

As redes de atenção à saúde

Health care networks

Eugênio Vilaça Mendes

RESUMO

A transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida significa crescente incremento relativo das condições crônicas. A crise contemporânea dos sistemas de saúde caracteriza-se pela organização da atenção em sistemas fragmentados voltados para a atenção às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e pela estrutura hierárquica e sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção. O perfil da situação de saúde do Brasil é de tripla carga de doenças, pela presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das causas externas e das doenças crônicas. A solução para o SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças e o sistema de atenção à saúde em prática, pela implantação de redes de atenção à saúde. Adota-se como princípio que cada nível de atenção deva operar de forma cooperativa e interdependente. Os elementos constitutivos das redes são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Conclui-se que há evidências na literatura internacional sobre as redes de atenção à saúde de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Transição Demográfica; Transição Epidemiológica; Doença Crônica.

ABSTRACT

The demographic and epidemiologic transition resulting from aging and the life expectation increase mean increasing increment related to the chronic conditions. The healthcare systems contemporary crises is characterized by the organization of the focus on fragmented systems turned to the acute conditions care, in spite of the chronic conditions prevalence, and by the hierarchical structure without communication flow among the different healthcare levels. Brazil healthcare situation profile is that of the triple diseases load, due to the concomitant presence of infectious diseases and needs, external causes and chronic diseases. The solution for SUS is to restore the consistence between the diseases triple load on the healthcare situation and the current system of healthcare practice, with the implantation of healthcare networks. The adopted principle is that each level should operate under the cooperative and interdependent form. The networks constitution elements are: the population, the operational structure and the health care model. The conclusion is that there are evidences in the international literature on health care networks that these networks may improve the clinical quality, the sanitation results and the users' satisfaction and the reduction of the healthcare systems costs.

Key words: *Comprehensive Health Care; Demographic Transition; Health Transition; Chronic Disease.*

Doutor em Odontologia, Especialista em Planejamento de Saúde

Endereço para correspondência:
Eugênio Vilaça Mendes
Rua do Ouro, 1.920/601 B
Belo Horizonte – MG
CEP 30210.90
E-mail: eugenio.bhz@terra.com.br

O PROBLEMA

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. O Brasil vive uma situação de saúde que se expressa em uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, com forte predomínio relativo das condições crônicas.

Essa situação de saúde não pode ser respondida adequadamente com sistemas de atenção à saúde fragmentados e voltados para a atenção às condições agudas. Esse é o problema fundamental dos sistemas de atenção à saúde em todos os países do mundo e não pode ser solucionado fazendo mais do mesmo. É preciso uma mudança radical nesses sistemas.¹

Essa mudança implica o restabelecimento da coerência entre a situação e o sistema de atenção à saúde por meio da construção social das redes de atenção à saúde.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. Mas, manifesta-se um envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O percentual de jovens de zero a 14 anos, que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000, 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 alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens.²

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo das condições crônicas porque as doenças crônicas afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE mostram que 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, um terço deles com mais de uma doença crônica.³

A análise epidemiológica mostra uma forma de transição singular.

Tradicionalmente, trabalha-se, na análise de situação de saúde, com uma divisão entre doenças

transmissíveis e não-transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde – o objeto dos sistemas de atenção à saúde – certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde.^{4,5}

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais – reativas ou pró-ativas; eventuais ou contínuas; e fragmentadas ou integradas – dos sistemas de atenção à saúde. As condições de saúde têm sido divididas em agudas e crônicas. As condições agudas, em geral, apresentam curso de curta duração e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e, nos casos de doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente. As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue, amigdalite, febre amarela e outras ou de causas externas, como os traumas. As doenças transmissíveis de curso longo, como tuberculose, hanseníase e HIV/AIDS, são consideradas condições crônicas porque seu enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde exige respostas pró-ativas e contínuas. As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, etc.) ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, tracoma, hepatites virais, etc.); condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, herbicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações,

cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); e doenças bucais.

Uma análise da mortalidade no país indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que este valor decresceu para próximo de 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares, que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos⁶. A mortalidade proporcional, em 2004, foi determinada em 9,3% pelas doenças infecciosas e nutricionais; em 11,3% por causas externas; em 3,2% por causas maternas e perinatais; em 62,8% por doenças não-transmissíveis; e em 13,4% por causas mal definidas. Isso significa que, somando-se as causas maternas e perinatais e as doenças crônicas, 66,0% das mortes ocorridas em 2004 foram por condições crônicas. Do ponto de vista da morbidade hospitalar, no ano de 2005, das primeiras 15 causas de internações pelo SUS, nove foram por condições crônicas.⁷

A análise da carga de doença, medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, demonstra que 14,7% dessa carga são por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição; 10,2% por causas externas; 8,8% por condições maternas e perinatais; e 66,3% por doenças crônicas.⁸ O somatório das suas últimas, que são condições crônicas, revela que 75% da carga de doença no país são determinados por condições crônicas.

A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica omramiana, observada nos países desenvolvidos. Ela se define por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das condições crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as reemergências de doenças como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes.⁴ Essa complexa situação tem sido definida, recentemente, 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 o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas.⁹

Essa situação de saúde de tripla carga de doença, com predomínio das condições crônicas não pode ser enfrentada com sucesso por sistemas de atenção à saúde fragmentados e voltados para a atenção às condições agudas.

OS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a fase de mudança da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver coerência entre a situação e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global e no Brasil, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada relativamente pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais definitiva e no Brasil pela situação de tripla carga de doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas. Isso não está dando certo nos países desenvolvidos, logo, não dará certo no nosso país.

Ham¹⁰ faz uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que até a primeira metade do século XX, eles se voltavam para as doenças infecciosas e, na segunda metade desse século, para as condições agudas. E afirma que neste início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para darem conta da atenção às condições crônicas. O autor resume as razões numa citação: “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... De fato, a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevaletentes

hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas". Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde⁴ enfatiza que o paradigma do enfoque 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 atenção à saúde transponham esse modelo predominante. A atenção às condições agudas será sempre necessária, pois a maior parte delas surge em função de agudizações de condições crônicas; contudo, os sistemas de atenção à saúde devem adotar o conceito de cuidados inovadores para as condições crônicas.

Uma observação dos sistemas de atenção à saúde, numa perspectiva internacional, mostra que eles são dominados pelos sistemas fragmentados voltados para a atenção às condições agudas e que se (des)organizam a partir de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, sem comunicação entre eles e, por conseqüência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária nem com os sistemas de apoio. A atenção primária não pode exercer seu papel de centro de comunicação do sistema de atenção à saúde. E a atenção primária não pode exercer seu papel de centro de comunicação desse sistema.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se por: a forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento; a centralidade em indivíduos; a passividade do paciente; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo fragmentado de atenção à saúde e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado médico; e o financiamento por procedimentos.¹¹

Os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico. Tome-se o exemplo dos Estados Unidos. Aquele país gastou, em 2005, 15,2% do PIB em saúde, um dispêndio *per capita* de US\$ 6.350,00¹², de longe o maior gasto *per capita* do mundo. Não obstante, apresenta resultados sanitários insatisfatórios. Em relação ao diabetes, apenas

50% dos portadores estão diagnosticados, 30% não estão controlados, 35% desenvolvem nefropatias e 58% doenças cardiovasculares, pouco mais de 50% realizam o exame oftalmológico de rotina e a carga econômica da doença é de 90 bilhões de dólares anuais. Em relação à hipertensão arterial, somente 15 a 24% têm a hipertensão controlada, 27 a 41% não sabem que têm hipertensão e 17 a 19% não aderem aos tratamentos recomendados.¹³ E a terceira causa de mortes no país são as iatrogenias médicas, o que pode alcançar, a cada ano, 40 a 98 mil mortes.¹

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças com predominância de condições crônicas e o sistema de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente a partir da implantação de redes de atenção à saúde.

O conceito de redes de atenção à saúde

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

Dessa definição emergem os conteúdos 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 diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob

coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Os elementos constitutivos da atenção à saúde

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população

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 baseada na população, uma característica essencial das redes de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio-sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócio-sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de Atenção Primária à Saúde/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

A estrutura operacional

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

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco elementos: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.

O centro de comunicação da estrutura operacional é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (Unidade de Atenção Primária à Saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família).

Isso permite afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar, conseqüentemente, a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam custos mais baixos e reduzem procedimentos mais caros; mais eqüitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque enfatizam a promoção da saúde e a prevenção das doenças e porque oferecem tecnologias mais seguras para os usuários e para os profissionais de saúde.^{11,14,15,16}

Entretanto, para que a atenção primária à saúde possa resultar em todos esses benefícios, ela deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contra-fluxos de pessoas e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, a capa-

cidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população.

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

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

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

O sistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas a: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

A construção social das redes de atenção à saúde, para ser conseqüente, tem de ser amparada por informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde. Os sistemas de informação em saúde compreendem: os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde

operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infra-estrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde.

O quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos, que são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação. Estas garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contra-referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

O quinto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança.

A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazo para cumprir com a missão e com a visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização. A governança das redes de atenção à saúde, no SUS, deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, coerentes com o federalismo cooperativo que se pratica no Brasil. São as Comissões Intergestores que se materializam: no plano nacional, na Comissão Intergestores Tripartite; nos estados, nas Comissões Intergestores Bipartite; e nas regiões de saúde, nas Comissões Intergestores Regionais.

O modelo de atenção à saúde

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é o Modelo de Atenção à Saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente de saúde, das situações, demográfica e epidemiológica, e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, para o manejo das condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde, destinados à orientação dos sistemas de atenção à saúde, voltados para as condições crônicas, são construídos a partir de um modelo seminal, o modelo de atenção crônica.¹⁷ Dele derivam várias adaptações aplicadas em diferentes partes do mundo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Ele tem sido adotado, com modificações adjetivas, no Canadá¹⁸, na Espanha¹⁹, nos Estados Unidos²⁰, na Holanda²¹, no Reino Unido²² e em diferentes países em desenvolvimento¹¹. No Brasil, Mendes⁷ propôs, também com base no modelo seminal de Wagner, o modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS.

Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No primeiro, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver usuários informados e ativos e equipe de saúde preparada e pró-ativa

para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Há evidências abundantes e robustas, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do modelo de atenção crônica, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente. O estudo avaliativo clássico desse modelo foi realizado pela *Rand Corporation* e pela Universidade de Berkeley, Califórnia²³, e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o MAC e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhora 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 e gerou significativa quantidade de publicações que mostram que o modelo funciona. Vários outros trabalhos de avaliação do modelo de atenção crônica estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo^{24,25,10}, mas há os que avaliam: a melhoria da qualidade dos serviços de atenção às condições crônicas²⁶; condições crônicas particulares²⁷; aspectos organizacionais²⁸; e avaliação econômica.²⁹

AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No tocante às evidências sobre as redes de atenção à saúde, há, na literatura internacional, provinda de vários países, evidências de boa qualidade de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Esses resultados foram positivos em várias situações: na atenção às pessoas idosas^{30,31}; na saúde mental^{32,33,34,35}; no controle do diabetes^{36,37,38,39}; no aumento da satisfação dos usuários⁴⁰; e na redução da utilização de serviços especializados.^{25,41}

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington: The National Academies Press; 2001.

2. Brito FA. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007. Texto para Discussão n° 318
3. Travassos C. Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro: DIS/CICT/FIOCRUZ; 2005.
4. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127: 1097-102.
5. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
6. Silva JB. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol, MZ; Almeida Filho, N. *Epidemiologia e saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.
8. Schramm JMA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9: 897-908.
9. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
10. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007.
11. Fernández JMD. Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.
12. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008. *World Health Report 2008.*
13. The Robert Wood Johnson Foundation. Improving chronic illness care. 2008. [Citado em 2008 set.] Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org>.
14. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002; 60:201-16.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003; 38:819-53.
16. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington: PAHO; 2005.
17. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.
18. Government of British Columbia: British Columbia expanded chronic care model. [Citado em 2008 out]. Disponível em: www.health.gov.bc.ca.
19. Vázquez MLN, Vargas I, Coderch J, Colomé LL, Valls J, Berenguer J, *et al.* Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
20. Porter M. Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente; 2007.
21. Temmink D, Hutten JB, Francke AL, Rasker JJ, Abu-Saad HH, van der Zee J. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 280-6.
22. Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: Department of Health; 2005.
23. Rand Health. Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project. [Citado em set, 2008]. Disponível em: www.rand.org/health/projects.
24. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.
25. Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham; 2006.
26. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, Glasgow RE. Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care. *Ann Fam Med.* 2007; 5:14-20.
27. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care.* 2005; 17:141-6.
28. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med.* 2006; 30:413-22.
29. Gilmer TP, O'Conner PJ, Rush WA, Crain L, Whitebird RR, Hanson AM, Solberg LI. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29:1242-8.
30. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, *et al.* Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. *Br Med J.* 1998; 316: 23-7.
31. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *Br Med J.* 1999; 319: 676-82.
32. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomized controlled trial of

- a shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract.* 2004; 54: 259-66.
33. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *Br Med J* 2000; 320: 550-4.
 34. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002; 288: 2836-45.
 35. Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J, *et al.* The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61: 1042-9.
 36. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv.* 2001; 27: 63-80.
 37. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, MacMillan M, Christensen R, *et al.* Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care.* 2003; 26: 3048-53.
 38. Griffin, S., Kinmonth, AL. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. In: *The Cochrane Library*, Chichester, UK, Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
 39. Vetter MJ, Bristow L, Ahrens J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. *Home Health C Nurse.* 2004; 22: 645-8.
 40. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q.* 1999; 7: 56-66.
 41. Malcolm L, Wright L, Carson S. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N Z Med J.* 2000; 113: 514-7.