

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Assessoria de Normalização

gnas@saude.mg.gov.br

3247. 3824

Eugênio Vilaça Mendes

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

MAIO DE 2007

I – INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado.

Dos Estados Unidos foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países.

Este documento tenta analisar as redes de atenção à saúde a partir de uma revisão bibliográfica não sistemática sobre o tema, valendo-se de uma literatura internacional selecionada.

A revisão foi dividida, para efeitos de orientar a formulação de uma proposta de redes de atenção à saúde, em três tópicos: os fundamentos da construção de redes de atenção à saúde, importantes para uma compreensão das bases teórico-conceituais que sustentam a formação de redes de atenção à saúde; o papel da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde, para sustentar a proposta de rede de atenção à saúde com o centro de comunicação nesta estratégia; e o relato de experiências de redes de atenção à saúde em vários países, agrupadas em Estados Unidos, Europa, Canadá, América Latina, outros países e Brasil.

II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Shortell et al. (1966) constituem um grupo pioneiro sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Segundo eles, os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um *continuum*; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do *continuum* de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados.

Com base nesses elementos, definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como redes de organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabiliza m pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

Estes sistemas estão baseados no conceito de integração. Há três tipos de integração. A integração funcional expressa o grau em que atividades de suporte como gerência financeira, gerência de recursos humanos, planejamento estratégico, *marketing* e melhoria da qualidade, são coordenadas ao longo da rede de modo a agregar valor para o sistema. A integração dos médicos expressa o grau em que os médicos estão economicamente ligados ao sistema, usa suas unidades e serviços e ativamente participam no seu planejamento e gestão. A integração clínica expressa um conceito amplo que inclui a noção de continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, gestão de patologia, comunicação fluida entre os prestadores de serviços e eliminação de duplicação de procedimentos,

Todd (1996) explora os três conceitos básicos utilizados na construção dos sistemas integrados de serviços de saúde que são integração horizontal, integração vertical e cadeia de valor.

A integração horizontal ocorre quando duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos serviços ou serviços substitutivos, se juntam para se transformarem numa única unidade ou numa aliança inter-organizacional. Os dois fatores motivadores da integração horizontal são busca de economia de escala e ganhos de fatias de mercado.

Por outro lado, a integração vertical refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança inter-organizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra. Os fatores motivadores da integração vertical são menores custos de transação no sistema e aumento da produtividade pela otimização de recursos comuns (por exemplo, médicos e enfermeiras). Há duas formas principais de integração vertical: a clássica e a virtual. Na integração vertical clássica, duas ou mais unidades produtivas são fundidas numa única organização. Na integração vertical virtual há uma combinação de arranjos por contratos, por fusão, por franquias etc.

O conceito de cadeia de valor representa a seqüência de processos de produção interrelacionados, dos mais básicos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços até a distribuição dos serviços ao consumidor final. O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de saúde como o *continuum* de cuidados.

Dowling (1997) fixa suas considerações nas alianças estratégicas como enfoque organizacional para concretizar a integração vertical dos sistemas de saúde. E a justificativa para isso é que as organizações de saúde funcionam como não-sistemas, onde os médicos, os hospitais e as seguradoras agem de forma independente, com diferentes objetivos e incentivos.

A integração vertical é definida como a coordenação ou incorporação numa única organização de atividades ou processos de produção e entrega de serviços de saúde.

Há duas formas de integração vertical: a de vanguarda e a de retaguarda. A integração de vanguarda coordena as ações de médicos de atenção primária, ambulatórios especializados, atenção domiciliar, atenção hospitalar etc. A integração de retaguarda envolve equipamentos médicos, apoio diagnóstico e terapêutico, residências médicas etc.

Uma outra forma de definir integração vertical é descrevendo seus elementos constitutivos: uma larga oferta de serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores; uma rede de atenção primária à saúde dispersa geograficamente e responsável pela coordenação do sistema; relações com especialista para a prestação de serviços custo-efetivos e de qualidade; mecanismos de integração dos diferentes serviços para evitar fragmentação; uso de diretrizes clínicas e de tecnologias de gestão da clínica; sistema de informação que permita monitorar e avaliar o sistema, melhorar sua performance e qualidade e produzir relatórios para diferentes clientelas; planejamento integrado do sistema; sistemas unificados de contratação e *marketing*; e financiamento integrado.

As alianças são definidas como um conjunto de organizações que somam seus recursos para alcançar objetivos comuns na prestação de serviços de saúde. As vantagens das alianças são: cada parte contribui, à sua maneira, para os objetivos definidos; são politicamente mais viáveis que as fusões; permitem aumentar a fatia de mercado; pela sinergia que produzem o todo torna-se maior que as partes envolvidas; e criam uma situação de ganha-ganha para os participantes.

Organizando um *continuum* de cuidados sob um comando integrado, as alianças permitem prestar uma atenção certa no lugar certo para os pacientes, alocar os recursos mais racionalmente e gerar trabalhos de *rightsizing*, produzindo serviços mais adequados às necessidades da população-alvo. A participação protagônica da atenção primária à saúde é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os desafios da qualidade. O alinhamento dos médicos e dos incentivos é provavelmente o mais importante fator isolado no sucesso dos sistemas integrados, uma vez que o ordenador real das despesas de um sistema de saúde são os médicos.

Ainda que o foco do texto seja na integração vertical, faz-se menção importante à integração horizontal dos sistemas de saúde. A integração horizontal é importante porque é uma pré-condição para a integração vertical. Isso se deve ao fato de que a concentração de recursos ao longo de linhas horizontais cria uma massa crítica necessária para alcançar a integração vertical. A integração horizontal iniciou-se pelos hospitais, no início dos anos 60. Os resultados são inquestionáveis: 300 grupos organizacionais gerenciam ou são proprietários da metade dos hospitais dos Estados Unidos. Uma outra forma de integração horizontal de hospitais foram os sistemas locais: 1.000 hospitais, 25% do total de hospitais americanos, pertencem a um dos 400 sistemas locais urbanos. Um segundo movimento de integração horizontal foi a integração de grupos médicos em grandes grupos.

Esse movimento teve os seguintes resultados: equilibrar os médicos de atenção primária e os especialistas; permitir que os médicos assumam riscos; dar cobertura geográfica; e bons resultados sanitários.

Para avaliar a performance dos sistemas integrados, definem-se algumas questões básicas: o sistema contribui para a melhoria da saúde da população-alvo? Eles respondem às demandas da clientela? Os que os usam estão satisfeitos com o acesso, com a escolha dos prestadores e com a qualidade dos serviços? Os resultados clínicos são compatíveis com os recursos envolvidos? Os estudos de performance sugerem que não há uma evidência dura da efetividade dos sistemas integrados verticalmente, provavelmente porque o fenômeno é muito recente. Não obstante, há uma crença generalizada de sua superioridade sob a forma fragmentada.

Uma condição essencial para a integração é o alinhamento dos incentivos financeiros, o que pressupõe seu direcionamento para pagamentos por capitação. Outro fator importante é a oferta equilibrada de serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores. Outro, é a redução da variabilidade clínica por meio das diretrizes clínicas.

A criação de intra-estrutura adequada é um fator importante, o que implica a existência de um sistema de informação capaz de integrar dados de diferentes prestadores, em diferentes serviços, através de prontuário clínico único. Outros fatores-chave são: integração dos médicos no sistema, sistemas de educação permanente dos profissionais e clara visão de futuro.

Por fim, há que se mudar a cultura organizacional para que valorize a inovação e aceite riscos; que ultrapasse a visão hospitocêntrica do sistema de saúde; e que se foque nos objetivos de melhorar a saúde da clientela dentro de um limite de recursos.

Swoden, Watt e Sheldon (1997) pesquisam a questão da escala e qualidade. Há, em muitos países, uma tendência para a centralização de hospitais em grandes unidades, no suposto de que hospitais e profissionais que fazem um maior volume de procedimentos ou tratam mais pacientes, com as mesmas condições, provêm cuidados de maior qualidade. As organizações de atenção gerenciada nos Estados Unidos e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido utilizam o tamanho das unidades e o volume de procedimentos como uma *proxy* de qualidade. Na Holanda, o credenciamento de unidades de cirurgia cardíaca é feito em hospitais com um mínimo de 600 cirurgias por ano. Nos Estados Unidos, o Colégio Americano de Cirurgiões recomenda que as equipes de cirurgia cardíaca aberta façam, no mínimo, 150 cirurgias por ano.

Estas recomendações derivaram de trabalhos científicos disponíveis na literatura (**Luft et al., 1979; Office of Technology Assessment, 1988; Luft et al., 1990; Banta e Boss, 1991; Ministry of Health, 1994; Stiller, 1994**) e da impressão de que fazer mais em saúde significa fazer melhor. Em função disso, os autores fizeram uma revisão sistemática de centenas de trabalhos que associavam o volume dos serviços de saúde com os resultados sanitários. A maioria dos trabalhos identificou uma relação significativa entre volume de procedimentos e os resultados sanitários mais positivos.

Contudo, essa evidência torna-se menos clara quando se ajusta por *case-mix*, ainda que continue significativa.

Há estudos que demonstram uma relação entre volume de procedimentos e melhor qualidade da atenção nos seguintes casos: mortalidade hospitalar por cirurgia de revascularização do miocárdio; mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio; mortalidade hospitalar por cateterismo cardíaco; mortalidade hospitalar por aneurisma da aorta abdominal; mortalidade hospitalar por amputação de membro inferior; mortalidade hospitalar por cirurgias gástricas; mortalidade hospitalar por colecistectomia; mortalidade hospitalar por cirurgias de intestino, excluídos os cânceres; complicações por próteses de joelho; taxas de mortalidade em unidades de tratamento intensivo neonatais; mortalidade por AIDS em hospitais; mortalidade por câncer de mama; mortalidade por câncer de reto e de colo; mortalidade por câncer do esôfago; e complicações por cirurgias de câncer de pâncreas.

Não obstante essas evidências há, em geral, um posicionamento contrário à centralização dos serviços para aumento da escala e do volume dos serviços, por parte da população, que prefere valorizar a facilidade do acesso.

Aletras, Jones e Sheldon (1997) tratam de dois conceitos importantes na construção das redes de atenção à saúde: economias de escala e escopo.

As economias de escala referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo o longo período um tempo suficientemente longo para permitir todos os insumos serem variáveis. As economias de escala devem se dar num processo produtivo em que os custos fixos são altos em relação aos custos de produção variáveis. A teoria econômica assume uma relação em forma de U entre os custos médios e o tamanho dos hospitais. Na medida em que o tamanho da unidade e o volume de seus produtos aumentam, espera-se que os custos médios decresçam gerando economias. Similarmente, as economias de escopo ocorrem quando o escopo ou a variedade dos serviços ofertados por uma mesma unidade produtiva aumenta. Por exemplo, dão-se economias de escopo quando um mesmo hospital oferece serviços hospitalares e ambulatoriais ou quando se evita a duplicação de equipamentos médicos ou pela existência de várias especialidades médicas num mesmo local.

Os autores fazem uma revisão sistemática de aproximadamente 100 estudos identificados como fornecendo evidências de economias e escala e escopo em unidades hospitalares. As principais conclusões são: estudos econométricos de modelos de custos encontraram retornos constantes e, até mesmo deseconomias, nos hospitais médios de 200 a 300 leitos; hospitais de 400 leitos ou mais parecem ser muito grandes para minimização de custos; estudos de DEA (*data envelopment analysis*) reforçam a tese de que as economias só podem ocorrer em hospitais de mais de 200 leitos e mostram que os hospitais de mais de 650 leitos são ineficientes do ponto de vista da escala; estes

estudos são conflitivos em termos de um tamanho hospitalar ótimo, mas poderia estar entre 200 a 400 leitos; estudos de custos hospitalares não validaram, em geral, a existência de economias de escopo nos hospitais, mas isso não significa necessariamente que elas não existam; e as economias de escala estão diretamente relacionadas com aqueles hospitais que são tecnicamente eficientes.

Carr-Hill, Place e Posnet (1997) examinam as relações entre o acesso dos pacientes e a utilização dos serviços de saúde, o que é importante num ambiente de concentração dos serviços em busca de economias de escala e escopo.

Do ponto de vista do paciente, a decisão de utilizar um serviço de saúde é função de três variáveis: os custos de oportunidade da utilização; a severidade percebida da condição em relação à saúde “normal”; e a expectativa esperada da efetividade da atenção à saúde. Outras coisas sendo iguais, maiores os custos de oportunidade do acesso, menos severas as percepções da condição e da efetividade da atenção, menores serão as taxas de utilização dos serviços de saúde.

O acesso é primariamente associado com os custos sociais e econômicos da utilização dos serviços. Os custos sociais incluem os custos relacionados com os horários inconvenientes de abertura dos serviços ou custos particulares impostos aos pacientes de grupos étnicos, como as barreiras língua. Os custos econômicos incluem os co-pagamentos, os custos de viagem e os custos de oportunidade do tempo gasto na viagem ou do tempo de espera nas unidades. Quanto maiores os custos de utilização, menos acessíveis serão os serviços de saúde.

Nos países que adotam redes de atenção à saúde com a coordenação da atenção primária à saúde, como o Reino Unido, o acesso à atenção primária à saúde é uma das mais importantes dimensões do acesso que só se dá, aos níveis secundário e terciário, por meio dos médicos generalistas.

Os autores, especialmente a partir de uma revisão sistemática sobre o tema, realizada no período de 1976 a 1996, concluíram: há evidência de uma sensibilidade do acesso à distância na atenção primária à saúde, tanto nas populações urbanas quanto rurais, e isso é particularmente importante nos procedimentos de educação em saúde e de detecção das doenças no estágio sintomático; há evidência de associação negativa entre distância e atenção às urgências e emergências; há evidências de associação negativa entre distância e utilização de mamografias e citologia cervical; há evidência de associação negativa entre distância e cuidados a alcoolistas; não há evidências de associação entre distância e utilização de radioterapia para câncer de mama; não há evidências de associação entre acessibilidade e utilização de internações hospitalares agudas; o acesso à atenção primária à saúde é influenciado pela severidade percebida da doença e pela distância; há uma associação negativa entre acessibilidade e utilização de serviços de rastreamento de doenças; há estudos que sugerem que as taxas de utilização hospitalar são mais baixas em comunidades vivendo muito longe dessas

unidades, mas esse efeito parece maior para aqueles procedimentos ou enfermidades nos quais os benefícios do tratamento são menos conhecidos; e há pouca evidência direta das relações entre distância e resultados sanitários.

Ferguson e Godart (1997) estudam a concentração hospitalar. Ainda que a concentração dos serviços hospitalares seja assumida ser necessária pelos ganhos de eficiência que produz e pela melhoria da qualidade que introduz, a evidência que suporta esta assertiva não parece ser definitiva. Além do que há *trade-offs* entre escala e escolha dos pacientes e acessibilidade.

A concentração das unidades produtivas pode ser obtida por fusões e, estas, podem ser realizadas vertical ou horizontalmente. A fusão vertical envolve uma combinação de várias unidades produtivas que produzem diferentes bens e serviços, em diferentes pontos da cadeia produtiva; a fusão horizontal é uma combinação de duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos bens e serviços.

No campo da saúde é mais comum usar o termo integração ao invés de fusão. Os tipos de arranjos envolvidos nas fusões ou integrações variam fortemente, mas a discussão vital nas fusões sanitárias é a extensão na qual as alianças, parcerias, *joint ventures*, assentam-se em relações contratuais, mais que na propriedade unificada.

As fusões de hospitais aconteceram com frequência nos Estados Unidos. No Reino Unido entre 1991 e 1997, 14 fusões hospitalares foram registradas no Departamento de Saúde. As razões pelas quais se dão as fusões dos hospitais poderiam ser explicadas pela teoria da empresa dominante que diz que a fusão se faz para adquirir poder de mercado e para auferir vantagens de posição monopólica. Nas fusões hospitalares, contudo, há outras razões: a necessidade de otimizar a capacidade instalada; a obtenção de economias de escala e escopo; a melhoria da qualidade da atenção em decorrência do aumento da escala e do volume dos procedimentos; a oferta de educação permanente se faz mais adequadamente em unidades maiores; e a expansão do poder de mercado nos sistemas privados.

Não obstante a tendência pela fusão hospitalar, as evidências sobre seus impactos ainda são inconclusivas.

Bazzoli et al. (1999) afirmam que as integrações vertical e horizontal podem ocorrer em sistemas integrados reais, com base em propriedade única, ou virtuais, com base em contratos. Há considerável debate nos efeitos relativos de ambos em termos de custo/efetividade e viabilidade financeira. Os sistemas de propriedade única podem reduzir os custos de transação, produzem economias de escala e de escopo e facilitam a informação comum e a padronização das práticas clínicas. Os sistemas baseados em contratos são mais flexíveis e podem responder às necessidades locais mais facilmente, além de poder fortalecer a confiança entre as diversas organizações.

Boelen (2000) descreve um projeto da Organização Mundial da Saúde denominado de Projeto TUFH (*Towards Unity for Health*) cujo objetivo principal é integrar as ações de assistência à saúde com as ações de saúde pública.

A integração das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras exige, inicialmente, o estabelecimento de uma população vivendo em um território. Para a definição de uma população e de um território busca-se um tamanho ideal dessa população. A resposta qualitativa dada é que esta população deve corresponder a um distrito sanitário definido como uma região sanitária onde alguma forma de governança mesorregional sanitária se dá sobre uma rede de atenção que tenha no seu ápice um hospital geral (**Ashton, 1998**). A população de responsabilidade de um distrito sanitário deve ser esquadrinhada demográfica e epidemiologicamente e dividida em subgrupos: população total, população por idade e sexo, população por estratos sociais, população em risco, população com doença, população necessitando de atenção especial etc. Por isso, a definição da população de referência não pode ser feita com base na demanda dos serviços de saúde, mas num cadastramento proativo de todas as pessoas do distrito sanitário.

O processo de territorialização deve estar baseado em parâmetros espaciais e temporais. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados (**Saracci, 1998**). Este território ideal deveria conter uma instituição com capacidade de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parcerias para melhorar a saúde da população. O distrito sanitário tem sido definido como o nível territorial que é grande o suficiente para justificar um sistema de vigilância à saúde e pequeno o suficiente para permitir uma coordenação eficiente das intervenções sanitárias.

O conceito de unidade do Projeto TUFH é entendido como a medida na qual diferentes parceiros se juntam para responder às necessidades de saúde das pessoas através de um sistema que se organiza em torno dos valores de qualidade, equidade, relevância e custo/efetividade. Neste contexto, deve-se dar a integração entre as necessidades individuais das pessoas e as intervenções de saúde pública dirigidas a toda a população.

As ações de saúde pública podem ser agrupadas em nove funções: monitoramento da situação de saúde; proteção do ambiente; promoção da saúde; prevenção, vigilância e controle das doenças transmissíveis; legislação e regulação da saúde pública; saúde ocupacional; serviços de saúde pública; gestão da saúde pública; e atenção a populações vulneráveis ou em risco.

O modelo de unidade da atenção deve conter os seguintes atributos: baseado em necessidades da população; parceria entre as organizações de saúde em função dos objetivos; existência de mecanismos regulatórios; existência de incentivos para estimular

a unicidade; e existência de informação para permitir o levantamento das necessidades e o planejamento e monitoramento do sistema.

Os profissionais de saúde do sistema unificado devem ser profissionais cinco estrelas: prestadores de serviços que consideram as necessidades globais das pessoas que são parte de uma família que se insere numa comunidade e que provêem serviços de qualidade e integrais com base na confiança mútua; que saibam comunicar com a comunidade para mudar seu comportamento e empoderá-la; que saibam decidir que tecnologias prover com base em custo-efetividade e ética; que saibam liderar pela confiança recebida da comunidade; e que saibam gerenciar os recursos para atender as necessidades de saúde da comunidade (**Boelen, 1994**).

O sistema unificado será resultado de parcerias entre os decisores políticos, gestores de saúde, os profissionais de saúde, as instituições acadêmicas e as comunidades.

A Organização Mundial da Saúde (**World Health Organization, 2000**), através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. A fragmentação dos sistemas de saúde pode ocorrer entre unidades semelhantes (hospitais, por exemplo) e entre unidades de diferentes níveis de cuidados. A fragmentação apresenta conseqüências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas.

Há dois tipos de integração: a integração hierárquica ocorrida, por exemplo, na Costa Rica, Reino Unido e Suécia, e a integração virtual que se faz por meio de sistemas comunicacionais modernos sem controles verticais rígidos. Isso tem sido tentado em países como Gana e Bangladesh.

O documento tem uma posição mais favorável à integração virtual que, contudo, enfrenta na experiência internacional, três problemas: a descentralização, a separação das funções de compra e de prestação de serviços e a imposição de co-pagamentos.

Os serviços de saúde, como outras formas de produção, podem ser implementados em configurações mais concentradas ou mais dispersas, ou em arranjos híbridos que combinem elementos de concentração e dispersão. Os serviços que devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economias de escala – menores custos unitários em unidades maiores –, como os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de economias de escopo – menores custos unitários quando se ofertam numa mesma unidade uma variedade de serviços –, como os serviços hospitalares. Esses serviços são aqueles que ofertam intervenções que são altamente especializadas e custosas e que

requerem equipes de profissionais com habilidades distintas e com menor oferta no mercado.

No que se refere à economia de escala há limites superiores e inferiores. Na Europa Oriental e Central, grandes hospitais de 1.000 a 2.000 leitos mostraram -se de baixa produtividade e com baixa qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, os hospitais de 20 a 50 leitos, como é comum na Etiópia e Turquia, apresentam de ineficiência e baixa qualidade. Eles operam com baixas taxas de ocupação e a equipe não maneja um número suficiente de casos que os permita manterem-se treinados.

A Organização Mundial da Saúde (**WHO European Office for Integrated Services, 2001**), examinando as reformas sanitárias recentes na Europa, aponta para a necessidade de novos arranjos organizativos para prestar os serviços de saúde. A necessidade de alcançar maior integração dos serviços tem sido reconhecida por importantes documentos estratégicos da saúde na Europa como a Carta de Liubliana e o documento sobre saúde para todos no século XXI. Para aprofundar esses temas a Organização Mundial da Saúde realizou um seminário internacional, em Barcelona, que cuidou de agrupar as conclusões em quatro categorias: as bases conceituais, o papel dos profissionais, a avaliação e o impacto potencial da telemedicina.

Em termos conceituais a definição utilizada para atenção integrada é a de um conceito que junta insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada é um meio para melhorar os serviços em relação com acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência. Nesse sentido, a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo.

Há duas formas de integração. A integração horizontal que é a ligação estratégica de níveis similares de atenção (por exemplo, a junção de hospitais que prestam os mesmos serviços) e a integração vertical que é a ligação estratégica de diferentes níveis de cuidado (por exemplo, a ligação dos níveis primário, secundário e terciário).

A integração deve ser diferenciada da coordenação e da autonomia em diferentes aspectos: informação em saúde, visão do sistema, uso dos recursos, processo decisório e natureza da parceria, conforme se vê na tabela abaixo.

	AUTONOMIA	COORDENAÇÃO	INTEGRAÇÃO
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Circula entre os grupos de uma mesma entidade parceira	Circula entre grupos de diferentes entidades parceiras	Orienta os trabalhos dos diferentes parceiros para necessidades comuns
VISÃO DO SISTEMA	Influenciada por cada entidade parceira e auto-interessada	Baseada em acordos pactuados para melhorar a performance do sistema	Uma referência comum de valores fazendo cada parceiro sentir-se socialmente responsável
USO DOS RECURSOS	Essencialmente para obter auto-objetivos	Frequentemente para assegurar um reforço complementar e mútuo	Usado de acordo com uma definição comum de planejamento, organização e validação
PROCESSO DECISÓRIO	Coexistência independente de diferentes processos decisórios	Processo de consulta na decisão	As entidades parceiras delegam a alguma autoridade para fazer decisões únicas
NATUREZA DA PARCERIA	Cada entidade tem suas regras e pode ocasionalmente procurar parceiros	Parcerias cooperativas para realização de projetos limitados no tempo	Parcerias intitucionalizadas suportadas por uma missão comum e/ou legislação

As estratégias de configuração dos serviços e dos sistemas de saúde podem distribuir -se ao longo de um *continuum*, tendo como um pólo a autonomia e, outro, a integração. Na prática nenhum sistema de saúde é totalmente autônomo, nem totalmente integrado.

A atenção integrada não é um fim em si mesma. Ela é melhor compreendida como um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro geral de melhoria da equidade.

A continuidade da atenção enfatiza as experiências dos pacientes ao longo dos sistemas de saúde e de assistência social e provê lições importantes para o desenvolvimento da atenção integrada. Há três definições para a continuidade da atenção: a longitudinalidade ou continuidade do profissional (ver sempre o mesmo profissional todo o tempo); a continuidade através dos níveis primário e secundário (o plano de referência entre atenção primária e secundária); a continuidade da informação (registros clínicos compartilhados). A atenção integrada é um termo geral que se refere não somente à perspectiva dos pacientes, mas, também, às implicações tecnológicas, de gestão e econômicas da integração dos serviços.

No que concerne aos atores sociais envolvidos (pacientes, prestadores de serviços, financiadores e gestores) há desafios a superar que são inerentes à dinâmica do sistema: melhores resultados do sistema de saúde (melhoria do nível de saúde da população) podem resultar em efeitos perversos; podem existir *trade-offs* entre a eficiência técnica e alocativa; e os retornos nos investimentos podem ser difíceis de serem medidos.

Ainda que as diretrizes clínicas tenham um impacto importante na melhoria da integração eles estão sujeitos a desafios: o tempo de preparação; não levam em consideração as co-morbidades e, assim, são aplicáveis somente a subgrupos populacionais; os profissionais de saúde não seguem as diretrizes clínicas desde que não as considerem adequadas para seus pacientes ou porque restringem seu trabalho.

As características estruturais de um sistema de saúde podem determinar o seu grau de integração. Os sistemas de saúde públicos universais apresentam vantagens comparativas para a integração em relação aos sistemas segmentados.

Enquanto ao papel dos profissionais, a educação e a organização do trabalho não são estimuladoras da integração. Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, são socializados para prestar serviços pessoais e para ignorar a complexidade das organizações. O treinamento dos profissionais tem sido orientado para a fragmentação e para a especialização, o que não tem sido compensado por uma cultura que valorize o trabalho ao longo do *continuum* da atenção. Para mudar a cultura profissional propõe-se: selecionar os estudantes não somente por conhecimentos, mas por valores sociais e capacidade de comunicação; orientar os currículos para a integração horizontal e vertical das disciplinas; ofertar disciplinas de ciências sociais e prevenção nos estágios iniciais da graduação para permitir os alunos verem além dos pacientes individuais; e criar sistemas de educação permanente ao longo de toda a vida profissional.

A avaliação deve ser dirigida para medir o impacto da atenção integrada no desempenho do sistema. As evidências em relação à atenção integrada são raras. Com respeito à continuidade da atenção há evidências na satisfação dos pacientes e da equipe de

saúde, na redução de custos, na redução de internações hospitalares e de exames complementares, melhores monitoramentos das doenças e rastreamento das doenças. As evidências relativas aos resultados sanitários são raras. Evidências sobre a qualidade dos serviços são raras. Desde que estudos experimentais longitudinais não estão disponíveis, poderiam se fazer estudos quase-experimentais (desenhos *ex ante* e *ex post*). Avaliações qualitativas devem ser empreendidas para identificar os parâmetros necessários para o sucesso da integração.

A telemedicina é um instrumento essencial para a integração dos diferentes níveis de atenção de um sistema de saúde. A telemedicina é compreendida como abrangendo os campos da atenção à saúde e da tecnologia da informação (por exemplo, prontuários clínicos) e as atividades médicas envolvendo elementos de distância (por exemplo, teleconsultas).

Os prontuários eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduz a duplicação, melhora o diagnóstico e o plano de tratamento. Para a população idosa, a telemedicina permite um monitoramento à distância, em casa.

Na perspectiva da Oficina Européia de Serviços Integrados de Atenção à Saúde o conceito de atenção integrada vai além de estratégias de negócios como aquisições e fusões; está focado na equidade no acesso, na satisfação dos usuários, na qualidade e na eficiência; refere-se a diferentes âmbitos (institucional, nacional, regional e local); inclui promoção da saúde e educação em cada ponto de atenção, mas não o medidas de saúde públicas mais globais (a ação intersectorial não está incluída na atenção integral); inclui temas relacionados à integração dos serviços em âmbito nacional.

O sistema de pagamento é requerimento central para o desenvolvimento da atenção integral, devendo deslocar-se do pagamento por unidade de serviço para o pagamento por capitação, e prover incentivos para a promoção da saúde e as intervenções mais precoces sobre os danos. Mecanismos justos de pagamento constituem o critério central para que os diferentes prestadores participem do sistema integrado.

Posnett (2002) trata da questão do tamanho hospitalar ótimo que é função de uma interação entre o acesso dos pacientes, as economias de escala e as relações entre volume e qualidade dos serviços prestados.

A economia de escala refere-se a uma situação em que, no longo prazo, os custos médios caem na medida em que o número de leitos e o número de procedimentos realizados sobem. A crença de que os hospitais maiores são mais eficientes que os pequenos hospitais está baseada no suposto de que os custos médios são maiores nos hospitais pequenos, mesmo se ambos os hospitais estejam operando com capacidade total. Para que os estudos de economia de escala sejam feitos com propriedade é necessário obedecer três critérios: o uso de uma unidade de medida apropriada, o ajustamento para *case mix* e o ajustamento para preços dos insumos. Os estudos variam

na definição de uma escala ótima. Alguns encontram um tamanho ótimo entre 100 e 200 leitos; outros entre 220 a 260 leitos; outros entre 200 e 370 leitos. As deseconomias de escala atingem os pequenos hospitais, mas, também, os grandes hospitais. Alguns estudos mostram deseconomias nos hospitais entre 300 a 600 leitos. A literatura, especialmente a do Reino Unido e a dos Estados Unidos, sugere que o tamanho mínimo de um hospital deve ser de 200 leitos. No Reino Unido 3,5% dos hospitais têm menos de 100 leitos, 6,0% têm de 100 a 200 leitos e 50% têm mais de 400 leitos. Não obstante as divergências sobre o tamanho ótimo, há uma tendência indiscutível nas políticas de saúde da maioria dos países de promover uma reengenharia do parque hospitalar para buscar maior escala.

No que se refere às relações entre volume de serviços e resultados clínicos há entre eles uma associação, o que significa que os resultados são melhores na medida em que aumenta o volume dos procedimentos. Isso é suportado por abundantes evidências, ainda que esse processo seja imperfeitamente compreendido. As hipóteses possíveis são que os resultados clínicos melhores estão associados com a experiência individual dos médicos, com as habilidades e experiências das equipes, com a existência de suporte de serviços complementares no local da prestação dos serviços. Esses resultados clínicos são medidos, em geral, por taxas de mortalidade em períodos de 30 dias.

Estudos realizados no Reino Unido mostram uma associação entre maiores volumes de internações em unidades de terapia intensiva e menor mortalidade. Hospitais que fazem mais de 200 cirurgias de revascularização do miocárdio por ano têm menores taxas de mortalidade. Nos aneurismas abdominais de aorta as taxas de mortalidade são 30% maiores nos hospitais que fazem menos de 14 procedimentos por ano. Nas cirurgias cardíacas pediátricas há uma redução da mortalidade em hospitais que fazem mais 300 cirurgias por ano. Nos infartos agudos de miocárdio há uma associação negativa entre volume de atendimentos por médico e mortalidade. Nas colecistectomias a mortalidade é 26% maior em hospitais com um volume de procedimentos anuais inferior a 109. Nas cirurgias do intestino a mortalidade é 8,3% maior nos hospitais que fazem menos de 40 operações por ano. Nas próteses de joelho as complicações são maiores em hospitais que fazem menos 35 casos por ano. No câncer de mama a mortalidade é 29% menor em hospitais que fazem mais de 29 casos por ano. Nos cânceres de colo e retais a mortalidade é maior em hospitais que fazem menos de 17 tratamentos ao ano. No teratoma maligno a mortalidade após 5 anos é 60% menor quando há uma grande concentração de casos num único hospital. No câncer de pâncreas as complicações são menores em pacientes tratados por cirurgiões que fazem mais de 76 casos em 20 meses.

No que concerne ao acesso dos pacientes aos serviços, os processos de ganhos de escala, especialmente pela concentração de hospitais, pode levar a um menor acesso. Isso ocorre porque o acesso, na experiência individual, é determinado pela interação de custo do acesso, a severidade percebida da doença e a expectativa da efetividade do tratamento. Outras coisas sendo iguais, maior o custo do acesso, menor a severidade percebida da doença ou da condição e menor a efetividade percebida do tratamento, menor será a taxa de utilização.

Os custos do acesso são sociais (hora de abertura das unidades de saúde, barreiras geográficas, barreiras étnicas etc.) e econômicos (co-pagamento, custos de viagem e custos de oportunidade do tempo). Esses custos tendem a ser maiores na atenção primária à saúde que na atenção secundária e, especialmente, na atenção terciária.

Há evidências na relação inversa entre uso dos serviços e a distância na atenção primária à saúde. Há evidências de associação negativa entre distância e auto-referência a serviços de urgência e emergência; entre distância e citologia para câncer de colo de útero; entre distância e utilização de mamografias; entre distância e utilização de serviços hospitalares de diagnóstico e para aqueles em que há dúvidas sobre a efetividade do tratamento. Outros estudos não mostraram associação negativa entre distância e cirurgias de revascularização do miocárdio; entre distância e interações por doenças cardiovasculares; entre distância e cirurgias para colocação de próteses de quadris; entre distância e controle de câncer de mama; entre distância e radioterapia; e entre distância e cirurgia para catarata.

As evidências apontam para uma associação negativa forte entre custos do acesso e utilização dos serviços de atenção primária à saúde. Um acesso reduzido aumenta os custos de utilização dos serviços. A influência da distância é mais aparente em relação a certos grupos populacionais como os mais pobres e os portadores de necessidades especiais.

Mendes (2002) analisa a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde no Brasil e constata que dos 6.473 hospitais contratados, 36,5% têm menos de 30 leitos; 21,7% têm de 30 a 49 leitos; e 21,7% têm 50 a 100 leitos. Isso significa que 79,9% dos hospitais têm até 100 leitos e, apenas, 20,1% têm mais de 100 leitos. As taxas de ocupação dos leitos hospitalares nos pequenos hospitais são inferiores a 25%. Isso gera forte deseconomia de escala nessa rede. Além disso, essa rede opera segundo a Lei de Roemer que gera o fenômeno da indução da demanda hospitalar pela oferta de leitos. Isso é demonstrado pelos percentuais de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial que são de 53,7% nos hospitais de menos de 30 leitos, de 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, de 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos e 13,3% nos hospitais de 300 a 500 leitos.

Burns e Pauly (2002) discutem a integração de hospitais no ambiente americano, estudadas nas formas de integração horizontal e vertical.

A integração vertical objetiva alcançar objetivos de eficiência (financiamento por capitação, compartilhamento de riscos financeiros, redução de custos), objetivos de acesso (oferta de um *continuum* de atenção) e objetivos de qualidade (responsabilidade por uma população definida). A integração também tem objetivos de eficiência (preparação para a capitação, redução da capacidade de oferta excessiva, aumento da escala, aumento da fatia de mercado) e objetivos de acesso (expansão da rede de atenção). As formas mais comuns de integração vertical foram a integração entre médicos e hospitais, as alianças estratégicas de médicos e hospitais e a criação de organizações de manutenção da saúde (*health maintenance organizations*).

Os resultados positivos desta integração vertical, obtidos por instituições como a *Kaiser Permanente* e a Clínica Mayo, não puderam ser observados em outras organizações.

As formas mais comuns de integração horizontal são os sistemas multihospitares, as fusões hospitalares e as alianças. Os resultados dos sistemas multihospitares não foram muito favoráveis: houve pouca economia de escala e não houve diminuição dos custos por internação, nem aumento da fatia de mercado. Dentre as razões, menciona-se que uma centralização excessiva dos hospitais pode incorrer em deseconomias. Em relação às fusões hospitalares observou-se que, delas, não derivam automaticamente economias de escala e que pode demorar anos para que apareçam. Outra observação é que a economia de escala não ocorre em hospitais muito grandes. Há evidências de economias de escala por fusões, mas de valor baixo, e de que os maiores ganhos de eficiência derivam da coordenação clínica. As alianças estratégicas entre hospitais não aumentaram significativamente a eficiência.

Birkmeyer et al. (2003), utilizando informações do *Medicare* entre 1998 e 1999, examinaram a mortalidade de 474 mil pacientes que sofreram oito tipos de cirurgias cardíacas ou de câncer, buscando estabelecer em relações entre volume de cirurgias por cirurgiões e volume de cirurgias por hospital. O volume de cirurgias por cirurgião foi inversamente relacionado com a mortalidade por cirurgia em todos os oito procedimentos. Para muitos procedimentos, a associação inversa observada entre volume de procedimentos hospitalares e mortalidade está fortemente ancorada no volume de cirurgias feitas por cirurgião. Os pacientes podem aumentar suas chances de sobrevivência, mesmo em hospitais com alto volume de cirurgias, selecionando cirurgiões que fazem mais cirurgias.

Noronha et al. (2003), analisaram a relação entre o volume de cirurgias coronarianas realizadas em diversos hospitais do Sistema único de Saúde do Brasil e as respectivas taxas de mortalidade. A conclusão é que os pacientes operados em hospitais de maior volume de cirurgias apresentaram menores riscos de morrer em conseqüências dessas intervenções.

A **Organização Mundial da Saúde (2003)** propõe, neste texto, o modelo de atenção denominado de cuidados inovadores para as condições crônicas. Este é um documento básico para se entender os fundamentos das redes de atenção à saúde porque ele introduz uma visão nova de tipificação das enfermidades, diferente da clássica divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis, ao propor os conceitos de condições crônicas e condições agudas. Esta nova tipologia se presta melhor que a clássica, mais conhecida, para a organização dos sistemas de saúde e, especialmente, para a construção de redes de atenção à saúde.

O termo condições crônicas abarca tanto as doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), quanto algumas doenças transmissíveis como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, as doenças mentais e as deficiências físicas. As condições crônicas não são mais vistas da forma tradicional como doenças não transmissíveis, consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares. De fato, estratégias comparáveis de gerenciamento são eficazes para todas as condições crônicas, o que as torna aparentemente similares. As condições crônicas, então, envolvem: as doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis persistentes, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas.

Do ponto de vista epidemiológico, as condições crônicas estão aumentando em ritmo alarmante. Até 2020, as condições crônicas, incluindo lesões como as causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez e os distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Esse movimento será reforçado pela transição demográfica que aumenta a incidência e prevalência dos problemas crônicos de saúde. Além disso, mudanças rápidas nos padrões de consumo e nos estilos de vida favorecem as condições crônicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de álcool e drogas, práticas sexuais de alto risco e estresse social descontrolado, são as principais causas e fatores de risco para as condições crônicas. Dez milhões de óbitos irão acontecer a cada ano até 2030, devido ao tabagismo e 70% delas ocorrerão nos países em desenvolvimento. Os fenômenos de urbanização rápida e de *marketing* reforçam o aumento das condições crônicas. No primeiro, a pressão sobre os centros urbanos gera o pobre urbano e a dificuldade de estruturar sistemas de saúde efetivos para preservar sua saúde; no segundo, verifica-se um notável aumento na propaganda e promoção de produtos nocivos à saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, como as indústrias de tabaco, álcool e alimentos. Certamente, esta situação é relativamente pior nos países em desenvolvimento, onde se manifesta a dupla carga das doenças e, em decorrência dela, o duplo risco porque esses países enfrentam, concomitantemente, duas importantes e urgentes preocupações de saúde: a persistência das doenças infecciosas e nutricionais e a escalada rápida das doenças crônicas como as cardiovasculares, diabetes, câncer, depressão etc.

Apesar do avanço das condições crônicas, os sistemas de saúde não estão desenhados para enfrentá-las. Os sistemas de serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, valorizadora dos pontos de atenção à saúde estabelecidos para os eventos agudos e destinada a funcionar sob pressão e com o objetivo de curar os doentes. Por isso, fala-se, muitas vezes, que esses sistemas são hospitalocêntricos; em realidade, eles são agudocêntricos, sendo o hospital o equipamento emblemático de manejo das condições agudas. Assim, os sistemas de serviços de saúde têm sido desenhados para a atenção às condições agudas e permanecem, como tais, hoje ainda, mesmo nos países desenvolvidos. Ocorre que as transições epidemiológica e demográfica mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde que passou a ser

constituído, predominantemente, pelas condições crônicas. Estabeleceu-se, então, um enorme dilema na prática social dos sistemas de serviços de saúde: eles estão estabelecidos para o enfrentamento das condições agudas e devem responder, concomitante e prioritariamente, às condições crônicas. E os sistemas desenhados para as condições agudas não dão conta de lidar, eficazmente, com as condições crônicas. Esse é o grande dilema atual dos sistemas de serviços de saúde em todo o mundo. Os sistemas de serviços de saúde contemporâneos devem continuar a enfrentar os problemas agudos, mas, sobretudo, devem dar conta das condições crônicas. Isso exige uma nova arquitetura e uma nova funcionalidade dos sistemas de serviços de saúde e sua operação se fará sob uma nova cultura organizacional que permita os cuidados inovadores para condições crônicas. Porque quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. É necessário implantar os cuidados inovadores para as condições crônicas.

Os cuidados inovadores reorientam os sistemas de saúde para resultados e os resultados esperados para os problemas crônicos são diferentes dos resultados dos problemas agudos. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio e não apenas de intervenções biomédicas. Esses pacientes necessitam de atenção integrada que envolva tempo, cenários de saúde e prestadores, além de se envolverem com o autocuidado. Os pacientes e suas famílias necessitam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a promoção da saúde e a prevenção ou manejo eficaz das condições crônicas. Isso requer um novo modelo de atenção à saúde.

O modelo de cuidados inovadores para condições crônicas é uma expansão de um modelo prévio, o modelo de atenção crônica desenvolvido com o intuito de proporcionar um método de organização do serviço de saúde que atenda às condições crônicas (**Wagner et al., 1999**). Esse modelo é mais amplo porque envolve os pacientes e suas famílias, as organizações e saúde e as comunidades.

Os cuidados inovadores para as condições crônicas estão baseados em vários princípios:

- i. Tomada de decisão baseada em evidências: as evidências científicas devem ser as bases de todas as decisões referentes à formulação de políticas, planejamento dos serviços e gerenciamento clínico das condições crônicas.
- ii. Enfoque na população: as ações devem estar dirigidas a uma população adscrita ao sistema de saúde, mais que a indivíduos isolados.
- iii. Enfoque na promoção e na prevenção: dado que é possível melhorar os gradientes de saúde e prevenir a maioria das condições crônicas, toda intervenção de saúde deve incluir uma ênfase sistemática à promoção da saúde e à prevenção das condições crônicas.
- iv. Enfoque na qualidade: o controle de qualidade garante a utilização adequada dos recursos, a provisão de tratamento efetivo e eficiente por parte dos prestadores e resultados favoráveis para o paciente diante de quaisquer limitações.
- v. Integração: a integração é o cerne do modelo porque, em relação aos problemas crônicos, a atenção à saúde requer integração sob múltiplos aspectos. A integração deve dar-se nos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde e a integração, coordenação e continuidade devem ocorrer ao longo do tempo e em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, especializada e hospitalar.

vi. Flexibilidade e adaptabilidade: Os sistemas de saúde devem estar preparados para se adaptarem a situações instáveis, informações novas e eventos imprevisíveis.

Para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas há oito elementos essenciais: apoiar uma mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades; e enfatizar promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Montenegro (2003) apresenta as redes como um conceito antigo, de escasso êxito na implantação apesar dos esforços nesse sentido, e como uma importante preocupação atual dos gestores da saúde.

Os problemas que justificam as redes de atenção à saúde são: cuidado de saúde provido em lugar menos adequado e pouco custo/efetivo; listas de espera devido à utilização inadequada da atenção especializada; capacidade instalada ociosa; sobre-utilização dos serviços, gerando listas de espera; e falta de resolutividade nos distintos níveis do sistema de saúde. Para solucionar estes problemas as redes de atenção à saúde necessitam de integrar, horizontal e verticalmente, os sistemas de saúde e ofertar serviços que devem ser: integrais, envolvendo o fomento, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação e os cuidados paliativos; coordenados, atenção provida em pontos de atenção que se constituam como uma sucessão de eventos ininterruptos, ordenados por sistemas de informação; contínuos, atenção às pessoas e famílias, ao longo do tempo, por uma equipe de saúde determinada; e com foco nos usuários.

Consideram-se as barreiras mais comuns à implantação das redes de atenção à saúde: os sistemas de informação deficientes; a atenção primária à saúde de baixa qualidade; o protagonismo da atenção especializada; a cultura organizacional com base na autonomia dos serviços; os incentivos econômicos em sentido contrário ao da conformação das redes de atenção à saúde; a debilidade na gestão integrada dos sistemas de saúde; a valorização relativa, pelos usuários, das ações de atenção secundária e terciária; a pouca tradição no uso da gestão da clínica; e a fragilidade dos sistemas logísticos na saúde.

As lições aprendidas em relação às redes de atenção à saúde são: elas se voltam para as necessidades de saúde da população; são flexíveis em seus arranjos; constroem confiança entre seus participantes; provêm cuidados clínicos integrados; preocupam-se com a gestão das mudanças; promovem o ajuste estrutural da oferta de serviços; alinham governança, gerência e cuidados diretos dentro de uma nova visão; valorizam a prestação dos serviços por equipes multidisciplinares; fortalecem a governança sistêmica; e promovem um contínuo aumento da qualidade dos serviços.

Os grandes desafios que se colocam para as redes de atenção à saúde são o foco simultâneo nos indivíduos e famílias, a ênfase concreta nas ações promocionais e preventivas e a responsabilização (*accountability*).

O consórcio **Interhealth/Planisa (2004)** constatou que a assertiva feita a respeito das ineficiências de escala na rede hospitalar, em escala mundial, foi observada empiricamente na rede hospitalar brasileira do Sistema Único de Saúde, num estudo patrocinado pelo Banco Mundial. O estudo mostrou que há um grande aumento da eficiência concomitantemente com o aumento do tamanho dos hospitais. A eficiência total dos hospitais com mais de 250 leitos é três vezes superior a dos hospitais de menos de 25 leitos. O que explica a maior parte desses ganhos de eficiência total é o componente da eficiência de escala que é, também, três vezes maior nos hospitais com mais de 250 leitos em relação aos hospitais de menos de 25 leitos. A explicação se faz, em boa parte, pelas taxas de ocupação dos leitos que têm uma média de 28,8%, variando de 21,2% nos hospitais de menos de 25 leitos a 76,6% nos hospitais de mais de 250 leitos.

A **Organização Mundial da Saúde (2005)** foca sua atenção nas doenças crônicas que constituem a maior causa de mortalidade em quase todos os países do mundo. Em 2005, houve 17,5 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,5 milhões de mortes por câncer, 4 milhões de mortes por doenças respiratórias crônicas e 1,1 milhão de mortes por diabetes. Apenas 20% das mortes por doenças crônicas ocorreram em países ricos; 80% delas aconteceram nos países de renda baixa e média. Nem mesmo países muito pobres como a Tanzânia, são imunes a este problema. As mortes causadas por doenças infecciosas, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais devem diminuir nos próximos 10 anos em 3%; no mesmo período, as mortes por doenças crônicas aumentarão em 17%.

As doenças crônicas têm um impacto negativo nos países porque diminuem a qualidade da vida, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos adversos. Somente a China perderá em renda nacional, nos próximos 10 anos, como resultado de mortes prematuras devidas a doenças cardíacas, derrame e diabetes, 558 bilhões de reais, na Federação Russa estas perdas atingirão 300 bilhões de dólares e, no Brasil, aproximadamente, 50 bilhões de dólares.

Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Estes fatores de risco explicam a grande maioria de óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo. Eles incluem: dieta insalubre, inatividade física e consumo de tabaco. A cada ano, pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência de consumo de tabaco; 2,6 milhões de pessoas por sobrepeso ou obesidade; 4,4 milhões morrem por colesterol elevado; 7,1 milhões de pessoas morrem por hipertensão arterial.

Um bilhão de pessoas estão acima do peso no mundo. Apesar de todas as evidências, as doenças crônicas não foram incluídas nas Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Vários enganos ou mitos contribuem para o negligenciamento das doenças crônicas e os principais são: as doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda; os países de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas; as doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas; as doenças crônicas afetam principalmente as pessoas de idade; as doenças crônicas afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino; as doenças crônicas são resultado de estilos de vida não saudáveis; as doenças crônicas não podem ser prevenidas; a prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais; meu avô fumava e viveu acima do peso até os 96 anos de idade; e todo mundo tem que morrer de alguma coisa. Esses mitos precisam ser desfeitos.

As rápidas mudanças que ameaçam a saúde mundial requerem uma resposta imediata. É improvável que as grandes epidemias do futuro se assemelhem àquelas que varreram o mundo no passado. O risco de surtos, tais como a epidemia de influenza, exigirão uma vigilância constante, mas são as epidemias invisíveis, relacionadas às doenças do coração, acidentes vascular-cerebrais, diabetes e câncer que causarão mais mortes e deficiências.

Em vários países, a utilização do conhecimento existente tem levado a grandes melhorias na expectativa e na qualidade de vida de pessoas de meia-idade e mais idosas. Por exemplo, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares caíram até 70% nas últimas três décadas em países como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. O total acumulado de vidas poupadas por meio dessas reduções é impressionante. Estima-se que de 1970 a 2000, 14 milhões de mortes por doenças cardiovasculares foram evitadas nos Estados Unidos e 3 milhões no Reino Unido.

O relatório apresenta uma meta de redução da mortalidade por doenças crônicas em 2% ao ano nos próximos 10 anos. Para isso, um plano de ação deve ser desenvolvido em cada país e envolverá três passos essenciais: calcular as necessidades da população e invocar a ação; formular a política; e adotar a política.

Sing e Ham (2006) consideram, neste texto, os modelos de atenção à saúde.

No Reino Unido seis em cada dez adultos apresentam uma doença crônica que exige cuidados de longa duração e que não pode ser curada. Essas pessoas, freqüentemente, apresentam mais de uma condição ou doença, o que torna a atenção mais complexa. 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde são por doenças crônicas e 2/3 das internações nos hospitais do Reino Unido são causadas por essas doenças.

Para enfrentar este desafio, recentemente, o Serviço Nacional de Saúde definiu um modelo de atenção social e à saúde (**National Health Service, 2006**) composto por infra-

estrutura, sistema de prestação de serviços e resultados. A infra-estrutura destinada a dar suporte ao sistema de prestação dos serviços, compõe-se de recursos comunitários; instrumentos de apoio às decisões; sistemas de informação clínica; e ambiente sanitário e social. O sistema de prestação de serviços, destinado a determinar melhores resultados, compõe-se de: promoção da saúde, autocuidado, gestão de patologia e gestão de casos. Os resultados, os objetivos finais do modelo, compõem-se de: pacientes informados e empoderados e equipes de saúde e de assistência social preparados e pro-ativos. Os atributos deste modelo são: um enfoque sistemático que integra atenção à saúde, assistência social, pacientes e os profissionais que prestam os serviços; a identificação de todas as pessoas que apresentam condições crônicas; a estratificação das pessoas de modo que recebam a atenção segundo suas necessidades específicas; a focalização nos usuários freqüentes de serviços secundários; o uso de enfermeiras para a provisão da gestão de casos; a identificação de pessoas que podem se tornar usuários freqüentes de serviços de atenção terciária; o desenvolvimento de equipes multidisciplinares na atenção primária à saúde com suporte de especialistas; o desenvolvimento de soluções locais para dar suporte ao autocuidado; a oferta de programas de desenvolvimento do autocuidado; e a utilização de tecnologias disponíveis para impactar os resultados.

Os autores fizeram uma revisão bibliográfica sobre modelos de atenção à saúde, propostos internacionalmente. Para tal, dividiram modelos de atenção à saúde em dois grandes grupos: os modelos amplos que vão além dos serviços de saúde, envolvendo os determinantes sociais das doenças e os modelos restritos, articulados em torno do sistema de serviços de saúde. Entre os primeiros incluem-se o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo Expandido de Atenção Crônica, o Modelo dos Cuidados Inovadores das Condições Crônicas, o Modelo de Saúde Pública e o Modelo de Continuidade da Atenção.

O modelo seminal é o de **Wagner (1998)** denominado de modelo de atenção às condições crônicas (*chronic care model*) que busca articular pessoas portadoras de condições crônicas informadas com equipes de prestadores de serviços pro-ativos. Este modelo, desenvolvido nos Estados Unidos, tem sido adotado por vários outros autores (**Hillen et al., 2000; Fulton et al., 2001; Chin et al., 2004; Siminerio et al., 2005; Stroebel et al., 2005**) e, de fato, consiste na base sobre a qual outros modelos de atenção à saúde foram propostos em diferentes lugares. Os componentes deste modelo, definidos com base em evidências, são: os recursos comunitários, o sistema de prestação de serviços de saúde, a autogestão dos pacientes, o sistema de apoio às decisões, o redesenho de sistema de prestação de serviços de saúde e o sistema de informação clínica. Os atributos deste modelo são: a mobilização dos recursos comunitários para atender às necessidades da população; a instituição de cultura, instrumentos e organização que promovam uma atenção à saúde de qualidade e segura; o empoderamento e o desenvolvimento das pessoas para gerenciar o autocuidado; a prestação de serviços eficientes, efetivos e a garantia de apoio para a autogestão do cuidado; a oferta de cuidados que sejam coerentes com as evidências provindas das pesquisas científicas e com as preferências das pessoas; e a organização de

informações dos pacientes e da população que propiciem uma atenção eficiente e efetiva. Este modelo, após um piloto avaliado por evidência, foi expandido, em 2003, para incorporar a competência cultural, a segurança dos pacientes e as políticas comunitárias e a gestão de casos, recebendo o nome de Modelo de Atenção (*Care Model*). No Canadá, pensou-se que o modelo estava muito orientado para a clínica desdenhando as ações de promoção e prevenção. Em Vancouver, introduziu-se, no modelo, os determinantes sociais da doença e a participação da comunidade (**Barr et al., 2003**).

O modelo de atenção crônica foi desenvolvido com base em boas práticas e em evidências. Uma revisão sistemática desenvolvida pela Colaboração Cochrane sobre centenas de artigos, sugeriu um efeito sinérgico quando os componentes do modelo são combinados. Um estudo recente da Rand Corporation realizado em mais de 40 organizações nos Estados Unidos que implementaram o modelo, mostra que a implementação bem sucedida leva a melhores processos e resultados da atenção à saúde, incluindo resultados clínicos, satisfação dos pacientes e custos (**Shortell et al., 2004; Wu et al., 2004; Pearson et al., 2005**). Esses resultados funcionam, tanto para adultos como para crianças, em condições como asma, insuficiência cardíaca, diabetes e depressão (**Baker et al., 2004; Meredith et al., 2004; Schonlau et al., 2005; Smith, 2005; Vargas et al., 2005**). Contudo, o estudo da Rand encontrou que as iniciativas de implementação do modelo variaram nas organizações com diferentes focos em componentes do modelo de atenção crônica. Quatro componentes do modelo estiveram mais associados com as mudanças sustentadas: a organização de equipes multidisciplinares, a gestão colaborativa do cuidado pela equipe e pacientes, o empoderamento dos pacientes e o abandono das práticas tradicionais de educação dos pacientes.

Uma meta análise recente (**Tsai et al., 2005**), feita sobre 112 estudos, concluiu que a adoção de pelo menos um dos componentes do Modelo de Atenção Crônica promove melhorias nos processos e resultados da atenção em asma, diabetes, insuficiência cardíaca e depressão. Somente as pessoas com depressão e insuficiência cardíaca apresentam, consistentemente, uma melhoria da qualidade de vida. Os investigadores procuraram identificar componentes essenciais do modelo e concluíram: nenhum componente isolado foi essencial para provocar as mudanças; as mudanças no desenho do sistema melhoraram significativamente os processos e os resultados; o suporte para a autogestão do cuidado melhorou significativamente os resultados; o suporte para a decisão melhorou o processo, mas não os resultados; não houve benefícios significativos nos sistemas de informação clínica; não houve evidência suficiente em relação aos recursos comunitários e aos elementos organizacionais.

Um outro estudo (**Bodenheimer, 2003**) permitiu verificar que a introdução do Modelo de Atenção Crônica permitiu melhorar a satisfação dos pacientes e da equipe de saúde, a qualidade da atenção, os resultados sanitários e, em alguns casos, a utilização dos recursos. Contudo, o estudo não permitiu verificar que componentes do modelo são mais efetivos em produzir resultados.

O Modelo de Atenção Crônica é frequentemente introduzido com o parte de um programa de gestão de patologia e os resultados de vários estudos mostram que isso melhora a qualidade da atenção prestada aos pacientes, mas não permite identificar quais os componentes mais efetivos (**McAlister et al., 2001; Wagner et al., 2001; Endicott et al., 2003; Chin et al., 2004; Gromen et al., 2004; Ouwens et al., 2005**). As evidências sobre os resultados clínicos são variáveis. Algumas revisões sistemáticas sugerem melhorias no estado funcional e redução dos riscos nas internações hospitalares, enquanto outras encontram somente pequenos benefícios.

Várias pesquisas identificam que a introdução do Modelo de Atenção à Saúde pode reduzir o uso de recursos (**Wagner, 1997; Rich, 1999; Gonset et al., 2004**). Uma revisão mostrou que 18 em 27 estudos sobre condições crônicas como diabetes, asma e insuficiência cardíaca, estavam associados com a redução de custos e com a redução dos serviços ofertados (**Bodenheimer et al., 2002**). Análises de custo/efetividade realizadas em vários países desenvolvidos suportam estes achados (**Demer et al., 1997; Wellington, 2003**). Entretanto, há achados dissonantes como o estudo realizado em dez hospitais comunitários dos Estados Unidos que associaram programas de qualidade e gestão de patologia e onde não houve associação significativa com resultados clínicos e uso de recursos (**Philbin et al., 2000**).

Uma revisão bibliográfica feita pela Organização Mundial da Saúde (**WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003**) verificou que os programas de atenção crônica melhoram a adesão dos profissionais de saúde às diretrizes clínicas baseadas em evidências, mas que não há evidência forte sobre quais os componentes do modelo de atenção que impactam a qualidade da atenção, nem que há uma ligação direta entre os programas de atenção crônica e redução da mortalidade e custo/efetividade das intervenções.

Em síntese, sobre o Modelo de Atenção Crônica há robusta e extensa evidência de que os seus componentes melhoram a qualidade da atenção, os resultados clínicos e o uso dos recursos. Contudo, muito menos é conhecido sobre a comparação deste modelo com outros em termos de efetividade. A razão é que existem poucos outros modelos claramente distintos e conceitualizados, para permitir uma sólida comparação.

A Organização Mundial da Saúde preconiza os Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (**Organização Mundial da Saúde, 2003**) que se propõe a melhorar a atenção à saúde em três níveis: nível micro (indivíduos e famílias), nível meso (organizações de saúde e comunidade) e nível macro (políticas de saúde). Há evidências de que a aplicação do modelo dos Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas tem impacto em alguns processos e resultados sanitários.

Um modelo similar aos Cuidados Inovadores das Condições Crônicas foi desenvolvido nos Estados Unidos e denominado de Modelo de Saúde Pública (**Robles, 2004**) que se compõe de três níveis de intervenções: políticas dirigidas à população, atividades comunitárias e serviços de saúde. O modelo inclui serviços preventivos e seguimento dos

cuidados para os portadores de condições crônicas e enfatiza os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças. Mais tarde, o Centro de Controle e Prevenção das Doenças dos Estados Unidos definiu que para um programa de atenção aos portadores de doenças crônicas ter sucesso é necessário dispor de: liderança, vigilância em saúde, parcerias, planejamento estatal, intervenções focalizadas, avaliação e gestão de programas (**Center for Disease Control and Prevention, 2003**).

Um outro modelo de atenção é o Modelo de Continuidade da Atenção (**Sunol et al., 1999**) que estabelece como as condições crônicas se desenvolvem em resposta aos fatores de riscos prevalentes na comunidade e sugere intervenções em diferentes estágios: intervenções de prevenção primária na população saudável, intervenções de prevenção primária em grupos de riscos, intervenções de tratamento e reabilitação em portadores de doenças, intervenções de contenção das doenças avançadas e de cuidados paliativos em pacientes terminais. Foram identificados poucos estudos sobre este modelo sendo um deles um estudo feito na Austrália em pacientes idosos onde se verificou que o modelo estava associado a taxas de permanência menores e melhor moral das equipes de saúde (**Walker & Haslett, 2001**).

Outros modelos foram desenvolvidos, em vários lugares, para ordenar os sistemas de prestação de serviços de saúde a portadores de condições crônicas, portanto, numa perspectiva mais restrita. Entre eles: O Modelo *Kaiser Permanente*, o Modelo *EverCare*, o Modelo *Pfizer*, o Modelo de Fortalecimento, o Modelo da Atenção Guiada e o Modelo *PACE*.

Três modelos que não são mutuamente exclusivos e que se destinam a oferecer a atenção gerenciada às condições crônicas foram desenvolvidos: o Modelo da *Kaiser Permanente*, o Modelo da *United Healthcare* e o Modelo da *Pfizer*. Estes modelos, desenvolvidos nos Estados Unidos, têm sido implantados, como pilotos, no Reino Unido.

O Modelo da *Kaiser Permanente*, desenvolvido a partir do Modelo de Atenção Crônica e conhecido como a pirâmide da *Kaiser*, focaliza-se na integração das organizações e das disciplinas (**Feachem, Sehri & White, 2002; Wallace, 2005**). Médicos de atenção primária e secundária compartilham o mesmo orçamento e as mesmas funções em centros multi-especialidades com participação de enfermeiras, farmacêuticos, técnicos de laboratório, radiologistas e outros. Os pacientes com condições crônicas são estratificados de acordo com suas necessidades, com uma gestão intensiva da atenção aos portadores de mais altos riscos.

O Modelo da *United Healthcare*, denominado de Modelo *EverCare*, focaliza-se nas pessoas de alto risco usando enfermeiras como gestoras de caso, com o objetivo de manter a saúde, detectar mudanças, prevenir internações desnecessárias e dar altas mais precoces (**United Healthcare, 2004**).

O modelo da *Pfizer* focaliza-se, também, nos pacientes de mais alto risco, usando a gestão de casos por telefone para suplementar os serviços existentes.

Estes três modelos de prestação de serviços de saúde incluem alguma forma de gestão de casos como um componente da atenção. O Modelo *Kaiser*, avaliado na Califórnia, promoveu a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e diminuiu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais. O Modelo *EverCare* reduziu as hospitalizações por focalizar-se naqueles mais suscetíveis de irem ao hospital e reduziu custos (**Kane et al., 2003**). A avaliação de nove experiências de aplicação do Modelo *EverCare* no Reino Unido mostrou que este programa efetivamente identifica os idosos mais vulneráveis, ajuda a prestar cuidados preventivos e organiza a atenção em função das necessidades dos pacientes. Além disso, concluiu-se que o modelo identifica necessidades não atendidas e aumenta a demanda por serviços de saúde e pode ser suplementado com outros instrumentos de estratificação de riscos efetivos (**Boaden et al., 2005**).

Um outro modelo de prestação de serviços de saúde é o Modelo de Fortalecimento (*Strength Model*) que foi proposto como uma alternativa à gestão de casos tradicional no campo da saúde mental. Ele se foca em ajudar as pessoas e a comunidade a desenvolver seus próprios talentos, capacidades e interesses, conectando-os com os recursos que necessitam para atingir seus objetivos. Este modelo parece melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes e reduzir custos (**Fast e Chapin, 1996**), mas não há evidência de que seja efetivo no manejo das condições crônicas.

Um outro modelo, desenvolvido nos Estados Unidos, é o da Atenção Guiada (*Guided Care*) desenvolvido para o cuidado de pessoas idosas com múltiplas morbidades crônicas. Ele foi implantado na atenção primária à saúde, articulando as ações de médicos e enfermeiras para prover sete serviços a mais ou menos 50 pessoas: diagnóstico integral e plano de atenção; melhores práticas para a atenção às condições crônicas; autogestão das doenças; estilos de vida saudáveis; atenção coordenada; e informação e suporte familiar e mobilização de recursos comunitários. Alguns estudos sugerem que o modelo melhora a qualidade de vida dos pacientes e diminui os recursos de saúde utilizados (**Boult, 2005**), mas não há evidência de qualidade nos estudos avaliativos realizados.

Um outro modelo, também desenvolvido nos Estados Unidos, é o Modelo PACE (*The Program of All-Inclusive Care for the Elderly*). Este modelo se centra nos idosos e tem como objetivo reduzir as internações hospitalares e os cuidados de enfermagem domiciliar e se estrutura em centros/dia, em equipes multidisciplinares de gestão de casos e na integração entre a atenção primária e secundária à saúde. Há muitos estudos descritivos sobre este modelo, mas pouca evidência de qualidade a respeito de sua efetividade (**Branch et al., 1995; Gross et al., 2004**). Uma análise comparativa sugere que o modelo PACE reduziu as internações hospitalares comparado com o modelo tradicional de atenção, mas que aumentou o uso de enfermagem domiciliar (**Nadash, 2004**).

A conclusão dos autores sobre estes modelos de prestação de serviços analisados é que não há evidência robusta sobre a predominância de um modelo sobre outros.

O trabalho faz, ademais, uma análise de como o Modelo de Atenção Crônica tem sido implantado em diferentes países.

Um modelo, implantado no Reino Unido é o Modelo de Atenção do Serviço Nacional de Saúde e Social (*NHS and Social Care Model*). Talvez por sua implantação recente, em 2005, não há evidência de sua efetividade. Ele tem sido adotado como base do Modelo da Escócia para a Atenção à Saúde (*Scotland's Model for Health Care*) e se constitui dos seguintes elementos: linhas-guia para pacientes portadores de condições crônicas; parceria ente a equipe de saúde e os pacientes; parceria entre a atenção à saúde e a assistência social; soluções integradas que respondem às necessidades de portadores de condições crônicas; focalização na atenção primária à saúde e nos equipamentos comunitários; e autocuidado (**Scotland Health White Paper, 2003**).

A Organização Mundial da Saúde classificou o sistema de saúde da França como o primeiro lugar em 191 sistemas analisados. A razão sugerida é que isso se deve à forma como os franceses organizam a atenção às condições crônicas, o que faz que este país gaste menos da metade de recursos per capita que os Estados Unidos por ano. O modelo de atenção à saúde utilizado na França está estruturado em bases regionais, na promoção e prevenção baseada na população, na continuidade do cuidado, no envolvimento do médico com o processo decisório e na combinação de atenção médica especializada, tecnologia de suporte e suporte domiciliar. Mas ressalta -se que o sistema de classificação da Organização Mundial da Saúde é controverso e que alguns elementos do modelo francês não são consistentes com o Modelo de Atenção Crônica.

Na Dinamarca desenvolveu-se um sistema que combina o Modelo Expandido de Atenção Crônica com o Modelo de Continuidade da Atenção e o Modelo Espanhol de Atenção Domiciliar e que se materializa através de serviços baseados na comunidade e na atenção domiciliar (**Bosch, 2000; Frohlich e Jorgensen, 2004**). Ainda não há evidência de qualidade sobre a efetividade deste modelo.

Na Itália a prestação de serviços focaliza-se em centros de enfermagem e em serviços residenciais e ambulatoriais na comunidade. Ainda que alguns estudos sugiram reduções de internações impróprias, melhoria da qualidade de vida e menor dependência de recursos e crescimento dos serviços voluntários (**Ricciardi, 1997**), não há evidência de qualidade sobre este modelo.

Na Holanda, o governo está implementando os componentes do Modelo de Atenção Crônica há, pelo menos, dez anos. O seu Programa de Atenção Transmural (*Transmural Care Programme*), se destina a superar a brecha entre a atenção hospitalar e comunitária, ainda que haja uma conflitante evidência sobre sua efetividade (**Temminck et al., 2001**).

Nos Estados Unidos, seguindo o movimento de atenção gerenciada nos anos 90, foram implantados vários modelos de atenção à portadores de doenças crônicas antes da conceitualização do Modelo de Atenção Crônica, com os seguintes componentes: atenção centrada nas pessoas; prevenção de incapacidades; integração dos serviços; focalização nas pessoas de alto risco; uso de linhas-guia da atenção; e uso de equipes interdisciplinares.

Um deles é o Modelo de Atenção dos Veteranos de Guerra que articula o envolvimento das pessoas e das famílias no planejamento da atenção; a melhoria da autonomia e da situação funcional; a provisão de uma atenção integrada num *continuum* de atenção; a integração entre atenção aguda e de longo termo; e a colaboração de equipes multidisciplinares (**Michaels e McCabe, 2005**).

O Canadá, em diferentes províncias, tem desenvolvido modelos baseados na atenção crônica. Por exemplo, em British Columbia está se implantando o Modelo Expandido de Atenção Crônica (*Expanded Chronic Care Model*) que incorpora, fortemente, elementos de promoção da saúde e prevenção das doenças (**Ministry of Health, 2003**).

Na Nova Zelândia está sendo implantado um modelo com enfoque em intervenções de resultados e baseado no Modelo de Curso de Vida (*Life Course Model*). Este modelo estrutura-se em: i. Resultados finais: melhores níveis de saúde, redução de iniquidades, maior autonomia; segurança e confiança; ii. Resultados intermediários: intersectorialidade, equidade e acesso, efetividade, qualidade e eficiência. iv. Resultados intermediários: diminuição da incidência das doenças crônicas, redução do impacto das doenças crônicas na saúde e no bem-estar, maior resposta dos serviços às necessidades das pessoas e das famílias e maior envolvimento das pessoas, famílias e comunidade. v. Produtos: volume e tipo de serviços de prevenção, de enfrentamento de riscos, de atenção curativa e reabilitadora e de atenção paliativa. vi. Atividades: atividades clínicas e gerenciais. vi. Insumos: Recursos humanos, materiais e financeiros (**Ministry of Health, 2005**).

Na Austrália, diversos modelos têm sido usados, quase sempre, a partir do Modelo de Atenção Crônica. Desde 2001, um modelo com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, está sendo utilizado (National Public Health Partnership, 2001) e se estrutura em: intervenções sobre a população saudável por meio da prevenção primária: promoção de estilos de vida saudáveis, ações de saúde pública e ações intersectoriais; intervenções sobre a população em risco por meio da prevenção secundária e do diagnóstico precoce: rastreamento de doenças, exames periódicos, intervenções precoces, controle de fatores de risco por meio de mudança de hábitos e medicação; intervenções sobre pessoas com doença estabelecida por meio da gestão de patologia e da prevenção terciária: atenção às condições crônicas e atenção aos eventos agudos; pessoas com doenças crônicas controladas por meio da gestão de patologia e da prevenção terciária: atenção contínua, reabilitação e autocuidado.

Modelos de atenção aos portadores de doenças crônicas têm sido desenvolvidos na Ásia. Em Singapura foi proposto um modelo baseado na atenção primária à saúde e no autocuidado, mas com pouca ênfase em mudanças organizacionais. Não há evidência da efetividade deste modelo (**Cheah, 2001**).

A avaliação de diferentes modelos de atenção às condições crônicas mostra que eles derivam do Modelo de Atenção Crônica ou fixam-se em aspectos parciais da atenção, sem definir um modelo conceitual de referência. O principal ponto de similaridades entre eles está em que se movem das intervenções agudas e episódicas para as intervenções destinadas à prevenção e à gestão das doenças crônicas.

Os autores terminam o trabalho fazendo o sumário das observações recolhidas internacionalmente. A conclusão é que, em termos de modelos amplos de atenção à saúde, predominam o Modelo de Atenção Crônica e o Modelo dos Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas. Em relação aos modelos restritos, desenvolvidos para o sistema de prestação de serviços de saúde, predomina o Modelo *Kaiser Permanente*. As evidências de alta qualidade sobre o impacto de quaisquer modelos são limitadas. Ainda que os componentes do Modelo de Atenção Crônica tenha sido estudado extensivamente e avaliado fortemente nos Estados Unidos, não é claro se ele é mais efetivos que os outros. O problema está em que os outros modelos não têm sido bem descritos e conceitualizados, o que dificulta uma comparação. Contudo, há também limitada evidência de qualidade sobre se todos os componentes do Modelo de Atenção Crônica são efetivos ou necessários. Há evidência robusta de que a implantação do Modelo de Atenção Crônica determina um impacto sustentável na qualidade da atenção e em alguns resultados clínicos e em termos de uso de recursos. Os méritos relativos de cada componente deste modelo e a extensão em que ele é implementado pelas organizações de saúde, está ainda em revisão. Não há quase nenhuma avaliação relevante sobre qualquer outro modelo amplo de atenção à saúde. Avaliações específicas sobre os modelos de prestação de serviços de saúde, como o Modelo *Kaiser* e o Modelo *EverCare*, estão disponíveis e sugerem que eles têm algum impacto na qualidade da atenção e no uso dos recursos, mas essas evidências provêm do ambiente organizacional americano e precisam ser evidenciadas em outros países.

Andrade et al., (2007) estudam a eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais, Brasil. Começam por definir os conceitos de eficiência econômica, técnica e alocativa. A eficiência econômica compõe-se da eficiência técnica e alocativa, sendo, portanto, a combinação de insumos que gera a maior quantidade possível de produto e minimização de custos, dada a mesma quantidade de produto. A eficiência técnica é a combinação dos insumos em certa proporção e escala que evita desperdícios e gera a maior quantidade e, assim, diz respeito apenas à relação quantitativa entre insumos utilizados e produtos gerados, sem qualquer relação com preço. Ela compõe-se da eficiência interna, medida pela relação insumo/produto, e da eficiência de escala. A eficiência alocativa é a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de se produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível, o que implica considerações sobre o preço.

O trabalho mede a eficiência relativa dos hospitais do estado de Minas Gerais a partir de uma perspectiva insumo-orientado. Os resultados demonstram, claramente, que a eficiência técnica da rede hospitalar do estado está associada com o aumento do tamanho dos hospitais, medidos em termos de números de leitos, mas que este aumento está explicado, fundamentalmente, pelo incremento da eficiência de escala. Os hospitais de mais de 250 leitos têm uma eficiência técnica de 0,80 enquanto os hospitais de menos de 30 leitos apresentam uma eficiência técnica de 0,3.

Além disso, o trabalho constatou que, em Minas Gerais, a escala ótima dos hospitais está entre 100 e 250 leitos.

Casasnovas (s/ data) trata das relações entre o tamanho das populações e das unidades de saúde e seus resultados, no ambiente espanhol. Quanto maior o tamanho da população, maior consolidação dos riscos na população coberta. No que concerne aos custos de transação não se pode afirmar, definitivamente, que serão menores num sistema integrado, porque se de um lado, se eliminam custos de transação por aumento do tamanho das unidades, por outro lado, podem surgir custos de transação pelas dificuldades de cumprir as normas e pela diluição das responsabilidades intra-organizacionais. Quanto às economias de escala, elas ocorrem com o aumento do tamanho das unidades, mas a partir de tamanhos grandes podem, pelo fenômeno da desresponsabilização, gerar deseconomias. As economias de escopo ocorrem quando a mesma unidade produz dois ou mais serviços ao mesmo tempo e apresentam relações com o tamanho das unidades.

Faz-se uma diferenciação entre os modos de integração vertical das redes de atenção à saúde: a integração real e a virtual. A integração vertical real, pura e dura, pressupõe a propriedade unificada dos ativos, com responsabilidades hierarquizadas, definição da missão de cima para baixo e alocação centralizada dos recursos. Nessa forma de integração os incentivos tornam-se tênues e possibilitam-se muitos custos de influência. A outra forma de integração virtual faz-se através de acordos de cooperação relacionais que respondem a situações específicas e obrigam a um compartilhamento dos riscos.

Ortun (s/ data) considera a articulação dos níveis assistenciais na Espanha. Os avanços em telecomunicações e as mudanças nos meios diagnósticos e terapêuticos deslocaram o lugar mais apropriado para a atenção e, sobretudo, melhoraram as possibilidades de comunicação entre a atenção primária e a atenção especializada. Na Espanha, a Lei Geral da Saúde estabelece dois níveis de atenção interligados: a atenção primária à saúde e a atenção especializada. A atenção primária constitui-se como porta de entrada do sistema; a atenção especializada é concebida como o apoio e complemento da atenção primária à saúde naqueles processos que ultrapassam as possibilidades resolutoras da atenção primária. A idéia geral que conforma os dois níveis assistenciais é de que mesmo as condições ou doenças mais freqüentes, são realmente raras na população em geral.

O atributo da longitudinalidade da atenção primária à saúde que supõe o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo pelo mesmo médico, gera ganhos de eficiência. Isso porque uma parte substancial do tempo médico é gasto com provas diagnósticas. Um médico geral com a longitudinalidade plasmada na história clínica valoriza, a custos baixos, as probabilidades prévias evitando repetições desnecessárias de exames. Além disso, o trabalho de filtro do médico generalista aumenta a possibilidade das enfermidades mais raras nos pacientes referidos e, isso, melhora e justifica os métodos de diagnóstico e terapêutica dos especialistas.

A variável-chave para definir os limites da atenção primária e especializada está na capacidade resolutiva de cada nível de atenção. Nesse sentido, os médicos de família necessitam de uma frequência mínima de aparecimento de um problema determinado para manter sua capacidade de manejá-lo. Os problemas muito pouco frequentes devem ser referidos aos especialistas, mas o médico de família deve ter os conhecimentos e habilidades para detectá-los. Assim, a manutenção das competências exige, no mínimo, atender, a cada três meses, um problema (por exemplo, diabetes II insulino-dependente). Se para este problema o paciente realiza duas consultas por ano, se precisa de dois pacientes com esta situação de diabetes para manter o médico com competência.

Os verdadeiros problemas de gestão sanitária estão na macrogestão (as políticas) e na microgestão (a clínica). Para isso, é necessário o reforço da gestão clínica, o que obriga a desenvolver, para os decisores-chave do sistema, sistemas de incentivos, de informação e infra-estrutura que permitam produzir decisões clínicas de forma custo/efetiva.

O sistema de saúde espanhol continua hospitalocêntrico, nem tanto pelo que se gasta neste nível de atenção, mas pela sua transformação em macrocentros de urgência, para onde convergem todas as debilidades do sistema. Há um desequilíbrio entre os leitos para procedimentos de alto custo, com oferta adequada, e a sub-oferta de leitos para procedimentos de menor densidade tecnológica. Os hospitais de agudos concentram poder científico e político, apresentam razoável capacidade de gestão, mas a contradição está no fato de que nem tudo que é bom para o hospital é bom para o sistema de saúde.

O trabalho chega a algumas conclusões. A integração vertical entre os níveis assistenciais através de redes que proporcionam continuidade assistencial a uma população definida, sobre cuja saúde se tem responsabilidade e cujos consumos sanitários implicam riscos financeiros, apresentam mais vantagens que desvantagens. Um sistema de financiamento por capitação ajustada por risco constitui um instrumento regulatório potente para fomentar a integração dos prestadores de serviços. Os espaços territoriais limitam a competição entre prestadores de serviços. A integração em redes, feita a partir de hospitais de agudos, retarda a inovação e a realocação dos recursos entre os níveis assistenciais, razão pela qual se deveria orientar o sistema sanitário pela atenção primária à saúde. Um dos passos poderia ser dar poder de compra à atenção primária sobre a atenção especializada.

2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A bibliografia consultada sobre a atenção primária à saúde permite afirmar que as evidências que sustentam os resultados positivos da atenção primária à saúde nos sistemas de saúde são robustas.

Os sistemas de 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 menores custos 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 colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras.

O **Institute of Medicine (1994)** estuda a atenção primária à saúde. O termo atenção primária à saúde foi introduzido por White, Williams e Greenberg (1961), mas recebeu, ao longo do tempo, várias definições, a partir de categorias descritivas centrais que incluíram: a atenção a pessoas pobres de regiões pobres, por meio de tecnologias de baixa densidade, a atenção primária seletiva (**Unger & Killinsworth, 1986**); a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças (Lalonde, 1974); o conjunto de serviços essenciais, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que o país e a comunidade possam pagar (**World Health Organization, 1978**); a oferta de uma cesta básica de serviços de saúde (**Banco Mundial, 1993**); os serviços de atenção à saúde, providos por certos clínicos, generalistas ou de família; o cuidado provido através de uma carteira de serviços, destinada ao manejo das doenças mais comuns; o primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema; um conjunto de atributos, tal como a definição do **Institute of Medicine (1978)**: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência ou de **Starfield (1992)**: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária; e a estratégia para organizar o sistema de saúde como um todo e que orienta a atenção primária à saúde para a comunidade, que orienta os recursos para as necessidades de saúde de uma população e que coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas aos cuidados agudos, em especial em hospitais (**Starfield, 1981**). As maiores dificuldades na definição precisa da atenção primária à saúde estão na ambigüidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou primitivo (**Testa, 1989**), ponto de primeiro contacto, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc.

Tendo em vista o cenário norte-americano de implantação de sistemas integrados de saúde a atenção primária à saúde passou a constituir uma parte intrínseca desses

sistemas, seja na dimensão vertical (ligando todos os níveis de atenção a uma população, domicílios, médicos generalistas, especialistas e hospitais), seja na dimensão horizontal, integrando níveis similares de atenção como os hospitais.

A tendência observada de constituição de verdadeiros sistemas integrados de saúde levou a uma nova definição de atenção primária à saúde como a provisão de serviços de saúde, integrados e acessíveis, prestado por clínicos que são responsáveis por atender às necessidades de cuidados pessoais, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e exercitando sua prática no contexto das famílias e da comunidade. Esta definição introduz, em relação às anteriores do Instituto de Medicina, três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e o sistema integrado de saúde.

Saltman e Figueras (1997) analisam o papel da atenção primária à saúde nas reformas sanitárias européias e defendem que sua função principal está no crescente número de países que dão a ela, o controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do sistema de saúde. O exemplo mais conhecido é do Reino Unido onde grupos de médicos generalistas (*general practitioners*) recebem recursos para se responsabilizarem por outros serviços para seus pacientes, como cirurgias eletivas, visitas domiciliares, assistência farmacêutica ambulatorial e cuidados comunitários, num processo denominado de *fundholding*. Arranjos similares têm sido desenvolvidos em relação à atenção hospitalar na Finlândia, em alguns *counties* suecos (especialmente em Dalarna), em algumas regiões da República Russa (notavelmente em Kemarova) e em sistemas de seguro social da Alemanha (caso de Berlim). A atenção primária à saúde, por esses mecanismos, responsabiliza-se por 20% dos gastos em atenção hospitalar no Reino Unido e por 100% desses gastos na Finlândia e Suécia.

Esse movimento exige que a atenção primária à saúde, além de sua tradicional função de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de coordenação do sistema de saúde. Cabe à atenção primária à saúde integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais.

Este papel coordenador da atenção primária à saúde manifesta-se em três planos: funcional, organizacional e educacional. A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa a desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde através de educação permanente e mudar comportamentos nos pacientes.

Os processos de substituição - movimento forte nas reformas européias da década de 90 -, estão presentes na atenção primária à saúde. Observa-se, em vários países, uma

tendência para delegar funções de especialistas para generalistas. Isso deve ser feito em observância às características de cada qual. A tarefa diagnóstica do especialista é reduzir a incerteza, explorar possibilidades e tornar os erros marginais. A tarefa diagnóstica do generalista é diferente e consiste em aceitar a incerteza, explorar a probabilidade e tornar marginal o perigo. Isso significa que o deslocamento da atenção primária à saúde para os especialistas reduz a continuidade dos cuidados e diminui a responsabilidade dos generalistas sobre a saúde dos pacientes. O que, segundo os autores, confirma a hipótese de **Starfield (1981)**, numa revisão da atenção primária à saúde em 11 países, de que a restrição dos especialistas aos hospitais e seu pagamento por salário estão associados com melhor performance dos sistemas de saúde em relação à população como um todo.

Robinson e Steiner (1998) fazem uma revisão sistemática sobre a atenção gerenciada e os sistemas convencionais de pagamento por unidade de serviço (*fee-for-service system*) nos Estados Unidos.

Os autores discutem as evidências sobre a função de compra total dos médicos generalistas no Reino Unido, como extensão da função de *fundholding*. Isso guarda relação com a temática das redes de atenção à saúde porque essa experiência é a mais avançada no desenvolvimento da possibilidade da atenção primária à saúde exercitar o papel de coordenação numa rede de atenção à saúde. As opiniões relativas ao *fundholding* são divididas. Seus defensores dizem que a função de compra de serviços feita em pequena escala e de forma descentralizada, é um estímulo para as mudanças e tem levado à melhoria dos serviços de saúde. Seus críticos argumentam que o grande número de pequenos contratos aumenta os custos de transação e tem impacto negativo na equidade entre pacientes que têm e não têm médicos fundholders. As evidências contidas no livro sugerem que o *fundholding* teve grande impacto nas mudanças organizacionais. Vários estudos mostram como os serviços hospitalares se tornaram mais responsivos à atenção primária à saúde através de melhorias nos sistemas de informação, no tempo de atendimento e no acesso. Em relação à eficiência, há evidência de que os *fundholders* exerceram maior controle sobre os medicamentos. Quanto à equidade, os estudos mostram divergências. Também, em relação à qualidade da atenção não há evidência robusta de que o *fundholding* produz melhoras substanciais. Não obstante, a persistência de algumas divergências na análise, a política de *fundholding* tem sido apoiada pelo governo britânico. Uma das iniciativas do governo foi propor a função de compra total pelos *fundholders*, o que significa que os médicos generalistas deveriam comprar todos os serviços hospitalares e comunitários de sua população adscrita. Um projeto piloto de compra total foi realizado através de 53 experiências que envolveram uma população de 1,75 milhões de pessoas.

Colin-Thome (2001) trata de comparar a experiência americana privada da atenção gerenciada e de verificar as possibilidades de sua aplicação no sistema público do Reino Unido.

Os novos encaminhamentos da atenção primária à saúde, no Reino Unido, são considerados, então, como uma prática de atenção gerenciada. As características principais da atenção primária à saúde, como prática de atenção gerenciada, são: a atuação de *gatekeepers*, a atuação como coordenadores do cuidado, a atuação como gerentes da utilização dos serviços, a atuação como gerentes do orçamento de todo o sistema (*budget holders*) e a responsabilidade por uma população adscrita. Na Inglaterra, os Grupos de Atenção Primária cumprem todas essas funções, mas avaliações feitas mostraram que esses mecanismos podiam estar determinando desigualdades na atenção primária à saúde e no acesso aos hospitais e aumentando os custos administrativos do sistema de saúde. Isso gerou a proposta de uma nova atenção primária à saúde para consolidar os ganhos obtidos e poder responder às políticas nacionais e às determinações demográficas e epidemiológicas. Essa nova atenção primária à saúde articula a prática tradicional com um conceito ampliado de cuidados primários, a nova saúde pública, com o movimento da nova gestão pública.

Da atenção primária à saúde tradicional herda a coordenação do cuidado, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade do cuidado e a função de *gatekeeper*, voltados para a atenção individual aos pacientes. Mas essa concepção há de ser superada por um enfoque mais amplo, onde o foco da atenção primária à saúde é produzir mais saúde, ao menor custo para a população; onde se oferte atenção à saúde de alta qualidade, o que implica a adoção da governança clínica a partir da medicina baseada em evidências; onde a coordenação do cuidado se faça de forma mais sistemática e estruturada com clareza dos papéis e responsabilidades e forte monitoramento; onde a gerência da utilização dos serviços vá além da atenção primária à saúde para atingir os outros níveis do sistema; onde as medidas de atenção individual estejam integradas com ações coletivas sobre a população adscrita à atenção primária à saúde, especialmente sobre os fatores ambientais e de estilos de vida; onde uma nova gestão pública faça-se com foco em resultados concretos para a população adscrita à atenção primária à saúde e com incentivos para resultados; e a integração do cuidado, sob a coordenação da atenção primária à saúde, através dos diferentes níveis de atenção, o que configura uma proposta de organização do sistema em redes de atenção à saúde.

Starfield (2002) propõe quatro atributos para a atenção primária à saúde: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos,

psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde. Contudo, o atributo da coordenação tem uma importância relativa maior nas redes de atenção à saúde já que, sem ele, o primeiro contacto tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da atenção primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contra-fluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde.

Mendes (2002) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

A Organização Mundial da Saúde (**Organización Mundial de la Salud, 2003**), neste relatório sobre a saúde mundial reitera como política uma central em escala internacional, a atenção primária à saúde, proposição advinda da Declaração de Alma-Ata em 1978. Mas houve uma mudança de enfoque ao logo desses anos.

Nos anos 80 predominou o conceito da atenção primária seletiva, onde o foco estava em ofertar serviços básicos às regiões e às pessoas pobres. Nos anos 90, teve vigência uma orientação da oferta de cestas básicas constituídas por um pacote de serviços essenciais. Os resultados são questionados, especialmente por críticas de que essa proposta leva a iniquidades. Posteriormente, no bojo do movimento de reforma do setor saúde, as políticas de saúde e da atenção primária à saúde orientaram-se por critérios alheios à saúde como descentralização, reforma da administração pública e controle de gastos do Estado.

A reafirmação dos princípios da atenção primária à saúde constitui a proposta contemporânea dos responsáveis pela saúde mundial que deve vigir no início do século XXI. O relatório propõe um novo enfoque sistêmico contido num modelo de sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde. Esse novo modelo permite resolver o conflito potencial entre a atenção primária, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua aceitação como enfoque geral da prestação de serviços responsivos e equitativos.

Assim, um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde: estará baseado nos princípios de Alma-Ata de equidade acesso universal, participação da comunidade e ação intersectorial; centrar-se-á nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo reforçando as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção aos doentes agudos e a atenção aos doentes crônicos em todos os serviços de saúde; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema.

Para lograr a atenção integrada que prevê este sistema, com base na atenção primária à saúde, é necessário intervir em todo o *continuum* das enfermidades. Para fazer frente à carga crescente das condições crônicas, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis, requerem-se atividades iniciais de promoção da saúde e prevenção das enfermidades na comunidade e atividades finalísticas de manejo das doenças manifestas, nos serviços de assistência médica.

O modelo de atenção integrada reverte à atenção aos doentes crônicos através dos cuidados inovadores às doenças crônicas e fortalece o modelo de sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde. As evidências disponíveis falam a favor da implantação desses modelos integrados de atenção – as redes de atenção à saúde –, porque determinam uma diminuição dos gastos sanitários, uma diminuição no uso dos serviços de saúde e um melhor estado de saúde.

O Health Council of the Netherlands (2004) promove uma revisão sistemática sobre a atenção primária à saúde.

O documento define a atenção primária à saúde como o elemento da atenção à saúde que engloba várias disciplinas, cada uma com suas especificidades em termos de conteúdos educacionais, pesquisas, evidências e atividades de cuidado e que: é normalmente o ponto de primeiro contacto no sistema de saúde, provendo acesso aberto e ilimitado aos usuários e lidando com todos os problemas independentemente de idade, sexo e outras características das pessoas; reconhece a responsabilidade pessoal dos pacientes em natureza do cuidado e do processo de prestação dos serviços; faz uso eficiente dos recursos através da coordenação dos cuidados, da colaboração com outros campos da atenção à saúde e da advocacia dos pacientes; utiliza um enfoque centrado nas pessoas, orientado para os indivíduos, famílias e comunidade; responsabiliza-se pela provisão longitudinal da continuidade do cuidado, determinado pelas necessidades dos pacientes e baseado numa clara comunicação entre pacientes e prestadores de serviços; utiliza um processo decisório baseado na situação epidemiológica da comunidade; maneja as condições agudas e crônicas; promove a saúde e utiliza medidas preventivas apropriadas; assume uma responsabilidade específica sobre a saúde da comunidade; e lida com os problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

O documento faz um estudo extenso das evidências do impacto dos sistemas que apresentam forte atenção primária à saúde em relação aos que apresentam fraca atenção primária à saúde em termos de resultados sanitários, custos, equidade e satisfação dos pacientes (**Institute of Medicine, 1986; Atun, 2004; Jones et al., 2004; Vuori, 1985; World Health Organization, 1996; Commission on the future of health care in Canadá, 2002; Hjortdahl, 1992; Reid, 2002; O'Malley et al., 2003; Ansari et al., 2003; Docteur & Oxley, 2004; Greb et al., 2004; van Doorslaer et al., 2004; Kerssens et al., 2004; Blendon et al., 2002; Silva & Valentine, 2004**).

A conclusão do trabalho é que há evidência de uma relação significativa entre uma atenção primária à saúde forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma atenção primária à saúde forte - o *gatekeeping* e o pagamento por lista de pacientes adscritos a um médico generalista -, estão associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e eficiência o estudo comparativo mostra a superioridade dos sistemas com atenção primária à saúde forte. Contudo, não há evidência da mesma superioridade em relação às iniquidades relativas aos níveis de renda da população.

Há que se fortalecer a atenção primária à saúde para enfrentar os desafios do futuro e, para isso, o estudo faz algumas recomendações: desenvolver a atenção primária à saúde baseada em evidências; implementar diretrizes clínicas construídas com base em evidências; melhorar a comunicação com os pacientes; integrar a rede de cuidados primários e secundários, com a atenção primária desempenhando um papel explícito; dar acesso a médico generalista, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, dentista, psicólogo e assistente social; introduzir prontuários eletrônicos; dar cobertura fora dos horários de financiamento normal das unidades de atenção primária à saúde, especialmente na atenção às urgências; trabalhar com populações bem definidas de mais ou menos 10 a 15 mil pessoas; coordenar a atenção ao longo do contínuo de cuidados; e desenvolver um monitoramento constante da atenção primária à saúde.

A **Health Evidence Network (2004)** faz um estudo sobre as evidências das vantagens e desvantagens de reestruturar ao sistema de saúde com base na atenção primária à saúde. Este estudo consta de uma revisão sistemática de 107 trabalhos publicados na literatura internacional. Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistemas de saúde com base na atenção especializada.

Os sistemas baseados numa forte atenção primária à saúde estão associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte atenção primária à saúde estão associados com maior satisfação dos pacientes e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostram que a orientação para especialistas está associada à iniquidade no acesso. Os

sistemas de saúde nos países de baixa renda com forte atenção primária à saúde tendem a ser mais eqüitativos e mais acessíveis.

No campo operacional, a maioria dos estudos que comparam serviços que deveriam ser providos, seja pela atenção primária à saúde, seja pela atenção especializada, mostra que a utilização dos cuidados primários reduz custos, aumenta a satisfação dos pacientes, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado, seja nos resultados sanitários. A maioria dos estudos que analisam a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostra que esta mudança é mais custo/efetiva. A expansão dos serviços primários pode, nem sempre, reduzir custos, porque identifica as necessidades não atendidas de saúde da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços.

Contudo, o trabalho adverte que essas evidências analisadas necessitam de ser aprofundadas para torná-las universalmente aplicáveis.

A Organização Panamericana da Saúde publicou um documento de posição sobre a atenção primária à saúde (**Panamerican Health Organization, 2005**).

Desde o lançamento da meta de saúde para todos, em 1978, pela Organização Mundial da Saúde, a atenção primária à saúde mudou radicalmente. O propósito da renovação da atenção primária à saúde é revitalizar a capacidade dos países de construir uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável para enfrentar os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios sanitários e melhorar a eqüidade. Há muitas razões para adotar a renovação da atenção primária à saúde, o que inclui: o surgimento de novos desafios epidemiológicos; a necessidade de superar fraquezas e inconsistências presentes em alguns enfoques da atenção primária à saúde; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos de boas práticas que a atenção primária à saúde pode capitalizar para ser mais efetiva; o reconhecimento de que a atenção primária à saúde é um instrumento para reduzir as iniquidades em saúde; e o crescente consenso de que a atenção primária à saúde representa um poderoso enfoque dirigido para superar as causas da má saúde e das iniquidades.

A renovação da atenção primária à saúde tem como pano de fundo a situação de saúde das Américas. Muito se conseguiu na região: redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade geral, aumento da expectativa de vida, diminuição das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis, por doenças do aparelho circulatório e pelas condições perinatais. Contudo, alguns desafios permanecem como na tuberculose e HIV/AIDS. A situação demográfica aponta para um envelhecimento da população. A presença de fatores de risco, da urbanização e a deterioração das estruturas sociais geram problemas de saúde como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, violências, adições de álcool, tabaco outras drogas. Tudo isso ocorre num ambiente de aumento das desigualdades. Por exemplo, 60% das mortes maternas ocorrem em 30% dos países mais pobres.

Na década passada, os ajustes econômicos de corte neoliberal e as pressões da globalização contribuíram para as disparidades na riqueza e no poder entre e dentro dos países americanos e reforçaram os impactos negativos na saúde. Documentos recentes apontam para a necessidade da saúde tornar-se um ponto central nas agendas de desenvolvimento. Mas uma saúde entendida como uma capacidade humana básica, um pré-requisito para que os indivíduos atinjam o auto-desenvolvimento, um alicerce das sociedades democráticas e um direito humano básico.

Nas últimas três décadas várias reformas foram feitas nos países das Américas, mas a despeito de altos investimentos, os resultados foram limitados ou negativos em termos de melhorias sanitárias e da equidade. É neste contexto que se propõe a renovação da atenção primária à saúde. Ela não será vista como uma prática seletiva para regiões e pessoas pobres, como se entendeu e praticou, nem somente como o primeiro nível do sistema de saúde, o modelo dos cuidados primários. Ela deverá reafirmar os princípios de Alma-Ata: ser integrada e ofertada com integralidade e desenvolver-se de acordo com os princípios da participação comunitária e da coordenação intersetorial. Mas agregará elementos do enfoque da saúde e direitos humanos que compreendem a saúde como direito humano e a necessidade de enfrentar os determinantes sociais e econômicos da saúde.

A posição da Organização Pan-Americana da Saúde é que a atenção primária à saúde deve ser uma parte integral dos sistemas de saúde e que o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas. Para isso, a atenção primária à saúde é definida como um enfoque de organização e operação dos sistemas de saúde que faz do direito à saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade e define como seus princípios a capacidade de dar respostas, a orientação pela qualidade, a transparência governamental, a justiça social, a sustentabilidade, a participação e a intersetorialidade.

Um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços que sejam aceitáveis para a população e que sejam equitativos. Ele provê a atenção integral e integrada ao longo do tempo, enfatiza a promoção e a prevenção e assegura o primeiro contacto. As famílias e a comunidade são as bases para o planejamento e a ação; e esse sistema desenvolve atividades intersetoriais.

A essência da atenção primária à saúde renovada é a mesma da declaração de Alma Ata. Contudo, foca no sistema de saúde com o um todo; inclui os setores público, privado e terceiro setor; diferencia valores princípios e elementos; fortalece a equidade e a solidariedade; incorpora novos princípios tais como a sustentabilidade e a orientação para a qualidade; e descarta a noção de atenção primária à saúde como um conjunto de serviços realizados por recursos humanos específicos.

A atenção primária à saúde renovada assenta-se nos valores de: direito ao mais alto nível de saúde atingível; equidade; e solidariedade. E nos princípios de: respostas às necessidades de saúde das pessoas; orientação para a qualidade; responsabilização governamental; justiça social; sustentabilidade; participação; e intersectorialidade.

Os sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde são compostos por elementos estruturais e funcionais. Eles são: cobertura universal e acesso; atenção integral e integrada; ênfase na promoção e na prevenção; atenção apropriada; orientação familiar e comunitária; mecanismos ativos de participação; organização e gerenciamento ótimos; políticas e programas equitativos; primeiro contacto; recursos humanos apropriados; e ações intersectoriais.

As evidências sobre os benefícios da atenção primária à saúde nos sistemas de saúde são robustas.

Os estudos internacionais mostram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde apresentam resultados melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos e produzem mais satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a atenção primária à saúde. Esses sistemas possibilitam liberar recursos para atender às necessidades dos excluídos. Eles melhoram a equidade porque são menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade. Eles asseguram maior eficiência dos serviços porque poupam tempo nas consultas, reduzem o uso de exames laboratoriais e reduzem os gastos em saúde. Eles liberam recursos para atender às necessidades dos excluídos. Eles empoderam grupos vulneráveis. Eles minimizam os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de saúde, ao instituírem a cobertura universal.

As evidências, provindas especialmente de países europeus, sugerem que os sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde aumentam a eficiência e a efetividade. Estudos de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostram que os sistemas baseados na atenção primária à saúde que asseguram acesso e primeiro contacto, melhoram os resultados sanitários, beneficiam outros níveis do sistema e permitem reduzir internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, tais como angina, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que têm uma fonte regular de atenção primária à saúde durante sua vida estão mais satisfeitas com o sistema de saúde, apresentam menos hospitalizações e utilizam menos as unidades e emergência.

Na região das Américas, as experiências da Costa Rica mostram que a reforma baseada na atenção primária integral melhora os resultados sanitários e a equidade; para cada 5 anos adicionais após esta reforma a mortalidade infantil foi reduzida em 13% e a mortalidade de adultos foi reduzida em 4%, independente de melhorias em outros determinantes da saúde. As evidências mostraram que para a atenção primária à saúde beneficiar a população, os serviços devem ter boa qualidade técnica.

Estas evidências, recolhidas neste documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde, estão sustentadas numa ampla revisão bibliográfica (**Baicker & Chandra, 2004; Macinko, Starfield e Shi, 2003; Starfield, 1994; Starfield, 1996; Starfield e Shi, 2002; van Doorslaer et al., 1999; Grumbach; 2002; Forrest e Starfield, 1998; Radish et al., 1999; Shi, 1994; Gwatkin, Bhuiya e Victora, 2004; Rajmil et al., 1998; Palmer et al, 2004; Gilson e McIntyre, 2004; Casanova et al, 1996; Casanova & Starfield, 1995; Caminal et al, 2004; Bindman et al., 1995; Billings et al., 2000; Bermudez-Tamayo et al., 2004; Rosenblatt et al., 2000; Gill et al, 2000; Weiss e Blustein, 1996; Rosero, 2004a; Rosero, 2004b; Bojalil et al., 1998; Reyes et al., 1997**).

Uma perspectiva de futuro coloca alguns pontos para a atenção primária à saúde: completar sua implantação onde ela falhou; fortalecê-la para enfrentar novos desafios; e colocá-la nas agendas mais amplas da equidade e do desenvolvimento humano. Para isso é necessário aprender com as experiências passadas. Haverá que superar algumas barreiras. Transitar de um sistema curativo e baseado no hospital para outro baseado na prevenção e na comunidade. Superar a fragmentação do sistema de saúde, a ausência de informações locais e a frágil colaboração intersectorial. Capacitar os trabalhadores tanto nas competências técnicas, quanto humanísticas. Reorientar para a promoção e a prevenção e integrar os serviços de saúde pública e dos cuidados pessoais, com foco nas famílias e na comunidade.

É preciso um plano estratégico para implementar a atenção primária à saúde renovada que identifique os atores sociais em situação: os apoiadores, os oponentes e os neutros. Depois, haverá que mudar as diferentes percepções desses atores, a partir de uma definição clara dos objetivos gerais. A partir daí deverão ser criados novos apoiadores para o que se pode utilizar a Declaração do Milênio.

Starfield, Shi e Macinko (2005) utilizaram pesquisas sobre os efeitos da atenção primária na saúde por meio de estudos sobre a oferta de médicos de família, estudos de pessoas que identificaram um médico de família como sua fonte regular de atenção à saúde e estudos ligando a recepção de cuidados primários de alta qualidade com o estado de saúde (**Atun, 2004; Engstrom et al., 2001**). Para isso, utilizaram três revisões sistemáticas sobre atenção primária à saúde, suplementadas pela compilação de artigos na literatura internacional de língua inglesa, com ênfase nos Estados Unidos.

Os estudos sobre as relações entre oferta de médicos de atenção primária e resultados sanitários mostraram que: nos Estados Unidos, os estados com maiores taxas de médicos generalistas por população apresentaram menores taxas de mortalidade por doenças cardíacas, por câncer e por acidentes vasculares cerebrais, menores taxas de mortalidade infantil, menos casos de baixo peso ao nascer e menos auto-reportado pobre estado de saúde; a oferta de médicos generalistas está associada com maior expectativa de vida; quando a oferta de médicos de atenção primária foi desagregada por médicos de

família, médicos generalistas e pediatras, somente a oferta de médicos de família mostrou uma relação significativa com menor mortalidade; o incremento de 1 por 10 mil médicos de família está associado com uma queda da mortalidade de 0,65 por 100 mil; o incremento de um terço na oferta de médicos de família está associado com uma queda de 20% na mortalidade por câncer cervical; na Inglaterra o aumento de cada um médico generalista por 10 mil habitantes leva a uma queda de 6% na mortalidade; a maior oferta de médicos generalistas está associada menor taxa de mortalidade por todas as causas, mortalidade por infarto agudo do miocárdio, mortalidade evitável, internações domiciliares agudas, gravidez em adolescentes; esses resultados sugerem que 127.617 mortes poderiam ser evitadas, a cada ano, nos Estados Unidos, se aumentasse o número de médicos de atenção primária à saúde.

Uma segunda linha de evidência de impacto positivo da atenção primária na saúde vem da comparação dos resultados sanitários em pessoas que têm e não têm os cuidados primários como fonte regular de atenção. As evidências encontradas foram: os americanos que têm a atenção primária como cuidado regular apresentaram taxas de mortalidade menores nos cinco anos seguintes após a pesquisa; os americanos servidos por centros de atenção comunitária que se estruturam com forte atenção primária são mais saudáveis que as populações comparáveis em estado sócio-econômico que recebem cuidados de outros tipos de médicos; os americanos servidos por centros de atenção comunitária que se estruturam com forte atenção primária recebem mais atendimentos preventivos que a população em geral; avaliação da reforma da atenção primária à saúde na Espanha mostrou as taxas de mortalidade associadas com hipertensão e acidentes vasculares cerebrais caíram mais nas áreas onde a reforma foi inicialmente implementada e houve menos mortes por câncer de pulmão nessas áreas; no Canadá pacientes operados por referência de médicos de família tiveram menos complicações pós-operatórias, o que incluiu otites e problemas respiratórios; na América Latina, países que enfatizaram a atenção primária à saúde, como Cuba e Costa Rica, apresentam menores taxas de mortalidade infantil que os demais.

Uma terceira linha de evidência ligando a recepção de cuidados primários de alta qualidade com o estado de saúde mostrou: a atenção primária adequada está ligada a uma maior oferta de cuidados preventivos como rastreamento de doenças, imunização e aconselhamento; adolescentes com uma fonte regular de atenção primária têm maior probabilidade de receber cuidados preventivos e menor probabilidade de necessitar de cuidados de emergência; os pacientes que acessam regularmente os cuidados primários apresentam menos 5% de um estado de saúde auto-avaliado como pobre e menos 6% de depressão; no Brasil, um estudo comparativo mostrou que pacientes que têm melhor atenção primária à saúde se auto-avaliavam com melhor saúde, mesmo após ajustar por outras características como idade, presença ou não de doença crônica, renda, nível educacional e tipo de unidade em que receberam atenção à saúde.

Um outro campo de levantamento de evidência foi o das comparações internacionais. Os estudos mais sólidos mostram que os países com atenção primária à saúde forte tinham

populações mais saudáveis, bem como certos aspectos da política eram importantes para gerar uma atenção primária forte.

Um estudo clássico (**Starfield, 1991**) comparou a associação da atenção primária à saúde com resultados sanitários em onze países desenvolvidos. Cada país foi classificado de acordo com quatro características da atenção primária à saúde: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação e de acordo com características políticas: equidade na distribuição dos serviços, cobertura universal ou quase -universal garantida com recursos públicos, co-pagamento inexistente ou baixo, percentual de médicos que não eram médicos de atenção primária e renda dos médicos de atenção primária em relação aos médicos especialistas. Um resultado importante foi que as características da atenção primária à saúde estavam associadas com as características políticas; outro, também importante, foi que os países com baixo escore para a atenção primária à saúde obtinham resultados sanitários mais pobres, mais notavelmente para indicadores da saúde infantil. Um estudo semelhante (**Starfield e Shi, 2002**), feito para treze países, mostrou melhores resultados sanitários para os países que tinham sistemas de saúde orientados pela atenção primária à saúde.

A contribuição positiva da atenção primária à saúde foi encontrada numa análise mais extensiva de dezoito países industrializados (**Macinko, Starfield e Shi, 2003**). Quanto mais forte a orientação dos países para a atenção primária à saúde, menores as taxas de mortalidade por todas as causas, as taxas de mortalidade prematura por todas as causas e as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. O estudo permitiu estimar que aumentando o escore da atenção primária de um país em 5 pontos, isso permitiria reduzir a mortalidade prematura por asma e bronquite em 6,5% e em 15% na mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório.

Outra área analisada foi do impacto da atenção primária à saúde na redução das disparidades em saúde. Verificou-se que maiores taxas de médicos de família por população estão associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de atenção primária apresenta um maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil em áreas de alta desigualdade social. A associação entre uma maior oferta de médicos de atenção primária e a diminuição da mortalidade total foi quatro vezes maior na população afro -americana que na população branca. Uma boa atenção primária à saúde está associada com reduções nos efeitos adversos da desigualdade de renda na saúde. Estudos mostraram que uma adequada oferta de médicos de atenção primária à saúde reduziu as disparidades em saúde em grupos raciais e sócio-econômicos. As amputações de extremidades baixas por diabetes, no Reino Unido, não se diferenciam entre negros e brancos, mas nos Estados Unidos são duas a três vezes maiores nos negros que nos brancos; em boa parte, esses resultados refletem a qualidade da atenção primária à saúde nos dois países. Estudos mostraram relações consistentes entre a atenção primária à saúde e melhorias na equidade da atenção em países como Bolívia, México e Costa Rica. O mesmo se observou em países africanos.

Uma outra área explorada é a associação da oferta de atenção primária à saúde e os custos do sistema de saúde. Regiões com maiores taxas de médicos de família por população apresentam menores custos totais do que regiões com menores taxas, provavelmente por causa da maior oferta de cuidados preventivos e da presença de menores taxas de hospitalização. Um estudo feito no *Medicare* americano mostrou uma queda linear nos gastos desse sistema na medida em que aumentava a oferta de médicos de família, bem como uma melhoria da qualidade do cuidado; ao contrário, a oferta de especialista estava associada com maiores gastos e menor qualidade do cuidado. Estudos comparativos internacionais mostraram que os países com atenção primária à saúde mais frágil tiveram custos mais altos.

Por fim, os autores relacionam os benefícios da atenção primária à saúde que são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da atenção primária à saúde a um cuidado mais apropriado; e o papel da atenção primária à saúde na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas. Ademais, identificam os grandes desafios da atenção primária à saúde: reconhecer e manejar as co-morbidades; prevenir os efeitos adversos das intervenções médicas; manter a qualidade da atenção primária à saúde; e melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde e nos níveis de saúde.

Macinko, Guanais e Souza (2006) fizeram um estudo sobre o Programa de saúde da Família no Brasil por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiras por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes.

Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no país foi a escolaridade das mulheres. O estudo demonstrou, ainda, que um aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família foi responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso a água foi responsável por uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda per capita apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

3. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

Shortell (1993) produz um trabalho seminal sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Propõe-se superar a fragmentação existente no sistema de saúde americano com a constituição de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde que

configurem um *continuum* coordenado de serviços para uma população definida e que se responsabilizem pelos resultados sanitários e econômicos em relação à população -alvo do sistema. Esta definição continua atual até hoje, e é utilizada por vários autores, com variações adjetivas. Esse modelo de sistema organizado de prestação de serviços de saúde deveria constituir o centro da reforma do sistema de saúde americano.

O autor, com base na análise de doze sistemas organizados de prestação de serviços de saúde, identifica as características-chave que os definem, estabelece os maiores obstáculos à sua integração e discute formas de superação desses obstáculos.

Shortell, Gillies e Anderson (1995) estudaram os sistemas integrados de saúde.

O sucesso de alguns hospitais comunitários se deve a que eles desenvolveram um conjunto de características comuns que são denominadas de organizações de atenção integrada à saúde (*integrated health care organizations – IHCO’s*). Há diferenças fundamentais entre os hospitais manejados por IHCO’s e o modelo tradicional, conforme se vê na tabela abaixo:

MODELO TRADICIONAL	MODELO IHCO
Voltado para o caso agudo	Voltado para o <i>continuum</i> do cuidado
Voltado para a doença	Voltado para a manutenção e promoção da saúde
Voltado para pacientes individuais	Voltado para população definida
Produto para cada indivíduo	Valor adicionado com ênfase em condições crônicas
Voltado para preencher os leitos hospitalares	Voltado para vidas cobertas
Gerência de uma organização	Gerência de uma rede de serviços
Gerência de um departamento	Gerência de um mercado

Todd (1996) discute a gestão de patologia (*disease management*), uma das mais efetivas tecnologias de gestão da clínica. Não obstante, o autor chama a atenção para o fato de que a adoção conseqüente da gestão de patologia implica a construção de alianças estratégicas entre organizações de saúde, tal se fez no mundo corporativo em geral, nos anos 90.

As alianças são definidas como arranjos organizacionais que buscam atingir objetivos focalizados com base nas forças complementares de diferentes organizações. Há

diferentes tipos e alianças corporativas: alianças estratégicas, alianças eqüitativas, alianças de franquias e *joint ventures*. Um conceito central nas alianças, como também nos sistemas integrados de saúde, é o de corrente de valor (*value-chain*). A corrente de valor representa, em definição simples, o processo pelo qual as organizações se juntam para criar produtos e serviços que apresentam maior valor em combinação que separadamente. As possibilidades de uma aliança de sucesso repousam em: capacidade para definir objetivos comuns; criação de estratégias participativas comuns; capacidade comum para medir resultados válidos; e capacidade de prepa ração de plano de parceria nos lucros.

O autor defende a tese de que a introdução da gestão de patologia, por sua complexidade, demanda a formação de alianças estratégicas entre organizações complementares. A forma de fazer isso é analisando os fatores de sucesso nas organizações de gestão de patologia, em áreas-chave, e estabelecer as vantagens comparativas, em cada uma delas, dos parceiros. Essas áreas são: o portfólio da doença, a racionalidade clínica, a integração das informações, a capacidade analítica dos dados, os sistemas de informação e a capacidade de implementação da gestão de patologia.

Casos de alianças para a gestão de patologia são analisados, como da *Greenstone Healthcare Solutions* com a *Lovelace Health Systems* e do *National Jewish Center for Immunology and Respiratory Medicine*.

A proposta americana de sistemas integrados de saúde faz -se no ambiente da atenção gerenciada (*managed care*). O sistema americano de saúde foi dominado, nas décadas de 70 e 80, por uma integração horizontal dos hospitais, mas como estruturas autônomas. Na década de 90 introduziu -se uma integração vertical para compor sistemas integrados de saúde. Esse movimento de integração buscava integrar as funções de prestação e financiamento dos serviços de saúde com base no conceito de cadeia de valor em saúde. As bases operacionais dos sistemas integrados de serviços de saúde vinham do campo da economia, especialmente dos trabalhos de Alfred Chandler que propunham a integração das cadeias produtivas para aumentar o poder de mercado.

A integração dos serviços de saúde nos Estados Unidos fez-se em três estágios: no estágio 1, as unidades de serviços funcionavam fragmentadas e autonomamente, competindo entre si; no estágio 2, houve, especialmente pelo mecanismo de fusões, uma recomposição das unidades de serviço em busca de escala; no estágio 3, deu-se a integração vertical e a diversificação da atenção com a instituição de novos serviços, o que permitiu compor e comunicar um *continuum* de serviços e coordenar melhor a atenção aos pacientes.

O sucesso dos sistemas integrados de saúde depende da eficiência e efetividade da informação e da capacidade de coordenação de processo de atenção à saúde. As lições aprendidas da experiência dos sistemas integrados de saúde são: incremento da integração clínica; reforço da participação dos médicos nos grupos de atenção primária à saúde; aumento da produtividade dos cuidados hospitalares. Contudo, a evidência é

insuficiente para garantir que a integração do cuidado aos pacientes promove melhorias na performance das organizações.

Há várias barreiras que se antepõem à construção dos sistemas integrados de saúde. A mais importante é a falta de sistemas de informação bem desenvolvidos, flexíveis e capazes de prover informações no tempo apropriado para as decisões dos gestores das redes. Além disso, essas informações devem ter, como um dos geradores principais, prontuários eletrônicos que permitam acompanhar o cuidado dos pacientes ao longo de todo o *continuum* da atenção. Outras barreiras relevantes são os modelos mentais dos profissionais de saúde e a cultura das organizações de saúde. Os profissionais costumam ver seu trabalho como o centro do universo sanitário e as organizações de saúde tendem a sobrevalorizar a atenção aos eventos agudos e a atenção hospitalar. É preciso mudar essa lógica do sistema de forma que a atenção primária à saúde possa exercitar o papel de coordenação dos cuidados no *continuum* de atenção.

Uma mudança fundamental para o sucesso dos sistemas integrados de saúde é o realinhamento dos incentivos. Especial ênfase deve ser dada à superação do pagamento por unidade de serviços (*fee-for-service payment*) substituindo-o por pagamentos por capitação.

O planejamento dos sistemas integrados de saúde deve ser baseado nas necessidades da sua população-alvo, identificando grupo por riscos e desenvolvendo estratégias diferenciadas por grupos de risco. Além disso, esse planejamento deverá permitir ações de reengenharia, de tipo *rightsizing* que permitirão deslocar ações dos hospitais e dos especialistas para outras partes do sistema, a custos menores e com maior qualidade.

Os fatores de sucesso nos sistemas integrados são: forte liderança, atenção primária à saúde acessível, sistema de informação adequado, criatividade, habilidade de gerenciar mudanças, habilidade de diferenciar e integrar ao mesmo tempo e capacidade de gerenciar uma nova cadeia de valores para o sistema de saúde. Um outro fator de sucesso é a integração clínica que adiciona muito valor para os pacientes. Para isso, é necessário controlar a variabilidade dos procedimentos clínicos através de diretrizes clínicas.

A implantação dos sistemas integrados de saúde redefine o conceito de cadeia de valor na atenção à saúde. Em geral, valoriza-se a porção da atenção às condições agudas da cadeia de valor, enfatizando as ações curativas e reabilitadoras. Reconhece-se que maior atenção deve ser dada às condições crônicas, o que exigirá um foco maior nas porções promocionais e preventivas da cadeia de valor.

Griffith (1997) analisa o movimento de transformação dos hospitais comunitários em organizações de atenção integrada à saúde (IHCO's). As IHCO's são definidas pela Associação Americana de Hospitais como um conjunto de organizações que ofertam serviços integrados através da coordenação de procedimentos preventivos, curativos e

reabilitadores, com foco nos clientes e com o objetivo de melhorar a situação de saúde de uma população, geograficamente estabelecida, e dentro de limites econômicos definidos. A natureza das IHCO's é definida por seus atributos: servir a uma população definida, competir por fatias de mercado com base em custos e qualidade e utilizar estreitas relações econômicas e profissionais entre médicos e outros profissionais de saúde. O empoderamento dos usuários, de modo a que participem mais efetivamente de todo o processo de atenção, é uma das idéias-força das ICHO's.

Os fatores de sucesso das ICHO's são: a combinação de liderança interna e externa; uma governança melhorada constantemente; um forte planejamento financeiro capaz de gerar os recursos e estabelecer controle de custos; o fortalecimento da participação dos médicos; e o fortalecimento da atenção primária à saúde. Outras coisas sendo iguais, a organização que recruta a maior parte dos médicos de atenção primária na comunidade ganhará a competição. Os médicos de família deverão receber assistência financeira para participar de programas de educação permanente. É fundamental a adoção da gestão da clínica entendida como a microgestão das relações entre os profissionais e os pacientes, a partir das diretrizes clínicas. Propõe-se a adoção de *guidelines* e a introdução da gestão de casos.

Pointer, Alexander e Zuckerman (1997) fazem uma síntese histórica dos sistemas integrados de saúde que surgiram com diversos nomes nos Estados Unidos: redes de atenção comunitária, na Associação Americana de Hospitais; redes de atenção integrada, na Associação Católica de Saúde; sistema de serviços organizado, no *Washington Business Group on Health*; redes de serviços integrada, no estado de Minnesota; e plano de saúde certificado, no estado de Washington.

Ainda que a terminologia varie e que o conceito continue a evoluir, a idéia não é nova. Ela surge no Reino Unido com o Relatório Dawson, em 1920, que propôs a regionalização da saúde. Em 1932, este conceito foi aplicado nos Estados Unidos pelo Comitê de Custos da Atenção Médica. Posteriormente, a Lei de Desenvolvimento e Planejamento dos Recursos de Saúde enfatizou a integração como um elemento crítico dos esforços de planejamento de saúde.

O conceito de integração foi definido como a extensão na qual, as funções e as atividades são propriamente coordenadas através de unidades operacionais para maximizar o valor dos serviços prestados aos pacientes. O conceito de sistemas integrados de saúde foi desenvolvido originalmente por Shortell e outros e definido como uma rede de organizações que provê um *continuum* coordenado de serviços a uma população definida com capacidade de ser conduzida clínica e fiscalmente de forma transparente e de ser responsável pelos resultados sanitários referentes à população servida. Essa definição contém os elementos-chave dos sistemas integrados de saúde: responsabilização (*accountability*), a capacidade de concentrar os esforços na melhoria dos níveis de saúde da população, mudando o foco da cura para a promoção e prevenção; *continuum* de cuidados: o sistema deve ofertar um conjunto de serviços de

atenção primária, secundária e terciária, mas com um privilegiamento relativo da atenção primária à saúde; integração multifuncional: os sistemas integrados devem ser integrados horizontal e verticalmente, devem integrar as funções clínicas e administrativas, devem integrar os riscos e o financiamento com a prestação de serviços; as relações com os médicos: os sistemas integrados modificam as relações com os médicos, reconhecendo uma crescente interdependência entre eles e com os demais profissionais de saúde; método de pagamento dos serviços: o pagamento por unidade de serviços tende a ser substituído por pagamentos prospectivos determinados por um valor de um pacote de serviços provido a uma população de determinada (capitação).

Um desafio central dos sistemas integrados de saúde é sua governança. Alguns sistemas estão se movendo para uma única direção superior, a governança centralizada; outros, vão em sentido oposto, com várias direções superiores e com funções compartilhadas, a governança descentralizada.

Coile (1997) defende a tese de que o futuro dos sistemas de saúde está em integrarem-se em redes. As redes serão governadas por incentivos muito diferentes do sistema tradicional. Um exemplo: os sistemas integrados tendem, pelos incentivos financeiros e pela reengenharia organizacional, a determinar um fechamento de leitos hospitalares. A governança estará estruturada em torno de potentes sistemas integrados de informação. Os médicos devem se organizar com base em redes de atenção primária à saúde.

A governança dos sistemas integrados de saúde está baseada na cooperação, ao contrário do que é hegemônico na sociedade americana, estruturada em torno de valores competitivos. Essa cooperação se expressa em: visão compartilhada dos fundadores do sistema; representação igualitária e riscos econômicos compartilhados; incentivos por capitação; eliminação das redundâncias; diretrizes clínicas; integração vertical dos serviços; uso de equipes multiprofissionais; foco na qualidade; relatórios da situação de saúde da população e da satisfação dos clientes.

A visão compartilhada deve transformar competidores tradicionais – hospitais, médicos e seguradoras -, em parceiros na saúde da população-alvo. A governança dos sistemas integrados é um desafio. As soluções e tipo ganha-ganha são difíceis de encontrar. Se esse sistema colaborativo falhar, o futuro será claro, com o fim do sistema voluntário de saúde nos Estados Unidos.

Robinson e Steiner (1998), autores ingleses, produzem uma revisão sistemática, por indicação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, para explorar as evidências a respeito da atenção gerenciada americana. A revisão sistemática incluiu 70 estudos de 1983 a 1997, realizados sobre a atenção gerenciada americana. Analisar, independentemente, os resultados da atenção gerenciada nos Estados Unidos, é importante para os sistemas integrados de saúde, vez que esses dois movimentos aparecem quase sempre juntos.

O trabalho faz uma caracterização distintiva entre o sistema convencional de livre escolha (*free choice model*) e o modelo da atenção gerenciada (*managed care model*). O modelo de livre escolha caracteriza-se por: livre escolha do médico pelo paciente; liberdade dos médicos para fazerem as decisões clínicas; pagamento por unidade de serviço (*fee-for-service*); e prática médica individual ou em pequenos grupos. Diferentemente, o modelo de atenção gerenciada caracteriza-se por: população definida; contrato definindo uma carteira de serviços a ser ofertada; pagamento fixo aos prestadores independente do volume de uso dos serviços; arranjo organizacional onde uma instituição age com agente comprador dos serviços; aceitação pelos pacientes de alguma restrição na escolha dos prestadores; riscos econômicos compartilhados; controle sobre os procedimentos médicos através de tecnologias de gestão da clínica; e orçamento prospectivo que torna possível planejar os recursos humanos e materiais.

No que se refere à performance relacionada com a qualidade da atenção não houve diferenças significativas nos dois modelos; isso pode ser entendido como benéfico ao modelo de atenção gerenciada porque ele opera com menos recursos sem reduzir a qualidade e a satisfação dos pacientes em relação ao modelo convencional. Quanto ao uso de recursos, em geral, o modelo de atenção gerenciada opera com níveis menores de recursos. Isso é muito evidente nos indicadores de internações hospitalares e no uso de tecnologias mais custosas, sejam curativas, sejam de apoio diagnóstico e terapêutico. As taxas de permanência hospitalar favorecem, mas com menor força, a atenção gerenciada. Há fortes evidências que o modelo de atenção gerenciada tem incentivos que o induz a ofertar mais serviços de promoção da saúde e de prevenção das doenças. O único critério de performance em que o modelo convencional supera o modelo de atenção gerenciada é na satisfação dos pacientes. Em relação a certos programas de saúde para grupos vulneráveis, a revisão é inconclusiva. Em síntese, a revisão mostrou que o modelo de atenção gerenciada foi melhor em oito itens, pior em quatro itens e igual em dois itens avaliativos. Ou seja, as mudanças que a atenção gerenciada produziu no sistema de saúde americano alteraram os padrões de cuidado sem prejudicar os resultados sanitários.

A revisão sistemática a respeito da utilização de técnicas de gestão da clínica (diretrizes clínicas, gestão de patologia, técnicas de revisão de uso etc.) ainda que sejam utilizadas de alguma forma pelo sistema convencional, parecem ser, em geral, efetivas nas organizações de atenção gerenciada. Contudo, parecem depender da força com que são incorporadas às normas organizacionais, mais que das tecnologias individualmente utilizadas.

Couch (1998) analisa a introdução da gestão de patologia (*disease management*) nos sistemas de saúde, numa perspectiva de sua transformação em uma gestão total da saúde. O objetivo da gestão de patologia é maximizar o valor da atenção à saúde, definido pela relação entre resultados clínicos, econômicos e humanísticos e os custos em termos de tempo e recursos de um sistema de saúde.

O autor constata que o fenômeno que distinguiu o mundo empresarial globalizado, anos 90, foi o das alianças estratégicas. São exemplos as alianças nos campos das telecomunicações e das tecnologias de informação. Também o campo da saúde experimentou alianças, seja nos laboratórios farmacêuticos (*Ciba e Sandoz, Pharmacia e Upjohn*), seja nas companhias de atenção gerenciada (*Columbia HCA Health Care Corporation e Value Health*). E reitera a posição de que a gestão de patologia funciona melhor num ambiente de sistema integrado de saúde, organizado sob a forma de alianças estratégicas. O processo de conformação de alianças estratégicas faz-se através de fases, semelhantes aos rituais de acasalamento: atração, abordagem, trocas, discussão, desilusão, mais discussão, engajamento, casamento, divórcio ou consolidação da relação.

Byrnes, Lucas e Gunter (1998) analisam as relações entre sistemas integrados de saúde e gestão da clínica. O texto parte de uma afirmativa de David Nash de que as relações entre programas de gestão de patologia e sistemas integrados de saúde têm gerado mais calor que luz. Para contradizer esta afirmativa, o autor faz um estudo de caso de um sistema integrado de saúde, o *Lovelace Health System* do Novo México que estruturou um programa de gestão de patologia denominado de *Episodes of Care*. O programa, cujo objetivo é promover uma reengenharia dos cuidados de saúde, foi bem sucedido em áreas como depressão, diabetes, atenção pré-natal e ao parto e asma em crianças, já que aliou atenção de melhor qualidade com custos mais baixos. Os fatores de sucesso do programa são três. Primeiro, as estratégias a serem implementadas devem ser simples e diretas e o inimigo do bom é o perfeito. Segundo, não criar mais trabalho para os prestadores de serviços, mas melhorar os processos e a eficiência do sistema. Terceiro, se não se pode medir não se pode gerenciar.

Pode-se concluir que em sistemas bem desenhados há uma sinergia positiva entre os sistemas integrados de saúde e das tecnologias de gestão da clínica, especialmente a gestão de patologia.

Young e McCarthy (1999) começam por recuperar a clássica definição de sistemas integrados de Shortell e outros: uma rede de organizações que provê um *continuum* coordenado de serviços a uma população definida com capacidade de ser conduzida clinicamente e fiscalmente de forma transparente e de ser responsável pelos resultados sanitários referentes à população servida. A partir dela, definem quatro componentes-chave desses sistemas: participação de um ou mais hospitais, participação de unidades de cuidados subagudos, participação de médicos e a existência de um plano de atenção gerenciada (*managed care*). Um exemplo é o *The Henry Ford Health System*, em Detroit, uma instituição de vanguarda nos sistemas integrados de saúde, que envolve quatro hospitais, um grande número de médicos organizados em grupos e um plano de atenção gerenciada que cobre meio milhão de pessoas. Mas completam dizendo que os sistemas integrados de saúde representam uma parceria entre várias entidades que inclui um produto segurado que coloca o sistema inteiro sob risco através de contratos capitados. Além disso, enfatizam o papel central da integração clínica que inclui: arranjos de pagamento prospectivo, incluindo capitação; reforma na atenção à saúde para obter

controle de custos e melhorar o acesso aos serviços; um a população em envelhecimento e o aumento das doenças crônicas; inovações no sistema gerencial; e sistemas de informação mais potentes e em redes eletrônicas. Menciona-se a existência de pseudo-sistemas integrados de saúde que não cumprem os requisitos de um verdadeiro sistema integrado de saúde.

Os sistemas integrados de saúde implantaram-se na década de 90. O número de organizações de manutenção da saúde (*health maintenance organizations – HMO's*) organizadas por sistemas integrados de saúde passaram de 44, em 1994, para 135, em 1996. Os hospitais pertencentes a sistemas integrados de saúde passaram de 16,4% em 1994 para 32,2% em 1996. No final de 1995, havia 531 sistemas integrados de saúde, dos quais 159 classificados como fortemente integrados.

Os sistemas integrados de saúde devem ser analisados em três dimensões básicas: os parceiros, o compartilhamento de riscos e as relações interorganizacionais. 69,2% dos sistemas foram organizados a partir dos hospitais, 5% a partir de médicos, 4% a partir de HMO's e 20,8% a partir de uma combinação deles. Os sistemas integrados podem ser divididos em alta, moderada e baixa integração. Os sistemas altamente integrados caracterizam-se por envolver um grande número de parceiros, em múltiplas áreas geográficas e com um produto de atenção gerenciada que coloca o sistema sob risco. São exemplos desses sistemas: *Kaiser Permanent, Allina Health System, Legacy Health System e Henry Ford Health System*. Os sistemas de integração moderada envolvem vários tipos de parceiros, mas não um espectro amplo, em áreas geográficas limitadas e sem produto de atenção gerenciada. São exemplos desses sistemas: *Lahey Hitcock e Partners Healthcare System*. Os sistemas de integração baixa envolvem um número pequeno de parceiros, com baixa cobertura geográfica e sem produto de atenção gerenciada. São exemplos desses sistemas: *Fletcher Allen Health Care e Free-standing Dialysis Center*.

Uma outra característica dos sistemas integrados de saúde é o grau de exclusividade, ou seja, a extensão na qual todos os serviços são providos ou pagos por um único plano de atenção gerenciada. Os sistemas integrados devem caracterizar-se pela combinação de alta integração com alta exclusividade, como é o caso da *Kaiser Permanente*.

Os sistemas integrados de saúde solicitam um novo processo de governança que envolve programas de qualidade, o que implica tirar o foco organizacional das funções para os processos, combinado com processos de reengenharia que retiraram o desenho organizacional dos departamentos para processos transfuncionais. A governança dos sistemas integrados de saúde deve envolver: o processo de planejamento: formulação estratégica, adaptação programática e formulação orçamentária; os processos organizacionais: autoridade e influência, gestão da clientela, gestão dos conflitos, motivação e manutenção cultural; e os processos de monitoramento: monitoramento financeiro e monitoramento dos programas. Um ponto central na governança dos sistemas integrados de saúde é a integração clínica. Ainda que a elaboração e uso de diretrizes clínicas seja a tecnologia de base da integração clínica, há que se considerar

outras dimensões importantes: o acesso a registros clínicos uniformizados e eletrônicos; monitoramento de indicadores clínicos; programação realizada a partir das diretrizes clínicas; compartilhamento de serviços de apoio à clínica; e compartilhamento dos serviços clínicos. Merece atenção o manejo dos conflitos nos sistemas integrados de saúde, especialmente entre os gestores, entre os diversos pontos de atenção à saúde, entre os médicos e outros profissionais, entre os gerentes médicos e os advogados e entre os médicos.

São realizados três estudos de caso: *Allina Health System*, *Legacy Health System* e *Lahey Hitcock Clinic*.

Enthoven (1999), um importante economista que propôs as bases conceituais e operacionais da competição gerenciada, defende a implantação de sistemas integrados de saúde como forma de superar a crise do sistema de saúde americano.

Para o autor, do ponto de vista econômico, as vantagens da integração são várias, a partir das observações feitas em sistemas de saúde integrados (*Harvard Community Health Plan*, *Kaiser Permanent*, *Palo Alto Clinic*, *Saint Louis Park Medical Center* etc). O sistema baseado em populações e na integração da atenção gera eficiência porque os médicos podem atuar sobre o processo de cuidado total da atenção domiciliar à atenção hospitalar, otimizando todo o espectro de cuidados. Isso promove a integração dos médicos entre si e com outros profissionais, dos profissionais de saúde com as diferentes unidades, da atenção primária com os hospitais, dos hospitais entre si e dos sistemas de informação. Profissionais de saúde integram-se com suas organizações e com os gerentes em busca de serviços mais econômicos e de qualidade. Contudo, o autor faz uma crítica forte ao modelo hegemônico das organizações de manutenção da saúde (*carrier model*) que não estimula a formação de sistemas integrados.

Burns et al. (2001) afirmam que a indústria da saúde dos Estados Unidos, nos últimos dez anos, tem sido marcada por duas tendências maiores, a atenção gerenciada e atenção integrada, que se manifestam em duas vertentes principais, as organizações de manutenção da saúde (HMO's) e os sistemas integrados de saúde. Essas tendências têm sido vistas como inevitáveis, desejáveis e compatíveis entre si. Ambas constituem conceitos guarda-chuva que assumem diferentes tipos de arranjos e de estratégia, o que os torna confusos. Por exemplo, os críticos da atenção gerenciada argumentam que ela não pode cumprir seu papel porque seus incentivos não permitem a gestão de patologia, já que seus clientes têm *turnover* médio de cinco anos. Da mesma forma, os sistemas integrados não têm capacidade para integrar a atenção. A literatura tem demonstrado que a integração ocorre quando se combinam a integração da estrutura com a integração dos processos, por exemplo, nos esforços de reengenharia.

Os autores fixam sua análise em três dimensões: o *rightsizing* dos médicos, o sistema de incentivos e compensações para os médicos e os programas de desenvolvimento de

liderança para os médicos. O foco da investigação são os sistemas que integram hospitais e médicos.

Acadêmicos e profissionais de saúde têm duas crenças: os sistemas integrados são uma forma racional de prestar a atenção gerenciada e de melhorar a atenção aos pacientes. Essas crenças podem ser enganosas. Há evidência de que os sistemas integrados não estão fortemente associados com a atenção gerenciada e a razão está na dificuldade de articular a integração estrutural e processual. Estudos de boas práticas de sistemas integrados de saúde mostram que eles devem articular os esforços na composição e organização dos médicos (por exemplo, o *rightsizing* através do reforço da atenção primária à saúde), no desenvolvimento de sistemas de incentivos para produtividade e no desenvolvimento de lideranças médicas.

A integração dá-se em três dimensões: funcional, médica e clínica. As evidências mostram que há pouca integração entre essas três dimensões, pouca integração clínica e uma associação fraca entre integração e desempenho organizacional.

A amostra consistiu de 99 hospitais que, em sua maioria apresentavam uma integração entre os hospitais e os médicos e que operavam em dez diferentes sistemas conforme a integração dos médicos. Do ponto de vista do *rightsizing*, buscou-se saber se os hospitais tinham um plano para determinar o número e o perfil dos médicos na instituição. Os resultados mostraram que 52% dos hospitais tinham este plano; que o número médio de médicos de atenção primária era de 0,45 por mil vidas; a relação de médicos de atenção primária com especialistas era de 50% para cada grupo, mas a razão ideal para os entrevistados deveria ser de 62% de médicos de atenção primária para 38% de especialistas; o tempo de acesso ao médico de atenção primária era de 15 milhas e de 15 minutos de viagem; e os médicos contratados eram 55% individualmente e 45% em grupos. Quanto ao sistema de incentivos somente 28% da receita dos hospitais provinha de sistemas de atenção gerenciada; e 27% dos hospitais tinham receitas providas de sistemas de capitação plena. Em relação à existência de incentivos para praticar eficientemente num regime de capitação, 50% usavam a atenção gerenciada, 38% o número de pacientes adscritos ao plano e 12% o número de pacientes referidos. O uso de incentivos de produtividade era pequeno, sendo de 46% no pequeno grupo que utilizava a capitação. Entre os incentivos principais estavam o número e pacientes adscritos, número de consultas e internações por mil usuários. O pagamento aos médicos era feito em 55% dos hospitais por pesquisa de mercado, a base salarial garantida era de 65%, mas a compensação se fazia pela produtividade do médico (60%), satisfação dos pacientes (16%), práticas custo/efetivas (14%) e resultados sanitários (13%). Do ponto de vista do desenvolvimento de lideranças médicas 80% dos hospitais tinham tais programas e 10% os faziam informalmente. A função predominante de desenvolvimento era para membro do *Board* (85% dos hospitais) e para diretor clínico (61% dos hospitais). Os programas envolviam capacitação interna em serviço (60% dos hospitais) e capacitação externa.

Os autores dividiram os hospitais em *clusters* segundo sua integração estrutural. A integração médica controlada com muitos veículos de integração, existência de estratégias de expansão mercadológica e serviços de gestão clínica coordenados. A integração com ampla integração de gestão da clínica, e estratégias de expansão de mercado, mercados com alta presença da atenção gerenciada e disputa por fatias de mercado. A integração por serviços de suporte e proteção, onde se ofertam serviços de suporte aos médicos como serviços de referência e contratos exclusivos, em mercados de baixa competitividade. Integração por recrutamento e contrato, onde se oferecem aos médicos serviços como subsídios por má prática e gestão dos consultórios, com baixa competitividade no mercado. Baixa integração onde não há uma preocupação importante na implantação de sistemas integrados, uma situação mais típica de pequenos hospitais rurais.

O trabalho tem várias conclusões: os mecanismos de *rightsizing* estão associados mais fortemente com a integração ampla; há associação entre incentivos compensatórios para médicos assalariados e satisfação dos pacientes; os mecanismos de *rightsizing* de médicos estão associados com níveis maiores de integração; o *rightsizing* de médicos especialistas e a relação médico geral/especialista estão associados com a atenção gerenciada; a presença de contratos por capitação está associada com estratégias de *downsizing* de especialistas, com o uso de incentivos de produtividade e com os programas de desenvolvimento de lideranças médicas; o processo de integração de médicos e hospitais está, ainda, numa fase rudimentar, não obstante ser aplicada em muitos hospitais; a integração estrutural precede a integração dos processos e é mais fácil de ser atingida; a integração dos profissionais envolvidos nos cuidados não tem sido feita significativamente; os processos integrativos estão associados com elementos da estrutura e do ambiente hospitalares; e há uma fraca associação entre integração de estruturas, de processos e contexto mercadológico.

Por fim, respondem à indagação colocada no título do trabalho, ou seja, quanto integrados são os sistemas integrados examinados e respondem que não muito.

O **Institute of Medicine (2001)** produz um trabalho sobre a qualidade da atenção à saúde nos Estados Unidos e conclui que o sistema de saúde americano necessita de mudanças fundamentais. Muitos pacientes, médicos, enfermeiras e líderes sanitários estão cientes de que a atenção recebida não é a que os americanos deveriam receber. Isso ocorre porque o sistema de saúde vigente não faz, como um todo, o melhor uso dos recursos. Não há dúvidas de que há uma população que envelhece e que tem demandas crescentes e que surgem novas tecnologias, o que pressiona os custos do sistema, mas há, também, enormes desperdícios. Muitos erros médicos resultam em retrabalho que aumentam os custos, além de determinar mortes desnecessárias entre 40 a 100 mil por ano (**Institute of Medicine, 2000**).

Um sistema altamente fragmentado, onde faltam as mais rudimentares informações clínicas, resulta em processos de atenção pobremente desenhados e caracteriza-se por

desnecessária duplicação de serviços e longos tempos de espera. E a um aumento constante dos americanos sem cobertura de seguro público ou privado; eles já atingem 46 milhões. Apesar dos esforços despendidos por lideranças do setor nos últimos 15 anos, através de fusões e aquisições, pouco mudou na forma convencional do sistema americano operar. Ao mesmo tempo, as necessidades da população vão mudando das doenças agudas para as doenças crônicas. As doenças crônicas são a principal causa de morbidade, incapacidade e mortalidade e afetam a metade da população americana. 40% dos portadores de doenças crônicas apresentam mais de uma condição crônica.

O sistema tem problemas graves de qualidade. Isso não poderá ser resolvido tentando aperfeiçoar o atual sistema; ele não pode fazer isso e, por isso, só resta mudá-lo. Para superar esse abismo de qualidade, o Instituto de Medicina propõe uma agenda de mudanças. Essa agenda tem seis objetivos para a atenção à saúde: ser segura, ser efetiva, ser focalizada no cidadão, ser prestada a tempo, ser eficiente e ser equitativa. O sistema deve redesenhar os processos de atenção à saúde segundo as seguintes regras: serviços ofertados todo o dia e todos os dias, onde os pacientes necessitarem; serviços ofertados de acordo com as necessidades e preferência dos pacientes; empoderamento dos pacientes para o controle do sistema e para definir o que lhe é mais favorável; comunicação fluida entre profissionais de saúde e pacientes que, para isso, devem ter acesso livre a todas as informações clínicas; sistema de decisões baseado em evidências; a segurança como uma propriedade do sistema; a necessidade de transparência; proatividade na antecipação das necessidades dos pacientes e não só reação a elas; diminuição das perdas de recursos e de tempo dos pacientes; e cooperação entre os diversos serviços através da coordenação da atenção e do compartilhamento das informações.

A mudança do sistema deverá ser focalizada em prioridades bem definidas. Um número limitado de prioridades, entre 15 a 25, são responsáveis pela grande maioria dos problemas do sistema. As principais prioridades são: câncer, diabetes, enfisema, colesterol alto, HIV/AIDS, hipertensão, doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, artrite, asma, úlcera do estômago, dores nas costas, doença de Alzheimer, depressão e ansiedade. Como a maioria delas são condições crônicas, a atenção à saúde deverá mudar radicalmente porque a atenção às condições crônicas é muito diferente da atenção às condições agudas. O sistema deverá organizar-se com base em evidências, priorizar as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, desenvolver uma infra-estrutura de informação para dar suporte à prestação dos serviços e à sua avaliação; e alinhar os incentivos financeiros com os objetivos de melhorar a qualidade dos serviços.

As mudanças no sistema de saúde americano deverão fazer-se em seis direções: redesenhar o sistema para que ele possa atender às necessidades de atenção de pessoas portadoras de condições crônicas, o que significa coordenar o cuidado ao longo do *continuum* de atenção; fazer uso intensivo de tecnologia de informação, tornar a informação acessível aos profissionais de saúde e aos pacientes e eliminar os registros clínicos feitos à mão; promover a educação permanente dos profissionais de saúde;

coordenar a atenção aos pacientes na rede de serviços; incentivar o trabalho multidisciplinar; e internalizar uma cultura da validação dos processos e resultados do sistema de saúde.

Para **Wan, Lin e Ma (2002)** os sistemas integrados de saúde têm sido propostos porque melhoram a eficiência e a qualidade dos serviços, aumentam a fração de mercado, melhoram o custo/efetividade dos serviços, garantem um *continuum* de serviços e aperfeiçoam as relações com os clientes. As formas de obter a integração são a integração de organizações diferentes, a integração de sistemas de informação, a integração financeira e a coordenação da atenção à saúde.

Os autores definem o sistema integrado de saúde, neste estudo, como uma organização que, através de propriedade comum ou arranjo formal, alinha vertical e horizontalmente as unidades, serviços e programas de saúde para ofertar um *continuum* coordenado de atenção a uma população geograficamente definida e que deve ser clinicamente e (para melhorar a qualidade da atenção) e financeiramente responsável (para diminuir custos), de modo a melhorar o nível de saúde dessa população.

Na literatura se encontram casos de sucessos e falhas nos sistemas integrados de saúde, ainda que as análises de grande número de casos sejam poucas. Não obstante, a literatura mostra que os sistemas mais integrados apresentam maior potencial de prover um *continuum* coordenado de cuidados, apresentam maior eficiência hospitalar e maiores rendas auferidas. Dentre os fatores-chave para a integração têm sido mencionados: a integração de processos e serviços, a estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado aos pacientes, os sistemas de informação, a integração clínica, a liderança médica e o trabalho em grupos.

Para verificar a integração em hospitais os autores fixaram-se em seis dimensões integrativas: integração informacional, gestão de casos, integração médico/hospitalar, integração para frente, integração para trás e oferta de serviços de alta tecnologia. Os resultados mostraram que cinco das seis formas de integração estavam associadas positivamente com a eficiência hospitalar e que, na prática, devem ser usadas de forma combinada.

Barns e Pauly (2002) analisam as formas e os resultados da integração horizontal e vertical de hospitais americanos. As lições aprendidas são várias. Ritmos de integração muito rápidos são negativos e podem resultar em perdas econômicas; estudos mostram que algumas integrações produzem efeito sete anos depois de realizadas. A integração focada na estrutura, tal como tem sido feita, determina poucos resultados. É fundamental a integração concomitante dos processos, especialmente a integração clínica. Há uma desconfiância, por parte dos consumidores e dos financiadores do sistema de que a integração hospitalar aumenta o poder de barganha desse pólo da atenção à saúde.

Com base nos achados os autores sugerem algumas saídas para a integração dos serviços de saúde.

Uma primeira alternativa é integrar os serviços relativos às doenças crônicas e aos procedimentos de alto custo. Isso significa desenvolver duas áreas de coordenação da atenção: a gestão de casos para pacientes com alto risco e gestão de patologia para os pacientes com uma única patologia. Há evidência de que esse tipo de programa reduz 50% os custos de hospitalização e as taxas de hospitalização. Uma segunda alternativa é a integração, via tecnologia de informação, o que envolve prontuários eletrônicos, dispensação eletrônica de medicamentos, imagem digital, monitoramento a distância de pacientes e cirurgia robótica. A integração dos prontuários clínicos, a prescrição *on line* de medicamentos e a leitura de imagens arquivadas, aumentam a eficiência dos hospitais que as adotam. Por isso, começam a surgir experiências de hospitais digitais. Uma terceira alternativa consiste no empoderamento dos pacientes criando incentivos que os transformem nos seus *gatekeepers*. Para isso é fundamental que os prontuários clínicos informatizados sejam de propriedade dos pacientes e contenham toda sua história clínica. Muda-se da versão mais comum de prontuário clínico centrado no prestador dos serviços para o prontuário clínico centrado no paciente. Além disso, a sistema de referência ao cuidado especializado é de responsabilidade dos próprios pacientes.

Myniard (2003) estuda as redes em comunidades rurais. Desde 1996, 19 redes de atenção à saúde cobrindo 117 localidades rurais foram desenvolvidas. Isso ocorreu pela parceria entre as autoridades nacionais e estaduais numa estratégia de longo prazo. A estratégia alavancou recursos e promoveu mudanças profundas com esforços em assistência técnica e financiamento comunitário. Essa estratégia envolveu: uma clara definição da missão e de visão, investimentos em parceria e cooperação técnica. A estratégia fez-se em fases: diagnóstico local, provisão de cooperação técnica e desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde que envolvia serviços comuns a várias localidades. Os resultados foram positivos em relação à formação de redes e à performance das redes. No futuro as avaliações se concentrarão na equidade, com ênfase na eliminação dos não segurados.

Lee, Alexander e Bazzoli (2003) se perguntam se à medida que os hospitais americanos se concentraram em redes, se isso não significaria uma redução de suas capacidades de respostas às necessidades das comunidades. Esta pesquisa buscou responder a esta questão.

Os resultados demonstraram que, salvo poucas exceções, os hospitais em redes responderam melhor às necessidades das comunidades que os outros hospitais no sistema *Medicaid*. Os hospitais organizados em redes tenderam a prestar mais serviços comunitários que os não organizados em redes. Pesquisas futuras deverão esclarecer se isso se deve à habilidade das redes de construir uma plataforma que permite uma melhor comunicação entre os componentes do sistema.

Palmer e Somers (2005) fundamentam seu trabalho no conceito de revolução da longevidade que significará que a população de idosos americana duplicará em 2030, o que solicitará um incremento da atenção de longa duração.

Para enfrentar esse desafio analisaram-se vários projetos que adotaram estratégias de integração da atenção e definiram-se as lições aprendidas e que deverão nortear o apoio a futuros projetos: integração das agências federais e estaduais; utilização de mecanismos de pagamento por capitação com ajuste de riscos; adoção de programas de qualidade para proteger, manter e melhorar os resultados sanitários e a satisfação dos usuários; ênfase na autonomia dos usuários; integração com os serviços sociais; utilização de equipe multidisciplinar; e foco nas necessidades dos usuários.

A conclusão do trabalho é que os programas de atenção integrada representam uma nova e importante oportunidade para obterem-se melhores resultados sanitários e maiores custo/efetividades para esse grupo de pacientes de alto custo num sistema de saúde.

Enthoven e Tollen (2005) dizem que, em geral, há uma concordância de que o modelo corrente de atenção à saúde nos Estados Unidos, baseado na competição, não está funcionando. Os custos continuam se elevando num patamar de dois dígitos e a qualidade está longe de ser ótima. Uma solução que vem sendo cogitada está em eliminar as redes de prestadores e encorajar os consumidores a se informarem melhor e se tornarem financeiramente mais responsáveis, de tal forma que se capacitem a escolher o melhor prestador para cada condição. Os autores argumentam que esta solução levará o mercado de saúde americano a uma maior fragmentação e à falta de coordenação na prestação dos serviços de saúde e isso será desastroso. Ao contrário, o que se deve fazer é encorajar a formação de sistemas integrados de saúde, com incentivos para grupos de profissionais proverem atenção à saúde coordenada, eficiente, baseada em evidências e com forte suporte em tecnologia da informação. Isso levará a um sistema mais eficiente e de melhor qualidade.

Os autores defendem a idéia do Instituto de Medicina (**Institute of Medicine, 2001**), no seu clássico trabalho o abismo da qualidade, de que a reforma da saúde nos Estados Unidos deverá ser feita nos sistemas de saúde. E aduzem, no sentido da implantação de sistemas integrados de saúde, assim descritos: prestadores de serviços escolhidos e treinados cuidadosamente e proficientes nos diagnósticos e tratamentos necessários aos pacientes; suportados por procedimentos baseados em evidências que reduzam as variabilidades e melhorem a qualidade; manejados por equipes de saúde que compartilhem objetivos; com capacidade de coordenar o cuidado através de um *continuum* de atenção; com práticas sustentadas por diretrizes clínicas baseadas em evidências; com tecnologias eficientes e seguras; e um sistema financeiramente saudável.

Estes sistemas integrados vão caracterizar-se por: processos que assegurem o cuidado apropriado; um amplo espectro de serviços coordenados; uso de prontuários clínicos integrados e compartilhados; e habilidade de aumentar a eficiência em larga escala. O pagamento per capita prospectivo alinha os interesses do sistema com o dos pacientes. A atenção apropriada significa a atenção certa, para a pessoa certa, no lugar certo e no tempo certo. O lugar certo da competição que irá incrementar a eficiência é no nível dos sistemas integrados e não entre planos ofertados por organizações de manutenção de saúde.

4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA EUROPA

Dawson (1964) foi autor da primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, ainda na década de 20, contida no denominado Relatório Dawson. Este relatório é identificado como um marco inicial para as redes de atenção à saúde. Nele se diz que disponibilidade de serviços só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e dos profissionais de saúde. A medicina preventiva e curativa não podem ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido, pois todos os planos de serviços devem ser estreitamente coordenados. Devem ser colocadas na esfera do médico generalista funções que abrangem as ações sobre o indivíduo e sobre a comunidade. O plano de serviços deve ser acessível a todas as classes da comunidade e abranger todos os serviços médicos necessários para a saúde da população. Os serviços para as famílias devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis se desfrute das vantagens das melhores técnicas disponíveis. As recomendações do relatório não foram adotadas imediatamente, mas foram adaptadas e implementadas na Inglaterra, em 1948, como modelo de atenção do Serviço Nacional de Saúde.

Saltman e Figueras (1997) examinam, num livro, as estratégias de reforma do setor saúde na Europa, mas dedica um capítulo à reorganização das relações entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Essas mudanças são denominadas, em geral, de processo de substituição. São determinadas por vários fatores: pela contenção de custos; pelas variações da demanda decorrentes de mudanças demográficas e epidemiológicas; e pelo processo de inovação tecnológica. Em particular, há um crescente questionamento sobre o papel dos hospitais nos sistemas de saúde.

O processo de substituição é determinado por mudanças nos padrões organizacionais e de intervenção observados no campo da saúde. Uma tipologia útil de substituições divide-as em quatro categorias: pela mudança do local em que o cuidado é prestado, mudanças locacionais (do centro cirúrgico para a unidade ambulatorial); pela introdução de nova tecnologia, mudanças tecnológicas (a introdução de uma nova vacina); e a mudança de recursos humanos, mudanças de habilidades (delegação de tarefas do especialista para os médicos de família); e uma combinação dessas categorias, mudanças mistas. As vantagens da adoção dos processos de substituição nos sistemas de saúde são muitas: melhoria da clínica, maior eficiência, melhor manejo de certas doenças e maior satisfação dos pacientes.

Os processos de substituição incidem fortemente sobre a organização hospitalar. Os hospitais consomem, em média, de 45% a 75% dos recursos de um sistema de saúde e, isso, determina discussões sobre como tornar a atenção hospitalar mais custo/efetiva. O que está resultando em menos hospitais, com maiores escalas. Como conseqüência, o número de leitos hospitalares está caindo significativamente nos anos recentes na Europa Ocidental; eles caíram de 10,7 leitos por mil habitantes em 1980 para 7,8 leitos por mil habitantes em 1994. As razões dessa queda estão numa combinação de medidas de contenção de custos, mudanças nos processos de tratamento das doenças e mudanças nos papéis da atenção primária à saúde e na assistência social. Uma redução das taxas de permanência hospitalar se observa e decorre de alterações no manejo dos pacientes, na introdução de tecnologias como cirurgias não invasivas e no processo de substituição que permite tirar os pacientes dos hospitais e levá-los a outros pontos de atenção à saúde. O processo de substituição hospitalar envolve um conjunto de estratégias: uso intensivo de hospital/dia; introdução de tecnologias minimamente invasivas; melhoria da qualidade da atenção primária à saúde que leve à redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; introdução das tecnologias de gestão da clínica nos hospitais; melhoria da atenção domiciliar; aprimoramento do sistema de altas hospitalares com altas para pacientes que não se beneficiam do cuidado hospitalar; melhor coordenação entre as ações e saúde e assistência social; e utilização de tecnologias de revisão de uso.

O processo de substituição hospitalar tem levado os decisores a se confrontarem com o dilema: fechar hospitais ou leitos hospitalares. As evidências mostram que o correto é fechar hospitais desnecessários. As razões são: 30% dos custos de um hospital estão associados aos edifícios e outros custos fixos; e o fechamento de leitos não tem impacto econômico e diminui a moral dos trabalhadores. Mas o fechamento de hospitais é uma questão política muito sensível em qualquer lugar.

Para **Edwards, Hensher e Werneke (1998)** a atenção hospitalar consome de 45 a 75% dos recursos dos sistemas de saúde europeus e vários países buscam reduzir esses gastos. Isso gerou um movimento de mudanças radicais nos hospitais europeus.

As razões para essas mudanças foram: a incorporação constante de novas tecnologias, a percepção do valor das economias de escala e de escopo nos hospitais e as pressões de custos da atenção hospitalar sobre os sistemas de saúde. Essas mudanças fizeram -se no sentido de diminuir o número de hospitais, num processo de concentração da atenção em menos hospitais com mais leitos, provendo tecnologia mais densa a cuidados agudos, com suporte numa atenção primária de maior qualidade e em unidades hospitalares sub-agudas similares aos centros de enfermagem. Como resultado desse movimento, em quase todos os países da Europa Ocidental, o número de leitos por habitante para cuidados agudos caiu, ainda que não tenha diminuído, proporcionalmente, os gastos com cuidados hospitalares agudos. Da mesma forma, houve uma tendência para um aumento nas taxas de internação hospitalar e uma queda nas taxas médias de permanência.

Deram-se ações no sentido de aumentar a eficiência da rede hospitalar. Uma importante foi a introdução de mecanismos de orçamentos globais, articulada com incentivos para a produção de resultados. Outras ações importantes foram aquelas relativas à melhoria da gestão, entre as quais se destacaram: terceirização de serviços de suporte e desenvolvimento de tecnologias como *benchmarking*, reengenharia de processos, programas de qualidade e contratos internos. Outras ações importantes foram a introdução dos hospitais/dia e das cirurgias minimamente invasivas, o que mudou a função de produção dos hospitais com ambulatorização de cirurgias e cuidados comunitários.

As mudanças de racionalização das internações hospitalares, na realidade, expressam uma concepção que transcende os hospitais e leva à idéia de redes de atenção saúde, já que se fizeram em três espaços correlacionados: na atenção primária à saúde, nos cuidados especializados secundários e na atenção hospitalar. Assim, a base dessa mudança está na expansão do escopo das ações da atenção primária à saúde. Cada vez mais ações de atenção secundária estão sendo delegadas à atenção primária à saúde, em função do desenvolvimento de tecnologias de menor densidade e com preços relativos menores. Um impacto imediato é a redução das condições sensíveis à atenção ambulatorial pela melhoria da qualidade da atenção primária à saúde. Um segundo movimento dessa mudança é aumentar o escopo das ações de atenção secundária ambulatorial. Isso acontece pelos avanços tecnológicos e se expressa, por exemplo, na expansão das cirurgias ambulatoriais. Por fim, um terceiro movimento está na criação de alternativas para as internações como a atenção domiciliar terapêutica, as internações domiciliares, os centros de enfermagem e centros de assistência social.

Essas mudanças potenciam-se quando feitas em conjunto com a introdução das tecnologias de revisão de utilização (revisão prospectiva, concomitante e retrospectiva) e com programas de melhoria das altas hospitalares. Estas últimas visam a evitar que pacientes que não se beneficiem das internações hospitalares continuem internados.

O futuro dos hospitais está sendo definido pela evolução tecnológica em saúde: medicina genômica, tecnologias minimamente invasivas e sistemas de informação potentes

permitirão o diagnóstico remoto, a expansão do autocuidado e os tratamentos remotos. Isso terá impacto sobre o parque hospitalar: hospitais maiores, mais concentrados, servindo a grandes populações e suportados por uma rede de atenção primária à saúde e por ambulatorios de atenção especializada. Ou seja, a constituição de redes de atenção à saúde.

Suñol et al. (1999) pretende desenvolver um modelo de integração assistencial na Espanha com base em evidências e num sistema de gestão. Parte-se de um plano de ação integrado definido como o conjunto de serviços integrados e longitudinais que afetam grupos de pacientes e cobrem necessidades de saúde de forma longitudinal e se baseia na coordenação dos profissionais para prestar a atenção onde ela seja mais eficiente e aceita. Este plano tem os seguintes objetivos: garantir a continuidade assistencial; lograr a colaboração dos profissionais na gestão clínica; aprofundar uma linguagem comum entre profissionais e gestores; melhorar a participação dos pacientes e suas famílias nas decisões; e melhorar a competitividade do sistema. Este plano de atenção desenvolve-se nas seguintes fases: definição de uma carteira de serviços para os principais grupos de enfermidades, envolvendo ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e suporte ao paciente e sua família com apoio na medicina baseada em evidências (PAI); mudança na gestão para funcionamento do sistema integrado; publicizar o conteúdo do PAI como compromisso ao cidadão; implantar o conteúdo do PAI em todas as unidades do sistema e avaliar o grau de seu cumprimento.

A identificação das doenças suscetíveis de entrar no PAI fez-se pela morbidade ambulatorial e hospitalar. Para configurar cada PAI se adotou a história natural da doença. O sistema de elaboração do conteúdo do PAI envolveu um grupo de trabalho com experiência clínica em atenção primária especializada e sócio-sanitária e especialistas em epidemiologia e gestão. Esses grupos revisaram as experiências de gestão de patologias e de atenção compartilhada existentes na literatura. O sistema de gestão foi proposto pelo grupo com base em experiências mostradas na literatura. Identificaram-se 21 PAI's que afetavam, pelo menos, dois níveis de atenção. O sistema de elaboração dos programas de atenção dos PAI's tinha seis etapas: a atenção à população sadia (prevenção primária); a atenção aos fatores de risco (prevenção secundária); o diagnóstico e primeiro tratamento; fase inicial ou leve (tratamento e seguimento); fase avançada (tratamento e seguimento); fase muito avançada e terminal (palição).

O sistema de gestão desenvolvido contemplou duas áreas de responsabilidade: operativa e assistencial. A gerência operativa tem responsabilidade sobre os centros sanitários, os seus dirigentes e os recursos utilizados para atender aos pacientes. A gerência assistencial se configura ao redor das direções de níveis assistenciais (atenção primária, atenção especializada e atenção sócio-sanitária), assumindo responsabilidades sobre o funcionamento dos níveis assistenciais e a coordenação entre eles, relativos a cada PAI. Para que este sistema opere bem necessita de um sistema de informação que permita a consulta da guia clínica específica para cada enfermidade, o seguimento dos pacientes

para conhecer sua situação clínica em qualquer momento e o monitoramento e avaliação dos PAI's.

Micaleff (2000) analisa as redes de atenção à saúde pública na França. Essas redes são recentes e constituem uma importante evolução do sistema de saúde francês que articula serviços e se volta do cuidado agudo para o cuidado crônico. Elas se iniciaram nos anos 90 para HIV/AIDS, drogadição, diabetes, hepatite C etc.

As redes de atenção à saúde pública caracterizam-se por: atores previamente definidos como médicos generalistas e especialistas, paramédicos, trabalhadores sociais etc.; trabalho multidisciplinar visando a um objetivo comum; interatividade sinérgica dos diferentes atores participantes; as características da patologia, especialmente doenças crônicas; uma área geográfica definida; o compartilhamento do sistema de informação; o foco no paciente; e a melhoria da trajetória do paciente na rede de atenção.

A introdução das redes de atenção à saúde pública tem encontrado limites na França. Um limite ideológico pela desconfiança de sua origem na atenção gerenciada americana; um limite cultural pela tradição do trabalho fragmentado no sistema tradicional; e um limite financeiro pela necessidade de superar o pagamento por unidades de serviços.

A Agência Nacional de Acreditação e Avaliação em Saúde coloca seis questões que devem ser respondidas na avaliação das redes de atenção à saúde: a rede atinge seus objetivos? Quais os seus resultados e a qualidade da atenção? As pessoas envolvidas estão satisfeitas? Qual é o aporte específico da rede nos resultados obtidos? Quais os custos das redes? Quais são os efeitos indiretos, positivos e negativos, induzidos pelas redes?

A conclusão é que as redes de atenção à saúde pública devem ser continuadas na França, mas mais pesquisas devem ser feitas sobre elas, especialmente pesquisas clínicas.

Drury (2001) trata da implantação de registros eletrônicos no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, algo que surge em decorrência do processo de modernização dos serviços públicos através da estratégia de governo eletrônico.

No sistema inglês a atenção primária é coordenadora da atenção nos diferentes níveis. Para facilitar esse trabalho foram desenvolvidos os *National Services Frameworks* para câncer, doenças coronarianas, saúde mental e outros, com apoio na medicina baseada em evidência e para integrar o cuidado nos diversos níveis de atenção. Mas para que essa integração se produza parte-se da necessidade de um governo eletrônico suportado por moderna concepção e estrutura de tecnologia da informação.

Há duas categorias e registros eletrônicos: o registro eletrônico do paciente e o registro eletrônico da saúde. O registro eletrônico do paciente é um registro institucional relativo a um paciente e deve estar disponível em qualquer ponto de atenção. Em 2005, todos os hospitais de agudos devem oferecer um sistema integrado de administração e de serviços de patologia clínica, radiologia, farmácia e outros serviços especializados, articulados com a internação, a prescrição eletrônica e as linhas de cuidado. Para opor-se ao risco da fragmentação da informação se utiliza o registro eletrônico da saúde que contém todas as informações para cada paciente de todas as unidades de atenção. Esses registros integram as evidências relativas ao problema de um paciente em atendimento.

Uma experiência piloto foi feita na Comunidade de Saúde de Bradford e envolveu o registro eletrônico de saúde para 67 médicos gerais que atendiam 200 mil pacientes. Esse prontuário tinham *links* com os serviços de ambulância, para o serviço ambulatorial fora de hora, para o *NHS Direct*, para serviços de atenção ao diabetes etc. O registro é de propriedade do paciente e pode ser cessado onde o paciente esteja sendo atendido. O paciente controla o acesso ao registro, menos em casos de emergência com risco de vida.

A experiência sugere que os cartões inteligentes (*smart cards*) como repositórios dos registros têm aplicação limitada; estes cartões são úteis na identificação e no controle do acesso.

Hildebrandt e Rippman (2001) estudam as redes de atenção à saúde na Alemanha. O trabalho começa com um diagnóstico da fragmentação do sistema de saúde alemão que causa os seguintes problemas: incomunicação entre os diferentes níveis do sistema; oferta duplicada de serviços incrementando os custos; e ausência de incentivos para as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças.

Para enfrentar estes problemas, nos últimos anos, desenvolveram-se algumas experiências de integração que envolveram: integração horizontal de alguns serviços e desenvolvimento de redes de hospitais; e integração vertical entre médicos de família e centros de enfermagem e entre cuidado agudo e de longa duração.

A partir de janeiro de 2000, a legislação sanitária alemã induz a constituição de sistemas integrados de saúde caracterizados por: integração médica e econômica dos serviços; integração dos serviços hospitalares, ambulatoriais, farmacêuticos, fisioterápicos e de enfermagem; orientação desses serviços na perspectiva da continuidade dos cuidados; e orientação dos incentivos para as ações promocionais e preventivas. Contudo, a implantação dos sistemas integrados de saúde defronta-se com problemas: a dificuldade dos gestores e dos profissionais de saúde de abandonarem uma visão restrita de eventos para adotar uma visão ampla de processo; as dúvidas sobre as evidências na promoção da saúde; dificuldades de definir um sistema de capitação ajustada; questões legais; e dificuldades de integração dos sistemas de informação.

Um ano depois da lei que incentiva a organização de sistemas integrados de saúde nenhuma experiência prática relevante foi adotada. Um conflito entre os fundos de doença (*sickness funds*) e propostas de redes regionalizadas têm obstaculizado o processo de integração.

Kahssay (2001) se foca na integração da atenção nos centros de saúde de atenção primária à saúde.

O conceito de integração da atenção é a colocação junta de insumos, processos, gestão e organização dos serviços relacionados com diagnóstico, tratamento, cuidado, reabilitação e promoção da saúde. A integração é o meio para se acessarem serviços de qualidade, eficientes e satisfatórios para os usuários. Com base nesta definição, a integração da atenção não é o desaparecimento dos programas, nem a colaboração entre eles.

Os centros de saúde são definidos como os equipamentos avançados de promoção e proteção da saúde, bem como de tratamento e de reabilitação num sistema local ou distrital de saúde com um certo grau de autoconfiança e autoridade.

Para que a integração da atenção se dê, algumas características são necessárias nos centros de saúde: uma vocação comunitária, com população definida de responsabilidade num território sanitário, com capacidade de diálogo com a comunidade e outros setores e com flexibilidade para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população; operação por equipes multidisciplinares; com foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; com acesso a redes de atenção à saúde e a redes de suporte social; e com capacidade de prestar serviços eficientes e de qualidade.

Contudo, há muitos fatores dificultadores de uma atenção integrada nos centros de saúde: baixa credibilidade desses centros; inadequação dos insumos e de suporte técnico e gerencial; má compreensão de seu papel; baixa auto-estima dos profissionais; e baixa resolutividade. Isso deverá ser superado por um conjunto de medidas nos centros de saúde: reconhecimento da importância de seu papel numa rede; sistema de incentivos para os trabalhadores; valorização dos recursos comunitários; processos de planejamento, monitoramento e avaliação locais; capacidade de pesquisa e desenvolvimento; e aumento dos recursos para a atenção primária.

Niinimaki e Reponen (2001) analisam a telemedicina da Finlândia.

A Finlândia é um país de população esparsa e isso justifica a introdução da telemedicina. Além disso, é o país líder no mundo em desenvolvimento da telecomunicação e dispõe de excelente rede.

A telemedicina é definida como um guarda-chuva que abriga qualquer atividade médica envolvendo um elemento de distância. Do ponto de vista do autor, o termo que poderia ser denominado de e-saúde ou de telesaúde, é amplo e pode envolver todos os sistemas de informação e de tecnologia de informação, tais como prontuários eletrônicos, consultas médicas por teleconferências e monitoramento de idosos à distância. O autor manifesta a idéia de que a ferramenta mais importante num sistema integrado de saúde é o prontuário eletrônico do paciente e relata experiência neste campo no seu país.

A conclusão é de que a telemedicina tornou-se uma política nacional que contribui fortemente para integração do sistema de saúde. O problema da integração finlandesa não é técnico, mas legal. Há legislações específicas para a atenção primária e para a atenção especializada, o que dificulta integração do sistema.

Warner (2001) faz um diagnóstico da situação de saúde europeia. Os problemas dos sistemas de saúde europeus contemporâneos são: duplicação de atividades que geram ineficiências; o consumismo sanitário está pressionando cada vez mais os recursos escassos dos sistemas; e o incremento da fragmentação leva a problemas de qualidade. Para superar isso, propõe-se a organização de sistemas integrados de saúde, entendidos como um conjunto de produtos e serviços coerentes, providos por agências cooperativas locais ou regionais de saúde. A coerência dos produtos e serviços deve ser percebida pelos pacientes e pelos prestadores de serviços e a cooperação implica a eliminação dos elementos competitivos, substituídos por um compartilhamento de informações e integração dos serviços.

As ações de integração da atenção à saúde podem ser entendidas como coordenadas, mas seu conceito central está na cadeia de atenção (*care chain*). Em nove países estudados, cinco (Reino Unido, Suécia, Canadá, Estados Unidos e Holanda) introduziram as cadeias de atenção; quatro não o fizeram (Alemanha, Áustria, Bélgica e Dinamarca).

Os fatores críticos para o sucesso da implantação das cadeias de atenção são: cobertura de mais de uma enfermidade; atenção centrada nos pacientes; controle ativo dos fluxos dos pacientes; sistema logístico articulado pelos interesses dos pacientes; gestão de casos; sistemas de informação e comunicação integrados; entrada única na cadeia; ausência de barreiras econômicas; e todos os serviços sob a mesma gestão.

Historicamente, os sistemas de saúde europeus têm sido orientados pela atenção hospitalar aguda. É preciso superar essa visão hospitalocêntrica por uma visão centrada nas necessidades de saúde dos pacientes, a ser respondida por uma rede de atenção à saúde.

O grau de integração pode ser diagnosticado por uma matriz de dupla entrada onde, numa dimensão, colocam-se os serviços (saúde mental, incapacidade física, HIV/AIDS, Drogadição, Cuidado paliativo etc.) e, noutra, as áreas críticas para a integração (planejamento estratégico, pactos escritos, gerência e coordenação, avaliação, prestação

de serviços e monitoramento). Com base nesta matriz, elabora-se uma análise situacional e propõe-se intervenções com diferentes graus de integração: comunicação, coordenação, colaboração, consorciamento e combinação.

Uma outra forma de integração é a reorganização virtual que é particularmente útil para as ações intersetoriais que envolvem uma coordenação de várias agências em diferentes campos como educação, meio-ambiente, pobreza, trabalho, habitação etc.

A conclusão é que a integração só pode ser feita conseqüentemente se tiver seu centro nos clientes ou nos pacientes.

Healy e McKee (2002a) tratam da evolução dos hospitais que, especialmente nas décadas mais recentes, tem a ver com a introdução do conceito de redes de atenção à saúde. Há uma tendência, nos países europeus de reduzir o número de hospitais e de leitos, mas sem uma correspondente redução nas internações por habitantes. Mas é um movimento muito menos forte que o dos Estados Unidos, onde o processo de fusão hospitalar chegou a atingir 250 casos por ano.

As razões para essas mudanças foram: políticas de contenção de custos, políticas de desospitalização em saúde mental e nos idosos que requerem cuidados de longa duração e uma reengenharia do sistema de atenção hospitalar aos casos agudos, com fechamento de hospitais muito pequenos e muito grandes, acompanhado por ambulatorização dos cuidados.

O movimento de diminuição da capacidade hospitalar fez-se mais através de fechamento de leitos do que de hospitais. A Alemanha fechou 7% de seus leitos entre 1991 e 1999, mas não fechou hospitais. Alguns países fecharam hospitais. A Inglaterra e a Irlanda fecharam 1/3 de seus hospitais entre 1980 e o início dos anos 90. A Bélgica definiu, por lei, que os hospitais deveriam ter, no mínimo, 150 leitos, o que levou ao fechamento de pequenos hospitais. Na Dinamarca houve um processo de fusão de pequenos hospitais dos *counties* em unidades maiores. Na França, um plano estratégico previu uma redução de 4,7% dos leitos hospitalares destinados a cuidados a casos agudos. As lições aprendidas da experiência europeia de reengenharia hospitalar mostram que ela é mais eficaz quando integra um plano estratégico e que o processo de fusão deve preceder o de fechamento dos hospitais.

Ao contrário, onde foram implantadas políticas de mercado, com competição entre os hospitais e maior autonomia, esse movimento de *rightsizing* hospitalar não funcionou, já que predominava uma visão interna e corporativa dos gerentes hospitalares.

Healy e McKee (2002b), numa referência indireta à idéia de redes de atenção à saúde, dividem os hospitais em três níveis: hospitais terciários, hospitais secundários ou distritais e hospitais comunitários.

Os hospitais terciários são aqueles que recebem pacientes dos dois outros níveis e que oferecem os procedimentos tecnológicos de maior densidade. Esses hospitais, em geral, realizam pesquisas médicas e, muitas vezes, são hospitais de ensino. Sua existência se justifica pela premissa de que os recursos humanos e materiais nele despendidos são de alta densidade tecnológica e são escassos e necessitam de ser concentrados em unidades mais centralizadas às quais os pacientes são referidos.

Os hospitais secundários devem servir a uma população entre 150 mil a 1 milhão de habitantes e oferecer procedimentos tecnológicos de média densidade. Esses hospitais devem ter de 200 a 600 leitos e devem ofertar procedimentos de internação, cirúrgicos, ambulatoriais, de hospital/dia e emergências. Eles incluem, no mínimo, os serviços de clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia e ginecologia, com suporte de serviços de imagem e de patologia clínica. O debate sobre o tamanho ótimo desses hospitais está aberto, mas há um certo consenso de que deveriam ser estruturados para atender a uma população mínima de 150 mil pessoas.

Os hospitais comunitários são unidades pequenas, de menos de 50 leitos, que provêm serviços básicos de diagnóstico, cirurgia menor e atenção a pacientes que necessitam de cuidados de enfermagem. Geralmente estão presentes em áreas de baixa densidade demográfica e de longas distâncias aos centros urbanos. Muitos países, com o Canadá e Austrália, dadas as deseconomias de escala que produzem, fecharam esses pequenos hospitais. Muitos outros, os converteram em centros de enfermagem (*nursing homes*). Recentemente, tem-se indicado estes hospitais como apoio a pacientes em convalescença depois da alta em hospitais terciários ou secundários, para cuidados intensivos de enfermagem, para reabilitação e para cuidado dos idosos. De qualquer forma, a sua presença aumenta em mais de 15% as taxas de internação hospitalar.

Feachem, Sekhri e White (2002) produzem um trabalho polêmico que compara o sistema de saúde do Reino Unido com um sistema privado americano a *Kaiser Permanent* que opera com sistema integrado de saúde. Os resultados apontam para uma performance melhor da organização americana em relação ao sistema público inglês, o que é contraditado por vários autores ingleses (Letters, 2002).

A *Kaiser Permanente* atende 8,2 milhões de pessoas, através de um sistema integrado: a empresa tem seus próprios ambulatorios e hospitais, seus médicos de família e seus especialistas são assalariados, há comunicação entre os níveis do sistema, há uma oferta integral de serviços, as políticas de assistência farmacêutica são muito próximas do sistema inglês; e a composição etária da população alvo é muito semelhante à inglesa.

Em termos de custos ajustados per capita, o sistema inglês custa U\$ 1.764,00 e o da *Kaiser Permanente* US\$ 1.959,00, valores muito próximos. A atenção primária à saúde no Reino Unido é provida por médicos generalistas e na *Kaiser* por médicos generalistas, pediatras, obstetras e clínicos gerais. A atenção primária à saúde na *Kaiser* é provida por grupos de 5 a 40 médicos com apoio de enfermeiros e tem suporte local de laboratório de

patologia clínica, imagem e farmácia, o que não é regra no Reino Unido. Os leitos/dia por mil é de 1000 para o Reino Unido e de 270 na *Kaiser*. A taxa de permanência média é de 5 dias no Reino Unido e de 3,9 dias na *Kaiser*. O tempo para acessar um médico de atenção primária é de menos de 48 horas no Reino Unido e de menos de 7 dias na *Kaiser*. O tempo da consulta médica é de 8,8 minutos no Reino Unido e de 10 a 20 minutos na *Kaiser*. O tempo de espera para uma consulta com especialista é de 5 semanas no Reino Unido e de menos de 2 semanas na *Kaiser*. O tempo de espera para cirurgia eletiva é de 7 semanas no Reino Unido e de menos de 13 semanas na *Kaiser*. As coberturas vacinais são semelhantes. A cobertura de mamografias é maior na *Kaiser* e o preventivo de câncer de colo de útero é maior no Reino Unido. A oferta de exame oftalmológico em portadores de diabetes é maior na *Kaiser*, bem como a oferta de cirurgias de revascularização do miocárdio.

As conclusões do estudo são: os custos dos dois sistemas são muito próximos, mas a performance da *Kaiser* é melhor no acesso aos especialistas e nos tempos de espera para a maior parte dos serviços, especialmente, hospitalares. As explicações são: o sistema *Kaiser* alcançou um grau de integração maior que o sistema público do Reino Unido, com coordenação entre gestores e profissionais, com programas de gestão de patologia para portadores de doenças crônicas e com construção de redes de atenção que propiciam a continuidade do cuidado; essas redes permitem tratar os pacientes nos pontos de atenção mais custo-efetivos; a liberdade de escolha dos pacientes num sistema competitivo tende a aumentar a eficiência; e a *Kaiser* utiliza extensivamente as tecnologias de informação, 2% de seu orçamento contra 0,5% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde.

Fernandez (2003) discute o sistema de saúde da Espanha.

O trabalho começa com um diagnóstico do sistema. Os principais problemas têm a ver com a demora na prestação dos serviços, a falta de apoio dos profissionais de saúde aos usuários para cuidar de sua saúde, a fragmentação da atenção, a falta de serviços adequadamente desenhados e coordenados para resolver os problemas das patologias mais prevalentes e o problema da sustentabilidade financeira. Por isso, os critérios de excelência devem ser a continuidade dos cuidados, o custo/efetividade da atenção ao longo do *continuum* assistencial, o desenvolvimento de serviços adaptados às necessidades concretas dos pacientes com base em ações preventivas, a autonomia dos pacientes, o afastamento dos cuidados inadequados, a prestação de contas sobre os resultados sanitários, a garantia da qualidade dos serviços, a coordenação assistencial e a cooperação pública e privada.

As respostas a estes desafios implicam um redesenho completo do sistema de saúde. Só uma abordagem sistêmica irá resolver os problemas sanitários, vez que as políticas parciais acabam por serem absorvidas pela inércia. Por isso, o sistema de saúde deve estar alinhado nos seus eixos (estratégia e resultados, processos, incentivos, cultura e liderança e conhecimentos e habilidades), o que significa que só haverá saída num

alinhamento sistêmico. E esse alinhamento sistêmico tem sido buscado, em vários países, na forma de sistemas integrados de saúde.

Os sistemas integrados se diferenciam dos sistemas tradicionais conforme a tabela abaixo

CARACTERÍSTICA	SISTEMA TRADICIONAL	SISTEMA INTEGRADO
Racionalização dos serviços	Dirigida pelos objetivos parciais dos diferentes serviços Resultados não medidos	Dirigida pela melhoria da saúde de uma população Resultados clínicos e econômicos medidos
Oferta de serviços	Fragmentada Demora na resolução dos problemas Orientada a resolução dos problemas Agudos Hospitalocentrismo	Ampla oferta de serviços coordenada e adaptada aos pacientes Grande desenvolvimento dos serviços intermediários Atenção primária como centro de responsabilidade sobre os pacientes e sobre a alocação financeira
Modelo de atenção	Reativo, espera de que a doença se manifeste e que os pacientes demandem a atenção. O paciente cumpre um papel passivo na atenção	Proativo, Promoção da saúde, prevenção e antecipação dos problemas. Ênfase nas intervenções promocionais, preventivas, no autocuidado e na mudança de comportamentos que afetam a saúde.
Processo de atenção	Prevalece a decisão individual ou a decisão baseada em protocolos, mas isoladamente entro e cada serviço.	Planos de atenção globais e específicos para cada grupo de pacientes com necessidades similares (gestão de patologia) Gestão individualizada para os pacientes de alto risco (gestão de casos) em todo o <i>continuum de atenção</i>
Financiamento	Financiamento por pontos de atenção à saúde isolados Financiamento baseado no volume de produção	Financiamento global à rede de serviços Financiamento baseado nas necessidades da população adscrita

Incentivos e distribuição dos recursos	Recursos separados por pontos de atenção isolados Distribuição dos recursos baseada na capacidade de pressão gerencial ou profissional	Incentivos e riscos compartilhados na rede Distribuição dos recursos baseadas em custo/efetividade
Racionalização dos serviços	Contenção de custos por tipos de gasto Tolerância com a multiplicidade de serviços	Baseada na substituição dos cuidados Custo/efetividade ao longo do <i>continuum</i> assistencial
Estrutura organizativa	Estrutura em nichos isolados Alguns processos de integração horizontal em hospitais. Competição entre unidades da mesma rede Estrutura igual em todo território	Integração vertical e constituição de alianças Integração horizontal com ganhos de escala e especialização Flexibilidade e heterogeneidade estruturais com homogeneidade de resultados
Organização do trabalho em pontos de atenção	Linhas hierárquicas, definição rígida de tarefas e conflitos corporativos.	Equipes multidisciplinares com autonomia de organização das tarefas Orientação para resultados
Papel da comunidade	Comunidade passiva e utilizada como cuidadora Escassa qualificação da demanda e capacidade de vocalização baixa	Participação na governança da rede Diálogo contínuo com a comunidade para a organização e desenho dos serviços
Relação público/privada	Competição e rivalidade Seleção baseada em preços	Cooperação público/privada Seleção baseada em relações de longo prazo
Informação e tecnologia de informação	Fragmentada e pouco acessível Orientada para a redução das tarefas administrativas e para a medição da produtividade de cada unidade separadamente	Compartilhada e aberta Caracterizada por amplas bases de dados clínicos que medem a qualidade e a efetividade da atenção ao longo da atenção Oferecem informação para <i>benchmarking</i> e para melhoria da qualidade

Avançar para criar esses sistemas integrados de saúde requer uma mudança profunda da organização assistencial, do sistema de financiamento e da distribuição dos recursos às unidades de saúde. Igualmente haverá que se mudar as estruturas gestoras dos serviços autônomos de saúde para reorientá-los à elaboração de planos de atenção específicos para atender às necessidades de saúde da população, para o monitoramento dos resultados sanitários da população e para o diálogo com as comunidades.

Peray (2003) analisa o modelo de integração em redes da Catalunha, Espanha, que se conforma através de níveis assistenciais: atenção primária, consulta especializada e hospitalização aguda básica, centros socio-sanitários e hospitais especializados.

A gestão integrada dos serviços envolve a integração horizontal feita através de colaboração assistencial, gestão conjunta e unificação de serviços e a integração vertical realizada por coordenação entre os níveis, gestão da continuidade assistencial e integração territorial dos recursos. A integração horizontal tem como objetivos: melhorar a eficiência por meio de economia de escala e de escopo; desenvolver e fortalecer o nível de atenção; redistribuir os fluxos permitindo um melhor acesso dos clientes; e evitar duplicidades melhorando a eficiência global. A integração vertical tem como objetivos: prover serviços que garantam a continuidade da atenção; melhorar a satisfação dos cidadãos que percebem que são tratados de forma integrada; melhorar a satisfação dos profissionais; melhorar a eficiência pela redistribuição dos recursos e atividades pela redução dos custos de transação; e melhorar a efetividade.

A integração vertical admite duas formas. A integração estrutural que implica a oferta de uma carteira de serviços necessários para manter e melhorar a saúde dos cidadãos e a integração funcional que se refere à coordenação dos fluxos dos pacientes entre os diferentes serviços. A integração vertical faz-se em diferentes âmbitos. No âmbito da capacidade resolutiva envolve: o emprego de médicos de família na atenção primária à saúde; a protocolização conjunta da atenção domiciliar; visitas conjuntas com médicos de família em pacientes hospitalizados; elaboração conjunta de protocolos para o manejo de eventos agudos. No âmbito dos sistemas de informação envolve: prontuários clínicos informatizados; rede *intranet* entre serviços com transmissão de agendas; e redes intranets para transmissão de resultados analíticos. No âmbito da acessibilidade envolve: acesso aos prontuários a partir de qualquer serviço; e relações estreitas entre os especialistas e os médicos de família. No âmbito organizacional envolve: elaboração de guia de serviços para que cada unidade se faça conhecer; e participação de médicos de família em serviços hospitalares.

A integração horizontal envolve: fusão de hospitais; contratação de serviços de apoio; coordenação dos laboratórios de patologia clínica; coordenação de unidades de imagem; elaboração de planos e programas conjuntos; elaboração de guias de coordenação entre

a atenção primária e atenção especializada; experiências de atenção longitudinal em algumas patologias; e história clínica única entre os diversos níveis.

Soler (2003) descreve uma experiência de integração horizontal de laboratórios de patologia clínica no Consórcio Hospitalar da Catalunha.

A situação encontrada era de 615 laboratórios que atendiam 8,9 milhões de pedidos de exames por ano, o que correspondia a 14.473 pedidos por laboratório. Isso significa uma escala muito baixa para processar exames com eficiência e qualidade. Por isso, criou-se o Laboratório de Referência da Catalunha, uma empresa de capital público, responsável pela gestão única dos laboratórios públicos, com os objetivos de otimização dos recursos e com capacidade de enfrentamento dos desafios do futuro. A estratégia adotada envolveu a construção de uma rede de laboratórios com unificação de critérios clínicos (protocolos), competitividade, acesso flexível a novas tecnologias e a novas técnicas, unificação e otimização de técnicas e das equipes e programa único de controle de qualidade com certificação ISO. A estratégia exigiu o desenvolvimento de contratos de gestão, a unificação do sistema de compras, a unificação de novas linhas diagnósticas, a interconexão da rede informática, a unificação de todos os programas informatizados, a criação de uma base única de dados e a realização centralizada de exames de alta complexidade.

Os resultados foram de um aumento de 700% no volume das atividades, de um aumento de 233% na produtividade e de uma diminuição de 15 a 20% no custo de cada exame realizado, a par da certificação ISO 9002 e um forte posicionamento no setor.

Giovanella (2004) examina o processo de construção de redes integradas de atenção à saúde na Alemanha. Neste país a integração é instituída como uma resposta ao problema da separação entre a atenção ambulatorial e hospitalar e se considera que a característica principal de um sistema integrado é a garantia da atenção coordenada para qualquer problema de saúde, por todo o percurso assistencial, desde a atenção primária até a reabilitação.

A necessidade da integração foi diagnosticada a partir do envelhecimento da população, da hegemonia das doenças crônicas e da prevalência de um sistema de saúde descoordenado, com separação nítida dos cuidados ambulatoriais e hospitalares, e voltado para os eventos agudos.

Medidas legislativas foram sendo implementadas em busca de maior integração: em 1998, reforçou-se o papel dos clínicos gerais como *gatekeepers*; em 2000, fortaleceu-se o médico de família com bônus aos pacientes que procurassem primeiramente esses profissionais, e as formas de integração da atenção, especialmente as tecnologias de gestão de patologia (*disease management*); em 2001, introduziram-se incentivos para diminuir a seleção de riscos em portadores de doenças crônicas, e em 2003, as regras

para a implantação das redes integradas de atenção foram estimuladas e os Fundos de Doença (*Sickness Funds*) foram obrigados a oferecer aos seus segurados, em todo território de abrangência, a possibilidade de terem acesso aos médicos generalistas.

Impulsionadas por pressões econômicas e por iniciativas legislativas e de prestadores, foram desenvolvidas novas estruturas organizacionais e modelos assistenciais, a partir da segunda metade dos anos 90: redes de consultórios médicos, modelo do clínico geral coordenador, programa de gestão de patologia e os programas de atenção integrada.

As redes de consultórios médicos foram iniciativas dos próprios prestadores articulando prestadores ambulatoriais, generalistas e especialistas, de determinada região, mas sem hierarquia entre eles. O modelo de clínico geral coordenador focalizou o papel do médico generalista na atenção à saúde e como *gatekeeper*. Houve uma experiência piloto e, a partir dela, uma segunda geração desse modelo em que se articularam médicos de família como coordenadores da atenção em uma rede mais ampla em que os seguros optam por se inscreverem. Para aumentar a adesão dos segurados ofertaram-se bônus com a contra-partida de se utilizar, sempre, o médico de família. Os programas de gestão de patologia voltaram-se às doenças crônicas. Seu foco situou-se no cuidado médico a partir da definição e aplicação de uma diretriz clínica e articulou a abordagem do cuidado clínico individual com o gerenciamento dos processos de atenção complexos para o conjunto dos portadores de determinada patologia, com os objetivos de melhoria da eficiência e da qualidade. As doenças escolhidas para a gestão de patologia foram diabetes do tipo II, câncer de mama, doença cardíaca coronariana e asma brônquica. O modelo da atenção integrada está relacionado a procedimento ou agravo específico, sendo que um setor se responsabiliza pelo atendimento completo e garante o cuidado em outros setores, recebendo recursos financeiros correspondentes. O prestador assume as responsabilidades financeiras, o que gerou aumento da eficiência. Essas experiências de atenção integrada, em geral, referem-se a procedimentos complexos e estão centradas nos hospitais que se responsabilizam pelo tratamento do caso agudo e que contrata prestadores para os serviços de reabilitação. Alguns hospitais avançam na prestação de serviços ambulatoriais.

Lloyd e Wait (2005) estudam o caso de uma senhora de 78 anos de idade em busca de cuidados de saúde que mostra as falhas da atenção à saúde e social na Europa. Essas falhas incluem: falta de responsabilidade pelo usuário por parte dos prestadores de serviços; falta de envolvimento do usuário na gestão de seu cuidado; comunicação pobre entre o usuário e os prestadores dos serviços; tratamento de uma condição com o desconhecimento dos outros problemas do usuário, o que determina baixa efetividade da atenção; e decisões feitas no cuidado social que afetam a atenção saúde. Por tudo isso, propõe-se a atenção integrada que envolva aos cuidados de saúde e a assistência social.

A atenção integrada é definida como colocar juntos os insumos, a prestação, a gestão e a organização dos serviços relativos ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção

da saúde. A atenção integrada pretende superar a tradicional divisão entre cuidados de saúde e assistência social.

Esta integração pressupõe a perspectiva do usuário como o princípio organizacional da prestação dos serviços e preconiza um cuidado de saúde e social flexível e personalizado. Isso implica diferentes níveis de integração: a integração funcional ocorre no nível macro do sistema pela articulação do financiamento e regulação da atenção; a integração organizacional ocorre no nível meso do sistema sob a forma de fusões, alianças estratégicas ou contratos entre as instituições envolvidas; a integração profissional dá-se também no nível meso na forma de agrupamentos de profissionais; e a integração clínica dá-se no nível micro pela continuidade da atenção na rede de atenção à saúde.

As razões para a atenção integrada são: permite fazer mudanças para adaptar -se às demandas variadas; reconhece que a atenção à saúde e a assistência social apresentam resultados interdependentes; é um veículo para a integração social de grupos vulneráveis; leva a um sistema mais eficiente; e melhora a qualidade da atenção. Os desafios para a atenção integrada são: as agendas competitivas entre as instituições; uma compreensão melhor da escolha dos usuários; os sistemas de financiamento; a dificuldade de monitorar e avaliar a atenção integrada; as dificuldades de regular a qualidade da atenção integrada; a fragmentação das burocracias da saúde e da assistência social; e a baixa capacidade institucional para a atenção integrada. Para superar esses desafios propõem-se recomendações: o desenvolvimento de políticas coerentes de integração; o estabelecimento de objetivos realísticos de atenção integrada; a aproximação entre os serviços de saúde e de assistência social; a busca de um apropriado balanço entre as integrações de usuários e prestadores; o aprendizado de experiências piloto; o intercâmbio de pesquisas; a realização de estudos de custo-efetividade; e a utilização de tecnologia de informação para facilitar a atenção integrada.

Mencionam-se, brevemente, experiências bem sucedidas de atenção integrada na Europa: as equipes geriátricas, na Dinamarca; o modelo de uma janela, na Holanda; equipes de reabilitação, no Reino Unido; e atenção contínua, na Itália; o *Medcom*, na Dinamarca; a rede de reabilitação geriátrica, na Alemanha; as equipes de resposta rápida, no Reino Unido; e o hospital domiciliar, na Itália.

Vasquez et al. (2005) dizem que a separação de funções e a introdução de mecanismos internos de mercado estiveram na agenda das reformas do setor saúde nos anos 90 na Europa. Não obstante, nos últimos anos, se observa uma tendência a abandonar esta estratégia em favor de políticas de cooperação entre os provedores de serviços como forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade da assistência. Para tal, a integração da atenção à saúde se tornou uma prioridade para vários países, especialmente para resolver os problemas das doenças crônicas.

Os resultados da fragmentação dos sistemas de saúde são conhecidos: ineficiências por repetição de exames complementares, perda de continuidade no processo assistencial e diminuição da qualidade da assistência. Para enfrentar este problema propuseram-se as Organizações Sanitárias Integradas (OSI) que surgiram, primeiro em países com sistemas muito segmentados e fragmentados, como os Estados Unidos, e depois foram introduzidas nos sistemas públicos universais.

Na Catalunha (Espanha), surgiram na última década estas OSI's. Elas se constituem em torno de um hospital e se responsabilizam pela cobertura de uma ampla margem de serviços - atenção primária, especializada e sócio-sanitária -, para uma população geograficamente definida. Os seus objetivos são a eficiência global da provisão e a continuidade da atenção através de um objetivo intermediário, a coordenação da atenção. Ainda que não haja consenso na literatura, a coordenação pode ser definida como a conexão dos diferentes serviços necessários para atender a um paciente ao longo do *continuum* de atenção de modo a que se harmonizem e se alcance um objetivo comum sem conflitos; quando esta coordenação alcança seu grau máximo a atenção está integrada. A continuidade assistencial, por seu lado, é o resultado da coordenação desde a perspectiva do paciente e se define como o grau de coerência e união das experiências na atenção percebidas pelos pacientes. Há três tipos de continuidade da atenção. A continuidade de informação, dada pela possibilidade de se utilizar a informação prévia no momento presente. A continuidade da relação assentada na interação do paciente com um determinado provedor. E a continuidade da gestão a possibilidade da provisão da atenção ao longo do tempo.

Os processos de integração têm sido examinados em países como os Estados Unidos, mas há pouca informação relevante e sistemática sobre este movimento na Espanha e na Catalunha.

Souliotis e Lionis (2005) discorrem sobre redes de atenção à saúde na Grécia, com ênfase na atenção primária à saúde. Isso se faz em decorrência de recente lei sobre a reforma da atenção à saúde que prevê uma coordenação da atenção ambulatorial e hospitalar com o reforço da atenção primária à saúde e a implementação de sistemas regionais de saúde.

A rede de atenção ambulatorial à saúde grega é composta por 200 centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e por 250 policlínicas do Instituto de Seguridade Social que cobrem 5% da população segurada. Um diagnóstico da atenção primária à saúde mostrou problemas: médicos generalistas ou de famílias voltados exclusivamente para a medicina curativa; ausência de diretrizes clínicas construídas com base em evidências; baixa cobertura de atenção domiciliar; e ausência de ações de promoção e de prevenção. Uma das formas de superar isso seria pela integração das policlínicas do seguro social com os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Há muitas questões não respondidas sobre essa integração, mas há certos supostos: a continuidade da atenção; a atenção coordenada para as condições mais comuns e para os problemas de saúde, incluindo ações intersetoriais; o sistema de referência confortável para os pacientes e suas famílias em todos os níveis do sistema de saúde; o papel central dos médicos de família na coordenação dos cuidados; a auditoria clínica; a elaboração de um pacote de serviços a serem ofertados; o reforço da tecnologia de informação, especialmente de prontuários clínicos; a introdução de um sistema misto de pagamento por salário e capitação; e a certificação dos prestadores de serviços.

A proposta dos autores significa levar para a Grécia as lições dos sistemas integrados de saúde americanos, começando a aplicá-los na atenção primária à saúde, com a implantação da integração vertical do sistema. Isso teria grandes vantagens na experiência grega: constitui solução realista aplicável no longo prazo; utilizaria as unidades de atenção primária já existentes, o que tornaria a solução eficiente; garantiria a qualidade da atenção; acenaria, no futuro para uma integração completa do sistema de saúde grego.

Guterman (2005) faz um estudo comparativo sobre a prestação da atenção a casos crônicos de saúde nos Estados Unidos e na Alemanha.

A população de mais de 65 anos de ambos os países deve crescer 32% nos próximos vinte anos. Vida longa combinada com avanços no tratamento das doenças agudas significa mais doenças crônicas. Nos beneficiários do *Medicare*, 82% são portadores de uma doença crônica e 65% são portadores de mais de uma doença crônica. Os usuários do *Medicare* com quatro ou mais doenças crônicas têm uma probabilidade 99 vezes maior de ter uma hospitalização evitável do que aqueles usuários que não apresentam doenças crônicas; por isso, custam, em média, US\$ 14 mil, por ano, enquanto os não portadores custam, em média, US\$ 200 por ano.

Na Alemanha, o sistema de saúde é do tipo público bismarckiano. 88% da população estão asseguradas em Fundos de Doença (*Sickness Funds*), sendo 74% de forma impositiva e 14% voluntária. A legislação alemã vem evoluindo no sentido de integrar a atenção à saúde. E, 2001, introduziram-se desincentivos para seleção de riscos e incentivos para a integração da atenção; em 2002, produziram-se incentivos para reforçar a continuidade do cuidado, inclusive obrigando a adoção da gestão de patologia (*disease management*) para certas condições crônicas.

Há medidas comuns nos dois países em relação à integração da atenção às doenças crônicas: a seleção de doenças crônicas mais sensíveis à integração; seleção dos indivíduos nos quais se deve concentrar a atenção (*case management*); melhoria na relação médico-paciente; alinhamento dos incentivos financeiros dirigidos à integração da atenção; e uma tendência para organizar os sistemas de saúde para a atenção às necessidades da população.

Erskine (2006) afirma que a saúde na Europa passará pela constituição de redes regionais. A tradição de dominância do sistema hospitalar, encontrada em alguns países será revertida. Haverá o fortalecimento da atenção primária à saúde para o desempenho das funções de *gatekeeping* e coordenação da atenção especializada. O escopo da atenção primária à saúde será ampliado para além dos limites dos serviços de saúde, para ir ao encontro das necessidades dos cidadãos, especialmente dos idosos.

A atenção aguda em hospitais se fará em menos unidades, com maiores escalas. Incentivos para prestadores e pacientes deverão ser alinhados para não permitir o sobre-uso da atenção hospitalar e especializada. O uso da tecnologia da informação deverá ser incentivado na constituição de redes de atenção. A liberdade de escolha dos pacientes será aumentada e os pacientes serão empoderados a fim de obterem maior acesso a informações sobre os serviços e suas necessidades. A atenção aos idosos será feita, principalmente, em *nursing homes* e domiciliarmente. A portabilidade de direitos sanitários entre países será desenvolvida. As diretrizes clínicas baseadas em evidências serão fortemente estimuladas, especialmente para aquelas vinte patologias que são, de acordo com a regra de Pareto, responsáveis por 80% dos problemas dos pacientes. Um sistema de custos será desenvolvido e compartilhado por diferentes países e serão definidos *benchmarks* entre eles. Os serviços regionais serão articulados em redes regionais com os diferentes níveis de atenção, definidos pelas necessidades dos pacientes. Os serviços principais serão prestados em unidades diferentes, mas integrados em uma rede de atenção: atenção a problemas excepcionais ou infreqüentes, atenção a condições agudas severas, atenção eletiva, atenção a condições agudas de rotina, atenção às condições crônicas, atenção social, autocuidado, medidas promocionais e preventivas, avaliação e pesquisa e desenvolvimento.

As redes deverão ser integradas do ponto de vista gerencial. Cada parte e cada ator deverão ser ligados entre si. Isso implicará uma referência e contra-referência ágil dos pacientes e um compartilhamento das informações. O alinhamento da autoridade e das responsabilidades para a alocação dos recursos e sua coordenação deverão ser feitos sistemicamente.

5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CANADÁ

Leat, Pink e Naylor (1996) estudam o sistema de saúde do Canadá.

O sistema de saúde canadense é fragmentado, com baixa comunicação entre a atenção aguda, os cuidados de longa permanência, a saúde pública, os cuidados comunitários, o que leva a ineficiência e baixa qualidade da atenção. Modificar essa situação envolve a integração do sistema através de alianças estratégicas que apresentam os seguintes resultados positivos: economias de escala, menores custos e maior coordenação da atenção. A pergunta é: pode o Canadá desenvolver esses sistemas integrados de saúde?

Os autores adotam a clássica definição de sistemas integrados como uma rede de organizações que prestam um *continuum* de cuidados coordenados a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos e financeiros dessa população. Os sistemas integrados estão baseados na construção de um sistema verticalmente integrado de serviços primários, secundários e terciários.

A partir de diagnósticos de saúde realizados nas diversas províncias, propõe-se a introdução dos sistemas integrados de saúde no Canadá que envolvam a integração horizontal e vertical dos serviços, a participação dos profissionais e a responsabilização pública. Além disso, os sistemas integrados de saúde deverão envolver: a definição de uma população definida; o pagamento por capitação e com compartilhamento de riscos financeiros; os incentivos financeiros para minimização de custos e para melhoria da qualidade; a liberdade de escolha para os pacientes; os médicos da família como *gatekeepers* e gerentes; a provisão de cuidados integrais a condições agudas e crônicas, de longa permanência, de reabilitação e atenção domiciliar; a governança orientada a resultados; o desenvolvimento de alianças estratégicas; o planejamento baseado nas necessidades da população; as decisões baseadas em informação; e a preocupação constante com a inovação.

Os sistemas integrados de saúde são vistos como uma oportunidade para a reforma do sistema canadense que conduzirá a um maior pluralismo, maior responsabilização e maior dinamismo.

Bigenwald (1996) analisa a proposta oficial do Ministério da Saúde de Ontário, Canadá, sobre as redes de atenção à saúde, denominadas de sistemas integrados de saúde.

Os objetivos de um sistema integrado de saúde são: a sustentabilidade do sistema público de saúde; a alocação eficiente dos recursos com base em critérios populacionais; o uso de sistemas de pagamento como a capitação que alinhem os incentivos dos prestadores com as metas sanitárias; a integração de todos os serviços num *continuum* de atenção e com foco no pacientes; os ganhos de eficiência pela eliminação das multiplicidades de oferta e de gestão; o aumento da *accountability* do sistema; e o uso de sistemas de informação que dêem suporte ao desempenho do sistema, aos seus resultados e permita verificar o grau de satisfação da população.

Uma questão relevante é a busca de parâmetros para os sistemas integrados de saúde. Os parâmetros de Shortell, Gillies e Anderson são os seguintes: população de 450 mil pessoas, 275 médicos de atenção primária, 255 especialistas, 900 leitos hospitalares, 2 agências de atenção domiciliar, várias *nursing homes* e 1 ou 2 hospitais de longa duração. Com base nesses critérios, em Ontário, deveria haver entre 23 a 28 sistemas integrados de serviços de saúde.

Girard (1999) descreve a experiência de implantação de redes de atenção à saúde na Província de Quebec, Canadá.

A territorialização para a definição das áreas de saúde se fez com os seguintes critérios: acessibilidade geográfica num raio máximo de 40 quilômetros ou 30 minutos; disponibilidade horária dos diferentes serviços de, no mínimo, 84 horas/semana; continuidade da atenção envolvendo centros locais de serviços comunitários, centros de atenção a idosos e a portadores de doenças crônicas sem autonomia e rede de hospitais de tipos 1 a 4, sendo os de tipo 1 localizados num raio máximo de 300 quilômetros.

As redes são implantadas em etapas: a institucionalização de um comitê representativo; a definição das atividades por setores; a definição dos pontos de atenção à saúde; e a formulação das modalidades de atenção médica (atenção médica na comunidade, atenção hospitalar e atenção médica especializada).

O **Canadian Institute for Health Information (2003)** discute as redes de atenção à saúde no ambiente canadense.

A atenção hospitalar envolve várias habilidades, experiências e tecnologias. Isso implica que os mecanismos de avaliação da performance hospitalar devem incluir um pacote de medidas que analisadas juntas, permitem determinar a performance global de um hospital. Uma das metodologias que permite essa avaliação é o *balanced scorecard* (**Kaplan e Norton, 1992**) que tem sido usado nos hospitais de Ontário, Canadá, através de medidas em quatro quadrantes: integração sistêmica e mudança, utilização clínica e resultados, satisfação dos pacientes e performance financeira.

Mais recentemente, tendo em vista a complexidade do sistema de saúde de Ontário e sua organização num *continuum* de atenção que envolve hospitais, assistência farmacêutica, unidades de saúde pública, *nursing homes*, centros comunitários e outros, tornou-se necessário avaliar o grau de integração dos hospitais nessas redes. Isso porque surgiram, dentro da província, uma grande variedade de alianças estratégicas, *joint ventures*, estratégias corporativas para melhorar as relações entre os cuidados hospitalares agudos e outros serviços de saúde.

Em decorrência disso, o sistema de avaliação da performance dos hospitais de Ontário, incluiu um indicador para avaliar a extensão em que os hospitais estão trabalhando com outros prestadores de serviços para aperfeiçoar a atenção aos pacientes. Esse indicador está baseado num número de questões dirigidas a seis áreas de interesse: Arranjos organizacionais específicos, incluindo alianças estratégicas e *joint ventures*; representação de gestores seniores nas organizações de saúde; participação em outros programas regionais com outros hospitais; extensão em que os gestores hospitalares e das outras organizações se encontram para discutir as suas relações; estratégias corporativas nas quais os hospitais e as outras organizações de saúde estão envolvidas; e a presença de um *staff* hospitalar dedicado a promover a integração entre o hospital e a

comunidade. Os resultados mais significativos encontrados foram: 70% dos hospitais participaram de um ou mais programas regionais; 64% reportaram pertencer a uma aliança estratégica ou a uma *joint venture*; e 59% reportaram ter alianças estratégicas com centros comunitários, unidades de saúde mental e de saúde pública.

Um outro indicador estabelecido foi o da continuidade da atenção que permite medir como os pacientes se sentem a respeito de seu preparo para a alta hospitalar, o seguimento do caso e a transição para a atenção domiciliar. O indicador está baseado em quatro questões respondidas pelos pacientes: antes de ter alta foi o paciente ou o cuidador preparado para os cuidados domiciliares? A alta hospitalar se fez de forma suave e respeitosa? Se o seguimento hospitalar era necessário, ele se fez adequadamente? E o paciente foi mandado do hospital para casa antes de se sentir preparado para isso?

Champagne, Contandriopoulos e Denis (2003) iniciam com uma pergunta: o que deve ser feito pelos sistemas de saúde no século XXI para que os cidadãos tenham acesso livre e equitativo aos serviços? A solução está em otimizar os três objetivos dos sistemas de saúde que são a equidade, a eficiência e a liberdade individual das pessoas e das organizações.

Os autores partem, então, de uma análise das opiniões dos cidadãos canadenses sobre seu sistema de saúde, considerada a principal prioridade nacional. Em sua maioria pensam que o sistema é bom ou médio (64%); que a solução para os problemas está em melhorar a gestão e reduzir as ineficiências (63%); que se deve manter o sistema universal e público, mas sem pagar mais impostos (83%); que o sistema deve se manter gratuito (70%); e que, em geral, estão preocupados com o futuro deste sistema.

Com base nessa avaliação, o Comitê Clair fez algumas recomendações: fortalecer as relações entre os pacientes e as equipes de saúde; cada equipe de saúde deve ser responsável por uma população adscrita; basear o sistema nas necessidades dos indivíduos e da população; integrar os aspectos preventivos, sanitários e sociais; pôr fim aos compartimentos profissionais, institucionais e orçamentários; valorizar os procedimentos clínicos; integrar os serviços; estabelecer uma cooperação efetiva entre as diferentes instituições de saúde (corredores de serviços); e generalizar uma cultura de pesquisa, inovação e avaliação. Estas recomendações visam a criar condições simbólicas, financeiras e organizacionais que permitam aos atores sociais do sistema de saúde aumentar a cooperação e transformar suas práticas de forma a atender eficientemente às expectativas da população e dos pacientes. Ou seja, integrar os serviços de saúde.

A integração do sistema de saúde é, então, definida como o processo que consiste em criar e manter, ao longo do tempo, uma governança comum entre diversos atores e organizações independentes para coordenar suas interdependências e permitir que eles alcancem objetivos e projetos clínicos comuns.

Leat, Pink e Guerriere (s/data) afirmam que há várias razões pelas quais estão se implantando sistemas integrados de saúde em diversos países, nas perspectivas dos pacientes, da qualidade do cuidado e dos custos. Do ponto de vista dos pacientes: os pacientes querem uma atenção provida no tempo certo e no lugar certo; os pacientes querem os melhores tratamentos e a possibilidade de fazer escolhas; os pacientes querem um médico de referência e desejam obter atenção num período de tempo razoável; os pacientes querem serviços de qualidade; os pacientes querem ter melhores informações para suas decisões; e os pacientes não querem perder tempo com novas histórias pessoais e de saúde a cada novo episódio. Do ponto de vista da qualidade do cuidado, os sistemas fragmentados implicam: diferenciais na atenção; descoordenação entre a atenção primária à saúde e os cuidados especializados; uso inadequado de cuidados baseados em evidências; e falta de incentivos para que os pacientes se mantenham saudáveis. Do ponto de vista dos custos: a presença de redundâncias no processo de atenção; e incentivos para a prestação do serviço certo com a qualidade certa.

Estudos diferenciados identificam as características dos sistemas integrados de saúde bem sucedidos: os médicos desempenham um papel de liderança; a estrutura organizacional promove a coordenação da atenção; os médicos de atenção primária estão economicamente integrados; a atenção está provida em bases geográficas e a rede está planejada para maximizar a acessibilidade e minimizar a duplicação dos serviços; os serviços são apropriadamente dimensionados; os médicos estão organizados em grupos; e os planos de saúde são de propriedade do sistema.

O movimento de contenção de custos, encetado no Canadá, anos 90, levou gestores, acadêmicos e profissionais de saúde a discutirem a alternativa dos sistemas integrados de saúde no país. Há, sempre, reações a modelos surgidos nos Estados Unidos, mas a idéia de adaptar a proposta do sistema privado americano ao sistema público canadense teve muito apelo. Assim surgiu a proposta canadense de sistemas integrados de saúde com as seguintes características: a oferta de um *continuum* de serviços a uma população definida; pagamento por capitação e compartilhamento de riscos entre o pagador público e os prestadores; a atenção primária à saúde como a coordenadora do sistema; uma carteira ampla de serviços ofertada pelo sistema; uma governança do sistema orientada por performance; a gestão feita no sistema mais que nos prestadores de serviços; a instituição de alianças estratégicas; o planejamento realizado a partir das necessidades da população; e o processo gerencial baseado em informações.

A Comissão de Reestruturação dos Serviços de Saúde de Ontário, em 1997, desenvolveu uma proposta de sistema integrado de saúde que difundiu pela província. Com base na experiência internacional de sistemas integrados, as lições aprendidas pelo Canadá foram: a junção da atenção hospitalar e dos profissionais de saúde e de uma população provê incentivos para a integração; a integração é um objetivo de longo prazo, devendo ser alcançado de modo incremental; não há uma única forma de obter a coordenação da atenção e se deve utilizar diferentes estratégias em diferentes lugares; a integração funcional e a integração clínica devem ser perseguidas; a integração dos

cuidados agudos e da atenção comunitária devem ser parte do sistema; e o pagamento por capitação merece ser mais analisado. A partir destas lições, a Comissão propôs seis estratégias interrelacionadas para a implantação dos sistemas integrados de saúde no Canadá: foco nas necessidades da população, nos pacientes e suas famílias, busca de escala e qualidade e realinhamento dos incentivos para valorizar a saúde; foco na atenção primária à saúde como centro de comunicação do sistema integrado e com oferta aberta 24 horas por dia; sistema baseado em informações com base em diretrizes clínicas desenvolvidas a partir de evidências e suportado por investimentos altos em tecnologia da informação; criação de redes virtuais (alianças estratégicas, comitês executivos ou contratos) com oferta integral de serviços organizados num *continuum* de atenção; desenvolvimento de um sistema de pagamento baseado nas necessidades da população a partir de pesquisas sobre os sistemas de capitação; e implementação de mecanismos potentes de monitoramento e avaliação como os sistemas de *balanced scorecard* e similares.

Marchildon (2005) descreve a rede de atenção à saúde no Canadá a partir de uma via clínica de um paciente-tipo do país. Sentindo-se doente, este paciente deve procurar um médico de família, já que não há entrada direta no especialista. Após a consulta o paciente pode receber uma receita, obter solicitação para exames complementares ou ser encaminhado ao especialista. Se for encaminhado ao especialista será atendido, mas o médico de família será comunicado sobre as prescrições do especialista. Se o tratamento envolve atenção hospitalar o paciente será encaminhado ao hospital. Enquanto espera pela internação hospitalar, o paciente tomará os medicamentos prescritos, comprando-os ou recebendo-os de um plano privado ou, se for elegível para medicamentos, do sistema público de sua província. Internado receberá toda assistência gratuitamente porque isso se considera serviço medicamente necessário. Após a alta hospitalar o médico de família receberá o relatório de alta e acompanhará o paciente. Se o paciente necessitar de atenção domiciliar ou de cuidados de reabilitação deverá pagar parte desses serviços, de acordo com as normas de cada província. Os cuidados de longa duração são providos, em geral, por centros de enfermagem (*nursing homes*).

Assim, a rede de atenção à saúde no Canadá está fortemente ancorada na atenção primária à saúde que, por isso, tem passado por reformas profundas. Algumas destas mudanças, introduzidas em 2003, foram: a delegação de procedimentos a enfermeiras; o reforço do financiamento; investimentos em tecnologia da informação; a substituição do sistema de pagamento por unidade de serviços (*fee-for-service*) por mecanismos alternativos que propiciem uma atenção 24 horas por dia aos pacientes; e o desenvolvimento da telemedicina em áreas de baixas densidades demográficas e rurais. A maioria da atenção secundária e terciária é provida por hospitais.

6. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

O Ministério da Saúde do Peru (**Ministerio de Salud de Peru, 1999**) propõe a implantação de redes de serviços de saúde, definidas como um conjunto de unidades, públicas e privadas, produtoras de serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade e capacidade resolutive, interrelacionadas por uma rede viária e por corredores sociais, e articuladas funcional e administrativamente sob um esquema de planejamento conjunto que, através da integração de processos e da continuidade dos cuidados, oferta de um Plano Garantido de Serviços de Saúde ao indivíduo, à família e à comunidade, numa determinada jurisdição, com eficiência e qualidade.

Os objetivos para a implantação das redes de serviços de saúde são: facilitar o acesso a serviços de qualidade, num esquema coordenado de níveis de complexidade e centrado nas pessoas; assegurar um fluxo de recursos adequados para a oferta do Plano Garantido de Serviços de Saúde; promover o uso racional dos recursos de saúde disponíveis em função das necessidades de saúde da população; e elevar a eficiência na prestação dos serviços melhorando a gestão e incentivando a qualidade, a produtividade, a obtenção de objetivos e as economias de escala.

Para alcançar estes objetivos, propõem-se as seguintes estratégias: extensão do seguro materno-infantil aos pobres; aumento da cobertura a trabalhadores formais; financiamento por capitação; diferenciação tarifária por tipo de prestação e por capacidade de pagamento; financiamento vinculado a acordos de gestão; gestão autônoma das redes; desenvolvimento de serviços estratégicos comuns como transporte, atenção às urgências e emergências, apoio diagnóstico, saúde pública etc.; economias de escala em compras; incentivos de desempenho; reordenamento do modelo de atenção a partir de diretrizes clínicas; acreditação das unidades de saúde; educação permanente dos profissionais; participação social; melhorias na infra-estrutura; desenvolvimento de sistemas de informação como história clínica, referência e contra-referência, identificação dos usuários e vigilância epidemiológica.

A organização da oferta de serviços da rede se fará através de: centros de atenção ambulatorial, unidades de apoio diagnóstico e de imagens bem localizadas; hospitais em pontos estratégicos da rede; e um adequado sistema de transporte e comunicações no interior da rede.

A organização das redes de serviços de saúde implicará os seguintes elementos: um acordo de gestão que integre todos os recursos e explicitie resultados para a rede; uma estrutura de gestão; um plano estratégico da rede; um plano de produção dos serviços com definição dos pontos de atenção em cada nível com sua carteira de serviços; uma revisão do modelo de atenção baseado em protocolos para os programas prioritários e que garanta a qualidade dos serviços; um pacote de investimentos; e uma revisão tarifária dentro da rede.

A rede se organizará em quatro níveis: o nível da oferta básica (atenção primária à saúde), o nível de referencia I (parto normal, cirurgia menor e internação geral); o nível de referencia III (atenção ao alto risco, incluindo cirurgia de urgência e atenção ao parto distócico) e referencia III (cirurgia eletiva e cuidados intensivos).

Villavicencio (1999) faz uma análise descritiva da Rede Regional de Saúde de Bio-Bio no Chile.

As redes de atenção à saúde são definidas como um conjunto de estabelecimentos, tanto públicos como privados, de diversa complexidade, especialização e modalidades de atenção que, bem articulados entre si, são capazes de responder à grande maioria das demandas de saúde de uma população dada que vive e trabalha em determinado território.

Na Região de Bio-Bio, onde habitam 2 milhões de pessoas, estruturou-se uma rede de atenção à saúde com as seguintes características: sistema eqüitativo e centrado no cliente; modelo de atenção estruturado em níveis de menor a maior complexidade; sistema tendente à atenção ambulatorial; sistema com porta de entrada na atenção primária à saúde; ênfase nas ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças na atenção primária à saúde; internações hospitalares eletivas reservadas para casos tecnicamente justificados; definição clara de papéis e responsabilidades intra e intersetoriais; uso eficiente dos recursos públicos através de intervenções custo/efetivas e baseadas em evidências disponíveis; e integração entre os serviços públicos e privados.

Os desafios da implantação regional das redes de atenção à saúde eram: substituição do modelo biomédico para um modelo bio-psico-social; otimização dos recursos existentes; articulação efetiva dos componentes da rede; e um programa de inversões coerente com os objetivos das redes.

Lavadenz, Schwab e Straatman (2001) descrevem a rede pública e descentralizada de atenção à saúde desenvolvida no município de El Alto, Bolívia, uma cidade de 568 mil habitantes. Esta rede foi estruturada para atender um quarto de sua população através de um hospital de segundo nível com as quatro especialidades básicas e oito centros de saúde. A gestão do hospital foi transferida a uma ONG não lucrativa e foi realizado um contrato de gestão entre o município e este prestador privado.

Os resultados foram pobres, o que levou ao desenvolvimento de uma rede pública, descentralizada e comunitária, baseada nos conceitos seguintes: criação de um comitê de compras – o Comitê de Contrato de Gestão –, com base na participação dos compradores, com enfoque na demanda e com participação da comunidade; os prestadores seriam organizados numa rede de primeiro e segundo níveis de atenção com integração entre eles, com fortalecimento da atenção primária à saúde e com um sistema eficaz de referência e contra-referência; e um contrato de gestão entre o Comitê de

Contrato de Gestão e o prestador que recebeu autonomia de gestão do conjunto de serviços prestados e com metas a serem cumpridas, físicas e financeiras.

As mudanças na gestão foram: gestão mais eficiente dos recursos humanos; desenvolvimento de uma oficina de defesa dos clientes; aumento do tempo de atendimento com redução do tempo de espera; desenvolvimento de normas e protocolos de atenção; terceirização dos serviços de lavanderia, nutrição e de segurança; e centralização dos serviços de patologia clínica e de medicamentos.

Os resultados preliminares do sistema foram: melhoria nas taxas de permanência e de ocupação dos leitos hospitalares; aumento das consultas externas; incremento dos partos institucionais; índices adequados de satisfação dos pacientes; e diminuição da competição entre os níveis primários e secundários de atenção através de uma complementaridade crescente entre eles.

Cajigas (2003) trata de uma proposta de construção de redes de atenção à saúde no município de Bogotá, Colômbia.

Na Colômbia há uma base legal que determina os serviços de saúde sejam prestados, no nível territorial, mediante a integração em redes que permitam a articulação das unidades prestadoras, a utilização adequada da oferta, a racionalização dos custos e a otimização da infra-estrutura (Lei 715 de 2001).

As redes de atenção à saúde definem-se como um conjunto articulado de unidades prestadoras de serviços, constituídas de forma hierarquizada e organizada, com distintas capacidades de resolução, localizadas em um espaço geográfico, interrelacionadas funcionalmente, apoiadas por normas operacionais, sistemas de informação e recursos logísticos e que devem oferecer uma resposta adequada às necessidades de saúde da população. Estas redes têm como propósito melhorar a eficiência da oferta de serviços, tornando as instituições prestadoras mais competitivas em qualidade e serviços, a fim de que o produto destes benefícios se converta em maior acesso da população mais pobre e vulnerável.

As redes de atenção à saúde devem ser organizadas segundo alguns supostos: integração funcional dos prestadores; autonomia institucional; direção, coordenação e administração territorial; alternativas de contratação; sistemas de controle e contenção de custos; desenho flexível que permita superar os limites territoriais; e participação cidadã e controle social em operação.

Os objetivos das redes de atenção à saúde são: melhoramento do acesso dos usuários aos serviços, adequação da capacidade instalada aos requerimentos da demanda e otimização da capacidade de resolução de cada nível de atenção.

As redes de atenção à saúde têm uma regionalização territorial divididas em redes norte, centro, sul e oriental e estruturadas por níveis de complexidade: baixa complexidade (níveis A, B e C), média complexidade e alta complexidade.

O programa de implantação das redes de atenção à saúde envolve três ações: de reorganização, de redesenho e de modernização. A reorganização implica a configuração da rede de prestação de serviços ajustada aos requerimentos da demanda, o ajuste do portfólio e do tamanho dos serviços aos requerimentos da demanda, a adequação da tecnologia à capacidade de oferta dos serviços, o ajuste das plantas de pessoal aos requerimentos do tipo e volume de produção com esquemas flexíveis de contratação e o sistema de referência e contra-referência. O redesenho da rede de prestadores implica a implementação de procedimentos dirigidos ao controle da produção e produtividade dos serviços, o desenvolvimento de sistemas de informação eficientes, o fortalecimento da capacidade de gestão das direções territoriais de saúde para exercer seu papel coordenador na rede, o desenvolvimento de formas de contratação dirigidas ao fortalecimento das instituições e ao controle dos custos em condições de equidade e qualidade dos serviços e o melhoramento da capacidade resolutiva dos serviços, especialmente os de baixa complexidade. A modernização implica a busca de alternativas de administração das instituições e a capitalização dos hospitais públicos.

Castañeda (2003) relata a experiência de organização de uma cooperativa, a Coodecum Ltda. para responsabilizar-se pela assistência farmacêutica pública no Departamento de Cundinamarca, Colômbia. O objetivo da cooperativa é articular e fortalecer a rede de serviços farmacêuticos e de insumos hospitalares através do manejo adequado dos recursos com economias de escala, de uma relação mutuamente benéfica para os prestadores e de uma padronização e melhoria contínua da qualidade dos serviços farmacêuticos. Com estes objetivos pretendeu-se aumentar a satisfação dos clientes, lograr rentabilidade econômica e social e cumprir os requisitos técnicos legais.

O Departamento de Cundinamarca opera 26 hospitais de nível I, 8 hospitais de nível II, 2 hospitais de nível III, 16 Centros de Saúde e 223 Postos de Saúde. A estruturação da rede de prestação de serviços farmacêuticos fez-se com base na população a atender, o perfil epidemiológico, os níveis de complexidade, a dependência administrativa, a localização geográfica, a infra-estrutura física, os recursos humanos e as vias de acesso e comunicação. Os resultados foram os ganhos de eficiência por economia de escala, o fortalecimento dos serviços farmacêuticos, a cooperação técnica em assistência farmacêutica, os programas de educação continuada e os programas de qualidade, maior acesso aos medicamentos. Os próximos passos envolvem a implantação da farmacovigilância, o desenvolvimento de um sistema de informação de medicamentos, o desenvolvimento de um programa de uso racional e o desenvolvimento de um programa para redução da auto-medicação.

Chavez (2003) descreve a experiência de redes de atenção à saúde em Bogotá, capital da Colômbia, uma cidade de 6,7 milhões de habitantes.

As redes de atenção à saúde são definidas como conjunto articulado de instituições promotoras de saúde com distintas capacidades de resolução, localizadas num espaço geográfico-populacional, interrelacionadas funcionalmente através do apoio de normas operacionais, sistemas de informação e recursos logísticos, de modo a oferecer uma resposta adequada às necessidades de saúde da população. Os princípios das redes são a autonomia empresarial, a complementaridade e a integralidade, a eficiência, a qualidade e a participação comunitária.

São vários os critérios para funcionamento das redes de atenção à saúde. A plataforma estratégica define o direcionamento e as orientações estratégicas como a missão, a visão, os objetivos, metas e estratégias para cumprir compromissos e acordos. O portfólio dos serviços, entendido como o conjunto integral e complementar de serviços aos quais podem aceder os usuários, através de uma rede para a atenção adequada ao nível de atenção e ao risco sanitário. Para seu desenho, é necessário definir e estabelecer as necessidades dos usuários, o perfil epidemiológico e demográfico, as condições de asseguramento da população e a capacidade de oferta. Os mecanismos explícitos de coordenação e articulação determinam os espaços de concentração mediante um regulamento de funcionamento em rede, relações institucionais de cooperação e acordos, definição das responsabilidades institucionais e da rede em seu conjunto. Os mecanismos de apoio logístico definem os processos que facilitam a interrelação dos recursos da rede, incluindo transporte, os sistemas de comunicação e os insumos. A homologação dos recursos humanos, físicos e tecnológicos identifica e padroniza os recursos básicos necessários para o normal funcionamento da rede de atenção à saúde. A padronização dos processos e procedimentos administrativos e assistenciais para a atenção ao usuário consiste nos mecanismos, recursos e ações que promovem a atenção efetiva, integral e contínua dos usuários de uma rede. Os mecanismos de avaliação e seguimento consistem na concertação, entre os integrantes da rede, de mecanismos, espaços, instrumentos e indicadores de seguimento e monitoramento, a fim de garantir o funcionamento eficiente em rede.

As redes prioritárias são a materna e perinatal, a de saúde mental e a de urgências e emergências médicas. Os avanços na rede materna e perinatal são: definição de planos de ação, inclusão de operadoras e prestadores privados, análise da mortalidade evitável, elaboração de guias clínicas e implementação do *carnet* materno e perinatal. Na rede de saúde mental os avanços são: desenho de plataforma estratégica participativa, socialização dos planos de ação, desenvolvimento de um modelo de atenção baseado na comunidade, inclusão dos prestadores privados e elaboração das guias de atenção.

O modelo de redes inclui as redes sociais conformadas pelo intercâmbio dinâmico das redes primária e secundária da esfera cultural e que atuam com os espaços de diálogo, encontro e transformação de significados e servem para a geração contínua de ações e responsabilidades compartilhadas na realidade social. Esta articulação entre a rede de

atenção à saúde e a rede social tem sido importante por que: permite atuar sobre os determinantes da situação de saúde; permite atuar na vida diária dos indivíduos, das famílias e da sociedade; promove e convidam outros atores a articular ações para dar respostas integrais; e colabora para o acúmulo de capital social.

Um instrumento de avaliação das redes de atenção à saúde foi proposto para estrutura, processos e resultado, e permite verificar o grau de desenvolvimento de uma rede, se incipiente, se intermediário, se avançado, conforme o número de pontos obtidos.

Os grandes desafios das redes de atenção à saúde são o fortalecimento da cultura de trabalho em rede, o fortalecimento dos mecanismos de articulação institucional, o desenvolvimento da estratégia como modelo nacional, o desenvolvimento de políticas que garantam a continuidade e crescimento das redes, a geração de espaços de intersectorialidade para a integração das redes de saúde e sociais, a obtenção de resultados sanitários como consequência do trabalho em redes e a adequação do sistema de monitoramento e avaliação das redes.

Sanchez (2003) discute o tema das redes de atenção à saúde e alguns modelos implantados no Chile.

Parte-se da constatação de problemas que afetam tanto os sistemas públicos quanto os privados de saúde. Nos sistemas públicos, ainda que se fale em redes, o modelo de atenção não tem capacidade resolutiva em seus diferentes níveis, nem mecanismos eficazes de referência e contra-referência; utilizam a concepção de redes territoriais organizadas pela oferta; os modelos de gestão inadequados são inadequados; não há incentivos para a implantação de redes; há fragmentação dos diferentes níveis de atenção; como consequência, há pouca capacidade de gestão e baixa eficiência do sistema. No sistema privado, os prestadores se organizaram historicamente com base na atenção especializada; sistema de compra por pagamento do ato médico; incentivos que não estimulam a qualidade nem o controle dos preços; faltam incentivos para as medidas de promoção e prevenção; estimula o consumo e a incorporação de tecnologias sem avaliação; produz serviços para atender à demanda espontânea dos pacientes; tudo isso gera sistema com muita ineficiência.

No ambiente, as mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico e nas tecnologias pressionam por novos tipos de solução que determinam a necessidade de novos modelos de atenção à saúde. Esses novos modelos de atenção devem identificar e aplicar soluções custo/efetivas aos problemas prioritários de saúde; lograr a completa integralidade; aplicar programa de promoção e prevenção; e gerenciar a continuidade do cuidado.

Para se implantar este novo modelo há que se mudar a lógica dos seguradores para dar proteção de longo prazo; para estimular os programas de promoção e prevenção; para privilegiar coberturas em patologias de maior prevalência e peso epidemiológico; e para

gerar soluções custo/efetivas. Os planos de saúde deverão ser redesenhados para estimular novos modelos de compra de serviços com base em estudos de custo/efetividade; e para adotar protocolos clínicos, programas de doenças crônicas e pacotes para enfrentamento de determinadas patologias. As relações entre gestores e prestadores deverão ser de longo prazo; com compartilhamento de riscos; e com pagamento per capita para alguns grupos de enfermidades e população. Os contratos entre gestores e prestadores deverão prever relações de longo prazo entre prestadores e pacientes; desenho de soluções custo/efetiva; desenho de redes para aplicar as soluções nos seus níveis corretos; desenho de programas de promoção e prevenção, especialmente em doenças crônicas; participação dos prestadores nos riscos dos seguros; preocupação com a saúde dos pacientes; e controle de custos.

Esta mudança do modelo de atenção nos sistemas públicos envolverá vários movimentos. A atenção primária deverá ser entregue aos municípios e organizada por centros de saúde familiar; a resolução ambulatorial deverá ser aumentada através de centros de referência de saúde e de centros de apoio diagnóstico e terapêutico. Os hospitais deverão operar com autonomia. Serão implementadas novas formas de interação público/privada como terceirização de certos serviços. A gestão de recursos humanos introduzirá incentivos por desempenho e qualidade, individuais e coletivos, e maior flexibilidade nas jornadas de trabalho e nos sistemas de contratação. A gestão da clínica será enfatizada com base nas prioridades nacionais, em diretrizes clínicas com evidências, da compra de pacotes de patologias em forma integral e aperfeiçoamento dos sistemas de referência e contra-referência.

Com estes pressupostos propõe-se redes de serviços de saúde como entidades virtuais que articulam a diferentes prestadores de serviços um conjunto de níveis de atenção para prestar soluções integrais a problemas de saúde das pessoas. Estas redes são organizadas por um articulador de redes que é o organizador e gestor da rede que organiza os prestadores para atender às necessidades de saúde da população. Dessas redes podem participar diferentes prestadores de serviços, públicos e privados, tendo como elementos organizadores um modelo de atenção, um modelo de gestão e um sistema de incentivos. Os principais objetivos de uma rede de serviços são: desenvolver capacidade para dar respostas integrais aos problemas de saúde; encarregar-se de uma população determinada; selecionar, desenhar e aplicar soluções custo/efetivas; aplicar a gestão da clínica; incorporar a função de comprador informado de serviços de saúde; utilizar a estrutura de recursos humanos, equipamentos e infra-estrutura de forma ótima; ter boa interlocução com os financiadores; e lograr a obtenção de economias de escala para melhores negociações.

As lições aprendidas da experiência de redes de atenção são: as redes que tiveram maiores êxitos foram aquelas construídas com base nas necessidades da população e organizadas pelo modelo de atenção, pelo modelo de gestão da rede, pelo modelo de incentivo e pela competição. As redes construídas com base numa população adscrita territorialmente são rígidas e os incentivos não favorecem o desenvolvimento de serviços com eficiência e qualidade; a articulação das redes não tem a ver com a propriedade dos

estabelecimentos de saúde; as redes podem ser integrais ou só alcançar alguns níveis de complexidade ou áreas de serviços; é indispensável dispor de um sistema de acreditação para os prestadores e para as redes; nas redes públicas há que se descentralizar e autonomizar os prestadores e terceirizar certos serviços; não há uma completa incompatibilidade entre liberdade de eleição e funcionamento de redes; é conveniente que as funções de asseguramento, gestão e prestação de serviços estejam separadas; não se deve passar cem por cento dos riscos aos prestadores; o controle dos gastos numa rede é consequência de fazer o correto em quantidade correta e no nível correto; se o controle de gastos é o objetivo imediato da rede e não se compatibiliza com a qualidade, corre-se o risco da insatisfação dos pacientes, dos conflitos com os médicos e não se economizam custos; há que se ter bons desenhos de modelos de gestão da rede e de gestão da clínica; há que se ter incentivos adequados nos diferentes componentes da rede; há que se ter bons sistemas de informação para seguimento dos pacientes, para o controle das enfermidades e para controle de custos; e há que se ter uma correta estimativa de riscos possíveis de suportar.

Silva (2003) descreve o manejo dos medicamentos em rede, em Bogotá, Colômbia com base na negociação conjunta, no formulário terapêutico e na assistência técnica às Empresas Sociais do Estado.

A assistência técnica em medicamentos envolve a seleção, a programação, a aquisição, a recepção, a distribuição, o armazenamento e o controle e avaliação. Os formulários terapêuticos foram feitos para as redes de urgência, saúde mental e materna e peri natal, a partir do consenso dos participantes.

Observou-se que a negociação conjunta centralizada permite reduzir custos pela maior capacidade de compra, ao mesmo tempo em que assegura a cada Empresa Social do Estado a oportunidade para a compra descentralizada. Entre 2002 e 2003, houve uma queda média de 8,6% nos preços de compra de 234 medicamentos. Além disso, obteve-se o controle do mercado farmacêutico no âmbito territorial.

Conclui-se que a participação ativa dos hospitais, o cumprimento dos pactos negociados e a forte liderança, vencem os inconvenientes na implantação da negociação conjunta.

O Ministério da Saúde do Chile (**Ministério de Salud de Chile, 2005**) começa este trabalho perguntando se há ou não uma rede de assistência à saúde no Chile, uma vez que a legislação impõe a articulação dessas redes para a atenção integral às pessoas e a regulação da prestação das ações de saúde.

Coloca-se como o grande desafio de gestão das redes assistenciais a adequação da organização e da funcionalidade aos postulados da reforma sanitária para: reduzir as desigualdades em saúde; transformar o modelo no sentido da prevenção e da atenção primária; fortalecer a rede de proteção social aos idosos; aumentar a satisfação dos usuários pela liberdade de eleição, pelo trato personalizado, pelo acesso em ambientes

adequados e pela transformação dos pacientes em clientes; a modernização da gestão administrativa e econômica dos estabelecimentos; a incorporação de novas tecnologias a serviço do usuário; o direito à confidencialidade, à decisão informada, à privacidade e ao acompanhamento; e a participação como direito de cidadania.

Um ponto central está na adoção da gestão clínica, entendida como o mais adequado uso dos recursos humanos, profissionais, tecnológicos e organizativos para o melhor cuidado dos enfermos. A gestão clínica envolve a efetividade da prática clínica de acordo com as evidências, a gestão de processos assistenciais (lista de espera, gestão dos cuidados, ambulatorização, gestão de leitos, qualidade do cuidado etc.) e a organização e gestão das unidades assistenciais (sistemas de informação, atenção progressiva etc.).

As redes exigem o desenvolvimento de projeto em cada organização, com participação ativa de seus membros; a construção de campos interdisciplinares; e o conceito de que o usuário é atendido pela rede e não por uma somatória de estabelecimentos. Na rede, os resultados não se correlacionam com o somatório das partes porque na rede o todo tem maior significação que as partes.

As redes assistenciais objetivam a continuidade da atenção, a qualidade dos serviços, a equidade, a eficiência, a efetividade e a contenção de custos. Elas organizam-se por áreas específicas com cardiovasculares, condições maternas e perinatais, saúde mental etc. e definem atividades por níveis de atenção, normas de operação e fortalecimento das inter-relações. Elas se associam com redes de apoio (abastecimento, informação, administração).

O trabalho em redes é uma estratégia que cria vínculos de articulação e intercâmbio entre instituições e/ou pessoas que decidem associar seus esforços, experiências e conhecimentos para o alcance de fins comuns à base da cooperação e confiança e em busca de objetivos compartilhados explícitos.

A gestão da rede constitui um modelo de operação do conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde, públicos, comunitários e privados, de diferentes níveis e de diferentes capacidades de resolução, inter-relacionados por uma série de procedimentos e estilos de trabalho que permitem o trânsito dos pacientes entre todos eles, de acordo com um fluxo determinado para cada uma das patologias priorizadas. As condições básicas de uma rede são a confiança, a cooperação, a complementaridade e a informação compartilhada. As características de uma rede são a centralidade no usuário, a capacidade de resolução em diferentes níveis de complexidade, as necessidades priorizadas e os fluxos determinados por patologias. O trabalho em redes impõe um novo modelo de atenção voltado para as necessidades das pessoas, de curativo a promocional e preventivo, de bio-médico a bio-psico-social, de hospitalocentrismo para a atenção primária, de assistencialista para comunitário, e de organização hierárquica para redes poliárquicas.

A mudança do modelo de atenção exige o fortalecimento da autoridade sanitária, a participação comunitária, a transparência, o enfoque na medicina familiar, a inversão em infra-estrutura, a educação permanente, a definição dos processos clínicos através de diretrizes clínicas e a melhoria das condições de emprego.

O Ministério da Saúde da República Dominicana discute a implantação de redes de atenção à saúde no país (**Secretaria de Estado de Salud Pública y de Asistencia Social, 2006**). O desenho da reforma da República Dominicana se assenta na separação de funções de regulação e prestação de serviços e, para concretizá-la, propõem-se as redes de atenção à saúde. Faz-se um diagnóstico do sistema de saúde fragmentado: orientado para as ações curativas, descoordenado e atenção concentrada nos grandes hospitais das grandes cidades.

A primeira reforma, propunha uma rede de hospitais autogestionados e em competição entre si. A atenção primária seria provida por prestadores públicos e privados em competição, ofertando um pacote de serviços materno-infantis, financiado por seguradoras por pagamento per capita. Após dez anos de reforma, os resultados foram muito pequenos e o país não conta, ainda, com um modelo de atenção à saúde.

Isso levou a uma proposta recente de reforma da reforma, com base em: um a concepção ampliada de saúde; novos modelos de gestão mais compartilhados; a organização de um modelo de atenção baseado nas famílias e integral; a diminuição das iniquidades; o fortalecimento da atenção primária à saúde; o desenvolvimento da atenção especializada com os critérios de acesso, equidade, qualidade e custo-benefício; a adesão da população à atenção primária à saúde; a incorporação de procedimentos efetivos; e participação comunitária.

A mudança do modelo de atenção é imperativa e significará implantar redes de atenção à saúde que objetivem melhorar o acesso com equidade, aumentar a eficiência do sistema e integrar os diversos componentes do sistema. Assim, o modelo de competição autogestionada de serviços, a essência da proposta anterior, não cabe no modelo de rede de atenção à saúde. Isso significa que a reforma da reforma será orientada para o prestador de serviços e para o reitor do sistema, e não para o comprador ou segurador, com o objetivo de melhorar os resultados sanitários, mais que obter a racionalização econômica do sistema.

As redes de atenção à saúde estarão conformadas pelos Serviços Regionais de Saúde, modernos, integrados em redes, com serviços custo-efetivos e capazes de impactar os resultados sanitários da população. Estes serviços regionais deverão operar de forma autônoma. Esta autonomia se fará em: definição da estrutura diretiva; definição da organização dos serviços; definição da participação profissional e cidadã; definição do sistema gerencial; e definição do sistema formal de relações. Os Serviços Regionais de Saúde serão orientados, prioritariamente, para populações com escassas possibilidades de acessar, com recursos próprios, os serviços de saúde; a provisão mínima do Plano

Básico de Saúde; e a provisão de serviços de saúde pública. Para tal, serão organizados em três níveis: o nível de atenção primária à saúde, englobando unidades de atenção primária, dispensários, clínicas rurais e consultórios; o nível especializado básico que inclui os hospitais gerais e os sub-centros de saúde; e o nível dos hospitais regionais para internação de casos de maior complexidade.

O nível da atenção primária à saúde será reforçado para prover o Plano Básico de Saúde. Estará centrado no risco familiar, será resolutivo, propiciará cuidados promocionais, preventivos e curativos; constituirá o nível mais operativo da rede; e será ofertado através de uma carteira de serviços construída com base em pertinência dos problemas, efetividade do procedimento e existência de recursos. O nível da atenção especializada básica será composto por uma carteira de serviços que englobe: consultas médicas em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, saúde mental e cirurgia; consultas em programas prioritários; atenção às emergências de baixa e média complexidades; controle de gestantes de alto risco e partos de baixo e médio riscos; apoio diagnóstico e terapêutico; cirurgias ambulatoriais e cirurgias ginecológicas de baixa complexidade; assistência farmacêutica; atenção odontológica geral; e transporte sanitário. Os serviços de atenção terciária envolvem: a atenção especializada de maior complexidade com internação hospitalar; consultas médicas e internações em ações de alta complexidade; atenção às urgências e emergências de alta complexidade; atenção ao parto e puerpério de alto risco; cirurgias e exames de alta complexidade; serviços de sangue e hemocomponentes; cuidados intensivos; assistência farmacêutica; e sub-especialidades odontológicas;

As redes de atenção à saúde são consideradas como um sistema complexo em que um conjunto de estruturas interatuam apesar de que cada qual realiza um trabalho diferente das demais, mas que devem atingir o objetivo comum de propiciar serviços a uma determinada população. As redes devem ter uma estrutura organizativa e uma estrutura funcional. A estrutura organizativa deve levar a rede a alcançar seus objetivos, de forma eficiente. As estruturas dos serviços se compõem de unidades de atenção primária, centros de primeiro nível, zonas de saúde, áreas de saúde e regiões de saúde. As estruturas de gestão são os comitês de zonas, as gerências de áreas e a gerência regional.

Vázquez e Vargas (2006) analisam as redes de atenção à saúde na Colômbia.

As redes integradas de serviços de saúde têm sido propostas no movimento de reforma do setor saúde, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Há dois tipos de redes, as baseadas na filiação geográfica e as baseadas na filiação voluntária. O primeiro tipo se dá em sistemas públicos organizados pela cooperação gerenciada em territórios sanitários definidos e o segundo nos sistemas organizados com base na competição gerenciada que introduz elementos de mercado e competição.

Na Colômbia, as redes integradas são organizadas pelas entidades promotoras de saúde e pelas administradoras do regime subsidiado, em conjunto com as instituições prestadoras (IPS e ESE).

Espera-se que a melhor coordenação entre os níveis assistenciais contribua para reduzir os trâmites e a duplicação de atividades, melhorando a eficiência, a efetividade e o acesso e aumentando a satisfação dos usuários. Contudo, num contexto de competição gerenciada, podem existir problemas e equidade no acesso, e, no longo prazo, diminuição do acesso pela limitação da oferta num ambiente competitivo.

Por isso, a implementação das redes integradas de serviços de saúde em ambientes competitivos é um processo muito complexo que requer forte regulação do Estado, o que não é regra nos países em desenvolvimento.

A avaliação das redes integradas de serviços de saúde, especialmente no que se relaciona com o aumento da eficiência, a equidade e a continuidade da atenção, resulta insuficiente. Na Colômbia, as avaliações feitas até o momento mostram baixa cobertura de asseguramento, amplas iniquidades e múltiplas barreiras para o acesso aos serviços.

Estrada, Capote, Duran e Jimenez (2006) falam das redes de atenção à saúde em Chiapas, México.

Os serviços de saúde ofertados em Chiapas caracterizavam-se por sua fragmentação e falta de coordenação, o que implicava ineficiência. A experiência internacional sugere a implantação de redes de atenção à saúde por razões técnicas, econômicas e sociais. Assim, as redes impõem como mecanismos de direção, uma estratégia e um monitoramento únicos.

O foco está em redes municipais ou microrregionais, organizadas através de vários princípios: a atenção continuada que se inicie na comunidade, trabalho, família e escola e no entorno econômico e social; a atenção progressiva estruturada em redes de serviços de atenção à saúde e em trabalhos intersetoriais; a atenção integral que abarque ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, ofertadas por órgãos governamentais e não governamentais, redes de apoio social e sociedade civil; a gerência em equipe com envolvimento multi-profissional e com outros setores; os resultados eficientes, eficazes e socialmente efetivos; os resultados que melhorem os níveis de saúde da população e incrementem a participação cidadã; a população como sujeito social e não como objeto da atenção e promotora de equidade; e articulação da rede pela vigilância em saúde.

As redes de atenção serão definidas em função das singularidades de municípios ou microrregiões pelos critérios de: situação de saúde, infra-estrutura de serviços de saúde e de setores correlatos como educação, saneamento, cultura, habitação etc.; potencialidades de mobilização política e social; e potencialidades de mudanças nas

comunidades. A gestão se fará por meio de mecanismos coletivos de direção; haverá mecanismos de controle, supervisão, petição e prestação de contas; estabelecimento explícito da divisão de trabalho e definição de responsabilidades; a organização de comitês locais de saúde; a definição clara de atividades e tarefas a serem executadas; a utilização da informação como base das decisões; a educação permanente; os planos de emergência para desastres; e a avaliação da eficiência técnica, econômica e social dos programas de saúde.

O modelo de intervenção para a construção das redes municipais ou microrregionais está desenvolvido em momentos e prevê a acumulação de capitais sanitários e políticos pelas equipes de saúde e população. O objetivo é estruturar sistemas municipais ou microrregionais de saúde com as características: implantação de observatórios de saúde; desenvolvimento de sistemas de vigilância em saúde com ampla participação da população; e unidade garantida pelo sistema jurisdicional e diversidade garantida pelo sistema municipal ou microrregional de saúde.

Os momentos de implantação das redes são: momento para a caracterização do sistema municipal ou microrregional de saúde; momento para a geração do mecanismo de condução do sistema municipal ou microrregional de saúde; momento para identificação de desafios e possibilidades do sistema municipal ou microrregional de saúde e definição dos componentes social, técnico-institucional e político; momento para estabelecer as prioridades dos problemas identificados; e momento para estabelecer o mecanismo para melhorar a equidade com eficácia, eficiência e efetividade.

O processo de implantação das redes de atenção à saúde é ilustrado com dois problemas prioritários de saúde pública em Chiapas: o tracoma e a mortalidade materna.

7. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM OUTROS PAÍSES

Shapdour (2000) discute as redes de atenção à saúde no Irã.

A República do Irã está administrativamente organizada em 38 províncias, 278 distritos e 676 cidades. A Revolução de 1979 implantou uma reforma sanitária com as seguintes características: prioridade para as áreas rurais e, dentro delas, os grupos de alto risco; prioridade para as ações de promoção da saúde; prioridade para a atenção generalista sobre a atenção especializada; prioridade para a atenção ambulatorial sobre a atenção hospitalar; integração máxima dos cuidados preventivos e curativos; e descentralização com constituição de serviços locais e regionais de saúde.

O sistema se organizou em sistemas distritais definidos em planos mestres que envolviam: localização das unidades de saúde rurais e locais; definição de metas por unidades; definição de recursos humanos; definição de sistema de capacitação do pessoal; e definição de plano financeiro.

A unidade de saúde mais periférica da rede é a casa de saúde operada por pessoal da comunidade (*behvarz*). O sucesso desse nível está na íntima relação entre a população e o *behvarz* que é gente da própria comunidade. Outro fator de sucesso foi a definição de um sistema de informação muito simples.

As mais recentes mudanças no sistema iraniano foram: instituição do Mini stério da Saúde e Educação Médica; introdução de novas categorias de pessoal de saúde, capacitados de forma integrada; aumento da cobertura dos serviços de saúde para 90% da população, o que teve impacto positivo nos níveis de saúde; redução da taxa de crescimento populacional de 3,2% para 1,4%, fruto da redução da mortalidade, especialmente infantil, e da melhoria da atenção primária à saúde; e, consequência da transição epidemiológica, a introdução de programas de atenção a doenças crônicas como a saúde mental, a hipertensão, diabetes e drogadição, organizados em redes de atenção.

Healy, Sharman e Lokuge (2005) descrevem a rede de atenção à saúde na Austrália a partir de uma via clínica medica de um paciente que necessita de uma prótese de joelho.

O paciente visitará seu médico generalista que o referirá a um ortopedista privado ou a um serviço ambulatorial de ortopedia em um hospital. Se for ao ortopedista privado, pagará a conta e receberá um reembolso de 75% do sistema público. O paciente tem livre acesso aos hospitais, mas, em geral, busca um sob orientação de seu médico generalista. Se o paciente não quer esperar para a cirurgia no hospital público (demora média de três meses), procurará um ortopedista privado que o operará num hospital público ou num hospital privado. O sistema público subsidiará 75% dos gastos com a cirurgia, mas ele deverá pagar de seu bolso, ou através de um seguro privado, as acomodações hospitalares; 62% dos pacientes preferem o esquema privado. Após a cirurgia e a reabilitação primária no hospital, o acompanhamento se faz através do médico generalista e a atenção fisioterapêutica é feita pelo sistema público, com co-pagamento do paciente, ou privadamente, pago do bolso ou por meio de seguro privado. Essa rede está ancorada nos médicos generalistas que são 60% dos médicos australianos e que cumprem a função de *gatekeeper* e de coordenação da atenção. .

8. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Mendes (1998), em um trabalho pioneiro no país, sem mencionar explicitamente as redes de atenção à saúde, propõe movimentos imprescindíveis à sua concretização, sob a forma de uma reengenharia do sistema de saúde e lista algumas mudanças necessárias.

Os movimentos dessa engenharia são: da cura/reabilitação para a promoção/prevenção; do pagamento por unidades de serviços ou procedimentos para conjuntos de serviços pagos por capitação; da polaridade hospital/ambatório para a multiplicidade de pontos de atenção à saúde; dos equipamentos de baixa para os de alta escala; da atenção

hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para a atenção primária; da atenção ambulatorial e hospitalar para a atenção domiciliar; da atenção primária não resolutive para a atenção primária de alta resolução; da atenção hospitalar geral para a atenção hospitalar aguda; da intuição clínica para as intervenções baseadas em evidências; do ambulatório de baixa densidade tecnológica para o ambulatório de alta densidade tecnológica; da exclusividade da medicina científica para a convivência com práticas alternativas; da exclusividade do cuidado profissional para a valorização do autocuidado; e da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração.

Com base nesses movimentos, sugere mudanças na gestão dos sistemas de saúde: a gestão voltada para os riscos populacionais; o pagamento por capitação; a busca de economia de escala nos serviços; a mudança no papel dos hospitais; a introdução da gestão de casos; as mudanças tecnológicas de impacto; o uso de diretrizes clínicas; a implantação de novos pontos de atenção à saúde como atenção domiciliar, hospital/dia e centros de enfermagem; a utilização de práticas alternativas; e o reforço do autocuidado.

Santos, Leonardi, Voiss e Ito (1998) colocam uma experiência pioneira no Brasil de integração horizontal, aplicado, pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no campo do apoio diagnóstico.

O desenho deste sistema de apoio obedeceu à melhor técnica de construção de redes de atenção à saúde, concentrando o processamento dos exames num único laboratório, para ganhar escala e qualidade, descentralizando a coleta do material para exames em cada unidade básica de saúde, terceirizando, para a Empresa de Correios, a logística, e informatizando todo o processo, desde a coleta até o envio do resultado.

Para isso, foram descontinuados os contratos com os diversos prestadores de serviços de patologia clínica no município e centralizado num prédio único, o processamento dos exames. A coleta é feita com leitura ótica, o material é recolhido nas unidades e levado à central de processamento pela empresa de correios, é processado e o resultado é enviado *on line* para o computador do médico requisitante. O laboratório conta com uma rede de computadores interligados, o que permite o compartilhamento dos dados e informações entre todos os setores. Há, também, um interfaceamento dos equipamentos e identificação por códigos de barra. O laboratório conta com um sistema de controle de qualidade interno e um sistema de controle de qualidade externo.

O resultado deste processo de integração horizontal do sistema de apoio diagnóstico em Curitiba foi um incremento quantitativo (fazem-se em torno de 150 mil exames por mês) e qualitativo dos exames de patologia clínica e a eliminação do tempo de espera pelos resultados.

A **Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000a)** relata uma experiência vanguardista na saúde brasileira. Foi lá onde, pela primeira vez, de forma estruturada, percebeu -se que o modelo de municipalização autárquica apresentava debilidades, devido à perda de escala e de qualidade dos serviços do SUS. Por isso, a partir de 1988, com o apoio técnico do Department for International Development do Reino Unido, iniciou -se o processo de microrregionalização dos serviços de saúde, tendo por base uma concepção de redes de atenção à saúde.

Através de uma metodologia de fluxos viários e assistenciais , o Ceará, composto por 184 municípios, foi dividido em 21 microrregiões e 3 macrorregiões. Nas microrregiões deveria dar-se a auto-suficiência na atenção secundária e nas macrorregiões, a auto-suficiência em atenção terciária. Então definiu -se, pela primeira vez no país, o conceito de microrregião como espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, formadas em conformidade com um processo espontâneo e natural de integração e interdependência, com capacidade de gestão unificada e com capacidade de gerar soluções para problemas comuns na área de saúde.

Em cada uma das 21 microrregiões de saúde do estado a Secretaria Estadual de Saúde instalou uma gerência microrregional de saúde, como órgão descentralizado. Esse processo foi parte duma reforma administrativa da Secretaria realizada com a cooperação da Faculdade de Administração da USP. E instituiu como ente virtual de pactuação microrregional, as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais.

A proposta de microrregionalização foi precedida de uma ampla discussão interna sobre o novo conceito e sua adequabilidade no estado do Ceará. Optou-se pela microrregionalização ao constatar que mais da metade dos municípios cearenses tinham uma população de menos de 20 mil habitantes, uma escala não adequada para a organização de sistemas de serviços de saúde. E que, disso, resultava: prevalência de pequenos hospitais com baixas taxas de ocupação; uso inadequado de serviços de média complexidade; baixa qualidade dos serviços; ineficiência sistêmica , exagerada concentração de recursos no município da Capital etc.

A implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde iniciou -se em 1999, com o projeto piloto da microrregião de Baturité. A microrregião de Baturité tinha aproximadamente 130 mil habitantes e era composta de 8 municípios: Baturité, Aracoiaba, Guaramiranga, Mulungu, Pacoti, Aratuba, Capistrano e Itapiúna.

Este processo fez-se através de um curso de gestão de sistemas microrregionais de serviços de saúde, auspiciado pela Escola de Saúde Pública, e desenvolvido, na microrregião, através de atividades educacionais presenciais e de dispersão. Es te curso foi realizado através de 17 seminários temáticos, distribuídos nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde.

A concepção de sistema integrado foi motivo de discussão e formulação conceitual.

A experiência de implantação do Sistema Microrregional de Saúde de Baturité mostrou alguns avanços. Houve uma aliança estratégica entre os hospitais de Baturité e Aracoiaba que, antes, competiam pelos mesmos serviços e operavam com deseconomias de escala e altas ociosidades.

A reengenharia do sistema foi insuficiente. Não se avançou muito na instituição de novos pontos de atenção à saúde. A integração vertical fez -se através da central de regulação implantada, na microrregião, pela Secretaria Estadual de Saúde. Ainda que tenha sido motivo de fortes discussões, não se conseguiu implantar o sistema de transporte sanitário. A gestão da clínica consistiu na elaboração, pela Secretaria Estadual de Saúde, das linhas-guia das áreas prioritárias do SUS, mas que não foram implantadas por meio de um processo deliberado e com base na educação permanente. O modelo de gestão microrregional instituiu-se pela implantação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, com Secretaria Técnica da Gerência Microrregional da Secretaria Estadual de Saúde e com apoio de câmaras técnicas.

O modelo desenvolvido na microrregião de Baturité foi implantado, posteriormente, nas demais 20 microrregiões do estado (**Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2000b**) e influenciou, decisivamente, as concepções de regionalização que foram definidas pelo SUS, em especial a NOAS/SUS/2002.

Mendes (2001) trata de uma proposta sistemática de redes de atenção à saúde, sob a forma dos sistemas integrados de saúde, colocada como o dilema microeconômico entre a fragmentação e a integração do SUS.

Os sistemas fragmentados são caracterizados por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adscrita. Ao contrário, os sistemas integrados estão baseados em três características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde.

A fragmentação dos sistemas de saúde implica vários problemas. Esses sistemas são ineficazes porque estão dirigidos, fundamentalmente, a atender pessoas doentes, já que não têm ênfase em medidas promocionais e preventivas, nem têm uma responsabilização inequívoca por uma população. São ineficientes porque não estão focalizados na gestão de riscos populacionais; não atendem as pessoas nos lugares certos; dividem o evento das doenças e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade da atenção; tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica; levam à multiplicação dos recursos tecnológicos e criam incentivos para a indução da demanda pela oferta; e apresentam problemas de qualidade.

Os sistemas integrados estão ancorados em três pilares básicos: a medicina baseada em evidências, a avaliação econômica dos serviços de saúde e a avaliação tecnológica dos serviços de saúde. E se justificam em função das mudanças demográficas e epidemiológicas que apontam para uma situação de saúde com predominância relativa das condições crônicas. Esta situação de saúde só pode ser enfrentada, com sucesso, com respostas sociais articuladas em sistemas integrados de saúde.

As matrizes da proposta apresentada para o Brasil, derivam de movimentos de reforma realizados em várias partes do mundo: a desospitalização, a substituição, a viragem ambulatorial e a atenção gerenciada.

O movimento da desospitalização deu-se em diferentes países e levou à redução do número de leitos como tendência universal. No Brasil este movimento manifestou-se, especialmente, no campo da atenção psiquiátrica.

Nos anos 90, na Europa Ocidental, como resultado do Relatório Dekker (**Dekker, 1988**) sobre a reforma sanitária holandesa, arquitetou-se uma mudança dos padrões de organização e de reconfiguração dos sistemas de saúde, tanto do lado da demanda quanto da oferta, denominado de substituição. A substituição foi proposta originalmente por **Warner (1996)** que a dividiu em três tipos: a substituição da localização do ponto de atenção à saúde (por exemplo, da internação hospitalar para o hospital/dia), a substituição devido à introdução de novas tecnologias (por exemplo, a microcirurgia deslocou vários procedimentos do centro cirúrgico para o ambulatório) e a substituição por mudanças das competências profissionais (por exemplo, o deslocamento de tarefas do médico especialista para o médico generalista ou do médico para as enfermeiras).

No Canadá surgiu outra matriz denominada, de desinstitucionalização (**Steinmetz, 1995**), de viragem ambulatorial (**Gravel, 1998**) ou de sistemas integrados de saúde (**Marriot e Mable, 1998**); esta última veio a ser adotada, em escala, pela Província de Saskatchewan.

Nos Estados Unidos, surgiu a proposta dos sistemas integrados de saúde como parte de uma mudança microeconômica do sistema de saúde que se fez a partir da introdução da atenção gerenciada. Esse movimento americano que, depois foi levado a países europeus, surge com base nos trabalhos de Shortell e colaboradores .

Os sistemas integrados de saúde são definidos como uma reforma microeconômica dos sistemas de saúde, realizada por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua e coordenada à determinada população – no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa -, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população.

Os componentes dos sistemas integrados são a gestão dos riscos populacionais, a gestão dos pontos de atenção à saúde e a gestão da clínica. O sistema de pagamento mais coerente com os sistemas integrados é o de capitação ajustada.

A implantação dos sistemas integrados de saúde dá-se por momentos. O momento 1, é a integração horizontal dos pontos de atenção à saúde; o momento 2, é a diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde; o momento 3, é a integração vertical dos pontos de atenção à saúde; o momento 4, é a integração do sistema de saúde com o sistema de assistência social; e o momento 5, é a integração vertical do sistema de saúde com as outras políticas públicas por meio da intersetorialidade.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (2001)** descreve uma experiência pioneira no país de desenvolvimento de um sistema integrado de saúde na Região de São Pedro, em Vitória, Espírito Santo (SIS São Pedro). Este projeto era um piloto que deveria ser estendido a toda cidade de Vitória, depois de sua avaliação.

O sistema integrado de saúde adotado propunha mudanças radicais na forma convencional da prestação de serviços de saúde que vão da atenção curativa e reabilitadora para a atenção promocional e preventiva; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para os serviços de escala adequada; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para a atenção primária à saúde; da intuição clínica para a medicina baseada em evidência; da liberdade clínica total para a liberdade clínica regulada por diretrizes clínicas; da atenção primária à saúde como nível de atenção para a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de saúde; e da exclusividade do cuidado por profissionais de saúde para a atenção colaborativa que valoriza o autocuidado. Estas mudanças deveriam determinar: o uso intensivo de atividades promocionais e preventivas; a fusão ou aliança entre unidades de serviços mais complexas; a restrição dos hospitais para os eventos agudos; o uso intensivo do hospital/dia; a utilização de instrumentos de gestão da utilização dos serviços; a ambulatorização de cirurgias; o reforço da atenção primária à saúde como centro de comunicação do sistema; a utilização crescente da atenção domiciliar terapêutica; o uso da gestão da clínica; e o estímulo ao autocuidado.

Os componentes do SIS São Pedro eram cinco: o sistema de ações coletivas, composto pela integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, organizados em redes; o sistema de atenção médica organizado por meio de pontos de atenção à saúde como atenção hospitalar, atenção domiciliar, atenção ambulatorial especializada, os cuidadores, o autocuidado etc.; o sistema de apoio envolvendo a assistência farmacêutica e o apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os sistemas logísticos; o sistema integrado de informações em saúde; e o sistema de controle público.

O SIS São Pedro tinha como objetivo geral o atendimento integral e de qualidade à população de São Pedro através de um sistema integrado de saúde. Para isso, haveria que estender a cobertura do Programa de Saúde da Família a 100% da população e

integrar a Policlínica, localizada na região, e que oferecia atenção secundária nas áreas de pronto atendimento ambulatorial, clínica médica, cardiologia, dermatologia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria, homeopatia, pneumologia, odontologia e em serviços de apoio diagnóstico e de imagem e de medicamentos. A atenção hospitalar seria integrada nos hospitais do SUS no município.

O projeto foi implantado por meio de uma metodologia que envolvia oficinas temáticas com um momento de diagnóstico, um momento de proposição e da qual decorriam grupos de trabalho encarregados de desenvolver e implantar o tema no projeto piloto de São Pedro. Durante 11 meses foram realizadas 15 oficinas temáticas que envolveram mais de 1.500 pessoas, entre profissionais do nível central e local da Secretaria Municipal, acadêmicos, lideranças comunitárias e conselheiros de saúde. Um dos temas centrais foi o de mobilização social em torno do projeto.

Ducci, Pedotti, Simão e Moysés (2001) editaram um livro que se compõe de diversos capítulos, cada qual mostrando um aspecto temático da construção do SUS no município de Curitiba, adotando-se, em geral, uma perspectiva histórica a partir dos anos 90. Neste sentido, o livro é importante para entender a trajetória que levou ao Sistema Integrado de Saúde de Curitiba.

Moysés et al. (2001) analisam o trabalho básico de construção dos distritos sanitários, processo desenvolvido no início dos anos 90. Para isso, a cidade foi dividida em territórios-distritos a partir dos princípios de cidadania, territorialidade e solução de problemas. Estes territórios-distritos, por sua vez, desdobravam-se em territórios-área, o espaço de responsabilização de cada unidade básica de saúde, territórios -micro-áreas, espaço de responsabilidade de cada agente comunitário de saúde e territórios domicílio, a residência de cada família.

Penteado et al (2001) relatam o processo de implantação da regulação da atenção à saúde no município, articulando-o com a evolução da gestão municipal. Foram desenvolvidos e implantados vários sistemas logísticos como a central de marcação de consultas especializadas e a central metropolitana de leitos e sistemas de controle como o sistema de controle e avaliação hospitalar e o sistema de controle de procedimentos de alto custo.

Schneider et al. (2001) falam da implantação do Cartão Qualidade-Saúde. Este cartão partiu do cadastramento de toda a população adscrita às unidades e articulou-se com o desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde. Esses dois sistemas informatizados constituem poderosos instrumentos logísticos de conformação de redes, já que estão integrados e comunicam, entre si, em todas as unidades de saúde. O prontuário eletrônico foi concebido com base nos princípios de territorialização, acesso da população, acolhimento solidário, priorização à pequena emergência e modulação da demanda. Paralelamente, desenvolveram-se os prontuários de programas, o sistema de gerenciamento da programação, o sistema de atendimento

nas unidades 24 horas, o sistema de integração com o laboratório central e o sistema de regulação de medicamentos e insumos.

Silveira Filho et al. (2001) dissertam sobre a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de implementação da prática sanitária da vigilância à saúde.

O PSF foi introduzido a partir de 1995 como uma estratégia de organização do sistema a partir de uma atenção primária à saúde fortalecida. Os princípios da saúde da família adotados foram ênfase em atividades promocionais e preventivas, planejamento local, atenção integral e contínua, atenção humanizada e ação intersetorial. As ferramentas básicas para a abordagem familiar, provindas da experiência canadense, foram adotadas como o genograma, o *practice*, o ciclo de vida da família e o *firo*. Em 1996 a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde e, a partir daí, o programa expandiu-se. Em 2000, o Distrito Sanitário Bairro Novo teve a cobertura de 100% da população com PSF. Essas unidades de saúde da família se integraram, no espaço distrital, com uma Unidade de Saúde 24 horas para atendimento ambulatorial às urgências e emergências, com um hospital e maternidade de média complexidade e com um centro de especialidades médicas, configurando, provavelmente, a primeira experiência brasileira de rede de atenção à saúde até o nível secundário.

Jimenez et al (2001) descrevem o surgimento e a consolidação de uma experiência pioneira de uma rede de atenção à saúde temática, voltada para a atenção integral à mulher e à criança, o Programa Mãe Curitibana. Esse trabalho se iniciou em 1999, numa parceria com as sociedades corporativas paranaenses (ginecologia e obstetria, pediatria e infectologia) e com os hospitais universitários. O programa estruturou-se tendo como premissas básicas a maior segurança e qualidade do atendimento, a vinculação das gestantes aos serviços de saúde e a humanização do atendimento. Para tal desenvolveram-se três componentes: o planejamento familiar; a atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; e a humanização do atendimento. Foi elaborado o protocolo clínico do Mãe Curitibana onde se definiram as rotinas clínicas e os fluxos assistenciais, em rede, integrando os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Os resultados do programa, nos seus primeiros anos, foram auspiciosos: cobertura de pré-natal de 95%; vinculação das gestantes às maternidades; redução dos partos cesáreos; eliminação da transmissão vertical da de HIV/AIDS; 70% das gestantes inscritas no primeiro trimestre da gestação; 100% das gestantes com exames laboratoriais e vacinas conforme o protocolo; 92% das gestantes atendidas nas maternidades consideraram o atendimento bom ou excelente; 99% dos recém-nascidos realizaram o teste do pezinho; 96% das gestantes receberam orientações sobre o aleitamento materno; 86% das gestantes receberam orientações sobre planejamento familiar; 96% das gestantes agendaram a consulta puerperal nas unidades básicas de saúde; 95% das gestantes estavam satisfeitas com o atendimento nas unidades básicas de saúde, incluindo a atenção ao bebê; e o índice de satisfação geral com o programa entre as mulheres era de 92%.

Silva (2004) produz uma dissertação de mestrado que avalia a experiência do Sistema Integrado de Saúde de São Pedro, desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, no estado do Espírito Santo.

A Região de São Pedro tinha 32.711 pessoas e 7.400 famílias. Apenas 8,7% da população tinha plano privado de saúde. A principal causa de morte eram as causas externas, seguida das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. O sistema municipal de saúde na região constituiu-se de 12 equipes do Programa de Saúde da Família, o que dava uma cobertura de 100% da população, e de uma policlínica para a atenção secundária. As unidades de saúde da família contavam com o apoio de psicólogo e assistente social. O percentual de acompanhamento dos principais agravos é o seguinte: 98,5% para gestantes das quais 79,6% foram identificadas no primeiro trimestre, 97,8% de crianças com até 1 ano com vacinas em dia, 93,5% de portadores de diabetes, 91,9% de portadores de hipertensão, 92,3% de portadores de tuberculose e de 94,2% de portadores de hanseníase.

A proposta de sistema integrado de saúde, inicialmente, foi desenvolvida pela rede temática de atenção à mulher e à criança, o Projeto Vitória da Vida, que tinha como meta mobilizadora a redução da mortalidade infantil a um dígito. A estratégia de mobilização social fez-se com base nos Comitês de Defesa da Vida, com participação da sociedade civil. A atenção primária à saúde era feita pelas equipes do PSF, a atenção secundária ambulatorial pela policlínica e a atenção hospitalar pela Maternidade Pró -Matre.

Para que o sistema integrado fosse organizado a Secretaria Municipal de Saúde passou por um processo de reforma institucional que a levasse, ao final, a assumir a gestão plena do sistema municipal.

Algumas ações importantes foram desenvolvidas como o sistema de educação permanente dos médicos e enfermeiros, desenvolvido através de uma metodologia avançada com base na experiência holandesa. Esse processo contou com a aprovação de 95% dos seus participantes. Foram elaboradas algumas diretrizes clínicas, especialmente de atenção à mulher e de atenção à criança. Protocolos de acolhimento foram desenvolvidos e implantados nas unidades básicas de saúde. Os resultados foram positivos e, no ano de 2002, a meta de redução da mortalidade infantil a um dígito foi alcançada, ao atingir 8,3 mortes infantis por mil nascidos vivos.

A integração total do sistema, contudo, não foi obtida pela razão da Secretaria Municipal de Saúde não ter optado pela gestão plena do sistema e, por isso, não ter gestão direta sobre a maternidade privada que, apesar do incentivo financeiro recebido, operava com baixos padrões gerenciais. O projeto encontrou seu limite de integração com a decisão política do Prefeito Municipal em não assumir a gestão plena do sistema municipal.

Não obstante, uma avaliação feita com os profissionais de saúde mostrou que: 73,9% dos profissionais entenderam que o relacionamento entre eles era bom e respeitoso; 78,3% acharam que as equipes de PSF eram abertas a mudar suas rotinas e procedimentos; 82,6% entenderam que o PSF oferecia recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade; 79% acharam que as equipes tinham desempenho satisfatório na resolução dos 80% dos problemas de saúde mais comuns; apenas 10,8% das consultas na atenção primária geram referência à atenção especializada; 96% admitiram que a maioria da população reconhecia a atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema; 87% acharam que o vínculo da equipe do PSF com a população era satisfatório; 83% entenderam que o acolhimento dos usuários era satisfatório; 83% valorizavam as diretrizes clínicas como instrumento de organização dos processos de trabalho; 52% discutiram casos com especialistas às vezes ou sempre que necessário; 50% das contra-referências de especialistas era por orientação verbal; 35% dos pacientes hospitalizados eram acompanhados pela equipe de PSF; em relação às gestantes este acompanhamento era de 48%; e 56,5% concordaram em parte com a afirmativa de que havia um sistema organizado de referência e contra-referência.

Do ponto de vista dos sistemas logísticos, a Secretaria Municipal de Saúde implantou uma central de marcação de consultas especializadas. A central de regulação de internações da Secretaria Estadual de Saúde não era utilizada pelo sistema municipal.

A conclusão geral do trabalho é que o SIS São Pedro, como parte da construção de uma rede de atenção à saúde no município de Vitória, lançou bases sólidas que permitiriam à Secretaria Municipal de Saúde evoluir na direção da integração das ações de saúde. Para isso, contudo, alguns constrangimentos deveriam ser superados, como a indefinição pela gestão plena do sistema municipal, o sistema precário de contratação dos profissionais de saúde e o preenchimento político dos cargos de direção das unidades de saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil (**Ministério da Saúde, 2004**), pela Portaria nº 1.169/GM, instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Essa política se operacionaliza por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.

Para tal, as Secretarias de Estado da Saúde devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade.

A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por:

- I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular;
- II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização.

O Ministério da Saúde do Brasil (**Ministério da Saúde, 2005**), instituiu através da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de outubro de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica. Trata-se, na realidade da proposição de uma rede que envolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos no campo da oncologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.

Esta rede deve:

- I - Desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde, voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;
- II - Organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);
- III - Constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;
- IV - Definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;
- V - Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;
- VI - Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

- VII - Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;
- VIII - Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;
- IX - Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;
- X - Fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica;
- XI - Incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

O Banco Mundial (**World Bank, 2006**) fez uma avaliação do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba. Ainda que o foco tenha sido na atenção primária à saúde, os resultados vão além deste nível validando, indiretamente, o Sistema Integro do de Saúde desenvolvido naquele município, a partir de 2001, quando esta proposta foi aprovada na VI Conferência Municipal de Saúde.

O Sistema Municipal de Saúde de Curitiba está constituído por: 105 unidades básicas de saúde, 42 com o Programa de Saúde da Família (PSF); 12 unidades de especialidades; 5 unidades 24 horas de atendimento ambulatorial de urgência e emergência; 1 laboratório central de análises clínicas; e 33 hospitais.

A atenção primária à saúde foi constituída a partir dos princípios da humanização; da prática socialmente orientada; do foco nos problemas locais; na ênfase à prevenção; e na medicina baseada em evidências.

Um estudo recente do **Instituto Municipal de Administração Pública (2005)** mostrou os seguintes resultados do Sistema de Saúde de Curitiba: eliminação da epidemia de dengue; redução das gravidezes não desejadas; redução nos índices de cárie em menores de 12 anos; redução dos nascidos de risco; redução da mortalidade infantil; e redução das hepatites A e meningites.

Uma comparação de Curitiba com outros municípios brasileiros com situação demográfica e epidemiológica semelhante, em indicadores de saúde selecionados, é mostrada na tabela abaixo, classificando-os da melhor à pior posição.

COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE DE CURITIBA COM DE OUTROS MUNICÍPIOS BRASILEIROS - 2004

Média anual de consultas médicas por habitante na atenção básica	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção de óbitos não fetal por causas não definidas	Taxa de mortalidade infantil	Taxa* de internação por Infecção Respiratória Aguda - IRA - em menores de 5 anos na rede SUS	Taxa de abandono de tratamento de tuberculose
São Luis	Campinas	Curitiba	Curitiba	Guarulhos	Campinas
Curitiba	Curitiba	Guarulhos	Campinas	Curitiba	Guarulhos
Porto Alegre	Goiânia	Recife	Porto Alegre	Campinas	São Luis
Duque de Caxias	Belo Horizonte	Goiânia	Goiânia	Belo Horizonte	Curitiba
Belém	Porto Alegre	Campinas	Belo Horizonte	Porto Alegre	Fortaleza
Recife	Guarulhos	Porto Alegre	Recife	Duque de Caxias	Porto Alegre
Belo Horizonte	Belém	Belo Horizonte	Guarulhos	São Luis	Belém
Goiânia	Recife	Belém	São Luis	Recife	Goiânia
Campinas	Duque de Caxias	Duque de Caxias	Duque de Caxias	Fortaleza	Belo Horizonte
Fortaleza	Fortaleza	São Luis	Belém	Belém	Recife
Guarulhos	São Luis	Fortaleza	Fortaleza	Goiânia	Duque de Caxias

Pode-se ver que Curitiba tem a melhor posição em proporção de óbitos não fetal por causas não definidas e por taxa de mortalidade infantil; tem a segunda posição em proporção de nascidos vivos com mães com mais de 7 consultas no pré-natal e em média anual de consultas médicas na atenção básica por habitante, na taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos; e a quarta posição em taxa de abandono no tratamento da tuberculose.

O trabalho faz a história do Sistema Municipal de Saúde, desde 1941 quando se fez o primeiro plano urbanístico da cidade e se construiu a primeira unidade de saúde, até 2004. E mostra que a proposta de um Sistema Integrado de Saúde foi aprovada na VI Conferência Municipal de Saúde, em 2001, e implantada a partir de 2002.

A gestão da saúde, com ênfase na atenção primária à saúde, é analisada em várias perspectivas. A orientação para o cliente: atingindo o cliente, empoderando a comunidade, empoderando os indivíduos e tornando a vida dos clientes mais fácil. O desenvolvimento de sistemas de informação: organizando o conhecimento social, organizando o conhecimento médico, o prontuário eletrônico, o cartão qualidade saúde, as centrais de regulação, o sistema de informação gerencial, e a informatização do laboratório de análises clínicas. A integração e coordenação da atenção: a integração vertical entre os pontos de atenção primários, secundários e terciários, a integração horizontal através de protocolos clínicos e da atenção programada e a coordenação dos serviços por meio dos sistemas logísticos, especialmente das centrais de regulação e do prontuário eletrônico. A vinculação dos profissionais da atenção primária à saúde pelo regime estatutário. A utilização de sistema de contratos de gestão com incentivos financeiros para os resultados. A tradição de um sistema público de gestão meritocrático em que todos os cargos em comissão, incluindo as autoridades sanitárias locais, são preenchidos por funcionários, pelo critério da competência técnica. A consolidação de uma cultura de performance no corpo de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

O sistema gerencial da saúde em Curitiba tem pontos fortes. É sustentado por um planejamento estratégico; desenvolve-se através de um plano tático que deriva de uma planilha de programação contida em cada protocolo clínico; a partir destas planilhas fazem-se as programações anuais em cada unidade de saúde; estas programações anuais geram um contrato de gestão entre a Secretaria e os profissionais de cada unidade; e estes contratos funcionam com um sistema de incentivos que tem um bônus financeiro para as equipes que cumprem as metas programadas. O sistema de contratação é bem avaliado pelos profissionais que os consideram muito úteis ao seu trabalho e no estabelecimento de prioridades; são considerados instrumentos de identificação e solução de problemas; e ajudam na formação de equipes de trabalho.

Os elementos responsáveis pela boa performance do sistema de saúde curitibano são identificados: a adoção de políticas inovadoras que funcionam; a compreensão de como gerenciar sistemas complexos através de sistemas de informação eletrônicos integrados; a forte cultura de performance da organização; a mitigação do problema da relação

principal-agente através da padronização dos produtos pelos protocolos, da melhoria da informação para capturar essa informação padronizada e o uso da informação padronizada para clarear as expectativas que os gestores têm dos profissionais da saúde (as ações dos Conselhos Locais de Saúde, do sistema de ouvidoria e da escuta direta da população através de telefone, ajudam a reduzir as assimetrias entre profissionais de saúde e clientes); e o processo ininterrupto de mudanças e crescimento da organização.

Mas de onde vem esta cultura de performance e o que permite que esta cultura se manifeste num ambiente de servidores estatutários? Há três possibilidades de explicação: o SUS provê uma política com a qual se pode trabalhar e garante seu financiamento; os sanitaristas constituíram uma rede profissional com *expertise* e criaram um *ethos* de trabalho; e o governo municipal de Curitiba tem uma tradição de continuidade política e de planejamento estratégico da cidade e da saúde.

O **Instituto Nacional do Câncer (2006)** discute o modelo e atenção à saúde na oncologia.

A implementação de ações organizadas de controle do câncer é necessária quando a carga da doença for significativa e os fatores de risco apresentarem tendência ao crescimento. As ações de controle visam à redução da morbimortalidade, considerando-se a melhor utilização possível dos recursos disponíveis. Estas ações envolvem estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Educação e comunicação em saúde, vigilância do câncer e dos fatores de risco, além de pesquisa básica e aplicada, perpassam e complementam estas ações, cujo tipo e amplitude variam de acordo com os recursos econômicos, o padrão de ocorrência do câncer na população e o grau de desenvolvimento social e do sistema de saúde.

O modelo de atenção à saúde deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições sócio-culturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com doença deve acolher as diversas manifestações de sofrimento - físico, espiritual e psicossocial -, e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade da vida.

Para isso, devem-se estruturar as linhas de cuidado. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de organizar os fluxos dos indivíduos de acordo com suas necessidades. Envolvem o rastreamento e diagnóstico precoce, a atenção pelo generalista, a consulta especializada, o exame e o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos.

LaForgia (2006) discute a temática das redes de atenção à saúde no Brasil. O problema é caracterizado pela predominância da fragmentação que é mais a norma que a exceção no Brasil, o que resulta em duplicação de serviços; ineficiências de escala e escopo;

baixa qualidade derivada da atenção descontínua; e custos de tratamento altos devido à má gestão das doenças crônicas. As diferentes partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Há pouca articulação de recursos, equipes e tecnologias entre os prestadores. O sistema de saúde não está preparado para lidar com os problemas complexos determinados pelas doenças crônicas que representam 2/3 da carga das doenças no país.

A fonte do problema está no desalinhamento do sistema. Os sistemas de financiamento e pagamento não estão alinhados de modo a prover incentivos para a coordenação da atenção à saúde. As razões são: legalmente os três entes federados são independentes; a existência de incentivos políticos de baixa racionalidade; a fragmentação do sistema de financiamento; e a inexistência de política nacional de coordenação da atenção.

Para superar a fragmentação deve-se buscar a coordenação do sistema de forma a aumentar a capacidade de lidar com os problemas complexos, adaptar-se às mudanças e prover serviços de qualidade com custos suportáveis. Isso pode ser obtido através da redução da fragmentação e da redundância pela coordenação da atenção, o que permite aumentar a qualidade, a eficiência e os resultados sanitários. Elementos, processos e sistemas devem ser colocados juntos para criar um sistema integrado numa região determinada. O sistema deve ser focalizado para atender às necessidades de uma determinada população numa região bem estabelecida. O que significará alinhar os incentivos, introduzir novas formas de responsabilização para atingir propósitos comuns, dentro dos limites de uma região, articulando gestores, prestadores públicos e privados e outros atores, nas seguintes dimensões: integração clínica; coordenação dos sistemas de apoio e logísticos; coordenação dos investimentos; coordenação da alocação dos recursos financeiros; coordenação da governança; e quadro regulatório e legal.

A **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006)** tem como prioridade a implantação de redes de atenção à saúde. A situação de saúde de Minas Gerais caracteriza-se por um envelhecimento rápido da população e por uma situação epidemiológica de dupla carga da doença.

Há, no estado, uma transição demográfica muito rápida. Em 2006, 9% da população total é de idosos, o que significa um grupo de 1,7 milhões de pessoas; os idosos serão 15% da população mineira no ano de 2025, mais de 4 milhões de pessoas, o que configura um processo de envelhecimento muito rápido. O envelhecimento tem duas implicações principais para os sistemas de saúde: mais doenças crônicas e maiores custos para os sistemas de saúde. Dados PNAD/2003 mostram que 83,8% das mulheres e 74,8% dos homens mineiros referem ser portadores de doenças crônicas. Esta situação demográfica terá um impacto significativo nos custos do sistema estadual de saúde, vez que a atenção aos mais velhos é muito mais custosa que às populações mais novas.

Ao mesmo tempo, enquanto ainda prevalecem, no estado, doenças infecciosas e as causas externas, surgem como patologias mais prevalentes, as doenças crônicas. Dentre

as dez primeiras causas de morte no estado, seis são por doenças crônicas. As três principais causas de morte são doenças cardiovasculares que no seu conjunto respondem por, aproximadamente, 15% das mortes: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. O mesmo padrão epidemiológico pode ser observado na morbidade hospitalar. Dentre as 15 principais causas, 9 são internações por condições crônicas que, em conjunto, respondem por, aproximadamente, 35% das internações totais. Em termos de carga da doença, medida por anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI's), 15% são por doenças infecciosas e parasitárias; 10% por causas externas; 9% por causas maternas e perinatais; e 66% por doenças crônicas.

Frente à situação de saúde descrita, o SUS vem respondendo através de um modelo de atenção à saúde, voltado para os eventos agudos. Isso não dá certo e marca a crise do modelo de atenção no estado que não vem dando solução adequada aos problemas de saúde, especialmente às doenças crônicas. Por isso, o plano estratégico da saúde em Minas Gerais propõe uma mudança radical no modelo de atenção hegemônico de forma a torná-lo coerente com a situação de saúde. Isso significa, na prática, estruturar as redes de atenção à saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde.

Em razão da situação de saúde foram priorizadas quatro redes de atenção à saúde: a rede de atenção integral às mulheres e às crianças, o Programa Viva Vida; a rede de atenção às urgências e às emergências; a rede de atenção à hipertensão e ao diabetes, a rede Hiperdia; e a rede de atenção aos idosos, a rede Mais Vida.

As redes são construídas, idealmente, a partir de um processo de gestão da clínica, o que significa que elas decorrem de diretrizes clínicas desenvolvidas sob a forma de linhas-guia. Já estão elaboradas e publicadas as linhas-guia de atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; atenção às crianças; atenção ao neonato; atenção aos adolescentes; atenção aos idosos; atenção à tuberculose; atenção à hanseníase; atenção à hipertensão; atenção ao diabetes; saúde mental; saúde bucal, e atenção ao HIV/AIDS. Além dos protocolos clínicos da atenção às urgências e às emergências em todos os níveis do sistema. Todas essas diretrizes clínicas são estratificadas em riscos, o que é da essência da gestão da clínica.

O desenho das redes implicou uma revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), para incorporar os princípios teóricos de construção de redes: escala, escopo, qualidade e acesso. Assim, o estado foi dividido em 75 microrregiões sanitárias, onde se deve dar a auto-suficiência em atenção secundária, e em 13 macrorregiões, onde se deve dar a auto-suficiência em atenção terciária.

O cruzamento dos territórios sanitários, com os níveis de atenção e os pontos de atenção à saúde mais adequados, gera uma matriz da rede ideal, tal como se vê nas matrizes abaixo das redes do Viva Vida e da atenção às urgências e emergências.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE VIVA VIDA EM MINAS GERAIS

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO Terciária à Saúde	Maternidade de Alto Risco Terciária	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica de Nível Terciário	Macrorregião
ATENÇÃO Secundária à Saúde	Maternidade de Alto Risco Secundária	Centro Viva Vida	Unidade de Internação Pediátrica	Microrregião
	Maternidade de Risco Habitual			Município
ATENÇÃO Primária à Saúde	Parteira Tradicional			Município
	Unidade Básica / Equipe PSF			Área de Abrangência
	Agente Comunitário de Saúde			Micro-Área

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM MINAS GERAIS

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	CallCenter “Alô SUS” (número único)	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; adotar atitudes de prevenção; acionar o 192	Município
	Unidade Básica de Saúde/PSF	1º atendimento para vermelho e amarelo Atendimento para verde e azul	Município
	“Hospital de Pequeno Porte”	1º atendimento para vermelho e amarelo Atendimento para vermelho e amarelo de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde Atendimento para azul , fora do horário de funcionamento da UBS	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1º atendimento para vermelho Atendimento para amarelo e verde	Município acima de 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento para vermelho Atendimento para vermelho de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho Atendimento para vermelho de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde Atendimento referenciado segundo protocolo	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho e amarelo	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho	Macrorregião
	Pronto Socorro Hosp. Macro Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho e amarelo Atendimento a vermelho e amarelo	Macrorregião Macrorregião

Além da distribuição ótima dos pontos de atenção à saúde, a proposta de redes de atenção tem seu centro de comunicação na atenção primária à saúde. Para isso, foi instituído um programa de apoio aos municípios na melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, o programa Saúde em Casa. Este programa está sendo implantado através de um Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que envolve um pacote integrado por 30 intervenções tecnológicas, implantado por meio de oficinas microrregionais. Esse plano envolve intervenções na territorialização, humanização e acolhimento, programação local por riscos, implantação das linhas-guia, prontuário familiar, informatização das unidades, melhoria da infra-estrutura física, programa de qualidade, sistema de auditoria, contratos de gestão, curso básico de saúde da família, sistema de educação permanente tutorial dos médicos de família etc.

Como suporte às redes de atenção à saúde, estão sendo implantados os sistemas logísticos. Um sistema informatizado de regulação através de centrais micro e macrorregionais – o SUS Fácil - estará implantado em todo estado até o meio do ano de 2007. O sistema estadual de transporte sanitário já passou pela fase piloto, em três microrregiões, e estará sendo estendido gradativamente, às demais microrregiões. Esse sistema envolve os módulos: de transporte de urgência e emergência, o SAMU; de transporte eletivo; de transporte de amostra de exames; e de transporte de resíduos das unidades de saúde. O prontuário familiar foi desenvolvido em versão papel e está sendo preparada, agora, a versão eletrônica.

O sistema de assistência farmacêutica avançou na logística e os esforços se concentram, a partir deste ano, no uso racional dos medicamentos. Uma proposta de sistema microrregional de patologia clínica está sendo desenvolvida para um piloto em algumas microrregiões do estado, com base na experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

9. A AVALIAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Organização Pan-Americana da saúde (**Organización Panamericana de la Salud, 1998**) discute as redes de serviços de saúde. O objetivo do trabalho é analisar estas redes para: efetuar um diagnóstico dos recursos da rede e de sua produção de serviços (oferta); identificar os principais fatores que afetam a produção de serviços; estimar a demanda da atenção de saúde da população; determinar as brechas de atenção (estudo de oferta e demanda); e identificar e propor alternativas de solução que permitam dar conta das necessidades de serviços não cobertos.

Para atingir estes objetivos devem se realizar as seguintes tarefas: elaboração do perfil demográfico e epidemiológico atual e projetado; descrição da rede de serviços: modelo de atenção, avaliação dos recursos físicos, avaliação dos recursos humanos, avaliação da funcionalidade das unidades de saúde e determinação da produção das unidades de

saúde; diagnóstico integral da rede; análise da oferta; estimativa da demanda atual e projetada; identificação das brechas de atenção; e proposição de alternativas de solução.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004) mostra o 2005-2006 *Comprehensive Accreditation Manual for Integrated Delivery Systems* (CAMIDS), desenhado para facilitar o melhoramento operacional contínuo dos sistemas integrados de saúde, bem como para realizar a auto-avaliação de suas performances tendo como base os padrões da *Joint Commission*.

Para tal, o sistema integrado de saúde é definido como um grupo de hospitais, médicos ou outros prestadores de serviços trabalhando conjuntamente através de contratos ou outros arranjos de filiação.

O manual de acreditação está desenvolvido em vários capítulos funcionais.

i. A gestão da informação

O objetivo da função da gestão da informação é obter, gerenciar e usar informação para melhorar a performance de prestadores de serviços aos pacientes e para dar suporte aos processos de governança e gestão. Para alcançar os objetivos desta função, os seguintes processos devem ser desenvolvidos: identificar as necessidades de informação, internas e externas, dos sistemas integrados de saúde; desenhar a estrutura do sistema de informação; definir e capturar os dados e informações; manter a confidencialidade dos pacientes; analisar e transformar dados em informações; integrar os dados; transmitir, reportar e prover *feedback* em dados e informações; e assimilar e usar as informações.

O manual foca na performance destes processos através da gestão de: componentes de dados e informações; dados e informações específicos dos pacientes; dados e informações agregados; conhecimentos especializados em dados e informações; e de dados e informações comparativos de performance.

Os padrões são estabelecidos para: o planejamento da gestão da informação; a confidencialidade e segurança; os processos de gestão da informação; a decisão baseada em informações; a informação baseada no conhecimento; e a informação específica do paciente.

ii. A gestão dos recursos humanos

O objetivo da função de gestão dos recursos humanos é propiciar aos componentes do sistema de saúde e aos prestadores identificar e prover um número apropriado de pessoal qualificado para cumprir a missão do sistema e atender às necessidades dos pacientes. Para isso, os líderes do sistema integrado devem definir as competências e as qualificações das equipes para que se cumpram a missão do sistema e garantir os

recursos humanos necessários, clínicos e administrativos, através de relações convencionais empregados-empregadores, de contratos ou de outros arranjos.

Há uma lista de padrões que envolvem, dentre outros: treinamento em serviço; informação e educação permanente; avaliações de desempenho; critérios de recrutamento; avaliação das práticas clínicas com vistas ao recrutamento; orientação inicial aos recursos humanos; treinamento inicial dos recursos humanos; avaliação da competência para realizar o trabalho; educação permanente dos recursos humanos; avaliações periódicas de desempenho; identificação dos líderes e de suas responsabilidades; definição do escopo dos serviços; definição da missão, valores e objetivos; coerência dos planos com a missão, valores e objetivos; estabelecimento de relações entre os aspectos clínicos, segurança, gestão de riscos e qualidade; definição do plano de serviços; gestão de programa de emergência; a adequação do ambiente da atenção; critérios para seleção de prestadores e de delegação dos serviços; coordenação das atividades.

iii. A promoção da saúde e a prevenção das doenças

Os sistemas integrados de saúde devem estabelecer serviços preventivos nos níveis primário, secundário e terciário. Para isso deve ser desenvolvido um plano de serviços preventivos, com base em *guidelines* baseados em evidências. O plano envolve a avaliação das necessidades de serviços preventivos, o que inclui: a definição da população-alvo; o número de pessoas nesta população; a distribuição da população por idade e gênero; e um inventário dos serviços preventivos apropriados segundo idade e gênero.

iv. A melhoria do desempenho

O objetivo da melhoria do desempenho do sistema integrado de saúde é melhorar os resultados sanitários do sistema através de aperfeiçoamentos na clínica, na administração, na governança e nos processos de apoio. O enfoque está em medir o desempenho através da coleção de dados, medir o desempenho atual e melhorar o desempenho.

Os padrões utilizados são: a coleção de dados para monitorar o desempenho; dados são sistematicamente agregados e analisados; padrões indesejados ou tendências de desempenho são analisados; processos para identificar e gerenciar eventos sentinelas são definidos e implementados; informações das análises dos dados são utilizadas para fazer mudanças que melhorem o desempenho, aumentem a segurança para os pacientes e reduzam os riscos dos eventos sentinelas; e um sistema proativo para identificar e reduzir efeitos adversos e os riscos para a segurança são definidos e implementados.

v. A liderança

O objetivo da função de liderança é permitir às lideranças do sistema integrado de saúde planejar, dirigir, coordenar, prover e melhorar os serviços de saúde para responder às necessidades dos pacientes e da comunidade. A liderança é o que se provê individual e coletivamente para um sistema integrado. Uma liderança efetiva tem as seguintes características: é inclusiva, não exclusiva; encoraja a participação de todos na visão e valores do sistema integrado de saúde; desenvolve lideranças em todos os níveis do sistema; avalia as necessidades dos usuários do sistema integrado de saúde; e desenvolve uma cultura sistêmica que foca na melhoria contínua do desempenho do sistema para atender a essas necessidades.

vi. A educação e a comunicação

O objetivo desta função é melhorar os níveis de saúde dos usuários por meio de: promoção de comportamentos saudáveis; facilitação da participação dos pacientes e das famílias nas decisões sobre a sua saúde; envolvimento dos pacientes e de suas famílias nas decisões sobre a saúde; e dar apoio ao retorno rápido às atividades. Educar os pacientes para torná-los conhecedores do sistema de atenção à saúde é um grande desafio dos sistemas integrados e requer uma relação colaborativa entre os componentes do sistema, a equipe de saúde e os pacientes e suas famílias.

Os padrões nesta função são: facilitar a compreensão dos pacientes e suas famílias sobre o sistema integrado e sobre os passos para utilizá-los; ajudar os pacientes a compreender seu estado de saúde, as opções de cuidado e as conseqüências das escolhas; educar os pacientes para exercitar seus direitos e responsabilidades; encorajar os pacientes e as famílias no exercício das decisões sobre as opções de cuidados; aumentar o potencial dos pacientes e famílias para seguir o plano de cuidados para maximizar o estado de saúde; aumentar a habilidade dos pacientes e famílias para enfrentar suas necessidades; aperfeiçoar o papel dos pacientes e famílias na atenção contínua; e promover um estilo de vida saudável.

vii. Os direitos, as responsabilidades e a ética

Um sistema integrado de saúde tem responsabilidades éticas com seus pacientes, com seus financiadores, com seus componentes e com seus servidores. Para isso, um sistema integrado de saúde deve contar com documentos que definam *guidelines* éticos para sua operação e para a atenção aos pacientes.

O código de ética do sistema integrado de saúde envolve: privacidade pessoal; confidencialidade da informação; acesso razoável à atenção; atenção prestada com respeito às crenças e valores dos pacientes; designação de um responsável quando o paciente é incapaz de entender o plano de cuidados; participação informada dos pacientes em seu plano de cuidados; participação dos pacientes em situações com resolução de conflitos e participação em pesquisas científicas.

viii. A continuidade da atenção

O objetivo desta função é definir e modelar a seqüência dos processos e atividades para maximizar a coordenação dos cuidados ao longo do *continuum* de atenção.

Os padrões desta função envolvem: atenção aos pacientes provida apropriadamente; entrada dos pacientes nos níveis adequados de atenção; informação adequada aos pacientes nos serviços de emergência; existência de processos para monitorar a propriedade da atenção; existência de programa de monitoramento da assistência farmacêutica; existência de comunicação entre os diversos serviços para dar suporte à continuidade da atenção; informação aos pacientes de necessidades de saúde que necessitam de seguimento; transferências de pacientes entre os serviços realizados de acordo com as necessidades de saúde dos pacientes; e altas dos pacientes realizadas de acordo com as necessidades de saúde.

ix. Os eventos sentinelas

Os eventos sentinelas são ocorrências não esperadas envolvendo mortes ou sérias injúrias físicas ou psicológicas ou riscos. São sentinelas porque sua presença sinaliza a necessidade imediata de investigação e resposta.

A função de eventos sentinelas tem os seguintes objetivos: ter um impacto positivo na atenção aos pacientes e na prevenção desses eventos; focar a atenção no sistema que tenha experimentado um evento sentinela e compreender as suas causas e mudar o sistema para que esses eventos não mais ocorram no futuro; aumentar o conhecimento geral sobre eventos sentinelas, suas causas e as estratégias de prevenção; e manter a confiança do público no sistema.

Alguns eventos sentinelas utilizados são aqueles que obedecem aos seguintes critérios: o evento resultou numa morte precoce ou em perda de funções não relacionadas com o curso natural da doença; suicídio de um paciente sob atenção num serviço de saúde; morte de criança com parto a termo; contactos sexuais dos pacientes com profissionais de saúde; transfusão de sangue entre grupos incompatíveis; e cirurgia em paciente errado ou em parte errada do corpo.

Jordan (2005) desenvolve uma proposição de avaliação dos cuidados inovadores para as condições crônicas da Organização Mundial da Saúde. Para tal, desenvolveu um questionário de avaliação com perguntas e respostas em três pontos de escala: nenhum, algum e muito.

As questões dizem respeito:

i. Aos princípios da atenção à saúde: extensão do cuidado; decisões baseadas em evidência; foco na população; foco na prevenção; foco na qualidade; integração, coordenação e continuidade do cuidado; e flexibilidade e adaptabilidade do sistema de saúde.

ii. Ao nível micro do sistema de saúde: capacitação, informação e motivação dos pacientes; capacitação, informação e motivação das equipes de saúde; e capacitação, informação e motivação das parcerias comunitárias.

iii. Ao nível meso da organização da atenção à saúde: promoção da continuidade e da coordenação da atenção; promoção da qualidade através de lideranças e incentivos; organização das equipes de atenção à saúde; organização do autocuidado e da prevenção das doenças; e uso de sistemas de informação.

iv. Ao nível meso da comunidade: consciência dos líderes sobre as condições crônicas; encorajamento de melhores resultados pelas lideranças comunitárias; mobilização e coordenação dos recursos; e provisão de serviços complementares pela comunidade.

v. Ao nível macro de políticas e financiamento: liderança e advocacia em relação aos problemas das condições crônicas; integração das políticas; promoção de financiamento consistente; desenvolvimento e alocação de recursos humanos; suporte legislativo; e parcerias institucionais.

Vázquez et al. (2005) propõem um modelo para a análise de desempenho das Organizações Sanitárias Integradas (OSI) na Catalunha, Espanha. O modelo propõe a análise de desempenho das OSI's em relação com seus objetivos finais de eficiência e continuidade da atenção e mediante a análise de suas características principais, de elementos externos ou do entorno e de elementos internos.

i. A descrição da OSI

As características-chave para descrever uma OSI são: a amplitude, o número de funções e serviços providos ao largo do *continuum* da atenção; a profundidade da integração vista pelo número de diferentes serviços que se agrupam numa OSI; o nível de produção interna, a quantidade de serviços providos pela organização em relação aos comprados de outros prestadores; a liderança na gestão e a forma de relação entre as unidades que constituem a OSI; e o tipo de propriedade e as relações contratuais que se estabelecem na OSI.

Estas características permitem classificar as OSI em distintos grupos. Integração vertical quando se dá entre vários níveis de atenção, primária, especializada e sócio-sanitária ou integração horizontal se faz em unidades do mesmo nível de atenção.

A integração vertical pode ser “para trás” quando a integração se dá com um prestador numa etapa anterior do processo de produção, ou “para diante” se faz numa etapa posterior do processo de produção. Segundo a produção interna de serviços pode se encontrar, num extremo, OSI's que prestam todos os serviços e, num outro, redes que subcontratam todos os serviços. Segundo a liderança há OSI's que se constituem a partir de hospitais, de grupos de médicos, de agências seguradoras e mistas. Segundo a relação organizativa pode-se encontrar OSI's com propriedade única ou como associação de entidades independentes aliadas por contratos.

ii. Fatores condicionantes do grau de integração

A OSI representa a etapa final do processo de integração assistencial que é influenciado por fatores externos e internos.

Entre os elementos externos destacam-se o modelo de alocação de recursos e os sistemas de incentivos associados. Os sistemas de pagamento aplicados de forma independente para cada tipo de serviço assistencial – pagamento por unidade de serviço, por procedimento ou por orçamento -, desincentivam a coordenação entre níveis assistenciais. Teoricamente, o pagamento per capita incentiva a rede a buscar formas de alinhar seus interesses com os objetivos globais da integração, para reduzir custos e melhorar a qualidade dos serviços. Sob um orçamento per capita global, os provedores perceberiam que recebem de um único orçamento e que as ações em um ponto de atenção têm repercussões nos outros pontos de atenção; isso gera um incentivo a resolver o problema no lugar mais custo/efetivo da rede.

Outro fator determinante são as características da população de referência, a proporção de pessoas com maior carga da doença, grupos minoritários e portadores de necessidades especiais, a extensão do território a cobrir e as características sócio-econômicas desta população.

Outro fator determinante são os elementos internos dos OSI's que são o modelo de governança, o conjunto de objetivos e estratégias, a estrutura da organização, a cultura organizativa, a liderança e o sistema de incentivos dentro da rede. O modelo de governança flutua entre uma governança única a múltiplas organizações que se juntam para governar a rede por meio de pactos. Se bem que não exista evidência sobre qual forma permite obter maior integração, há três atributos para uma boa governança de redes: a responsabilidade de governança com toda a rede e não com suas partes; a responsabilidade sobre a população adscrita; e a coordenação dos diferentes setores para assegurar o cumprimento da missão, dos objetivos e das estratégias ao longo da rede. Considera-se chave para a integração assistencial que na dimensão estratégica existam objetivos e estratégias compartilhados por todos os serviços. Dentre essas estratégias mais comuns se destacam: o planejamento estratégico de toda a rede, o fortalecimento da atenção primária, o desenvolvimento de sistemas de informação integrados, programas de educação permanente conjuntos e estratégias de gestão da clínica.

No âmbito das estruturas há que se verificar o grau de integração entre as funções e direção, de apoio e assistenciais. No campo assistencial é fundamental a normalização dos processos assistenciais. Mas há outras medidas importantes: sistemas de informação verticais, grupos interdisciplinares e desenhos matriciais que combinem níveis assistenciais e processos clínicos. A cultura é outro fator decisivo. De um lado, deve haver concordância entre os objetivos de cada instituição com os da rede ; por outro lado, a cultura contribui para a coordenação assistencial por ser um elemento de coesão e identificação dos membros da OSI, especialmente se há valores como espírito de cooperação e trabalho em equipe. Outro fator importante é o sistema de incentivos aos serviços e aos profissionais. Só se logrará atender aos problemas de saúde nos lugares mais custo/efetivos do *continuum* assistencial se os incentivos dos diferentes serviços estão alinhados com os objetivos globais da rede. Para isso, o sistema de alocação de recursos deve permitir responsabilizar cada unidade - atenção primária, hospital etc. -, tanto pelos custos diretos como pelos custos que determina sobre o resto da rede. A integração orçamentária e sua elaboração a partir de objetivos globais, a flexibilidade e mobilidade dos recursos humanos e econômicos dentro da rede e a transferência da capacidade de compra às unidades são medidas de aumento da eficiência.

iii. A coordenação assistencial

Na coordenação assistencial há que se prestar atenção aos modelos de coordenação e aos seus instrumentos.

Podem-se estabelecer três modelos de coordenação nas redes: a prestação paralela que se produz quando a divisão das tarefas entre os profissionais é clara e a resolução do problema de saúde não exige uma colaboração significativa; o gestor consulta com um nível assistencial atuando como gestor do paciente e o resto dos níveis assistenciais fazendo um aconselhamento ou intervindo para realizar uma intervenção concreta; e a co-provisão da assistência que supõe uma responsabilidade compartilhada na solução do problema. A adoção de um modelo depende da complexidade das necessidades e do modelo de atenção. Os modelos de co-provisão são mais efetivos para processos complicados que requerem uma colaboração intensa entre profissionais de distintos níveis assistenciais. Mas é o modelo de atenção que define a função de coordenação: pode ser que a função de coordenação seja da atenção primária, pode ser que seja da atenção especializada.

Os instrumentos de coordenação normalmente se baseiam na normalização das habilidades dos profissionais através de programas de formação. Mais recentemente, para reduzir custos e aumentar a qualidade estão se padronizando os processos e resultados assistenciais. As guias de prática clínica, os mapas de atenção e os planos de alta hospitalar são exemplos de instrumentos de coordenação baseados na padronização dos processos nos quais se explicitam que tipo de atenção tem se que dar ao paciente, em que tempo, por quem e, em alguns casos, que resultados se esperam. Este tipo de instrumento é eficaz quando as interdependências entre os profissionais não são elevadas, a variabilidade na resposta dos pacientes às intervenções médicas é pequena

e a programação da atenção é fácil. Ao contrário, estes instrumentos resultam pouco eficazes para problemas de saúde complexos que comportam um elevado grau de interdependência e incerteza. Nestas circunstâncias, os instrumentos mais eficazes são baseados na adaptação mútua, ou seja, a coordenação do trabalho mediante comunicação entre os responsáveis pela atenção, o que pode ser feito por telefone, correio eletrônico, por sistemas de informação verticais, grupos interdisciplinares e estruturas matriciais.

iv. Resultados da coordenação, continuidade e eficiência nas OSI's

Há pouca experiência na avaliação da coordenação e da continuidade nas redes de atenção à saúde.

A análise da coordenação pode realizar-se por meio de indicadores para medir aspectos estruturais, de processo e resultados relacionados com a coordenação da informação e da gestão da atenção. A coordenação da informação se analisa avaliando a disponibilidade de mecanismos para transferir a informação de um nível assistencial a outro, o nível de acessibilidade e a adequação da informação compartilhada. A coordenação da gestão da atenção se avalia com indicadores de estrutura que indiquem a disponibilidade de mecanismos para gerir coordenadamente o paciente pelo *continuum* de atenção; depois com indicadores de processo que indiquem o grau de aderência dos profissionais a esses processos, bem como o seguimento longitudinal do paciente ao longo do *continuum* de atenção; por fim, com indicadores de resultados que indiquem a multiplicação desnecessária de exames de apoio diagnóstico e terapêutico e de medicamentos e que meçam os resultados assistenciais vinculados aos objetivos sanitários.

A eficiência econômica refere-se ao melhor uso possível dos recursos em função das preferências das populações. Nas OSI's a análise de eficiência se faz para o conjunto da rede mediante indicadores selecionados, para produtos intermediários, como a taxa média de permanência ou o consumo de medicamentos, mas também, para produtos finais, considerando os insumos consumidos frente aos resultados assistenciais obtidos.

A aplicação dessa guia para análise das OSI's requer a geração de dados mediante estudos que combinem técnicas quantitativas (análise de documentos, entrevistas individuais e de grupos) com análise de registros, revisão de histórias clínicas e pesquisas populacionais.

Hurtado (2006) desenvolve um amplo sistema de avaliação. A prestação de serviços de saúde é uma das funções de um sistema de saúde e consiste na provisão de serviços pessoais e de saúde pública, acessíveis, de alta qualidade, eficientes e equitativos a uma população. É, portanto, uma das macrofunções do sistema de saúde juntamente com a regulação e o financiamento.

O sistema de saúde é, apenas, um dos determinantes do estado de saúde de uma população. O modelo do campo de **Evans e Stoddart (1990)** mostra os determinantes da saúde e distingue doença, saúde, funcionalidade, bem-estar e prosperidade. Esse conceito ampliado de saúde é retomado pela Organização Mundial da Saúde (**World Health Organization, 2005**) que propõe um modelo conceitual mais complexo para examinar os determinantes sociais da saúde como parte de um esforço de melhorar a saúde e reduzir as iniquidades. Este modelo identifica determinantes estruturais e intermediários de saúde. O sistema de saúde é um determinant e intermediário, particularmente com respeito ao acesso à atenção, a organização da prestação dos serviços de saúde e a resposta do sistema para assegurar que os problemas de saúde não deterioreem o estado social das pessoas e facilite a reintegração dos portadores de doenças ou incapacidades.

Um bom sistema de saúde deve prover serviços que sejam: i. acessíveis: utilizados quando necessários; acessados sem barreiras geográficas, financeiras, sociais, culturais, lingüísticas e de gênero; utilizado por grupos particulares de população; e acessados integralmente, ou seja, nos serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores para condições agudas e crônicas. ii. de alta qualidade: que sejam seguros; efetivos; centrados nos pacientes; e providos no tempo certo. iii. eqüitativos e eficientes; iv. e providos eticamente: de forma justa, de forma evidente, de forma a fazer mais bem que mal e respeitosamente.

Faz-se uma revisão dos modelos de avaliação de performance: o modelo de Donabedian, o modelo lógico, o modelo americano, o modelo da Organização Mundial da Saúde para hospitais e propõe-se um modelo de avaliação da performance dos sistemas e saúde nas Américas.

O modelo de **Donabedian (2003)** parte da clássica de definição de estrutura, processo e resultados. Estas três categorias não são atributos de qualidade dos sistemas de saúde ou dimensões de performance, mas a explicitação de um processo de produção em insumos, processos e produtos.

O modelo lógico proposto pelo **Center for Disease Control and Prevention (1999)** é um avanço na concepção de Donabedian, representada por uma hierarquia dos componentes de um programa. Esses componentes, organizados numa cadeia, são: insumos, atividades, produtos e resultados, onde os insumos levam às atividades que levam aos produtos que, eventualmente, levam aos resultados.

O modelo Americano de avaliação (**US Department of Health and Human Services, 2005**) está baseado em duas propostas: a da **Foundation for Accountability (1997)** do domínio do consumidor e a do **Institute of Medicine (2001)** para a qualidade da atenção à saúde. O modelo de domínio do consumidor tem quatro categorias de centralização no consumidor conforme o consumidor expressa suas necessidades de saúde: ficando saudável e evitando as doenças; melhorando quando doente; convivendo com doenças crônicas ou incapacidades e obtendo ajuda para o autocuidado e manutenção das

funções; e enfrentando o fim da vida. O modelo de qualidade do Instituto de Medicina supõe seis objetivos para os sistemas de saúde: que sejam seguros, que sejam efetivos, que sejam centrados nos pacientes, que sejam prestados no tempo oportuno, que sejam eficientes e que sejam equitativos. Os quatro primeiros são atributos da qualidade e os dois últimos são atributos transversais e que refletem as necessidades dos clientes. O cruzamento das variáveis dessas duas propostas numa matriz de dupla entrada compõe o modelo americano de avaliação.

O modelo da Organização Mundial da Saúde de performance hospitalar (**Veillar et al., 2006**) propõe a avaliação da performance hospitalar nas seguintes dimensões e sub-dimensões: Efetividade clínica: conformidade do processo de atenção, resultados do processo de atenção e propriedade do processo de atenção. Eficiência: propriedade, relação insumo/produto e uso de tecnologia disponível para a melhor atenção. Orientação par a equipe: ambiente da prática, reconhecimento das necessidades individuais, promoção da saúde e iniciativas de segurança e respostas comportamentais e estado de saúde. Governança: integração sistêmica e comunitária e orientação de saúde pública. Segurança: segurança dos pacientes, segurança da equipe de saúde e segurança ambiental. Centralidade no paciente: orientação para o cliente e respeito aos pacientes.

A partir desses modelos disponíveis na experiência internacional e com base nos indicadores de qualidade da atenção à saúde da OECD (**Kelley e Hurst, 2006**) propõe-se o modelo de avaliação da performance dos sistemas de saúde das Américas.

O modelo supõe que os sistemas de saúde devem ser operados de maneira que os serviços sejam acessíveis à maioria da população; que devem ser de qualidade; que devem ser providos de modo equitativo e eficiente; e que devem satisfazer às necessidades de saúde da população. O modelo mostra, ainda, que os sistemas de saúde não operam num vácuo, mas que são afetados por determinantes sociais da saúde.

A análise do funcionamento dos sistemas de saúde nas Américas mostra problemas: insuficiente conhecimento da situação de saúde e das necessidades das populações; falta de articulação entre a atenção primária à saúde e os outros pontos de atenção à saúde e ausência de sistemas de referência e contra-referência; centralização dos processos decisórios; falta de clareza nas funções de asseguramento, financiamento e prestação de serviços; gestão dos serviços baseada em estrutura e recursos, mais que em processos e resultados; e falta de participação social nas decisões .

A base para a gestão efetiva dos sistemas de saúde é a disponibilidade de informação relevante e em tempo oportuno para análise, registro, monitoramento e avaliação.

Um estudo recente do Instituto de Medicina (**Institute of Medicine, 2006**) define dez princípios para medidas de performance dos sistemas de saúde: medidas integrais; medidas e objetivos baseados em evidências; medidas longitudinais; suporte de usos múltiplos e atores sociais; medidas intrínsecas à atenção à saúde; perspectiva dos

pacientes; medidas individuais e populacionais; responsabilização compartilhada; sistema de aprendizagem; e sistema independente, flexível e sustentável.

Os critérios para selecionar as áreas prioritárias para serem avaliadas são três. O impacto: a extensão da carga da doença com respeito à incapacidade, à mortalidade e aos custos econômicos e à falta de infra-estrutura ou performance adequadas nessa área. A evidenciabilidade: a brecha entre as práticas correntes e as melhores práticas baseadas em evidências e a probabilidade de que a brecha pode ser reduzida ou fechada e as condições melhoradas com mudanças na área. Inclusividade: a relevância da área para um grande número de indivíduos em relação com idade, gênero, estado sócio-econômico e raça ou etnicidade; a possibilidade de generalização das estratégias de melhoramento associadas com as condições de saúde; e a possibilidade de mudanças ao longo da cadeia de serviços e provedores.

Um dos instrumentos de priorização de áreas são as Metas do Milênio definidas pela Organização das Nações Unidas no ano de 2000, como base de uma visão de futuro e constituída por oito Metas de Desenvolvimento do Milênio. Dentre estas metas, três dizem respeito à saúde: redução da mortalidade infantil; melhoria da atenção materna; e combater HIV/AIDS, malária, tuberculose e outras doenças infecciosas.

O modelo de avaliação estabelece a seleção dos indicadores para a performance a partir de três critérios básicos. O primeiro é a importância do que está sendo medido: impacto na saúde; importância política; e suscetibilidade ao sistema de saúde. O segundo é o caráter científico da medida: validade; fidedignidade; e evidências. O terceiro é a possibilidade de obter medidas internacionais comparáveis: existência de protótipos; disponibilidade de dados comparáveis internacionalmente; custo da medida; e capacidade dos dados permitirem análises de subgrupos populacionais.

Com base nestas considerações propõe-se um sistema preliminar de medição da performance dos sistemas de saúde nas Américas, contendo aproximadamente 50 indicadores, distribuídos por dimensões e sub-dimensões.

Acesso à atenção

- Disponibilidade:
 - Oferta de médicos e enfermeiros por 10.000 pessoas ;
 - Número e distribuição de estabelecimentos de saúde nos vários níveis de atenção, incluindo leitos hospitalares;
 - Acesso geográfico.

- Utilização:
 - Possibilidade de ter atenção quando necessária;
 - Número médio de consultas por pessoa ;
 - Número médio de consultas no pré-natal;
 - Número médio de visitas a crianças nos primeiros 15 meses de vida .

- Acesso à fonte regular de atenção:
 - Acesso regular à atenção primária à saúde .

Qualidade da atenção

- Efetividade:
 - Acesso à promoção da saúde e à educação em saúde ;
 - Aleitamento materno .

- Estado de saúde:
 - Mortes por acidentes vascular-cerebrais em 30 dias ;
 - Taxas de sobrevivência de 5 anos em pacientes portadores e câncer de mama, de colo de útero e coloretal ;
 - Taxa de mortalidade por asma de 5 a 39 anos ;
 - Taxa de mortalidade por infarto de miocárdio em 30 dias ;
 - Incidência de doenças imunizáveis .

- Atenção hospitalar:
 - Proporção de partos cesáreos ;
 - Uso racional de antibioticoterapia profilática em condições traçadoras ;
 - Readmissões hospitalares em condições traçadoras ;
 - Internações pós-cirurgia ambulatorial ;
 - Retorno a UTI .

- Atenção ambulatorial:
 - Programa anti-tabágico ;
 - Rastreamento de câncer de mama (mamografia), câncer de colo de útero e câncer coloretal ;
 - Cobertura vacinal ;
 - Cobertura de vacina para influenza nos idosos ;
 - Uso racional de antibióticos em condições selecionadas ;
 - Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial ;
 - Uso apropriado das diretrizes clínicas em diabetes, doenças cardiovasculares, asma e depressão .

- Segurança:
 - Taxas de infecção hospitalar ;
 - Erros médicos ;
 - Quedas de pacientes .

Centralidade nas pessoas

- Experiências dos pacientes na atenção ambulatorial:
 - Qualidade das relações inter-pessoais com os profissionais, provisão de informação em saúde, empoderamento dos pacientes e decisões compartilhadas entre profissionais e pacientes.
- Satisfação dos pacientes com os serviços hospitalares:
 - Comunicação dos pacientes com os profissionais, responsividade da equipe, limpeza e nível de ruído do ambiente hospitalar, controle da dor, comunicação sobre medicamentos e informações sobre altas ;
 - Satisfação dos pacientes com a atenção hospitalar .
- Tempo oportuno:
 - Continuidade da atenção;
 - Atenção pronta;
 - Tempo de espera por procedimentos selecionados.

Eqüidade

- Qualquer dos indicadores já definidos anteriormente segmentados por características populacionais, por regiões ou por tipos de asseguração ou financiamento do sistema

Eficiência

- Propriedade:
 - Uso de cirurgia ambulatorial;
 - Admissões em cirurgias ambulatoriais.
- Relação insumo/produto:
 - Média de permanência hospitalar para condições específicas .
- Uso da capacidade instalada:
 - Estoque de medicamentos, hemocomponentes e material cirúrgico no fim do ano ;
 - Taxa de salas cirúrgicas não utilizadas.

III – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALETRAS, V., JONES, A. & SHELDON, T.A - Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ANDRADE, M.V. et al. - Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, CEDEPLAR, 2007.

ANSARI, Z. et al. - Trends and geographic variations in hospital admissions for asthma in Victoria. Aust. Fam. Physician, 32: 286-288, 2003.

ASHTON, J. - Health for all: from myth to reality. Changing Medical Education and Medical Practice, 14:1-2 , 1998.

ATUN, R.A. – What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Europe, 2004.

BADAMGARAV, E. - Effects of disease management programs on functional status of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 49: 377-387, 2003.

BAICKER K, & CHANDRA A. - Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Affairs, Suppl Web Exclusives:W4-184-197, 2004.

BAKER, D.W. et al. - Improvements in communication, education, and self-management through implementation of the chronic care model for patients with heart failure. http://www.rand.org/health/projects/icice/heart_care.html, 2004.

BANCO MUNDIAL - Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Washington, Banco Mundial, 1993.

BANTA, D. & BOS, M. - The relationship between quantity and quality with coronary artery bypass graft surgery. Health Policy, 18: 1-10, 1991.

BARR, V.J. et al - The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hosp. Q. 7: 73-82, 2003.

BAZZOLI, G.J. et al. - A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. Health Services Research, 33: 1683-1717, 1999.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. et al - Características organizacionales de la atención primaria y las hospitalizaciones por las principales condiciones sensibles a la atención ambulatoria. Atención Primaria, 33:305-311, 2004.

- BILLINGS, J. et al - Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)*, 433: 1-5, 2000.
- BINDMAN, A.B. et al. - Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*, 274:305-311, 1995.
- BIRKMEYER, J.D. et al - Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N.Engl. J. Med.*, 349: 2117-2121, 2003.
- BLENDON, R.J. et al. - Inequities in health care: a five countries survey. *Health Aff.*, 21: 182-191, 2002.
- BOADEN, R. et al. - Evercare Evaluation Interim Report: Implications For Supporting People With Long-Term Conditions. Manchester, The National Primary Care Research and Development Centre, 2005.
- BODENHEIMER, T. - Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis. Manag.*, 6: 63-71, 2003.
- BODENHEIMER, T. et al. - Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288: 1909-1914, 2002.
- BOELEN, C. - Frontline doctors of tomorrow. *World Health*, 5:4-5, 1994.
- BOELEN, C. - Towards unity for health: challenges and opportunities for partnerships in health development. Geneva, World Health Organization, 2000.
- BOJALIL, R. et al - The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan*, 13:323-331, 1998.
- BOSCH, X. - Spain's home healthcare programme goes nationwide. *BMJ*, 320: 535, 2000.
- BOULT, C. - Guided Care: Improving the Quality of Life for Older Americans with Complex Health Care Needs. Unpublished abstract, 2005.
- BRANCH, L.G. et al. - The PACE evaluation: initial findings. *Gerontologist*, 35: 349-359, 1995.
- BUGENWALD, C.A. - Integrated delivery systems: key issues for the Ontario Ministry of Health. In: *Achieving integrated delivery systems in health care*. Toronto, Insight Press, 1996.
- BURNS, L.R. et al. - Just how integrated are integrated delivery systems: results from a national survey. *Health Care Management Review*, 26: 20-39, 2001.

BURNS, L.R. & PAULY, M.V. - Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21: 128-143, 2002.

BYRNES, J.J., LUCAS, J. & GUNTER, M.J. - Disease management: making it work: a study in implementation strategies and results in an integrated delivery system. In: COUCH, J.B. – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, 1998.

CAJIGAS, B.E. - Política de prestación de servicios de salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

CAMINAL, J. et al - The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health*, 14: 246-251, 2004.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION - Hospital report 2003: acute care. Toronto, Government of Ontario/Ontario Hospital Association/University of Toronto, 2003.

CASANOVA, C. et al - Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int. J. Qual. Health Care*, 8:51-59, 1996.

CASANOVA, C. & STARFIELD, B. - Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services*, 25:283-294, 1995.

CAR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. - Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. - Concentration and choice in healthcare. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997.

CASASNOVAS, G.L. Condicionantes financieros y organizativos de la integración de niveles asistenciales. Granada, Seminario sobre Alternativas de Integración de Niveles Asistenciales, s/data.

CASTAÑEDA, N.de M. - Gestión de medicamentos en red. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Framework for program evaluation in public health. *MMWR* 48, NºRR-11, 1999.

CENTER 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.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.P. & DENIS, J.L. - Integration of health care and services. Montreal, University of Montreal/GRIS, 2003.

CHAVEZ, L. - Estructuración de redes de servicios de salud: la experiencia de Bogotá. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

CHEAH, J. - Chronic disease management: a Singapore perspective. *BMJ*, 323: 990-993, 2001.

CHIN, M.H. et al - Improving diabetes care in midwest community health centers with the health disparities collaborative. *Diabetes Care* 27: 2-8, 2004.

COILE, R.C. - Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

COLIN-THOME, D. - The new primary care is managed care. In: COCHRANE, D. (Editor) - Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.

COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA - Building on values. Ottawa, Canadian Government Publishing, 2002.

COUCH, J.B. - Disease management: an overview. In: COUCH, J.B. - The health care professional's guide to disease management.: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, 1998.

DAWSON, B. - Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964.

DEKKER, L. - Changing health in the Netherlands. Ministry of Welfare and Cultural Affairs, 1988.

DEMERS, D. et al. - Computer simulated cost effectiveness of care management strategies on reduction of long-term sequelae in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Quality Management in Health Care*, 6: 1-13, 1997.

DOCTEUR, E. & OXLEY, H. - Health care systems: lessons from the reform experience. Paris, OECD Papers n° 9, 2004.

DONABEDIAN, A. - An introduction to quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.

- DOWLING, W.L. - Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- DRURY, P. - Supporting the integration of health services with electronic records in England. Barcelona, Integrated Care Meeting, 2001.
- DUCCI, L, PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.
- EDWARDS, N., HENSHER, M. & WEWRNEKE, U. - Changing hospital systems. In: SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. & SAKELLARIDES, C. (Editors) - Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.
- ENDICOTT, L. et al. - Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag.*, 8: 252-262, 2003.
- ENGSTROM, S. et al. - Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian J. Prim. Care*, 19: 31-44, 2001.
- ENTHOVEN, A. - A reconstructionist's view of managed competition. Integrated health delivery systems, 1999 Duke Private Sector Conference, 1999.
- ENTHOVEN, A. & TOLLEN, L.A. - Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. Project Hope, The People-to-People Health Foundation, 2005.
- ERSKINE, J. - Future vision of regional healthcare. European Union, Network for future regional healthcare, 2006.
- ESTRADA, R. A., CAPOTE, R.M., DURAN, R.M.G. & JIMENEZ, H.M.A. - La red de servicios del municipio y sus momentos. Universidad Autonoma de Chiapas, 2006.
- EVANS, R.G. & STODDART, G.L. - Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31: 1347-1363, 1990.
- FAST, B. & CHAPIN, R. - The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J. Case Manag.*, 5: 51-57, 1996.
- FEACHEM, R.G.A., SEKHRI, N.K. & WHITE, K.L. - Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. *B MJ*, 324: 135-143, 2002.
- FERGUSON, B. & GODDARD, M. - The case for and against mergers. In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. - Concentration and choice in healthcare. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997.

FERNÁNDEZ, J.M.D. - Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias. Barcelona, B & F Gestión y Salud, 2003.

FORREST, C.B. & STARFIELD, B. - Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am. J. Public Health*, 88:1330-1336; 1998.

FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY – The FACCT consumer information framework: comparative information for better health care decisions , 1997.

FROHLICH, A. & JORGENSEN, J. - Improving care in patients with chronic conditions. <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045/article.htm> , 2004.

FULTON, T.R. et al. - Exploring a chronic care model in a regional healthcare context. *Health Management Forum*, 14: 6-24, 2001.

GILL, J. M. et al. - The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch. Fam. Med.*, 9:333-338, 2000.

GILSON, L. & McINTYRE, D. - Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*, 42, 2004.

GIOVANELLA, L. - Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Frankfurt, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/Institut für Medizinische Soziologie, 2004.

GIRARD, J.E. - Experiencia de Canada: desarrollo y planificación de redes de atención en los servicios de salud. Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.

GONSETH, J. et al. - The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur. Heart J.*, 25: 1570-1595, 2004.

GRAVEL, L. – El sistema de salud de Québec. Québec, Seminário Internacional sobre Cidades Saudáveis, 1998.

GREB, S. et al. - Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. In: SALTMAN, R.B. et al – Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Buckingham, Open University Press, 2004.

GRIFFITH, J.R. - Managing the transition to integrated health care organizations. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

GROMEN, A. et al. - Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med. Care*, 42: 1211-1221, 2004.

GROSS, D.L. et al. - The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Q.*, 82: 257-282, 2004.

GRUMBACH, K. - The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Affairs*, 21:155-157, 2002.

GUTERMAN, S. - U.S. and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financing Review*, 27: 1-8, 2005.

GWATKIN, D.R., BHUIYA, A. & VICTORA C.G. - Making health systems more equitable. *Lancet*, 364:1273-1280, 2004.

HEALY, J. & McKEE, M. - The evolution of hospital system. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) - *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002a.

HEALY, J. & McKEE, M. - The role and function of hospitals. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) - *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002b.

HEALY, J., SHARMAN, E. & LOKUGE, B. - *Australia: health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS - *European primary care*. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES - *Training manual: changing practice, changing lives*. Alabama, Institute of Healthcare Improvement, 2004.

HEALTH EVIDENCE NETWORK - *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, World Health Organization, 2004.

HILDEBRANDT, H. & RIPMANN, K. - *Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective*. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

HILLEN, S.J. et al. - Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. *Jt. Comm. J. Qual. Improv.* 26, 615-622, 2000.

HJORTDAHL, P. - *Continuity of care in general practice: a study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice*. Oslo, University of Oslo, 1992

HURTADO, M. - Understanding and measuring the performance of health care services delivery. Columbia, Revised draft, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE - Primary care in medicine: a definition. In: INSTITUTE OF MEDICINE - A manpower policy for primary health care: report of a study. Washington, National Academy Press, 1978.

INSTITUTE OF MEDICINE - Defining primary care: an interim report. Washington, National Academy Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE - Primary care: America's health in a new area. Washington, National Academy Press, 1996

INSTITUTE OF MEDICINE - To err is human: building a safer health system. Washington, National Academy Press, 2000.

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

INSTITUTE OF MEDICINE - Performance measurement: accelerating improvements. Washington, National Academy Press, Appendix D, 2006.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - Avaliação das políticas públicas municipais de Curitiba: 1997 a 2004. <http://imap.curitiba.pr.gov.br/>, 2005

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2006. <http://www.inca.org.br>

INTERHEALTH/PLANISA - Hospital efficiency and payment system analysis. Brasília, World Bank, 2004.

JIMENEZ, E.J.B. et al. - Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L, PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2004.

JONES, R. et al. - Oxford textbook of primary medical care. Principles and concepts, vol. 1, Oxford, Oxford University Press, 2004.

JORDAN, J.E. - ICCC framework situation assessment. Geneva, World Health Organization, 2005.

- KAHSSAY, J. - Integrated care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- KANE, R.L. et al. - The effect of Evercare on hospital use. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 51: 1427-1434, 2003.
- KAPLAN, R.S. & NORTON, D.P. - The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70: 71-80, 1992.
- KELLEY, E. & HURST, J. - Health care indicators Project: conceptual framework. *OECD Health Working Papers n° 23, Document DELSA/HEA/WD/HWP, 2006*, <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>
- KERSSENS, J.J. et al. - Comparison of patient evaluation of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 european countries. *Bull. World Health Organization*, 82: 106-114, 2004.
- LaFORGIA, G. - Rationale and objectives. São Paulo, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.
- LALONDE, M. - A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Ministry of National Health and Welfare, 1974.
- LAVADENZ, F., SCHWAB, N. & STRAATMAN, H. – Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. *Rev. Panam. Salud Pública*, 9: 182-189, 2001.
- LEATT, P., PINK, G.H. & GUERRIERE, M. - Towards a Canadian model of integrated healthcare. Toronto, Ontario Health Services Restructuring Commission, s/data.
- LEAT, P., PINK, G.H. & NAYLOR, C.D. - Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal*, 154: 803-809, 1996.
- LEE, S.D., ALEXANDER, J.A. & BAZZOLI, J. – Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41: 165-174, 2003.
- LETTERS - *BMJ*, 324: 1332-1335, 2002.
- LLOYD, J. & WAIT, S. - Integrated care: a guide for policymakers. Edinburgh, Alliance for Health and the Future, 2005.
- LUFT, H.S. et al. - Should operations be regionalised? The empirical relationship between surgical volume and mortality. *New Eng. J Med.*, 301: 1364-1369, 1979.

LUFT, H.S. et al. - Hospital volume, physician volume and patient outcomes: assessing evidence. Michigan, Health Administration Press, 1990.

MACINKO, J., GUANAIS, F.C. & SOUZA, M. F.M. - Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, 60: 13-19, 2006.

MACINKO J, STARFIELD B. & SHI, L. - The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research, 38:819-853, 2003.

MARCHILDON, G.P. - Canada: health systems in transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

MARRIOT, J. & MABLE, A.L. - Integrated models: international trends and implications for Canadá. In: NATIONAL FORUM ON HEALTH - Striking a balance: health care systems in Canada and elsewhere. Québec, Éditions Multimondes, Vol. 4, 1998.

McALISTER, F.A. et al. - Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. BMJ, 323: 957-962, 2001.

MENDES, E.V. - A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador) - A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

MENDES, E.V. - Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

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

MEREDITH, L.S. et al - Success of implementation and maintenance of quality improvement for depression. http://www.rand.org/health/projects/icice/improve_depression.html, 2004.

MICALLEF, J. - Apports des réseaux en santé publique: conditions de mise en place e de fonctionnement en clinique et en recherche. Thérapie, 55 : 541-545, 2000.

MICHAELS, F. H. & McCABE, S. - Managing Chronic Conditions for Elderly Adults: The VNS Choice Model. Health Care Financ. Rev., 27: 33-45, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA Nº 1169/GM de 15 de junho de 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.

MINISTÉRIO DE LA SALUD DE CHILE - Redes asistenciales. Santiago, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005.

MINISTERIO DE LA SALUD DE PERU - Redes de servicios de salud. Lima, Ministerio de la Salud, 1999.

MINISTRY OF HEALTH - Tertiary services review: the final report. Wellington, Ministry of Health New Zealand, 1994

MINISTRY OF HEALTH - A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population Health and Wellness, Ministry of Health Planning, 2003.

MINISTRY OF HEALTH - Value for Money in the Health System . Wellington, Ministry of Health, 2005.

MOYSÉS, S.J. at al. - A construção social do distrito sanitário. In: DUCCI, L, PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

MYNIARD, J. et al. - Transforming the delivery of rural health care in Georgia: state partnership for developing rural health network. Journal of Rural Health, 19:361-371, 2003.

NADASH, P. - Two models of managed long-term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. Gerontologist, 44: 644-654, 2004.

NATIONAL HEALTH SERVICE - Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. London, The Stationery Office, 2005.

NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP - Preventing Chronic Disease: a Strategic Framework. Background Paper, Melbourne, 2001.

NIINIMAKI, J. & REPONEM, J. - Telemedicine in Finland and its impact on the health care system. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

NORONHA, J.C. et al. - Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cad. Saúde Públ., 19: 1781-1789, 2003.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT - The quality medical care: information for consumers. Washington, United States Government Printing Office, 1988

O'MALLEY, A.S. et al. - Primary care attributes and care for depression among low-incomes African American women. *Am. J. Publ. Health*, 93: 1328 -1334, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington, OPS/OMS, 1998.

ORTUN, V.R. - Actores explicativos de la articulación entre niveles asistenciales. Granada, Seminario sobre Alternativas de Integración de Niveles Asistenciales, s/data.

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

PALMER, L. & SOMERS, S. - Integrating long-term care: lessons from building health systems for people with chronic illnesses, a national program of the Robert Wood Johnson Foundation. Hamilton, Center for Health Care Strategies, 2005.

PALMER, N. et al. - Health financing to promote access in low income settings -how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370, 2004

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, PAHO, 2005.

PEARSON, M.L. et al. - Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Serv. Res.*, 40: 978-996, 2005.

PENTEADO, A.P. et al. - Regulação do SUS em Curitiba: um exercício de gestão de recursos em busca da equidade. In: DUCCI, L, PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

- PERAY, J.L. de - Redes hospitalarias y integración de niveles asistenciales. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- PHILBIN, E.F. - Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. *J. General Internal Medicine*, 14: 130-135, 1999.
- PHILBIN, E.F. et al. - The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. *Am. J. Med.*, 109: 443-449, 2000.
- POINTER, D.D., ALEXANDER, J.A. & ZUCKERMAN, H.S. - Loosening the gordian knot of governance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- POSNETT, J. - Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) - Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002.
- RADDISH, M. et al. - Continuity of care: is it cost effective? *Am. J. Manag. Care*, 5:727 - 734, 1999.
- RAJMIL, L. et al. - The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int. J. Health Serv.*, 28:777 -791, 1998.
- RAND CORPORATION - <http://www.rand.org/health/projects/icice/>, 2006.
- REID, R. et al. - Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- REYES, H. et al. - Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan*, 12:214-223, 1997.
- RICCIARDI, G. - The Italian model for long-term care. *Health Care Manag.*, 3: 167-176, 1997.
- RICH, M.W. - Heart failure disease management: a critical review. *J. Card. Fail*, 5: 64-75, 1999.
- ROBINSON, R. & STEINER, A. - Managed health care. Buckingham, Open University Press, 1998.
- ROBLES, S.C. - A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food Nutr. Bull.*, 25: 194-199, 2004.

ROSENBLATT, R. A. et al. - The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am. J. Public Health*, 90:97-102, 2000.

ROSETO, B. L. - Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15:994-1003, 2004a.

ROSETO, B. L. - Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*, 58:1271-1284, 2004b.

ROBINSON, R. & STEINER, A. - *Managed health care*. Buckingham, Open University Press, 1998.

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

SANCHEZ, H. - *Redes de servicios de salud: algunas experiencias*. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

SANTOS, C.A., LEONARDI, L.J., VOSS, S.T.Z & ITO, T.S. - O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico no nível local. In: MENDES, E.V. (Organizador) - *A organização da saúde no nível local*. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

SARACCI, R. - Quelle santé pour qui? Un défi pour l'épidémiologie. *Forum Mondial de la Santé*, 19:3-5, 1998.

SCHNEIDER, A.L. et al. - Informatização dos processos de trabalho em Curitiba: a história do cartão qualidade-saúde de Curitiba. In: DUCCI, L., PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - *Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

SCHONLAU, M. et al. - An evaluation of an adult asthma care collaborative: process of care and outcomes. <http://www.rand.org/health/projects/icice/MSasthmaABS.html>, 2005.

SCOTLAND'S HEALTH WHITE PAPER - Partnership for Care, <http://www.scotland.gov.uk/Publications/02/16476/18736/2003>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL - *Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas*. Santo Domingo, SESPAS, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - *As redes de atenção à saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte, Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG, 2006.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO CEARÁ - Sistema microrregional de serviços de saúde de Baturité. Fortaleza, SESA, 2000a.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará. Fortaleza, SESA, 2000b.

SHADPOUR, K. - Primary health care in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6: 822-825, 2000.

SHI, L. - Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 24: 431-458, 1994.

SHORTELL, S.M. et al. - Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp. Health Serv. Adm.*, 38: 447-466, 1993.

SHORTELL, S.M. et al. - Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SHORTELL, S.M. et al. - The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Med Care*, 42: 1040-1048, 2004. .

SHORTELL, S.M., GILLIES, R.R. & ANDERSON, D.A. - Reinventing the american hospital. *Milbank Quarterly*, 73: 131-160, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA - Projeto de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde de São Pedro. Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Projeto Integrar, 2001.

SIMINERIO, L.M. et al. - Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ.*, 31: 225-234, 2005.

SILVA, A. & VALENTINE, N. - Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva, WHO, 2004.

SILVA, G. - Manejo de medicamentos y insumos hospitalarios en red. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

SILVA, V.C. - O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória - ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como parte dos

requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 2004.

SILVEIRA FILHO, A.D. et al. - Programa de Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: DUCCI, L, PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M.G. & MOYSÉS, S.J. (Editores) - Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

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

SMITH, R. M. et al. - Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? *Ambul. Pediatr.*: 5: 75-82, 2005.

SOLER, J.L.P. - Estrategia de gestion e organizacion de una red de laboratorios de diferentes hospitales publicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

SOULIOTIS, K. & LIONIS, C. - Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, 29:187 -195, 2005.

SOWDEN, A.J., WATT, I. & SHELDON, T.A. - Volume of activity and health care quality: is there a link? In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. – Concentration and choice in healthcare. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997.

STARFIELD, B. et al. - The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71: 117 -123, 1981.

STARFIELD, B. - Primary care and health: a cross-national comparison. *Journal of American Medical Association*, 266: 2268 -2271, 1991.

STARFIELD, B. - Primary care: concept, evaluation, and policy. New York, Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. - Is primary care essential? *Lancet*, 344:1129 -1133, 1994.

STARFIELD, B. - Is strong primary care good for health outcomes? In: GRIFFIN, J, (Editor) - The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995. London: Office of Health Economics, 18-29, 1996.

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

STARFIELD, B. & SHI, L. - Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60:201-216, 2002.

STARFIELD, B., SHI, L. & MACINKO, J. - Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83: 457-502, 2005.

STEINMETZ, N. - El sistema de salud de Québec. Montevideo, Reunión regional sobre las nuevas modalidades de organización y gestión de las instituciones de atención de salud en el contexto de reforma sectorial. Organización Panamericana de la Salud, 1995.

STILLER, C.A. - Centralised treatment, entry to trials and survival. *Br. J. Cancer*, 70: 552-562, 1994.

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

STUART, M. & WEINRICH, M. - Integrated health system for chronic disease management. Lessons learned from France. *Chest*, 125: 695-703, 2004.

SUÑOL, R. et al. - Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med. Clin.*, 112: 97-105, 1999.

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

TESTA, M. - Pensar em salud. Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.

TODD, W.E. - Strategic alliances. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) - Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

TSAI, A.C. et al. - A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am. J. Manag. Care*, 11: 478-488, 2005.

UNGER, J.P. & KILLINSWORTH, J. - Selective primary health care: a crystal view of methods and results. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.

UNITED HEALTHCARE - NHS Modernisation Agency, <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>, 2004.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - US national healthcare quality report 2005. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

van DOORSLAER et al. - The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18:291-313, 1999.

van DOORSLAER, E. et al. - Explaining income-related inequalities in doctor utilization. *Europe Health Economics*, 13: 629-647, 2004.

VARGAS, R.B. et al. - Do collaborative quality improvement programs reduce cardiovascular risk for persons with diabetes? http://www.rand.org/health/projects/i_cice/vargas.html, 2005.

VÁZQUEZ, M.L.N. et al. - Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Pública*, 79: 633-643, 2005.

VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. - Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? *Ciencias de la Salud*, 4: 5-9, 2006.

VEILLARD, J. et al. - Selection of indicators for hospital performance measurement. Copenhagen, World Health Organization Office for Europe, Document EUR/03/5038066, 2006.

VILLAVICENCIO, C.R. - Red asistencial de la región de Bio-Bio: modelo de atención y infraestructura. Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.

VUORI, H. - The role of the schools of public health in the development primary health care. *Health Policy*, 4: 221-230, 1985.

WAGNER, E.H. - Preventing decline in function: evidence from randomized trials around the world. *West. J.Med.*, 167: 295-298, 1997.

WAGNER, E.H. - Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff. Clin. Pract.*, 1: 2-4, 1998.

WAGNER, E.H. et al. - A survey of leading chronic disease management program: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7: 56-66, 1999.

WAGNER, E.H. et al. - Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 20: 64-78, 2001.

WALKER, B. & HASLETT, T. - System dynamics and action research in aged care. *Aust. Health Rev.*, 24: 183-191, 2001.

WALLACE, P.J. - Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ. Rev.*, 27: 19-31, 2005.

- WARNER, M.N. - Implementing health care reform through substitution. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.
- WARNER, M.N. - Integrated care developments in Europe. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- WAN, T.T.H., LIN, B.Y. & MA, A. - Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, 26: 127 -143, 2002.
- WELLINGHAM, J. et al. - The development and implementation of the Chronic Care Management Programme in Counties Manukau. *New Zealand Med. J.*, 116: 327, 2003.
- WEISS L.J. & BLUSTEIN, J. - Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am. J. Public Health*, 86:1742-1747, 1996.
- WHITE, K.L., WILLIAMS, T.F. & GREENBERG, B.G. - The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265: 885-893, 1961.
- WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES - Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE'S HEALTH EVIDENCE NETWORK - Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO/HEN, 2003.
- WORLD BANK - Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. Brasília, World Bank, Report n° 35.691-BR, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 september, 1978. Geneva, WHO, 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The Ljubljana charter on reforming health care. *BMJ*, 312: 1664-1665, 1996
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion Paper, Draft n° 5, 2005, <http://www.paho.org/English/CSDH>
- WU, S.Y. et al. - Sustainability and spread of chronic illness care improvement. http://www.rand.org/health/projects/ice/improve_illness.html, 2004.

YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. - Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999.