia de saúde da família é o modelo brasileiro de atenção primária, já pressupõe todas as questões, um cuidado ao longo do tempo integral, etc. Nós aumentamos muito o acesso da população, mas ainda temos um gap enorme na qualidade, porque não temos profissionais com formação adequada. Portanto não se consegue fazer essa mudança que é empoderar o usuário para o próprio cuidado, porque os profissionais também precisam aprender isso. Como fazer isso é o grande desafio.

**Facchini:** O grande desafio é articular as novas tarefas da atenção primária a saúde no país, inclusive as da saúde da família, com todo o conjunto de desafios de transição demográfica, epidemiológica, nutricional, tecnológica que estão colocadas aí. A concepção da saúde da família é bastante inovadora, reconhecida fora do Brasil, traz uma série de elementos fundamentais, como a ideia de território, da equipe multiprofissional, da lógica de você ter uma pessoa da própria comunidade articulando a comunicação com o serviço de saúde. Todas as análises que se tem feito mostram que a saúde da família é sempre vantajosa em relação àqueles modelos de atenção primária, que são mais centrados no médico geralmente, no médico com especialidade, que tem a visão fragmentada do indi-

víduo, que não leva em conta a lógica do cuidado a partir da família. No entanto, quando observamos a diferenças, elas são pequenas, mas a saúde da família sempre é vantajosa em relação ao modelo tradicional. O desafio é aprofundar as potencialidades dessa estratégia.

**Guanais:** Na concepção original da saúde da família o modelo comunitário está muito presente, de envolvimento da comunidade, da ação da comunidade, uso de agentes comunitários, mas eu vejo o conceito de ativação do paciente como uma concepção mais anglo-saxônica, um pouco mais individualista. A pessoa assume a corresponsabilidade pelo cuidado com a sua saúde. Não são antagônicos os dois elementos, eu vejo como um desenvolvimento mais recente da importância do usuário, e não vejo isso na concepção original da família. Inclusive a produção científica sobre a ativação do paciente é muito mais recente. A partir daí vem se medindo os efeitos e o comportamento de pessoas com diferente nível de ativação do usuário. É uma das agendas promissoras para se agregar a saúde da família.

## **QUESTÃO 02: VOCÊS CONHECEM EXEMPLOS QUE ESTEJAM USANDO FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS PARA AJUDAR OS PACIENTES NO PROCESSO DE ALERTA DE CUIDADO, OU MESMO O GESTOR COM BANDEIRA DE ALERTA, ESPECIALMENTE NESSE GRUPO DE GESTÃO DE CASO, PARA FACILITAR O CONTROLE E O ACOMPANHAMENTO DESSES CASOS? E SOBRE A ESCOLHA DE QUEM É COLOCADO COMO GESTOR, QUE TAMBÉM É RESPONSÁVEL PELAS PEQUENAS CRISES DO MODELO?**

**Guanais:** Eu vejo muita coisa na literatura, não acho que haja evidência forte ainda. Porém a tecnologia é uma ferramenta promissora. No Peru eu conheço um estudo de utilização de sms para utilização de consultas pré-natais; ele funciona, mas claro que mediado pelo acesso e pelo nível educacional, o efeito é muito mais forte quando o acesso é maior e o nível educacional do usuário é maior. Outra experiência que eu vi foi no Haiti, foi com a operadora de celular que era capaz de detectar onde o usuário do serviço de celular estava, isso até pré-GPS, a partir daí a operadora mandava mensagens quando havia casos reportados de cólera. Isso foi um caso muito importante porque mapeava os dados epidemiológicos no problema que eles tiveram com a cólera, e a presença do usuário naquele lugar. O potencial é enorme para ativação do paciente, mas a evidência ainda é fraca.

**Facchini:** A força de trabalho é crítica para o sucesso de qualquer sistema de saúde, evidentemente que para implantação de novos modelos de atenção. Nesse caso, não só a força de trabalho, mas também pensando na profissionalização da gestão, esse é um problema que a gente carrega desde a origem do SUS. Quando se teve êxito na implantação do SUS, a partir da constituição de 1988, não se logrou estabelecer de fato uma profissionalização da força de trabalho em saúde, ou para o SUS nos seus diferentes âmbitos. Fomos constituindo um grande contingente de pessoas, hoje se fala em mais de 300 mil agentes comunitários de saúde, mas de maneira precária, de modo variável em diferentes localidades. Ela é problemática em atenção primária, se tem vários problemas no âmbito especializado, a gente não teve uma profissionalização da gestão. E uma questão



fundamental é a formação, se a gente pensa no papel das universidades, estamos em uma situação crítica, porque estamos formando profissionais para o século XXI em boa medida com estruturas da universidade do século XX e muitas vezes com concepções do século XIX, isso não vai dar certo, essa combinação é explosiva. A idéia dos velhos professores, especialmente nas escolas de medicina, formando seus alunos dentro do recorte mais fragmentado, não do indivíduo, mas do órgão, da ação fisiológica, da característica fisiopatológica, assim não vamos ajudar a formar médico geral, nem bons internistas, nem médicos de família. Boa parte dos professores tem preconceito em relação a essas medidas fortes, baseadas no cuidado geral, longitudinal, de acompanhamento, de articulação multiprofissional, de valorização de outros profissionais no cuidado, de delegação, de iniciativas, e na gestão, que evidentemente é o espaço da política, mas tem um forte âmbito da gestão que precisa de profissionalização.

**Rolim:** Não vamos conseguir montar modelos de atenção sem boa gestão. Nós temos no Brasil um mix de um modelo basicamente bismackiano, com foco privado, porque nós temos contribuição, a maioria dos planos de saúde são corporativos, são empresas e trabalhadores que pagam com subsídios de impostos, então na realidade acaba havendo um financiamento. Temos do outro lado um sistema beweridgiano. Essa confusão também é difícil, precisamos discutir com mais tranquilidade, e procurar caminhos. Na hora que o gestor vai gerir um sistema numa cidade que tenha, por exemplo, 50% de cobertura de plano, não dá para discutir os indicadores, resultados sem discutir a população como um todo, e sem discutir a cobertura que está sendo feita pelo setor privado. Se pensarmos em gestão e em gestão por resultados, que esses gestores devem se comprometer com a comunidade, temos que pensar em olhar os indicadores de forma diferente, porque você pode ter resultados muito bons sendo perdidos por causa de um jeito de organizar do sistema, de se coletar ou juntar esses dados.

### **QUESTÃO 03: POR QUAL PORTA PODERÍAMOS INTEGRAR A SISTEMA COMPLEMENTAR AO SUS, POR ONDE VOCÊS VÊM O APROVEITAMENTO DE TUDO QUE É PÚBLICO QUE É MUITO SÓLIDO PARA O PRIVADO SEGUIR NA MESMA LINHA NUMA COMPLEMENTARIDADE, MANTENDO O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO NUMA UNICIDADE.**

**Guanais:** Quando a Barbara Starfield criou a escala de medida de atenção primária, ela fez isso pensando no acesso universal, em sistemas públicos, nos valores que ela acreditava. Os primeiros que adotaram o PCAT foi o setor privado, porque se reduz com isso, utilizar a atenção primária e evitar que se tenha que arcar custos com uma consulta especializada. Um paralelo se aplica no Brasil, o setor público sai com o conceito de prevenção, equipes multidisciplinares, integralidade do cuidado, claro que com grandes dificuldades para a implantação disso, e o setor privado dentro de um modelo que está ignorando totalmente esses conceitos, pagando por produção, fazendo um incentivo ao sub-diagnóstico, ao subtratamento, tec. O setor privado tem muitas coisas a aprender com o setor público,

e o inverso também é verdadeiro, o setor público tem muito que aprender sobre gestão como privado, como adoção de medidas empresariais, de uma gestão especializada. Há uma falta de visão de onde vamos chegar, a nova classe média que se mantém dentro do SUS e ajuda a financiá-lo está disposta a pagar mais por isso, a financiar o SUS da forma adequada, ou o caminho da nova classe média é a saúde suplementar, ou os modelos alternativos. Tenho visto dentro do SUS uma abertura maior, por exemplo, um hospital de subúrbio, lá na Bahia, é uma entidade com fins lucrativos prestando serviço para população do SUS com excelência. São alguns caminhos intermediários, mas não exatamente o caminho da saúde suplementar.

**Rolim:** É muito mais fácil discutirmos a prestação de serviço e as PPP na prestação de serviços; São Paulo está fazendo isso, há vários hospitais filantrópicos ou privados trabalhando com territórios da cidade, com equipes de saúde da família, UPA, AMA e toda a rede, e o hospital num território, e ele é entregue a instituição e ela gerencia aquela carteira de pessoas numa lógica de asseguramento público para prestação de serviço privado. Nós precisamos discutir se vamos instalar mais mamógrafos, tomógrafos, ressonância no setor público, se nós temos uma overdose já instalada no país, precisa discutir instalação e compra de mais medicamentos. Exame é feito hoje em larga escala, quanto maior o volume, melhor, menor o custo, maior a efetividade, se consegue juntar um volume grande de uma base populacional. Temos que trabalhar de uma forma que esse sistema de prestação de serviço tenha canais de comunicação para ganho de escala, quando se tem adensamento tecnológico, quando não tem em áreas distantes de dispersão, não tem saída. As equipes da saúde da família fizeram uma contribuição gigantesca para o Brasil inteiro, de ampliar acesso em áreas sem nenhum tipo de assistência. Existiu uma capilarização da rede de atenção para toda a população, os dados mostram isso com clareza. Nós temos dois sistemas que não se comunicam e tentam produzir resultados positivos, não se tem condição de utilizar a base de dados que são impossíveis de compartilhar por questões de isso é meu isso é seu. Essas questões tem que ser trabalhadas.

#### **QUESTÃO 04: QUANTO O NÍVEL DE EDUCAÇÃO INFLUENCIA O DÉFICIT DA QUALIDADE DO AUTO CUIDADO E DA ATIVAÇÃO DO PACIENTE?**

**Guanais:** Eu não conheço estudos que quantifiquem o peso da educação sobre o impacto da ativação do paciente, estudos que eu vejo são de medidas de ativação e compara isso em relação aos resultados, aos custos, a porcentagem de paciente que mantém condições crônicas sobre controle, etc. A confiança das pessoas, se são capazes ou não de controlar suas condições crônicas. Isso é variável e eu não sou capaz de dizer até que ponto esse número é menor em países da América Latina comparado com os de alta renda por causa da educação. É importante pensar em que tipos de medidas podem ser tomadas para compensar o déficit educacional, por exemplo, a presença de voluntários que acompanham pacientes nas consultas médicas para tomar notas, e depois ajudar o usuário. Temos que pensar em algum mecanismo como esse.

**Claunara:** Do auto cuidado apoiado não necessariamente toda a população com condição crônica vai se beneficiar, por isso separamos e estratificamos os riscos. Um paciente com muita complicação das suas condições crônicas tem baixa capacidade de se cuidar, ele vai depender mesmo de alguém que interprete, de um cuidador, de um vizinho, etc. Talvez um plano de cuidado dessas pessoas deva ter um gestor do caso, porque o auto cuidado apoiado é importante nos níveis intermediários de risco, onde se tem risco clínico e uma média de capacidade e autonomia que se vai investir conhecimento que o profissional tem, trocando, passando essa informação. O profissional tem que aprender a se comunicar, tem alguns tipos de comunicação na relação médico paciente, que funcionam melhor para estímulo do auto cuidado. Depende de várias mudanças que são importantes, todo pessoal que vem da saúde mental, da entrevista motivacional, que estão estudando como não reforçar no outro a dificuldade de mudança, temos que aprender a nos comunicar para apoiar as pessoas à mudança.

**Facchini:** Ainda não temos evidências em relação a esse tema, mas vale destacar que escolaridade como uma categoria que é um marcador das condições sociais está fortemente associada com a qualidade da atenção recebida, com a prontidão da busca pela atenção, pela capacidade de compreender as mensagens mais diversas do ponto de vista daquilo que é relevante para a saúde da pessoa. São elementos importantes, pensando no delineamento de esforços que possam fazer com que haja mensagens adequadas e motivação dos pacientes com menor nível de escolaridade.

#### **QUESTÃO 05: UM MODELO COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRESSUPÕE UM FLUXO ORGANIZADO COM OS OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO, NO BRASIL EXISTE ESSA ARTICULAÇÃO, O QUE FAZER PARA QUE ELA SEJA MAIS ORGANIZADA E EFETIVA?**

**Claunara:** De todos os atributos da atenção primária, a coordenação é o mais frágil, nós temos experiências localizadas. Fazer com que a atenção primária coordene o cuidado e defina qual a necessidade dos outros pontos da rede é uma decisão de gestão, isso não está na responsabilidade dos trabalhadores daquelas equipes. Na construção do SUS, nos preocupamos muito com as questões dos valores de saúde como um direito e bem menos com modelo de atenção. A política nacional é de 2006, antes disso era um programa, nós temos pouco tempo de discussão de modelo de atenção dentro desse sistema. Portanto essa discussão é de todos os atores, da academia para formar as pessoas e dos gestores também que vão assumir. A saúde da família de uma maneira geral responde os problemas das pessoas de uma forma ainda do modelo agudo, o que é crônico ainda muito como modelo da ação programática vertical. A nova ou a velha classe média está disposta a financiar o SUS, a colocar mais recurso nisso? Depende, se ela tiver resposta nas suas necessidades, acho que sim. Hoje os serviços de atenção primária não respondem as necessidades, as pessoas têm muitas barreiras de acesso, mesmo tendo melhorado o acesso da população, quando se faz perguntas de satisfação, as pessoas tem muitas barreiras de acesso. A organização dos serviços deveria guarda 85% da oferta para as questões assistenciais, 50% assistenciais imprevisíveis, 30% previsível, e não

é assim que é a resposta que damos nos serviços. Nós temos que dar a resposta do que as pessoas precisam com nosso conhecimento, aquilo que é prevalente, não ofertar atenção especializada para aquilo que não é necessário.

#### **QUESTÃO 06: COMO A ATIVAÇÃO DO AGENTE PODE SER FEITA COM O NOSSO MODELO DE FEDERALISMO, E ESSA TECNOCRACIA BRASILEIRA, E QUEM QUER EMPODERAR QUEM?**

**Rolim:** Há uma questão cultural no conceito de ativação que é marcante. Não podemos a questão da tecnologia no Brasil (SIC), dá para se trabalhar a questão de uma juventude que vai crescer com outro desenho, com outro jeito de se relacionar. Há mudanças que estão acontecendo que fazem parte uma nova cultura tecnológica que estamos vivendo de mudanças de percepção. Isso gera possibilidades de empoderamento diferentes das pessoas, dos grupos sociais, especialmente vinculado a questão de renda, que o acesso de bens de consumo está ligado à questão de renda. São muitas variáveis nesse processo.

#### **QUESTÃO 07: COMO EU SAIO DA DESCENTRALIZAÇÃO PARA UMA REGIONALIZAÇÃO E UMA VISÃO MAIS SISTÊMICA DO SUS?<sup>1</sup>**

**QUESTÃO 08: NÃO SERIA IMPORTANTE ABRIR MAIS ESSE DIÁLOGO PARA A SOCIEDADE, PARA OS FORMADORES DE OPINIÃO, PARA O JORNALISTA, PARA CRIAR UM CONTEXTO EM QUE A SOCIEDADE ENTRE NISSO E ENTENDA O INTERESSE QUE TEM?<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> (NOTA DO RELATOR: O DEBATE TERMINOU SEM QUE FOSSEM DADAS RESPOSTAS A ESTAS DUAS ÚLTIMAS PERGUNTAS).