

O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*



1902 - 2012



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes

Brasília-DF

2012

© 2012 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2012 – Versão Web

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra/apsredes>

Elaboração:

Eugênio Vilaça Mendes

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

NOTA:

- O projeto gráfico, a editoração e a impressão dessa publicação foram financiados pelo Termo de Cooperação nº 60 firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde com interveniência do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

Ficha Catalográfica

Mendes, Eugênio Vilaça

O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
512 p.: il.

ISBN: 978-85-7967-078-7

1. Condições crônicas 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil

À memória da Profª Barbara Starfield por sua luta pela melhoria da equidade em saúde no mundo e por sua inestimável contribuição ao fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	15
APRESENTAÇÃO	17
PREFÁCIO	19
INTRODUÇÃO	21
AGRADECIMENTOS	29
CAPÍTULO 1 – A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS	31
O conceito de condições crônicas	31
A situação de saúde no Brasil	34
A crise fundamental do SUS	38
CAPÍTULO 2 – A RESPOSTA SOCIAL A UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	47
O conceito de Redes de Atenção à Saúde	47
Os elementos constitutivos das RASs	49
A população	49
A estrutura operacional das RASs	50
Os modelos de atenção à saúde	52
O modelo de atenção às condições agudas	53
CAPÍTULO 3 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	55
Um pouco da história da APS e suas decodificações na prática social	55
As características da APS nas Redes de Atenção à Saúde	58
A APS: Por que sim? As evidências sobre a APS na literatura internacional	60
A APS: Por que não?	65
CAPÍTULO 4 – A APS NO BRASIL	71
A evolução histórica da APS na saúde pública brasileira	71
A consolidação do ciclo da atenção básica à saúde e as evidências sobre o PSF	74
Os problemas do PSF e o esgotamento do ciclo da Atenção Básica à Saúde	89
A questão ideológica	89
A baixa valorização política, econômica e social do PSF e uma institucionalização incipiente	90

A fragilidade institucional	90
A carência de infraestrutura adequada	91
A baixa densidade tecnológica	91
A fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico	92
A carência de equipes multiprofissionais	93
A fragilidade dos sistemas de informação clínica	94
Os problemas gerenciais	95
A fragilidade do controle social	97
Os problemas educacionais	97
Os problemas nas relações de trabalho	98
As fragilidades dos modelos de atenção à saúde	99
O subfinanciamento	99
Um oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil: o ciclo da Atenção	
Primária à Saúde e a Consolidação da Estratégia da Saúde da Família	102
A dimensão política da ESF	104
A mudança ideológica: a ESF como coordenadora de RAS e organizadora do SUS	105
Um novo pacto federativo na ESF	106
O fortalecimento institucional da ESF	107
A expansão da ESF	108
A melhoria da infraestrutura das unidades da ESF	109
O adensamento tecnológico da ESF	111
O fortalecimento do sistema de apoio diagnóstico	112
A utilização de equipes multiprofissionais na ESF	118
A implantação de sistemas eletrônicos de informações clínicas	119
O fortalecimento gerencial das unidades da ESF	120
O fortalecimento do controle social na ESF	125
A superação dos problemas educacionais	125
A superação dos problemas nas relações de trabalho	128
A implantação de modelos de atenção à saúde para as condições agudas e para as condições crônicas	129
O financiamento adequado da ESF	132
CAPÍTULO 5 – O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF	139
Introdução	139
O modelo de atenção crônica	139
O histórico do CCM	139
A descrição do CCM	140
A organização da atenção à saúde	141
O desenho do sistema de prestação de serviços	142
O suporte às decisões	143

O sistema de informação clínica	144
O autocuidado apoiado	144
Os recursos da comunidade	145
A avaliação do CCM	146
A aplicação do CCM	147
O CCM na prática	149
O modelo da pirâmide de riscos	154
Os modelos de base do MPR	154
A descrição do MPR	156
As evidências do MPR	160
A importância do MPR na atenção às condições crônicas	161
O modelo da determinação social da saúde	164
O modelo de atenção às condições crônicas (MACC)	168
Por que um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS?	168
A descrição geral do MACC	169
Os âmbitos de operação do MACC	172

CAPÍTULO 6 – OS NÍVEIS 1 E 2 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS: AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 177

O nível 1 do MACC no cuidado das condições crônicas na ESF: as intervenções de promoção da saúde	177
O nível 2 do MACC no cuidado das condições crônicas na ESF: as intervenções de prevenção das condições de saúde relativas aos determinantes sociais da saúde proximais	180
Os fatores de risco proximais	180
A matriz da prevenção das condições de saúde relativas aos determinantes sociais proximais	181
A importância dos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida na saúde	183
As intervenções sobre os fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida	185
A dieta inadequada	186
O excesso de peso	191
A inatividade física	192
O tabagismo	198
Uso excessivo de álcool	204
As abordagens para as mudanças de comportamento	208
O Modelo Transteórico de Mudança (MTT)	209
A Entrevista Motivacional (EM)	213
O Grupo Operativo (GO)	222
O processo de solução de problemas	229

CAPÍTULO 7 – OS NÍVEIS 3, 4 E 5 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS. AS MUDANÇAS NA CLÍNICA E NA GESTÃO DA ESF	235
O espaço da clínica da APS e sua crise	235
As intervenções sobre os fatores de riscos individuais biopsicológicos.	238
Uma nova clínica na ESF: as mudanças na atenção à saúde	241
Da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa	243
A atenção às doenças e às enfermidades	243
A atenção colaborativa e centrada na pessoa	244
As evidências da atenção centrada na pessoa	253
A alfabetização sanitária	254
Da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família	257
O processo de territorialização	260
O cadastro familiar	261
A classificação de riscos familiares	262
As ferramentas de abordagem familiar	264
O genograma	264
O ciclo de vida das famílias	267
O F.I.R.O.	269
O P.R.A.C.T.I.C.E.	273
APGAR familiar	276
Os mapas de redes	278
O fortalecimento do autocuidado apoiado	279
Por que o autocuidado apoiado?	279
A metodologia dos 5 As.	285
A Avaliação	286
O Aconselhamento	286
O Acordo	288
A Assistência	291
O Acompanhamento	293
O papel das equipes da ESF no autocuidado apoiado	296
As evidências sobre o autocuidado apoiado	299
O equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada	300
Da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional.	305
A introdução de novas formas de atenção profissional	318
A Atenção Compartilhada a Grupo (ACG)	319
A Atenção Contínua (AC)	328
O estabelecimento de novas formas de relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Ambulatorial Especializada	332

Os generalistas e os especialistas	333
Os modelos de relação entre a Estratégia da Saúde da Família e a Atenção Ambulatorial Especializada: construindo o modelo da coordenação do cuidado	342
Os modelos de organização da Atenção Ambulatorial Especializada: construindo o modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial em RAS	354
O equilíbrio entre a Atenção Presencial e a Atenção Não Presencial	362
O equilíbrio entre a Atenção Profissional e a Atenção por Leigos	364
Uma nova gestão na ESF: a gestão da clínica	367
As origens e o conceito de gestão da clínica	367
Os tipos de tecnologias da gestão da clínica	368
As diretrizes clínicas	369
O conceito	369
Os tipos de diretrizes clínicas	371
O processo de elaboração das diretrizes clínicas	371
A escolha da condição de saúde	372
A definição da equipe de elaboração	372
A análise situacional da condição de saúde na APS	374
A busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes	374
A definição dos conteúdos das diretrizes clínicas	375
A formalização das diretrizes clínicas	375
A avaliação das diretrizes clínicas	376
A validação das diretrizes clínicas	377
A publicação das diretrizes clínicas	377
A revisão das diretrizes clínicas	378
A implantação das diretrizes clínicas	379
As evidências em relação ao uso das diretrizes clínicas	380
A gestão da condição de saúde	382
O histórico	382
O conceito	382
As indicações da gestão da condição de saúde	384
O processo de desenvolvimento da gestão da condição de saúde	384
O plano de cuidado	385
A gestão dos riscos da atenção à saúde	386
As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias	390
A programação da condição de saúde	397
A programação	397
Os contratos de gestão	400
O monitoramento e avaliação	403
As evidências sobre a gestão da condição de saúde	403
A gestão de caso	403
O conceito	403

Os objetivos da gestão de caso	405
O processo de desenvolvimento da gestão de caso.	406
A seleção do caso	406
A identificação do problema	407
A elaboração e a implementação do plano de cuidado.	408
O monitoramento do plano de cuidado	409
As evidências sobre a gestão de caso	409
A gestão de caso no Brasil.	410
CAPÍTULO 8 – A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	413
A mudança cultural	413
O projeto colaborativo	422
O modelo de melhoria.	423
O desenho do projeto de implantação do MACC na ESF	431
O <i>check list</i> do MACC na ESF.	435
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	441

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1:	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	48
Figura 2:	A estrutura operacional das redes de atenção à saúde	51
Figura 3:	Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde	59
Figura 4:	O espaço saúde na Unidade de Saúde Alvorada da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	110
Figura 5:	A lógica do modelo de atenção às condições agudas	130
Figura 6:	O sistema Manchester de classificação de risco	131
Figura 7:	O Modelo de Atenção Crônica	141
Figura 8:	O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas	155
Figura 9:	O modelo da pirâmide de riscos	156
Figura 10:	Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado	158
Figura 11:	O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead	165
Figura 12:	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	169
Figura 13:	O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas	173
Figura 14:	Os âmbitos do MACC	174
Figura 15:	A matriz da prevenção das condições de saúde	181
Figura 16:	A atenção à saúde segundo o Modelo de Atenção Crônica (CCM)	242
Figura 17:	Símbolos de genograma	266
Figura 18:	Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica	281
Figura 19:	A metodologia dos 5 As no autocuidado apoiado	294
Figura 20:	O Modelo da Coordenação do Cuidado	348
Figura 21:	As tecnologias de gestão da clínica	368
Figura 22:	A gestão da condição de saúde	384
Figura 23:	O Modelo de Melhoria	426
Figura 24:	Estrutura do projeto de desenvolvimento e implantação do MACC	434

QUADROS

Quadro 1:	O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde	136
Quadro 2:	Os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças	211
Quadro 3:	Diferenças nas abordagens do confronto da negação e da entrevista motivacional no alcoolismo	215
Quadro 4:	As principais características diferenciadoras da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas	248
Quadro 5:	Fatores de riscos e protetores comuns nas pessoas e nas famílias	263
Quadro 6:	O ciclo de vida das famílias	268
Quadro 7:	Questionário do APGAR familiar	277
Quadro 8:	Os paradigmas tradicional e colaborativo no autocuidado apoiado	285
Quadro 9:	Ações principais das equipes da ESF na metodologia dos 5 As	295
Quadro 10:	Avaliação de processos-chave da APS	310
Quadro 11:	Distribuição da função e suas tarefas pela equipe da PSF	312
Quadro 12:	As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada	356

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030	34
Gráfico 2:	Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008	35
Gráfico 3:	Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009	36
Gráfico 4:	A lógica da atenção às condições agudas aplicada às condições crônicas	40
Gráfico 5:	A crise do SUS	44
Gráfico 6:	A crise do SUS no Distrito Federal	45
Gráfico 7:	Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009	100
Gráfico 8:	Relações entre o espectro de anormalidade e os benefícios do tratamento na hipertensão arterial	239

TABELAS

Tabela 1:	Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls), Brasil, 1998	37
Tabela 2:	Custo em libras dos atendimentos em diferentes pontos de atenção à saúde no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido	67
Tabela 3:	Escore médio dos atributos e dos escores essenciais, derivados e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais, médicos e enfermeiros, das unidades tradicionais e do PSF do município de Curitiba em 2008	80
Tabela 4:	Dez principais fatores de risco para mortalidade atribuível nos países do Grupo B da América Latina e Caribe	184

BOXES

Boxe 1:	O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	115
Boxe 2:	CCM no Health Disparities Collaboratives	152
Boxe 3:	A oficina de reeducação alimentar na APS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	189
Boxe 4:	As Academias da Cidade em Belo Horizonte	197
Boxe 5:	A utilização da entrevista motivacional no autocuidado apoiado	220
Boxe 6:	O Grupo Operativo na Federação das UNIMEDs de Minas Gerais	228
Boxe 7:	O processo de solução do problema do Sr. João da Silva	233
Boxe 8:	O Programa Alfabetizando com Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	257
Boxe 9:	Protocolo de intervenções com base no F.I.R.O.	272
Boxe 10:	Curso para o autocuidado da artrite	284
Boxe 11:	Um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar	287
Boxe 12:	O fechamento do laço num diálogo clínico	287
Boxe 13:	Um diálogo colaborativo na construção de um plano de autocuidado	289
Boxe 14:	Um exemplo de plano de autocuidado apoiado	291
Boxe 15:	A assistência após o plano de autocuidado	292
Boxe 16:	A saúde em casa, um guia de autocuidado para melhorar a saúde e para manter-se são	299
Boxe 17:	Questionário de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe da ESF	311
Boxe 18:	O trabalho médico na Unidade Solidão	313
Boxe 19:	Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF	322
Boxe 20:	O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	324
Boxe 21:	A programação da AC numa unidade de APS do <i>Group Health</i>	331
Boxe 22:	O caso da Sra G.	342
Boxe 23:	O caso da Sra. H.	352
Boxe 24:	O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais	361
Boxe 25:	O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha	366
Boxe 26:	O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)	393
Boxe 27:	Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais	398
Boxe 28:	O contrato de gestão por desempenho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ)	402
Boxe 29:	A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido	407
Boxe 30:	A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia	410
Boxe 31:	Indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação à condição crônica de diabetes	421
Boxe 32:	Planilha do Modelo de Melhoria	428
Boxe 33:	Um exemplo de utilização de um ciclo de PDSA no Centro de Saúde Rocky Road	431

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada
ACIC: Assessment of Chronic Illness Care
ACS: Agente Comunitário de Saúde
ACT: Accelerating Change Today
AGREE: Appraisal of Guideline Research and Evaluation
AIS: Ações Integradas de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAI: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CCM: Chronic Care Model
CEM: Centro de Especialidades Médicas
CHSAM: Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte
CICC: Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CID: Classificação Internacional das Doenças
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
ESF: Estratégia de Saúde da Família
F.I.R.O.: Fundamental Interpersonal Relations Orientation
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDQ: Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
KP: Kaiser Permanente
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MBE: Medicina Baseada em Evidência
MM: Modelo de Melhoria
MPR: Modelo da Pirâmide de Riscos
MS: Ministério da Saúde
MTT: Modelo Transteórico de Mudança
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS: Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

NICE: Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido
ONA: Organização Nacional de Acreditação
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM: Posto de Atenção Médica
PASA: Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial
PCATool: Primary Care Assessment Tool ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde
PDI: Plano Diretor de Investimentos
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PEP: Programa de Educação Permanente de Médicos de Família
PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PRO-HOSP: Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG
PSF: Programa de Saúde da Família
RAS: Rede de Atenção à Saúde
SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SESMG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UPA: Unidade de Pronto-Atendimento

APRESENTAÇÃO

Este livro é mais uma obra do autor Eugênio Vilaça Mendes, abordando os desafios atuais da Atenção Primária à Saúde (APS) frente ao novo cenário de transição epidemiológica e demográfica. Trata-se de um tratado sobre APS no contexto das Redes de Atenção e a epidemia de doenças crônicas, que vem assolando os sistemas de saúde no mundo.

O livro – O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família – foi lançado no contexto do Laboratório de Inovações sobre atenção às condições crônicas desenvolvido pela OPAS/OMS Brasil e CONASS, como uma importante contribuição teórica e empírica, produzida pelo próprio coordenador do Laboratório, Eugênio Vilaça Mendes.

O autor é um estudioso e uma das maiores referências para os temas, Rede de Atenção e Atenção Primária, e agora para o tema das condições crônicas.

Ao longo dos oito capítulos abordados nesse livro é possível percorrer o processo histórico de desenvolvimento da APS no Brasil e no mundo, com evidências de que a APS foi uma decisão acertada tanto pela OMS como pelos países que a adotaram como prioridade para seus sistemas de saúde. Fala também da necessidade de reorganizar e integrar os serviços de saúde por meio das Redes de Atenção, recomenda estabelecer um novo ciclo para superar os desafios estruturais para a Estratégia Saúde da Família e, por fim, descreve o modelo de atenção às condições crônicas a ser desenvolvido no SUS, abordando tanto aspectos preventivos e de promoção da saúde quanto de gestão e gestão da clínica.

Para a OPAS no Brasil, é uma imensa satisfação contribuir para a publicação desse livro, como parte das ações de gestão do conhecimento e reforço às estratégias apoiadas pela OPAS/OMS como as Redes de Atenção à Saúde baseadas na APS e o modelo de atenção às condições crônicas. A intenção é que essa publicação possa proporcionar aos gestores e atores interessados conhecimentos e práticas inovadoras, com forte apoio das evidências e reflexões teóricas dos temas abordados nesse livro.

Jacobo Finkelman a.i.
Representante da OPAS/OMS no Brasil

PREFÁCIO

O SUS é um sistema de saúde em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, seja de ordem financeira, operacional, estrutural ou de gestão. Há que se considerar que os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem cumulativos e é necessário protegê-los.

Quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade, é, sem dúvida, um grande desafio. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças.

As evidências demonstram que os sistemas de saúde que estruturam seus modelos com base em uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e resolutiva, coordenadora do cuidado do usuário, têm resultados sanitários melhores.

As iniciativas do Conass para fortalecer a APS vêm se dando por meio de discussões com as Secretarias de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Conasems, com busca incessante de parcerias internas e externas, e com o projeto de Redes de Atenção à Saúde/Planificação da APS, em desenvolvimento em vários estados.

É necessário que o sistema de saúde brasileiro avance na perspectiva de realmente transformar a APS, adotando-a como uma estratégia de reorganização do SUS, notadamente através da Estratégia da Saúde da Família, sem, entretanto, negligenciar a APS denominada tradicional.

O livro *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família*, fruto da larga experiência prática do autor com o assunto e da parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apresenta uma análise da situação de saúde brasileira, conceitua condições agudas e condições crônicas, bem como as redes de atenção à saúde. Traz um histórico da APS no mundo e no SUS, os resultados positivos do Programa Saúde da Família (PSF) e os problemas estruturais que o limitam, e detalha os modelos de atenção às condições crônicas.

Acreditamos que este livro é de leitura obrigatória para todos nós que lutamos por um sistema de saúde que cuida das pessoas e atenda a suas necessidades de saúde.

Beatriz Figueiredo Dobashi
Presidente do Conass

INTRODUÇÃO

O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas.

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde. A falta dessa coerência, nesse momento, determina a crise fundamental do SUS. Essa crise é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos). Desse descompasso resulta uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por um sistema de atenção à saúde forjado na metade do século XX quando predominavam as condições agudas.

O SUS é um sistema que se organiza de forma fragmentada e que responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no Brasil.

A solução para essa crise está em acelerar a transição do sistema de atenção à saúde por meio de reformas profundas que implantem as redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde.

Uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. Só será possível organizar o SUS

em redes de atenção à saúde se a atenção primária à saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar as redes de atenção à saúde e constituir a estratégia de reordenamento do SUS.

Este livro parte desse suposto e está estruturado de modo a levar o leitor a compreender essa crise, a entender a proposta de redes de atenção à saúde, mas se destina, fundamentalmente, a examinar a questão da atenção primária à saúde no SUS. Busca alicerçar suas ideias em evidências científicas produzidas no exterior e no Brasil e provindas de uma ampla revisão bibliográfica.

Há enorme evidência – analisada no texto – que sustenta que os países com cuidados primários à saúde fortes têm sistemas que são mais efetivos, mais eficientes, de melhor qualidade e mais equitativos em relação aos países que têm cuidados primários frágeis. Não obstante essa evidência inquestionável há uma tendência, mais ou menos geral, de uma baixa valorização política, econômica e sanitária da atenção primária à saúde. As razões são várias, mas é certo que a atenção primária à saúde não é um espaço sanitário prioritário para os políticos, para os grandes prestadores de serviços, para o complexo industrial da saúde e, até mesmo, para a população. Isso mostra que a mudança necessária na atenção primária à saúde guarda, indiscutivelmente, um caráter de transformação política.

A atenção primária à saúde tem, no sistema público de saúde brasileiro, uma longa história que se iniciou nos anos 20 do século passado, percorreu vários ciclos até estruturar-se, no Governo Itamar Franco, no ciclo da atenção básica à saúde.

O ciclo vigente da atenção básica à saúde caracteriza-se pela emergência e consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF). Já são mais de trinta mil equipes espalhadas por todo o território nacional que cobrem metade da população brasileira.

Não obstante, há de se reconhecer que existe uma percepção mais ou menos difusa de que o PSF se esgotou como forma de organizar a atenção primária à saúde no SUS. Os diagnósticos são variados, alguns deles mais radicais indicam o fracasso do PSF, bem como propostas de reformas diversificadas, muitas delas sugerindo uma flexibilização do PSF.

Este livro se detém em buscar as evidências sobre o PSF no SUS. Felizmente, um dos resultados do PSF foi estimular a produção acadêmica sobre a atenção primária à saúde que cresceu significativamente nos últimos anos. Uma revisão dos trabalhos sobre o PSF mostrou que essa política pública não fracassou; ao contrário, dentro dos limites em que ela operou, foi um grande sucesso. Vários trabalhos mostram

que o PSF é sempre superior à forma tradicional de organizar a atenção primária à saúde que, alguns, propõem como uma saída.

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde no qual ele se constituiu esgotou-se. Esse esgotamento tem sua causa na permanência de problemas estruturais da atenção primária à saúde que não puderam ser superados. Esses problemas estão identificados e analisados no texto.

A atenção primária à saúde, para colocar-se como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes. Isso, na prática, será feito pela transformação do PSF na estratégia da saúde da família (ESF). A mudança semântica já se incorporou ao discurso oficial, o que é importante, mas é preciso ir além, instituindo-se uma transformação de conteúdo, uma mudança paradigmática.

Avançar do PSF para a ESF convoca um novo ciclo, o da atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde é um problema complexo. Como tal, exige respostas complexas, profundas e sistêmicas. Não há uma solução parcial para esse grande problema. Nessa perspectiva, o livro, a partir do diagnóstico dos problemas do PSF, propõe uma agenda ampla de reformas que levem à consolidação da ESF no SUS.

Essa agenda é coerente com as propostas de reforma da atenção primária à saúde, feitas por organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde que a colocam como direito humano fundamental. "Agora mais do que nunca", com base nos avanços inegáveis do PSF e nos seus limites, torna-se imperativa a consolidação da ESF no SUS.

A consolidação da ESF encontra na epidemia das condições crônicas um desafio enorme. O enfrentamento das condições crônicas vai exigir, como indicam as evidências internacionais, mudanças radicais na atenção primária à saúde. Este livro se dedica, especialmente, a discutir um novo modelo de atenção às condições crônicas. Para isso, acolhe parte da produção do autor, feita no livro sobre as redes de atenção à saúde, mas focalizando-a na atenção primária à saúde.

A partir de modelos internacionais, como o modelo da atenção crônica, o modelo da pirâmide de riscos e o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, propõe o modelo de atenção às condições crônicas, adaptado às singularidades de um sistema público universal, o SUS.

Os três últimos capítulos do livro são dedicados a indicar, com detalhes, como seria uma ESF consolidada para operar um modelo de atenção às condições crônicas no âmbito da atenção primária à saúde.

Fica claro que a ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, no campo da clínica.

A consolidação da ESF passa por mudanças na forma de prestar a atenção à saúde e no modo de gerenciá-la que solicita a incorporação da gestão da clínica.

Essas mudanças que levarão à consolidação da ESF exigem uma ruptura ideológica com as representações da atenção primária seletiva e dos cuidados primários como um nível de atenção. É preciso romper com a ideia – que fez sentido em tempos heróicos –, de uma atenção primária à saúde pobre para regiões e pessoas pobres. A hora é agora. O Brasil contemporâneo que se inscreve como uma das maiores economias do mundo não pode se contentar com essas visões restritas porque é sempre bom lembrar o ensinamento de Beveridge: políticas públicas exclusivas para pobres, são políticas pobres.

A consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem breve. Muito menos barata, porque exigirá mais recursos para a atenção primária à saúde. Os recursos públicos alocados ao SUS são muito baixos; eles não são suficientes para tornar esse sistema público de saúde um sistema universal e gratuito para todos os brasileiros. Mas havendo vontade política, os recursos atuais são suficientes para fazer uma revolução na atenção primária à saúde, com a consolidação da ESF. Se isso for feito, a situação de saúde de nossa população melhorará muito.

A agenda proposta é complexa, mas é viável porque a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

O livro está estruturado em oito capítulos.

No Capítulo 1 apresenta-se o conceito de condição de saúde e estabelece-se a diferenciação entre condição aguda e crônica. Analisa-se a situação de saúde brasileira que se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas. Caracteriza-se a crise fundamental dos sistemas de saúde do mundo e, também, do SUS, que consiste numa incoerência entre a situação de saúde e a resposta social do sistema de atenção à saúde. Uma situação de saúde do século XXI,

fortemente dominada pelas condições crônicas, sendo respondida socialmente por uma sistema desenvolvido no século XX, focado nas condições e nos eventos agudos.

O Capítulo 2 coloca as redes de atenção à saúde como a resposta dos sistemas de atenção à saúde aos desafios colocados pela situação de saúde brasileira. Conceitua redes de atenção à saúde e define seus elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional (atenção primária à saúde, pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio, sistema logísticos e sistema de governança) e os modelos de atenção à saúde. Faz uma breve incursão no modelo de atenção às condições agudas.

O Capítulo 3 faz um histórico da APS no mundo. Discute as três concepções de cuidados primários para mostrar os atributos e as funções que se exigem da APS como ordenadora dos sistemas de atenção à saúde e coordenadora das redes de atenção. Faz um extenso levantamento das evidências obtidas internacionalmente que mostram que os países que adotaram políticas fortes de APS obtiveram melhores resultados sanitários e econômicos do que aqueles que não o fizeram. Disseca as razões pelas quais a APS não é valorizada política e socialmente nos países e no Brasil.

O Capítulo 4 trata da APS no SUS. Mostra sua evolução histórica, desdobrada em sete ciclos, desde o início do século XX até seu ciclo atual da atenção básica. Caracteriza o ciclo da atenção básica como aquele em que se implantou e institucionalizou o Programa de Saúde da Família. Com base em evidências científicas atesta os grandes resultados que o PSF produziu no SUS, mas indica que o ciclo da atenção básica esgotou-se, não pelo fracasso do PSF, mas por não terem sido superados problemas estruturais que o limitaram. Disseca esses problemas e propõe uma saída para frente com a consolidação da ESF que inaugurará um oitavo ciclo evolutivo da APS no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde. Para que se dê a consolidação da ESF, além do discurso oficial, propõe uma agenda ampla de reformas a serem realizadas nos próximos anos. Enfatiza que essa agenda deve ser implantada em sua amplitude porque problemas complexos como a ESF exigem soluções complexas e sistêmicas.

O Capítulo 5 discute os modelos de atenção às condições crônicas. Apresenta o modelo seminal, o modelo de atenção crônica, desenvolvido nos Estados Unidos e aplicado em muitos países do mundo e mostra as robustas evidências de que ele produz bons resultados sanitários e econômicos. Um segundo modelo mostrado é o modelo da pirâmide de riscos, desenvolvido pela Kaiser Permanente e utilizado em vários países e que constitui a base da estratificação dos riscos no manejo das condições crônicas. Um terceiro modelo considerado é o da determinação social de Dahlgren e Whitehead que é proposto para uso no Brasil. Com base nesses três modelos constrói-se o modelo de atenção às condições crônicas para aplicação na

singularidade de um sistema público universal como o SUS. O modelo de atenção às condições crônicas é descrito detalhadamente.

O Capítulo 6 trata dos níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas. Reconhece que as intervenções, nesses dois níveis, podem ser realizadas nos âmbitos macro, meso e microssociais, mas enfatiza, em função de ser um livro sobre APS, as ações que devem ser feitas na ESF. No nível 1 de promoção da saúde, as ações devem atingir o conjunto da população e ter como lugar o espaço local da área de abrangência de uma unidade da ESF. O modo de intervenção é o projeto intersetorial em que a ESF vai se articular com outros setores como educação, habitação, segurança alimentar, esportes, emprego e renda e outros. No nível 2 de prevenção das condições de saúde, as ações vão se destinar a diferentes subpopulações que apresentam fatores de risco proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Destacam-se cinco fatores proximais: a dieta inadequada, o excesso de peso, a inatividade física, o tabagismo e o uso excessivo de álcool. Para cada um desses fatores discute-se a sua importância na produção de condições de saúde e apresentam-se intervenções que mostraram ser efetivas e custo efetivas no seu manejo na ESF. Faz-se uma incursão sobre tecnologias que se mostraram úteis na mudança de comportamentos, como o modelo transteórico de mudança, a entrevista motivacional, o grupo operativo e a técnica de solução de problemas.

O Capítulo 7 aborda os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas que se estruturam para a atenção aos fatores individuais biopsicológicos e para as condições crônicas estabelecidas. Esse é o campo da clínica que apresenta uma grave crise determinada pela falência do sistema de atenção baseado na consulta médica de curta duração. No nível 3 são realizadas intervenções sobre os fatores de risco individuais biopsicológicos e sobre as condições crônicas de menor risco segundo o modelo da pirâmide de riscos; no nível 4 são feitas intervenções sobre as condições crônicas mais complexas; e no nível 5 são ofertadas intervenções sobre condições crônicas muito complexas. A superação da crise que se manifesta, na atenção primária à saúde, no microespaço da clínica exige mudanças profundas que se dão em duas dimensões: mudanças na forma de prestar a atenção à saúde e mudanças na gestão dos cuidados primários. Pode-se falar mesmo numa nova clínica e numa nova gestão na atenção primária à saúde. As mudanças na clínica são aprofundadas em nove dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o equilíbrio entre a atenção presencial e a aten-

ção não presencial; e o equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos. As mudanças na gestão implicam a adoção rotineira de três tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

O Capítulo 8 diz respeito à implantação do modelo de atenção às condições crônicas na ESF. Sustenta que se trata de uma mudança cultural profunda e faz considerações sobre a gestão da mudança. Propõe que esse processo de mudança se faça por meio de estratégias educacionais e propõe, com base em evidências produzidas no campo da saúde, a utilização do projeto colaborativo em que diferentes unidades da ESF aprendem a aprender e trocam experiências sobre seus processos singulares. Como nem todas as mudanças representam melhorias faz-se uma discussão sobre o Modelo de Melhoria que parte de três questões fundamentais e implementa as reformas por meio de ciclos PDSA sequenciais. Finaliza apresentando um *check list* que cobre todas as dimensões propostas pelo modelo de atenção às condições crônicas para serem implantadas nas equipes da ESF.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece:

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pelo interesse em editar este trabalho, pela publicação de excelente qualidade e pela difusão do livro.

Aos membros do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelos diálogos constantes e profundos, desenvolvidos no Projeto Emu, que muito auxiliaram na produção deste livro: Eliane Veiga Chomatas, Secretária Municipal de Saúde, Raquel Ferraro Cubas, Coordenadora do Laboratório, Ademar Cezar Volpi, Ana Cristina Alegretti, Ana Maria Cavalcanti, Ângela Cristina de Oliveira, Anna Paula Lacerda Penteado, Antonio Dercy Silveira Filho, Camila Santos Franco, Cláudia Schneck de Jesus, Cristiane Honório Venetikides, Gerson Schwab, Karin Regina Luhm, Liliane Grochocki Becker, Nilza Teresinha Faoro, Simone Chagas Lima, Simone Tetu Moysés, Soriane Kieski Martins, Gustavo Pradi Adam e João Alberto Rodrigues. A estes dois últimos agradece pela revisão do texto nos temas do uso excessivo de álcool e do tabagismo. Um agradecimento especial a Cleide Aparecida de Oliveira, Supervisora do Distrito Sanitário Cajuru, e a Maria Cristina Arai, Autoridade Sanitária da Unidade da ESF Alvorada e toda sua equipe, pela ousadia em servir como unidade piloto do Laboratório.

Às pessoas que participaram, direta ou indiretamente, na elaboração dos boxes deste livro: Ana Maria Cavalcanti, Ana Luisa Schneider, Ailton Alves Júnior, Celeide Barcelos Araujo, Cláudia Schnek de Jesus, Cláudia Nogueira Souza, Eleusa Pereira Lima, Fábio Britto Carvalho, João Batista Silvério, Priscila Rabelo Lopes, Inês Marty, Maria Emi Shimazaki, Raquel Ferraro Cubas, Ruth Borges Dias, Tânia Ferreira Lima, Tomoko Ito e Wilmar de Oliveira Filho.

CAPÍTULO 1 – A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS

O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

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

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento ⁽¹⁾.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde.

Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica ^(2, 3) e, depois, acolhida pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾: as condições agudas e as condições crônicas.

O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na atenção; se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua. Isso é diferente da clássica tipologia de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis que se sustentam, principalmente, na etiopatogenia das doenças.

Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente ^(2, 5).

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes.

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

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica ⁽⁶⁾.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos.

Se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos de sua história, eventos agudos, também percebidos objetiva ou subjetivamente, muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS. Por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, também, podem se manifestar, em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

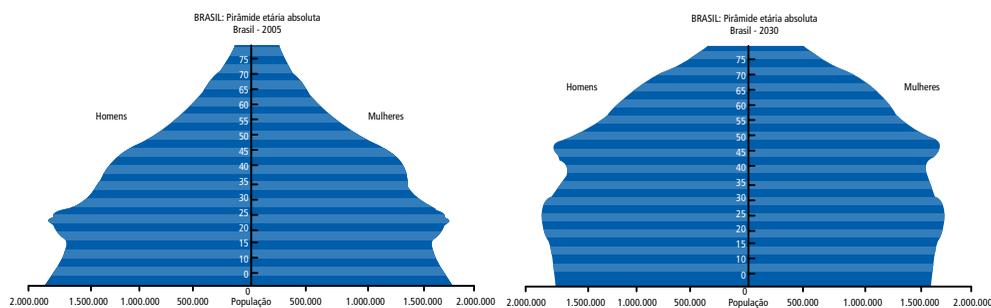
A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Por consequência, deve haver uma forte sintonia entre a situação de saúde da população e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde para responder, socialmente, a essa situação singular.

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.

Como se observa no Gráfico 1, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030

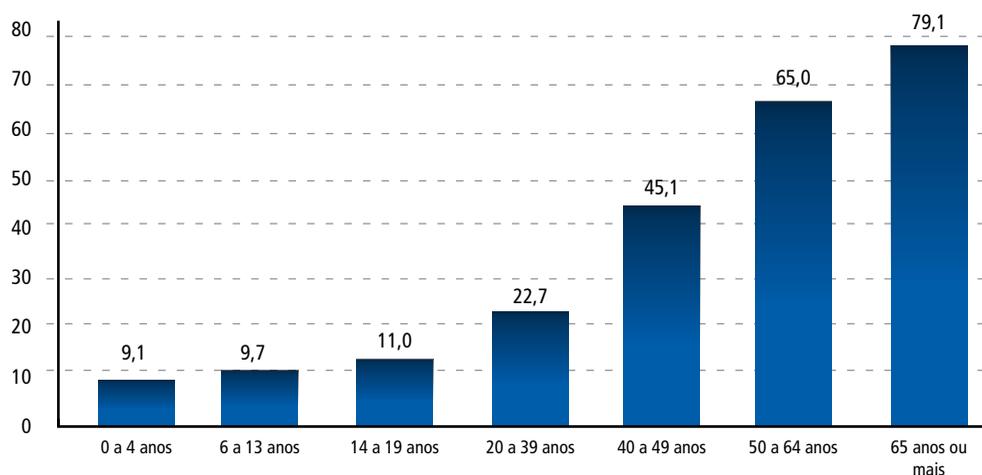


No Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens ⁽⁸⁾.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008, demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e

5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. É o que se mostra no Gráfico 2.

Gráfico 2: Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008



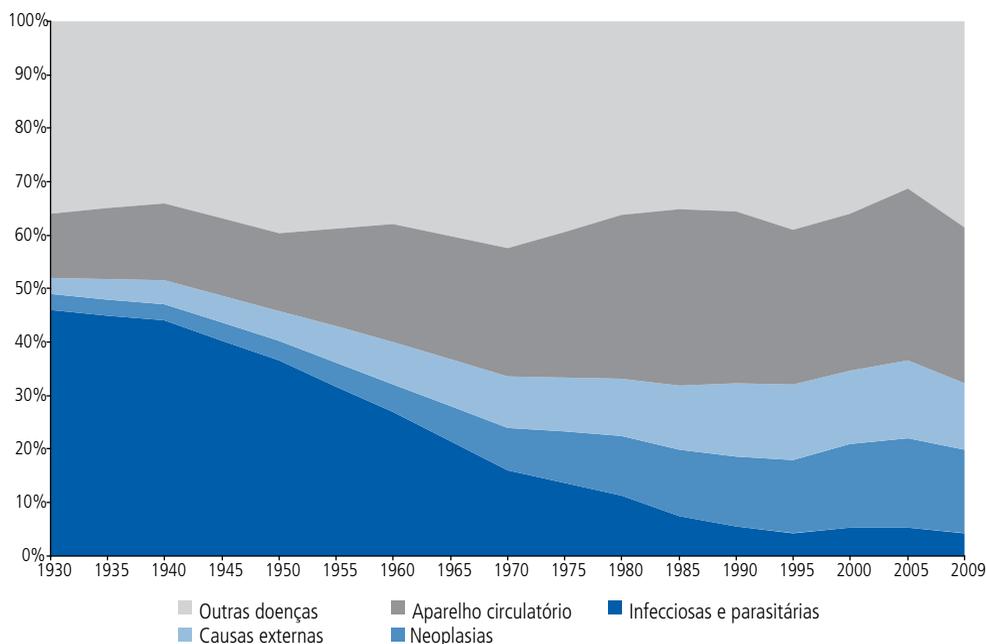
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁽⁹⁾.

A conclusão do exame da situação demográfica mostra que, prospectivamente, o perfil epidemiológico brasileiro será, cada vez mais, pressionado pelas doenças crônicas. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada em várias vertentes: a mortalidade, os fatores de riscos e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no Gráfico 3, indica que, em 1930, nas capitais do país, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 3: Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009



Fonte: Malta ⁽¹⁰⁾.

A predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul.

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças. A análise da carga de doenças no Brasil ⁽¹¹⁾, medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVALs), exposta na Tabela 1, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas –, representam 75% da carga global das doenças no país. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. Mas deve-se observar, ainda, que uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, o que aumenta, além de dois terços, a presença relativa das condições crônicas na carga de doenças.

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa

e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros ⁽¹²⁾.

Tabela 1: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls), Brasil, 1998

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

Fonte: Schramm et al ⁽¹¹⁾

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido ⁽¹³⁾. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos.

Concluindo, pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas.

A situação epidemiológica brasileira é muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais ⁽¹⁴⁾: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas; as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças, as doenças emergentes. Essa complexa situação tem sido definida como tripla carga de doenças ⁽¹⁵⁾, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo,

sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas.

A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Não é o que está ocorrendo nos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

Há uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que, ambas, constituem a transição da saúde⁽¹¹⁾. A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde⁽¹⁶⁾. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação de saúde de transição demográfica completa ou acelerada e uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças –, e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção crônica como resultado da "*ditadura das condições agudas*"⁽¹⁷⁾.

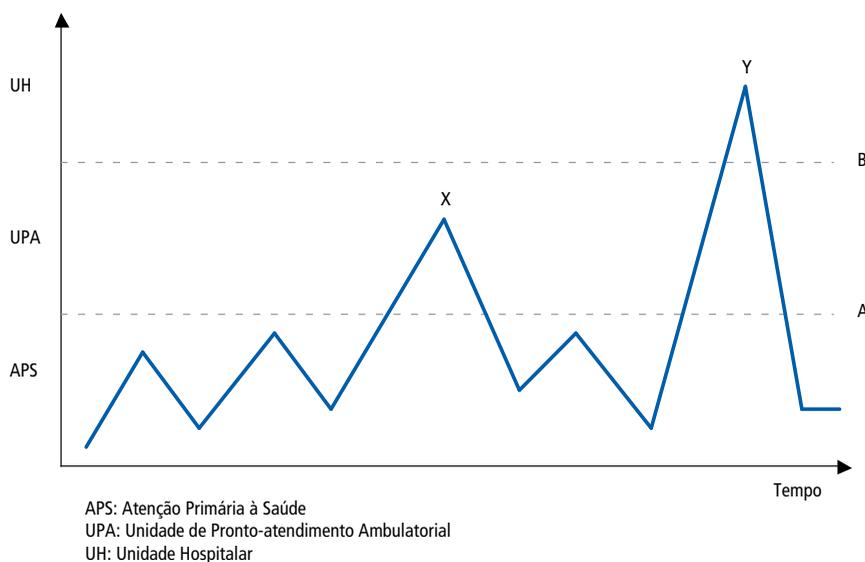
Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde é determinada por fatores históricos, técnicos e culturais.

Do ponto de vista histórico, Ham fez uma análise dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. E afirma que nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. As razões estão resumidas numa citação que faz: *"O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevaletentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas"* ⁽¹⁸⁾.

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituíram a principal preocupação dos sistemas de atenção à saúde. Os avanços da ciência biomédica e da saúde pública, verificados especialmente no século passado, permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas. Por outro lado, houve um aumento relativo das doenças crônicas. E adverte: *"Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo"* ⁽⁴⁾.

A razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial (UPA) ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem. É o que se vê no Gráfico 4.

Gráfico 4: A lógica da atenção às condições agudas aplicada às condições crônicas



Fonte: Adaptado de Edwards, Hensher e Werneke ⁽¹⁹⁾

Esse gráfico mostra o curso hipotético da severidade de uma doença, em uma pessoa portadora de uma condição crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, num determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser gerido rotineiramente pelas equipes de APS; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser respondido por uma unidade de pronto-atendimento ambulatorial (UPA); e, finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que necessita de pronto-atendimento numa unidade hospitalar (UH). Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes do tipo 2. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal, ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendida, na UPA (ponto X); num segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica

e é internada numa unidade hospitalar (ponto Y). Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica não recebe uma atenção contínua, proativa e integral, sob a coordenação da equipe da APS. Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de membros inferiores, etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto-percebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais intermediários, os fatores de riscos biopsicológicos ou ligados aos comportamentos e aos estilos de vida e o gerenciamento da condição de saúde estabelecida, com base numa APS de qualidade. Essa forma de atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, não permite intervir adequadamente nos portadores de diabetes para promover o controle glicêmico, reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial, promover o controle regular dos pés e ofertar exames oftalmológicos regulares. Sem esse monitoramento contínuo das intervenções sanitárias não há como controlar o diabetes e melhorar os resultados sanitários e econômicos dessas subpopulações portadoras de diabetes.

Por fim, a razão cultural para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde está nas concepções vigentes sobre as condições crônicas e sobre as formas de enfrentá-las, o que leva ao seu negligenciamento. A Organização Mundial da Saúde sintetiza em dez enganos generalizados as ideias equivocadas ou os mitos de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas ⁽¹³⁾.

A causa fundamental da crise dos sistemas de atenção à saúde reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos. Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (transição demográfica, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e os fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de pagamento e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo muito mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de se adaptarem, em tempo, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas ⁽²⁰⁾. O resultado é que temos uma

situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, denominado de sistema fragmentado, que se volta, principalmente, para as condições e os eventos agudos, a agenda hegemônica do século passado.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população ⁽²¹⁾. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde e, especialmente, pela população que é sua grande vítima.

Tome-se o exemplo do diabetes. Nos Estados Unidos, em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que corresponde a 32% do total ⁽²²⁾. Outros estudos mostraram que 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes tiveram 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem um acidente vascular cerebral; 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade, o dobro do número encontrado em outros países desenvolvidos; havia 144.000 mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhões de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tinha o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; e um portador de diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes ⁽²³⁾.

Os resultados do controle do diabetes também não são bons no Brasil. Um levantamento realizado pela Unifesp/Fiocruz, realizou exames de hemoglobina glicada em 6.671 portadores de diabetes, na faixa etária de 18 a 98 anos, de 22 centros clínicos localizados em dez cidades. Os resultados mostraram que apenas 10% dos 679 portadores do tipo 1 da doença estavam controlados e que somente 27% dos 5.692 pacientes com o tipo 2 da doença mantiveram os índices glicêmicos normalizados.

E 45% das pessoas com diabetes tinham sinais de retinopatia, 44% apresentaram neuropatia e 16% apresentavam alteração da função renal ⁽²⁴⁾.

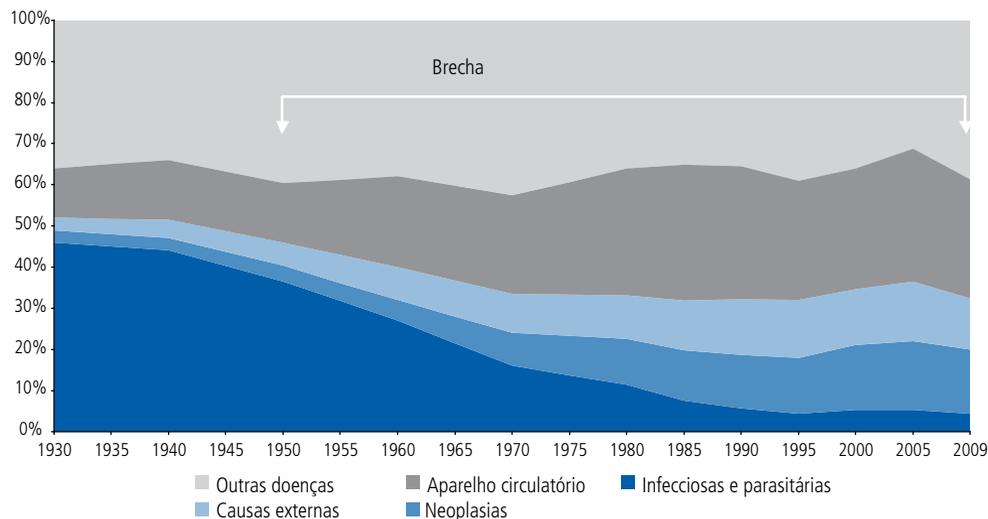
Não parecem ser melhores os resultados do sistema privado brasileiro de saúde suplementar. É o que se deduz de um caso-tipo do Sr. Sedentário, apresentado num livro editado por uma operadora privada de plano de saúde, como elemento consistente com a atenção prestada pela operadora. Esse senhor aos 40 anos era obeso e tinha história familiar de diabetes. Aos 50 anos, teve diagnóstico de diabetes tipo 2, com níveis glicêmicos não controlados. Aos 60 anos, apresentou insuficiência coronariana e fez uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Não fez reabilitação cardiovascular e manteve um acompanhamento irregular e os hábitos de vida inadequados. Aos 65 anos, apresentou insuficiência renal crônica, com indicação de hemodiálise, um diagnóstico tardio, feito em hospital. Aos 70 anos, teve uma úlcera no pé que evoluiu para amputação do membro. Aos 75 anos, sofreu um acidente vascular encefálico extenso e ficou hemiplégico e afásico, o que levou a internações hospitalares frequentes. Pouco depois, foi internado no Centro de Terapia Intensiva e faleceu ⁽²⁵⁾.

O interessante nos três casos relatados é que os resultados do controle do diabetes são insatisfatórios nos sistemas de atenção à saúde brasileiro, setores público e privado, e no sistema praticado nos Estados Unidos, independentemente do volume de recursos aplicados por esses sistemas: em torno de US\$ 252,00 *per capita*/ano no SUS, 3 vezes mais no sistema de saúde suplementar brasileiro e US\$ 7.285,00 no sistema americano, em valores de 2007 ⁽²⁶⁾. Essa comparação reitera as evidências produzidas em vários países de que não há associação entre volume de recursos investidos em saúde e resultados sanitários; a relação que existe é entre mais recursos e mais procedimentos, mas mais procedimentos não significam necessariamente mais saúde. Estima-se que metade dos procedimentos de saúde realizados nos Estados Unidos são resultados da orientação de médicos e fornecedores e não das necessidades de saúde da população, uma típica indução da demanda pela oferta, estimulada pelo pagamento por procedimentos ^(27, 28). O que importa é o valor gerado para as pessoas pelo dinheiro investido e, isso, depende fundamentalmente do modelo de atenção à saúde que se pratica ^(29, 30). Investir mais recursos, fazendo mais do mesmo, não resolve a crise dos sistemas de atenção à saúde; é preciso mudar radicalmente a lógica de operação desses sistemas como enfatiza o Instituto de Medicina no seu livro sobre a transposição do abismo da qualidade nos Estados Unidos ⁽³¹⁾.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS. A razão é que uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, com predomínio relativo forte de condições crônicas, tem tido uma resposta social inadequada efetivada por meio de um sistema

de atenção à saúde fragmentado, voltado para as condições agudas, reativo, episódico, focado na doença e sem uma participação protagônica das pessoas usuárias no cuidado com sua saúde. É o que se observa no Gráfico 5.

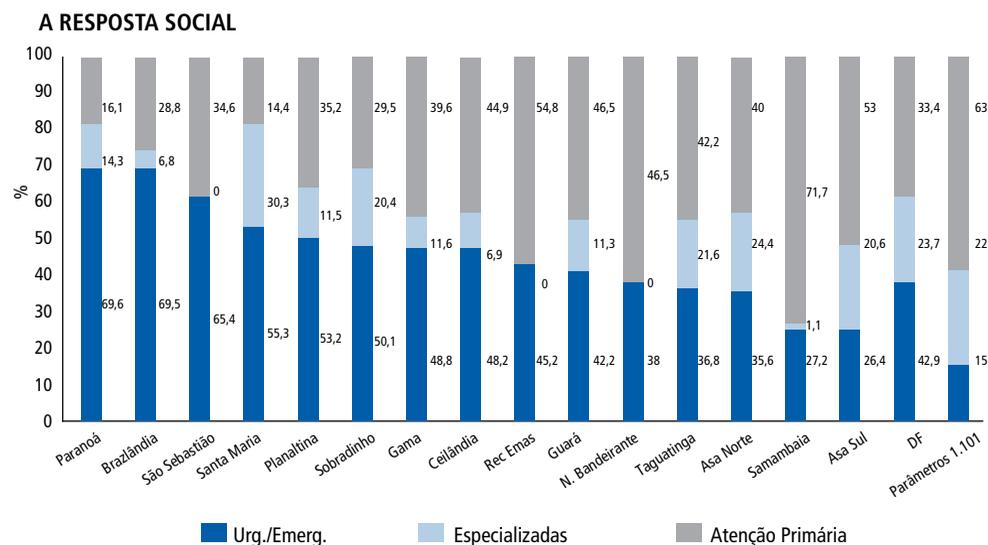
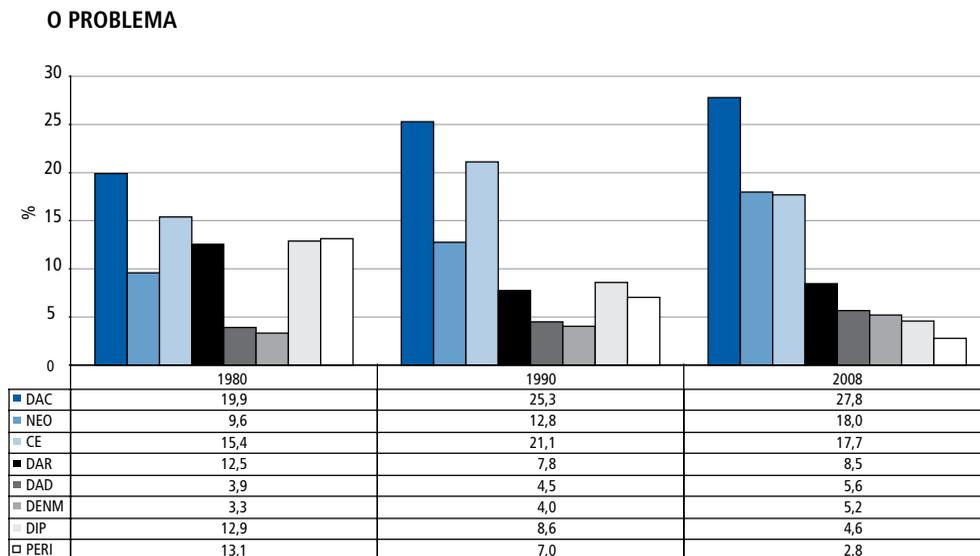
Gráfico 5: A crise do SUS



Fonte: Malta ⁽¹⁰⁾; Mendes (21)

O fundo do Gráfico 5 mostra a evolução da mortalidade proporcional por grupos de doenças no período de 1930 a 2009, já revelada no Gráfico 3. O que se constata é um crescimento relativo muito rápido das mortes por doenças do aparelho circulatório, por neoplasias e por causas externas, ao mesmo tempo em que se dá uma grande diminuição das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. O que ocorre é uma brecha entre uma situação de saúde do início do século XXI (tripla carga de doenças com predominância forte de condições crônicas) e uma resposta social fragmentada, episódica, reativa e voltada para condições e eventos agudos, que continua atrelada a uma situação de saúde do século XX quando predominavam, na primeira metade daquele século, as mortes por doenças infecciosas e parasitárias e, na segunda metade, quando começam a aumentar as causas externas e as doenças crônicas, estas com enfrentamento em seus momentos de agudização por equipamentos de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar. Um bom exemplo regional dessa crise do SUS é o caso do Distrito Federal, mostrado no Gráfico 6.

Gráfico 6: A crise do SUS no Distrito Federal



Fonte: Nunes et al. (32)

A parte superior do Gráfico 6 mostra, no período 1980 a 2008, uma evolução muito forte e rápida das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias e uma queda vertiginosa das doenças infecciosas e parasitárias, configurando um quadro

de tripla carga de doenças, com predomínio de condições crônicas. Na parte inferior do Gráfico 6, verifica-se que a resposta social do SUS a essa situação epidemiológica, tomando-se a demanda por consultas médicas, está fortemente concentrada nas consultas de urgência e emergência que respondem por 42,9% do total; apenas 33,4% das consultas são ofertadas na APS. Esses dados estão em desacordo com o parâmetro do Ministério da Saúde contido na Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 – um parâmetro conservador porque baseado na programação da oferta –, em que se propõe 63% das consultas na APS e 15% na urgência e emergência. Esse descompasso entre uma situação de saúde com forte predomínio de condições crônicas e uma organização do SUS como um sistema fragmentado, focado na doença, reativo e episódico e voltado para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas constitui a causa essencial da crise do sistema público no Distrito Federal, diagnosticada em 2010. O mesmo acontece, com visibilidades diferenciadas, em todos os estados da federação brasileira.

CAPÍTULO 2 – A RESPOSTA SOCIAL A UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população ⁽²¹⁾.

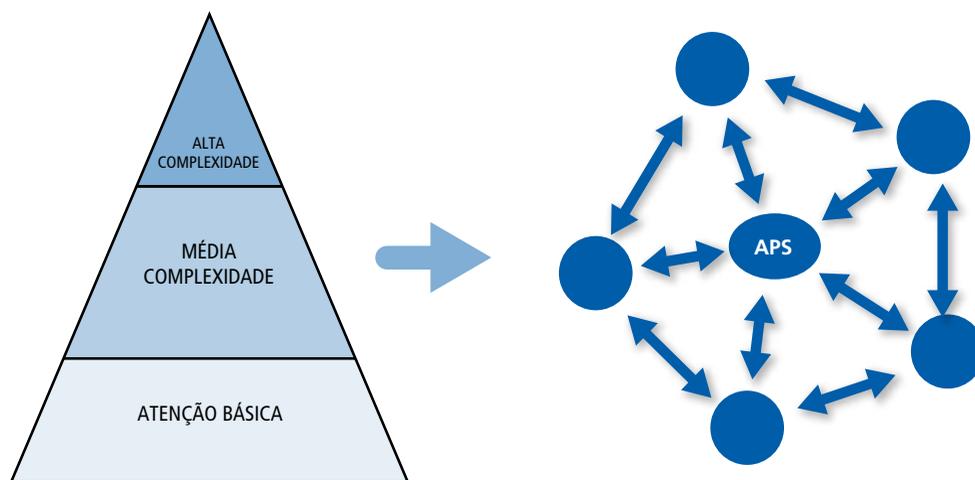
Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um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

Os objetivos das RASs são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde ⁽³³⁾.

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RASs não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os sistemas de apoio, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RASs são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾.

Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adscrita. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

Há evidências, obtidas em vários países, de que as RASs melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde ^(33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida "*como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*". No Decreto Presidencial explicita-se que "*a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde*" ⁽²⁴³⁾.

OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RASS

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A POPULAÇÃO

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

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

A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes.

Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RASs cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das RASs ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

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

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências ⁽⁴⁵⁾.

As regiões de saúde poderão ser intraestaduais, interestaduais e internacionais e as RASs estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde.

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS RASS

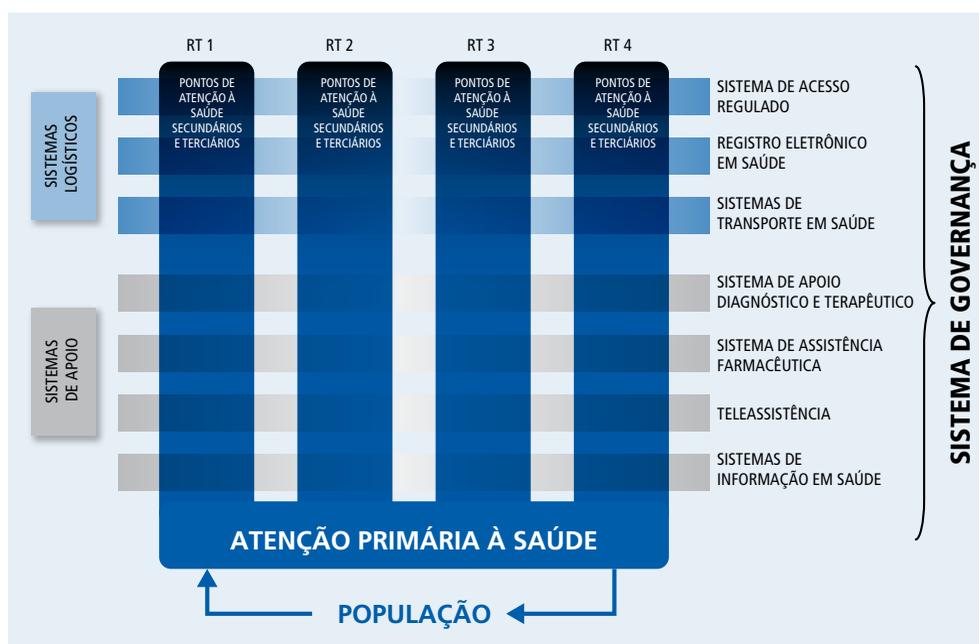
O segundo elemento constitutivo das RASs é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Numa rede, conforme entende Castells ⁽⁴⁶⁾, o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os

sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Rede Temática 1,2,3...n

Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

A observação detalhada da Figura 2 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes, as redes de atenção às doenças respiratórias e outras. As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg ⁽¹⁾: "o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo

ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença".

Contudo, essa proposta de RASs temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados ⁽⁴⁷⁾. Por exemplo, um programa vertical de tuberculose pode ter um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos ⁽⁴⁸⁾. Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos ⁽⁴⁹⁾. Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade ⁽⁵⁰⁾. Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, onde se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a APS ^(15, 51). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, parece ser por meio das RASs.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RASs manifesta-se, numa parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das RASs, como se vê na Figura 2, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade ⁽²¹⁾.

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

O modelo de atenção às condições agudas presta-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

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

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

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa⁽⁵²⁾.

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

O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na APS, em diferentes lugares, no SUS ⁽⁵²⁾.

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos, em que a variável-chave não é o tempo-resposta em função dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto desse trabalho.

CAPÍTULO 3 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

UM POUCO DA HISTÓRIA DA APS E SUAS DECODIFICAÇÕES NA PRÁTICA SOCIAL

Como se pode observar na Figura 2, a estrutura operacional das RASs tem sua base na APS. É muito importante entender que sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em RASs efetivas, eficientes e de qualidade.

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino ⁽⁵³⁾. Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto fundante da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Esse documento constituiu a proposta seminal das RASs coordenadas pela APS.

O Relatório Dawson surgiu uma década depois do Relatório Flexner que instituiu a medicina científica e que associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas, praticadas com base em alguns elementos ideológicos como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo e a ênfase no curativo ^(54, 55). Esse relatório teve grande impacto teórico e prático na medicina e, em seus elementos essenciais, vige até hoje.

Nesse período, do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista ⁽⁵⁶⁾. Vários outros foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos sessenta: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde

americanas, a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros ⁽⁵⁷⁾. Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef ⁽⁵⁸⁾.

Em Alma-Ata, consolida-se a grande ideia da APS, comparada, num notável de-
poimento de Sakellarides, às catedrais góticas; *"Quando finalmente, entendemos a
importância dos cuidados primários, procuramos construí-los à maneira das antigas
catedrais góticas dos velhos burgos medievais: desenhadas por poucos, construídas
por alguns, frequentadas obrigatoriamente por todos os demais"* ⁽⁵⁷⁾.

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como *"cuidados essenciais baseados
em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis
e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos
e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comuni-
dades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia
e autodeterminação"* ⁽⁵⁸⁾.

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a
educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo
imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apro-
priado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais;
a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das
práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de
direito humano.

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países-membros a de-
finir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar
a meta de "Saúde para Todos no ano 2000". Entretanto, quando a Organização
Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas
em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte,
enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las.
Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação ⁽⁵⁹⁾.

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela mesma história
de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de algumas de suas
definições formais estabelecidas no foros internacionais, pelo uso diferenciado que
fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se

instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Por isso, há três interpretações principais da APS ⁽⁶⁰⁾: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica ^(61, 62).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível ⁽⁶³⁾. É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família ⁽⁶⁴⁾.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde ⁽⁶⁵⁾ e quem proponha RASs baseadas na APS ⁽⁶⁶⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde, fiel a essa interpretação mais abrangente e contemporânea, propõe uma renovação da APS pelas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades. Desse movimento renovador deverá emergir uma quarta interpretação

da APS como um enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superaram os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas e transparentes e deveriam ser apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde ⁽⁶⁴⁾.

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

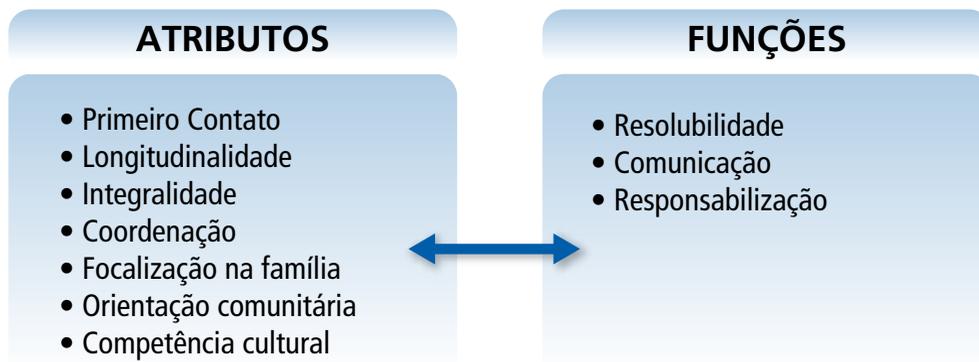
A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RASs. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RASs.

No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde. A mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma. A institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família (ESF) significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde e a conseqüente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF).

AS CARACTERÍSTICAS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 3.

Figura 3: Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde



Fontes: Mendes ⁽⁶⁰⁾; Starfield ⁽⁶⁷⁾

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a

população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias ⁽⁶⁷⁾.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita ⁽⁶⁰⁾.

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RASs, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* ^(68, 69).

A APS: POR QUE SIM? AS EVIDÊNCIAS SOBRE A APS NA LITERATURA INTERNACIONAL

Um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em 11 países desenvolvidos e permitiu verificar que os países com baixo escore para a APS obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil ⁽⁷⁰⁾.

Uma revisão da literatura mostrou que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico que tinham uma APS mais forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil. Verificou-se, também, que maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de APS apresentou um

maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil, em áreas de alta desigualdade social. O estudo permitiu aos autores concluir que os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde 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 APS a um cuidado mais apropriado; e o papel da APS na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas ⁽⁷¹⁾.

O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS. A conclusão do trabalho foi que há evidência de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma APS potente, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adscritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e da eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte ⁽⁷²⁾.

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde com base na APS. 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. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte APS estiveram 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 APS estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostraram que a orientação para especialistas está associada à iniquidade no acesso. No campo operacional, a maioria dos estudos que compararam serviços que deveriam ser providos, seja pela APS, seja pela atenção especializada, mostraram que a utilização dos cuidados primários reduziu custos, aumentou a satisfação das pessoas usuárias, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado ou nos resultados sanitários. A maioria dos estudos que analisaram a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostraram que essa mudança foi mais custo/efetiva ⁽⁵⁰⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde, no final da década de 80, desenvolveu a estratégia de Sistemas Locais de Saúde que acabou por se tornar um importante programa de fortalecimento da APS ⁽⁷⁵⁾. Recentemente, essa organização sustentou seu documento de posição sobre a APS ⁽⁶⁴⁾ com uma revisão bibliográfica ampla em

que se destacam trabalhos avaliativos de vários autores, realizados em diferentes partes do mundo ^(73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93). Esses estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos mais pobres; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal. Estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na APS que asseguraram acesso e primeiro contato, melhoraram os resultados sanitários, beneficiaram outros níveis do sistema e permitiram reduzir internações hospitalares, especialmente em anginas, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de atenção à saúde, apresentaram menos hospitalizações e utilizaram menos as unidades de emergência. Na região das Américas, as experiências da Costa Rica mostraram que as reformas baseada na APS melhoraram os resultados sanitários e a equidade; para cada 5 anos adicionais após essa reforma a mortalidade infantil foi reduzida em 13% e a mortalidade de adultos foi reduzida em 4%, independentemente de melhorias em outros determinantes da saúde. As evidências levantadas demonstraram que, para a APS beneficiar a população, os serviços deviam ter boa qualidade técnica.

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemora 30 anos de Alma-Ata, lança uma convocatória para a renovação da APS com o lema "*Agora mais do que nunca*" ⁽⁹⁴⁾. O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS. Em relação ao princípio do foco nas pessoas e na família, concluiu-se que sua observância produz resultados positivos: melhoria na integração das atenções promocionais e preventivas ⁽⁹⁵⁾; compreensão melhor dos aspectos psicológicos das pessoas ⁽⁹⁶⁾; aumento da confiança e da adesão ao tratamento ⁽⁹⁷⁾; melhoria da qualidade de vida das pessoas ⁽⁹⁸⁾; facilitação da comunicação entre profissional de saúde e pessoa usuária ⁽⁹⁹⁾; e aumento da confiança das pessoas usuárias em abordar problemas delicados ⁽¹⁰⁰⁾. Em relação à aplicação do atributo da integralidade verificou-se: melhoria dos resultados sanitários ^(67, 81, 101); maior esforço nos cuidados preventivos ⁽¹⁰²⁾; e menor internação por complicações evitáveis de doenças crôni-

cas⁽¹⁰³⁾. Em relação à aplicação do atributo da longitudinalidade verificou-se: menor mortalidade por todas as causas^(104, 105, 106); maior acesso à atenção^(107, 108); menor reinternação hospitalar⁽¹⁰⁹⁾; menor referência a especialistas⁽¹¹⁰⁾; menor utilização dos serviços de urgência e emergência⁽⁸⁶⁾; diminuição dos efeitos indesejáveis da atenção médica^(111, 112). Em relação à aplicação do atributo do primeiro contato verificou-se: maior satisfação pelos serviços recebidos^(79, 113, 114, 115); maior observância do tratamento e menor taxa de hospitalização^(79, 113, 114, 116); menor utilização de cuidados especializados e de serviços de urgência e emergência^(81, 117, 118, 119); maior eficiência no uso de recursos^(81, 108, 120, 121); melhor compreensão dos aspectos psicológicos das pessoas⁽⁹⁶⁾; maior utilização de ações preventivas pelos adolescentes⁽¹²²⁾; menor risco de sobretratamento⁽¹²³⁾. Em relação à aplicação do atributo da coordenação verificaram-se efeitos positivos sobre a saúde, a redução dos cuidados especializados e das internações hospitalares, a diminuição dos tempos de espera por serviços especializados, a redução do tempo de permanência hospitalar, o incremento das ações de autocuidado e a melhoria da qualidade da atenção hospitalar^(101, 118, 119). Além disso, o documento examina as evidências sobre a atenção à saúde realizada com base em generalistas e em especialistas. Os cuidados ambulatoriais primários: têm mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais comuns^(124, 125); têm o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas⁽¹²⁶⁾, embora sejam mais lentos em adotá-las^(127, 128); prescrevem menos intervenções invasivas^(129, 130, 131, 132); as hospitalizações de sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas^(117, 122, 132); e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção^(122, 133). Tudo isso resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos⁽⁸¹⁾, com impactos na saúde pelo menos idênticos^(129, 133, 134, 135, 136, 137); e com maior satisfação das pessoas^(115, 133, 138). Evidências providas de comparações entre países ricos mostram que quanto maior a proporção de profissionais generalistas trabalhando em ambientes ambulatoriais, mais baixos são os custos totais com a saúde e mais elevados os rankings de qualidade⁽¹³⁹⁾. Ao contrário, os países com maior dependência de especialistas hospitalares apresentam resultados em saúde populacional estáveis ou em deterioração, enquanto que a fragmentação dos cuidados que lhe está associada agrava a insatisfação das pessoas usuárias e contribui para um fosso crescente entre os serviços de saúde e os serviços sociais^(73, 139, 140). A informação sobre países de baixa e média renda é mais difícil de obter, mas há indicações de que os padrões observados são semelhantes⁽¹⁴¹⁾. Na Tailândia verificou-se que a APS, prestada por generalistas, é mais centrada nas pessoas, mais barata e menos tendente à medicalização excessiva⁽¹⁴²⁾.

Um documento de posição da Organização Mundial da Saúde sobre a reforma da APS na Europa⁽⁶⁵⁾ levanta muitas evidências sobre as possibilidades de apostar no reforço dos cuidados primários. Uma APS forte é capaz de: garantir a continuidade

da atenção ⁽¹⁴³⁾, prover serviços menos custosos ^(71, 144, 145) e mais efetivos e custo/efetivos ^(146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154).

Um livro centrado na proposta do modelo do *Medical Home* conclui que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS estão associados com melhor qualidade da atenção e menores custos e que a APS é uma política de saúde baseada em evidência ⁽¹⁵⁵⁾. Uma pesquisa, feita na Califórnia, verificou que 94% dos entrevistados valorizavam o fato de ter um médico de atenção primária e a maioria preferia ter o contato inicial com o generalista que com o especialista ⁽¹⁵⁶⁾. A continuidade da atenção é mais provável de ocorrer quando o cuidado é prestado por generalistas que por especialistas ⁽⁶⁷⁾ e está associada a melhores resultados no controle do diabetes ⁽¹⁵⁷⁾, no controle da hipertensão ⁽¹⁰³⁾, na utilização de serviços de urgência e emergência ⁽¹⁰³⁾. Uma revisão de 40 estudos demonstrou que a continuidade da atenção esteve associada com melhores resultados clínicos, incluindo serviços preventivos, condições crônicas e cuidados materno-infantis ⁽¹⁵⁸⁾. Pessoas atendidas em sistemas com forte orientação para a APS apresentam uma probabilidade maior de receber os cuidados preventivos apropriados, de aderir aos tratamentos e de satisfazer-se com a atenção recebida ^(102, 113, 159, 160). Nos Estados Unidos, os estados com maior número de médicos de família apresentaram melhores taxas de mortalidade geral, de mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares e mortalidade neonatal ⁽¹⁶¹⁾. Pessoas com uma fonte regular de APS apresentaram menores custos para o sistema de atenção à saúde em relação àquelas que não têm um ponto de primeiro contato regular ^(79, 162, 163). Dezenove de 20 estudos verificaram que a continuidade da atenção, que é mais provável de ocorrer quando o cuidado é provido por generalistas, está associada com redução das internações hospitalares e dos atendimentos de emergência ⁽¹⁵⁶⁾. Os custos da atenção à saúde foram mais caros em regiões com alto percentual de médicos especialistas em relação a médicos generalistas ⁽¹⁶⁴⁾. Países com uma maior proporção de seus médicos praticando a APS apresentaram menores gastos *per capita* em saúde do que países com maior proporção de médicos especialistas ⁽⁶⁷⁾. Nos Estados Unidos as áreas metropolitanas com maior número de especialistas apresentaram maiores gastos *per capita* em saúde sem ter uma atenção de maior qualidade ^(165, 166). Um estudo sobre o programa *Medicare* nos estados americanos constatou que a melhor qualidade da atenção à saúde estava associada significativamente com menores gastos *per capita* em saúde e que os estados com maior proporção de médicos especialistas *per capita* apresentaram menor qualidade e maiores gastos *per capita* em saúde ⁽¹⁴⁰⁾.

Uma revisão sistemática de 18 trabalhos sobre condições sensíveis à atenção primária (CSAP) evidenciou que a continuidade da atenção se associou a menores taxas, nos Estados Unidos e Canadá ⁽¹⁶⁷⁾. A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico, mostraram-se

associadas em diferentes estudos à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. A conclusão geral do trabalho foi de que os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por CSAP.

Foi feita uma revisão sistemática ⁽¹⁶⁸⁾ com 85 estudos na Europa sobre estrutura (governança, condições econômicas e desenvolvimento da força de trabalho); sobre processos (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade); e sobre resultados (qualidade, eficiência e equidade). Concluiu-se que a APS pode ser definida e enfocada como um sistema multidimensional estruturado pela governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho, facilitando o acesso a um amplo espectro de serviços de maneira coordenada e contínua, aplicando os recursos eficientemente para prover uma atenção de alta qualidade, contribuindo para uma distribuição mais equitativa da saúde na população. A APS como um sistema multidimensional contribuiu, significativamente, para a performance do sistema de atenção à saúde como um todo e para a melhoria da saúde.

As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde.

Com base nessa revisão, pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente 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 equitativos 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 para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

A APS: POR QUE NÃO?

Mesmo diante das robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de atenção à saúde baseados numa APS forte, sua valorização política, econômica e social é baixa, em todo o mundo.

Nos países desenvolvidos, com tradição em cuidados primários, há quem fale na crise da APS ⁽¹⁶⁹⁾. Na Europa levanta-se a questão da credibilidade que envolve a

habilidade da APS em obter ou manter o respeito necessário e o status para suportar o seu desenvolvimento nos sistemas de saúde ⁽¹⁷⁰⁾. Nos países em desenvolvimento, em que, em geral, a APS ainda não se institucionalizou, os problemas decorrem, principalmente, das fragilidades da concepção da atenção primária seletiva.

Nos países ricos, as dificuldades da APS, muitas vezes localizadas no modelo da medicina geral ou familiar, manifestam-se em várias dimensões: na insatisfação dos médicos ^(171, 172, 173), no modelo de ensino médico que está centrado na especialização ⁽¹⁷⁴⁾, no baixo salário dos médicos generalistas frente aos especialistas ⁽¹⁵⁵⁾, numa sensação de isolamento em função de um trabalho em pequenas clínicas ⁽¹⁵⁵⁾, no incremento das responsabilidades clínicas da APS ⁽¹⁷⁰⁾, numa percepção de que os cuidados propostos para a APS superam as possibilidades dos profissionais ⁽¹⁷⁵⁾, na insatisfação das pessoas usuárias dos serviços ⁽¹⁷⁶⁾, nas exigências do regime de trabalho ⁽¹⁷⁷⁾ e no menor salário pago aos médicos generalistas ou de família ⁽¹⁶¹⁾. Além disso, esse fenômeno se explica por uma enorme falha dos sistemas de atenção à saúde tradicionais que remuneram mal as consultas médicas intensivas em cognição que têm impacto forte na melhoria da saúde em relação aos procedimentos mais intensivos em tecnologias duras ⁽¹⁾.

As razões para a baixa valorização política, econômica e social da APS são várias.

Do ponto de vista econômico a APS utiliza tecnologias de menor densidade tecnológica, mais intensivas em cognição; tende a ser desvalorizada num sistema de pagamento por procedimentos que privilegia os de maior densidade tecnológica e que oferta mais serviços e não os serviços mais necessários à população; ao incorporar tecnologia de baixa intensidade apresenta pouco interesse para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos; e não é reconhecida pelos médicos de maior prestígio que são, em geral, os especialistas de renome.

A Tabela 2 mostra os valores relativos, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, por procedimentos sanitários realizados em diferentes pontos de atenção à saúde, mostrando que o custo do atendimento na APS é dez vezes menor que no ambulatório especializado e 1.330 vezes menor que no hospital terciário.

Tabela 2: Custo em libras dos atendimentos em diferentes pontos de atenção à saúde no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	CUSTO MÉDIO DO ATENDIMENTO EM LIBRAS
Atenção Primária à Saúde	15,00
Call Center	16,00
Ambulatório Especializado	150,00
Hospital/Dia	1.000,00
Hospital Secundário	5.000,00
Hospital Terciário	20.000,00

Fonte: Rawaf ⁽¹⁷⁸⁾

Outra forma de expressar esses diferenciais de custos na valorização econômica da APS foi feita pelo CEO de uma importante operadora privada de planos de saúde dos Estados Unidos quando afirmou: *"Examine os números e observe os contrastes. Os pacientes poderiam pagar a um médico US\$ 100 por uma visita de prevenção à asma e mais US\$ 200 por seu inalador, vendido sob prescrição. Uma visita ao setor de emergência poderia gerar de US\$ 2.000 a US\$ 4.000 em receitas para o prestador, enquanto uma internação hospitalar poderia render US\$ 10.000 a US\$ 40.000 em receitas para a instituição. Se o pagamento incentiva o comportamento dos prestadores, onde, como sociedade, estamos colocando nosso dinheiro hoje? Não é na prevenção da asma, mesmo estando os Estados Unidos diante de uma epidemia de asma"* ⁽²⁷⁾.

Do ponto de vista ideológico, a lógica da APS confronta alguns princípios da medicina flexneriana que são largamente hegemônicos, como a visão negativa da saúde (saúde como ausência de doenças), o individualismo, o biologismo, o especialismo e a ênfase no curativo ⁽⁵⁵⁾. A medicina heróica, inerente a certos procedimentos de maior densidade tecnológica, não é o campo da APS, o que faz que sua ação cotidiana, ainda que agregue mais saúde à população, não frequente as manchetes da grande mídia e não seja notícia positiva sobre a saúde. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas. Não raro, a população refere-se à APS, no Brasil, de uma forma ambígua em que se combinam um pouco de simpatia e muito de preconceito, como o "postinho de saúde".

Esses fatores econômicos e ideológicos repercutem no plano político. Os políticos e os gestores preferem, na visão caolha da micropolítica de curto prazo, investir em

unidades de atenção especializada e em hospitais, de maior visibilidade política, o que subfinancia e fragiliza a APS. É mais negócio investir em hospitais que na APS, ainda que os hospitais, nem sempre, agreguem valor para a população. É o caso dos investimentos em hospitais de pequeno porte, no Brasil. Na última eleição presidencial o tema da APS foi tratado de forma periférica por todos os candidatos; o centro das discussões, sob a influência de marqueteiros estimulados pelas pesquisas qualitativas, esteve nos cuidados de urgência e nos cuidados especializados, a serem providos, às vezes, por meio da espetacularização das políticas públicas de saúde, especialmente nos centros urbanos médios e grandes. Como pano de fundo, uma tendência dos gestores a praticarem uma forma de gestão denominada de inércia ativa, uma pulsão incrementalista de fazer mais do mesmo, de forma espetacular, sem buscar alternativas que efetivamente provoquem mudanças e que sejam sustentadas por evidências científicas ⁽⁴⁴⁾

No que concerne à valorização pela população da APS no SUS há um posicionamento ambíguo. Uma pesquisa do IPEA, realizada por meio de uma amostra de 2.733 pessoas residentes em domicílios permanentes que haviam utilizado ou acompanhado alguém da família, procurou verificar três campos de percepção dessas pessoas: os tipos de serviços ofertados pelo SUS, a avaliação geral do SUS e a avaliação dos serviços ofertados por planos e seguros de saúde ⁽¹⁷⁹⁾. Dentre os serviços prestados pelo SUS, o atendimento domiciliar por membro da equipe de PSF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da equipe de saúde da família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim. Esse resultado fala a favor do PSF que é o modelo que permite uma atenção ambulatorial de maior qualidade e uma relação mais íntima e de vinculação com a população, envolvendo presença regular nos domicílios. Os outros serviços que obtiveram percentuais menores foram: 69,6% para fornecimento de medicamentos, 60,6% para médicos especialistas, 48,1% para atenção às urgências e às emergências e 44,9% para atendimentos em centros ou postos de saúde. O atendimento em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados. É nessas unidades de saúde que se prestam os cuidados primários. Interessante notar que os percentuais de serviços ruins ou muito ruins são maiores, em relação aos serviços dos centros e postos de saúde, na atenção às urgências e às emergências nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Ainda assim, se considerarem as avaliações de muito bom, bom e regular, os centros e postos de saúde atingem um percentual de 69%, algo distante das manchetes da mídia de um caos na APS do SUS. Os resultados comprovam que as piores avaliações do SUS são por pessoas que não utilizam seus serviços, sendo

de 27,6% nos usuários e de 34,3% nos não usuários. Em relação aos principais problemas do SUS os três principais foram: a falta de médicos, 58,1%; a demora para os atendimentos em centros, postos de saúde e hospitais, 35,4%; e a demora para conseguir uma consulta com especialista, 33,8%. Esses dados mostram que a população usuária do SUS tem uma visão de senso comum, a mesma da mídia – talvez forjada por ela –, de um sistema médico-cêntrico na APS e no sistema como um todo, o que reproduz uma visão ideológica hegemônica na sociedade. E que não encontra respaldo nas evidências científicas.

Cabe ressaltar que a desvalorização da APS apresenta-se, criticamente, no setor privado da saúde suplementar. Não obstante as robustas evidências científicas levantadas em todo mundo sobre a efetividade, a eficiência e a qualidade superiores dos sistemas de atenção à saúde baseados na APS, essa agenda sequer entrou, de forma significativa, nas discussões das operadoras privadas de planos de saúde. Essa é uma situação que revela a baixa valorização política, econômica e sanitária da APS pelo segmento de saúde suplementar.

Em conclusão, pode-se afirmar que o tema da APS é pouco palatável para os políticos, para os grupos de interesses de maior força presentes na arena sanitária, para o complexo industrial da saúde, para os médicos de maior prestígio, para a mídia, para o setor de saúde suplementar e para a própria população. Assim, o fortalecimento da APS passa por uma luta que não será nem breve nem fácil, nesses planos político, econômico e ideológico. O fator favorável é que o modelo vigente do sistema fragmentado, reativo, episódico, focado na doença e organizado com base no fortalecimento das unidades de atenção especializada, muitas vezes sustentado por meio de políticas de saúde-espetáculo, não tem sustentabilidade no longo prazo. Os sistemas de atenção à saúde que se organizam com uma APS frágil são como edifícios sem alicerces. No longo prazo, ruirão provocando resultados econômicos e sanitários desastrosos.

CAPÍTULO 4 – A APS NO BRASIL

A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA APS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A APS tem uma larga história no sistema público de atenção à saúde de nosso país. Essa história pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento da APS ^(60, 180).

O primeiro ciclo surgiu, na segunda década do século XX, com os Centros de Saúde criados na USP. Provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Eles tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica.

O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitaria americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e algumas ações verticais de saúde pública.

O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade.

O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Deu-se, então, uma forte expansão da

APS no país, por meio de um amplo programa de medicina simplificada; o número de unidades de APS que era de 1.122 em 1975 passou a 13.739 em 1984, um crescimento de 1.255% numa década.

O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. As AISs expandiram a rede de APS, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987. As AISs institucionalizaram-se porque os recursos abundantes da Previdência Social eram transferidos, por convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária, um grupo social integrado e com capacidade de vocalização política.

As AISs foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o SUS, adotando como uma de suas diretrizes, a descentralização. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão da APS no SUS.

Como o SUS tinha como princípio ordenador a integralidade da atenção, já não se podia continuar a ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva e exigia o fortalecimento desse nível de atenção à saúde. Tratava-se, então, de buscar um modelo de APS que desse conta de concretizar a integralidade das ações de saúde.

Paralelamente a esse processo de municipalização da APS, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do país: a medicina geral e comunitária em Porto Alegre, a ação programática em saúde da Faculdade de Medicina da USP, o médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo de defesa da vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. A Medicina Geral e Comunitária desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, no Murialdo e, depois, no Grupo Hospitalar Conceição, impulsionada por residências médicas. Essa proposta, inspirada por movimentos semelhantes em países desenvolvidos em que se adota a medicina familiar, supõe uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais se pretende prestar uma atenção integral, contínua e personalizada ⁽¹⁸¹⁾. A Ação Programática em Saúde surgiu no movimento de programação da saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos 70, mas conformou-se, como proposta orgânica,

a partir da implantação da reforma sanitária. Seu lugar de origem é o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. A Ação Programática em Saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca se inspirar em tecnologia de base epidemiológica e se estruturar na lógica dos programas de saúde ⁽¹⁸²⁾. O Programa do Médico de Família foi implantado em Niterói, em 1992, e constitui um modelo de nítida influência cubana. A APS é prestada por uma equipe composta por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, responsáveis por aproximadamente 250 famílias. Essa equipe desenvolve atividades no ambulatório, na comunidade e acompanhamento em hospitais. A atenção é integral, o foco é na família e as ações de saúde têm orientação comunitária ⁽¹⁸³⁾. O modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no final dos anos 80, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Supõe uma descentralização da gestão dos serviços de saúde através de colegiados e organiza a APS por meio das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde. O acolhimento é entendido como um vínculo capaz de instituir a responsabilização do profissional com as pessoas usuárias, na perspectiva de sua autonomia ⁽¹⁸⁴⁾.

Todas essas propostas foram importantes, algumas continuam vigentes, e representaram alternativas bem-sucedidas de proporcionar uma APS de qualidade à população e de concretizar os princípios do SUS. Além de constituírem espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico. Não obstante, não se institucionalizaram como políticas públicas de corte nacional. Isso veio a ocorrer, no final de 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no Governo Itamar Franco.

A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar.

O PSF sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS referidos e externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo o País, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS, tomado isoladamente, constituiu uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. Sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade. Percebendo isso, o município cearense de Quixadá, no governo Hilário Marques, desenvolveu uma experiência pioneira de APS que agregava aos agentes comunitários de saúde médicos e enfermeiros generalistas, formando uma equipe que trabalhava com populações adscritas territorialmente e organizadas em famílias. Esse modelo cearense serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, como política oficial da APS no País, o PSF.

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de mero nível de cuidados primários. O que justifica o objetivo geral do PSF de *"contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população"* ⁽¹⁸⁵⁾.

Contudo, a mudança semântica não foi acompanhada por uma real transformação paradigmática que imprimisse o conteúdo de estratégia ao PSF.

O sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, iniciado em 1994 e vigente até hoje, pode ser denominado de ciclo da atenção básica à saúde. Diversamente de outros países, o Brasil não adotou, oficialmente, a expressão atenção primária à saúde, mas atenção básica à saúde.

A CONSOLIDAÇÃO DO CICLO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E AS EVIDÊNCIAS SOBRE O PSF

O ciclo da atenção básica à saúde se caracteriza pela instituição e expansão da saúde da família, pela via do PSF. É certo que o PSF sempre conviveu com modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional sem foco na família, nem sempre com territorialização e população adscrita e com o trabalho médico organizado pelas três especialidades básicas da medicina: clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Estima-se que haja entre 20% a 40% de unidades tradicionais no país. Contudo, há que considerar que o modelo dual de APS no SUS tem se construído, nos últimos anos, com a hegemonia do PSF e que no discurso oficial dos gestores do SUS tem havido, até agora, um caminho estratégico de fortalecimento do PSF.

O modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado autóctone, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não instituir-se como uma proposta exclusiva de medicina familiar e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família. O PSF é uma proposta de saúde da família singular que se distanciou dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido que, em geral, se articulam em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família. Como exemplo, no modelo de medicina familiar do Canadá, apenas 32% dos médicos trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde e somente 22% trabalham juntamente com enfermeiros ⁽¹⁸⁶⁾. Além disso, esses modelos internacionais tendem a valorizar a liberdade de escolha dos médicos pelas pessoas usuárias, independentemente da adscrição geográfica, com o objetivo de obter ganhos de competitividade. O PSF optou por um modelo de base populacional e territorial que se articula em função de mecanismos de cooperação e, não, de competição.

O PSF foi construído em bases distintas, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais e infraconstitucionais. São várias as suas especificidades. É um modelo de saúde da família que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Essa opção estratégica convoca, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersetorial. O PSF incorporou, desde seu início, o trabalho multiprofissional realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A incorporação do ACS constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território.

A proposta brasileira do PSF é a mais adequada para a situação brasileira porque é a que se adequa aos princípios do SUS e porque é ampla ao centrar-se na saúde da população. Ela valoriza a medicina familiar e a incorpora, mas vai além dela ao instituir-se com foco na saúde da família.

A expansão do PSF foi muito significativa. Em agosto de 2011, estavam implantadas, em 5.284 municípios brasileiros, 32.079 equipes de PSF que cobriam, nominalmente, aproximadamente 110 milhões de brasileiros, mais da metade da população; 248.521 agentes comunitários de saúde estavam operando em 5.391 municípios; e 21.038 equipes de saúde bucal estavam presentes em 4.847 municípios ⁽¹⁸⁷⁾. É um crescimento formidável num período de tempo de uma década e meia, curto para uma política pública de saúde dessa proporção.

Recentemente, tem sido levantada, em diferentes lugares e por diferentes atores sociais do SUS, uma hipótese da fragilidade do PSF como forma de organizar a APS. Parece haver um sentimento, mais ou menos difuso, de desencanto com o PSF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF.

Entre as propostas que se apresentam estão: a reorganização do trabalho médico com a valorização relativa da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários; a flexibilização do trabalho dos profissionais, especialmente dos médicos, permitindo o trabalho em tempo parcial; a expansão exagerada das UPAS transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com o PSF; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em unidades de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos da APS, onde seriam efetivos para a manutenção de hospitais que não têm densidade tecnológica para o exercício real de ações hospitalares e que são ineficientes, inefetivos e de baixa qualidade ⁽⁶⁰⁾.

Essas propostas fazem-se com fundamento num suposto fracasso do PSF, são construídas com base em opiniões de forte conteúdo valorativo e constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem. Ademais, têm seu foco numa visão ultrapassada de APS que a considera exclusivamente como porta de entrada do SUS, portanto, como uma parte isolada de um sistema fragmentado, voltada, prioritariamente, para a atenção às condições e aos eventos agudos operando de forma episódica e descontínua e fortemente ancorada na consulta médica. É o que se pode concluir de propostas que estão sustentadas na mudança do trabalho médico e no aumento da oferta da atenção às condições e aos eventos agudos. Há um suposto não explicitado de aumentar o acesso aos médicos, o que é importante, mas que desconsidera outros problemas estruturais que qualificam o trabalho médico. Há evidências robustas de que mais consultas médicas, isoladamente, não significam, isoladamente, melhores desfechos clínicos e melhores resultados sanitários ⁽²⁹⁾.

Os problemas dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos, já analisados no plano macro, manifestam-se, no plano micro, pela falência de um sistema de atenção à saúde estruturado com base na consulta médica de curta duração. Essa crise tem sido considerada, nos Estados Unidos, como a falência do sistema centrado na consulta médica de 15 minutos que é o tempo médio de uma consulta médica naquele país ⁽¹⁸⁸⁾. Essa crise no plano micro será analisada, com mais profundidade, na discussão do modelo de atenção às condições crônicas.

Os estudos referidos demonstram, de forma inequívoca, que o mero aumento das consultas médicas não melhora os desfechos clínicos das condições crônicas como indica o senso comum e que um sistema baseado na atenção, apenas leva a mais atenção. Em consequência, as propostas de mudanças da APS centradas no trabalho médico, ainda que necessárias, são insuficientes e reducionistas. A agenda de reforma da APS tem de ser muito mais profunda e global para gerar valor para a população.

É preciso ter claro que as propostas de substituição do PSF pelos modelos tradicionais de APS não estão sustentadas por evidências científicas. O que parece moderno é, na realidade, uma volta ao passado que, certamente, aprofundará a crise contemporânea do SUS, prejudicando a sua política mais consequente que é a da saúde da família.

Os questionamentos ao PSF decorrem, em grande parte, da percepção equivocada de que esse modelo de APS fracassou. O PSF não foi um fracasso, mas um sucesso, dentro dos limites que lhe foram dados para se desenvolver. Isso é referendado por evidências provindas de diferentes estudos, em várias regiões do País.

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar o PSF com os modelos tradicionais de APS porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propala, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade do PSF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF.

Um dos aspectos positivos da introdução do PSF é o aumento do interesse de acadêmicos em pesquisar a APS no Brasil, o que permitiu retirar do campo opinativo os posicionamentos frente a essa estratégia. Macinko ⁽²²⁴⁾ mostrou que tem sido crescente o número de artigos novos sobre o PSF citados no Pubmed, de três em 1998 a 75 em 2009, um total de 297 artigos no período considerado.

Um estudo, utilizando o PCATool, comparou o desempenho das unidades de PSF e das unidades tradicionais na saúde infantil, na região de Porto Alegre. Observou-se uma extensão significativamente maior dos atributos da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar e do valor geral da APS para as crianças que frequentavam as unidades de PSF. A proporção de crianças com atenção à saúde classificada com alto valor geral da APS também foi significativamente maior para aquelas cobertas pelo PSF ⁽¹⁸⁹⁾.

Um estudo avaliativo da APS, realizado em Petrópolis, comparando o PSF com o modelo tradicional, permitiu verificar que o PSF apresentou: em termos de acessibilidade, um acesso melhor, especialmente nos fins de semana; em termos de primeiro contato, um escore maior, ainda que sem significação estatística; em termos de longitudinalidade, o PSF tinha uma população adscrita e dava maior oportunidade às pessoas usuárias para discutirem suas dúvidas sobre a atenção prestada; em termos de integralidade, o PSF provia melhor atenção pré-natal, tratamento de tuberculose, aconselhamento em violência doméstica, educação em saúde, prevenção ao uso excessivo de álcool e ao tabagismo; o PSF utilizava mais as diretrizes clínicas para orientação das condutas clínicas e as linhas-guia para o referenciamento a outros níveis do sistema; em termos de orientação familiar, o PSF utilizava mais instrumentos de abordagem familiar; e em termos de orientação comunitária, o PSF trabalhava mais com pesquisas populacionais, ofertava mais atenção domiciliar e se envolvia mais com trabalhos intersetoriais ⁽¹⁹⁰⁾.

Um estudo comparou as unidades tradicionais e as unidades de PSF no município de São Paulo, por estratos de exclusão social, utilizando o instrumento PCATool, aplicado a gerentes, a profissionais de saúde e a pessoas usuárias. Os resultados mostraram que as estimativas dos índices de atenção primária nas unidades PSF foram mais altos do que os das unidades tradicionais, sempre com diferenças estatisticamente significantes, em todos os estratos ⁽¹⁹¹⁾.

Foi realizada uma avaliação da APS em 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, utilizando delineamento transversal, com grupo de comparação externo e entrevistas com presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, secretários municipais de saúde e coordenadores de APS. O estudo revelou que as unidades de PSF apresentaram em relação às unidades tradicionais: maior tempo para as consultas médicas; maior oferta de ações programáticas para o cuidado integral e de atividades de grupo; e maior frequência de realização do pré-natal em suas unidades de adscrição territorial. As unidades de PSF ofertaram mais serviços em relação às unidades tradicionais de: atendimentos odontológicos a grupos prioritários, promoção do aleitamento materno, puericultura, manejo dos agravos infantis mais graves, consultas pré-natais, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero, diagnóstico e tratamento da tuberculose, diagnóstico e tratamento da hanseníase, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, diagnóstico e tratamento do diabetes, recomendação de atividades físicas e cuidado domiciliar a pessoas idosas. Em termos de processos de trabalho as unidades de PSF utilizaram mais protocolos clínicos que as unidades tradicionais. A conclusão dos autores foi que o desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste. Esse achado coincide com a percepção dos gestores de que o PSF é mais adequado para

o funcionamento do SUS e conta com maior adesão dos profissionais de saúde do que o modelo tradicional ⁽¹⁹²⁾.

Um estudo avaliativo realizado por meio do PCATool em 62 municípios do estado de São Paulo comparou as unidades PSF e tradicionais, a partir das opiniões dos profissionais de saúde. De um modo geral, os dados demonstraram que os profissionais que trabalhavam no PSF avaliaram o seu desempenho como sendo melhor, o que se reflete em escores médios maiores. Além disso, sempre que houve diferença estatística entre os dois tipos de unidades, essa foi favorável às unidades de PSF ⁽¹⁹³⁾.

Estudo avaliativo do PSF foi realizado por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e ao saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes. Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no País foi a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta do PSF. O estudo demonstrou que um aumento de 10% na cobertura do PSF foi responsável por uma diminuição de 4,56% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso a água foi responsável por uma diminuição de 2,92% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda *per capita* apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil ⁽¹⁹⁴⁾.

Um estudo comparou a APS praticada em nove municípios da Região Centro-Oeste do Brasil (Goiás e Mato Grosso), nas formas de unidades de PSF e unidades tradicionais, utilizando o instrumento do PCATool. Os resultados, medidos pelo índice de atenção primária, apontaram para uma melhor avaliação dos serviços prestados pelas unidades de PSF em relação às unidades tradicionais, tanto para profissionais quanto para pessoas usuárias ⁽¹⁹⁵⁾.

Um trabalho de avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, um estudo transversal realizado por inquérito estruturado utilizando o PCATool, nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, comparou as unidades tradicionais e de PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽¹⁹⁶⁾. Esse estudo é interessante porque em Curitiba convivem os dois modelos, 53 unidades com PSF, operadas por médicos generalistas, e 51 unidades com o modelo tradicional, operadas por médicos especialistas (clínicos, gineco-obstetras e pediatras), trabalhando em tempo parcial. Em Curitiba, o modelo tradicional apresenta certas características singulares como a territorialização, a organização pelo princípio da vigilância em saúde e a presença dos ACSs nas equipes. Os resultados do estudo estão sumarizados na Tabela 3.

Tabela 3: Escores médios dos atributos e dos escores essenciais, derivados e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais, médicos e enfermeiros, das unidades tradicionais e do PSF do município de Curitiba em 2008

ATRIBUTOS	UNIDADE TRADICIONAL	UNIDADE DE PSF
Essenciais	6,2	7,0
Acessibilidade	4,7	5,1
Longitudinalidade	6,2	6,7
Coordenação	6,9	7,0
Integralidade	5,9	8,3
Derivados	7,7	8,3
Orientação familiar	7,8	8,5
Orientação comunitária	7,6	8,1
Geral	6,6	7,4

Fonte: Chomatas ⁽¹⁹⁶⁾

A Tabela 3 evidencia que, para todos os atributos, os escores médios alcançados pelas equipes de PSF superaram aqueles das unidades tradicionais, embora no atributo coordenação a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Além disso, as unidades de PSF também apresentaram maior percentual de alto escore (igual ou maior que 6,6) da APS, tanto nos atributos individuais quanto nos escores essenciais, derivados e geral. Além disso, nas unidades de PSF as ações educativas, as visitas domiciliares e as discussões de caso são mais frequentes, sugerindo maior possibilidade de mudar o modelo para enfrentar o desafio das condições crônicas. Há que se acrescentar que esses resultados se obtiveram mesmo considerando que as unidades de PSF encontram-se, em geral, localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social do que as unidades tradicionais.

Outra pesquisa feita no município de Curitiba, comparando as unidades de PSF e as unidades tradicionais da Secretaria Municipal de Saúde, mostrou que dos 17 indicadores de saúde selecionados, 7 (41%) apresentaram melhores resultados com o modelo PSF em relação ao tradicional, sendo que 5 desses indicadores compõem o atributo acessibilidade. Na avaliação por atributos, a coordenação, a longitudinalidade e a integralidade evidenciaram uma tendência de melhores desempenhos nas unidades de PSF. As unidades tradicionais não obtiveram melhores resultados em nenhum dos indicadores ⁽¹⁹⁷⁾.

Uma pesquisa procurou verificar a influência do PSF na saúde infantil comparando períodos anteriores e posteriores à introdução dessa estratégia de APS em municípios brasileiros. As variáveis da saúde infantil foram estado de saúde auto-reportado, número de dias de atividades restritas, número de dias de internações hospitalares, prevalência de vômito ou diarreia e número de vezes que as crianças receberam atenção médica. Os resultados indicaram que, para a maioria dos indicadores de saúde infantil utilizados na análise empírica, as crianças para as quais o PSF estava disponível no município durante o período pré-natal e nos primeiros anos de vida foram mais saudáveis que aquelas em que o PSF não era disponível ⁽¹⁹⁸⁾.

Uma pesquisa sobre a saúde da família no Brasil, no período de 1998 a 2004, mostrou que a cobertura de PSF esteve associada com a melhoria de indicadores de saúde ⁽¹⁹⁹⁾. Os dados sobre a proporção média anual de crescimento na homogeneidade de cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade revelaram que quanto mais elevada a cobertura de PSF maior foi o aumento do indicador entre 1998 e 2003. O indicador cresceu 5,73% para o estrato de menos de 20% de cobertura por PSF, 6,85% para o de 20% a 50% de cobertura, 7,80% para o de 50% a 70% de cobertura e 10,97% para o de 70% ou mais de cobertura. A variação média de queda na proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal cresceu com o aumento da cobertura de PSF nos estratos, revelando um gradiente. Os estratos de menos de 20% de cobertura e de 20% a 50% de cobertura apresentaram queda média anual de 7,95% e de 13,47% e os estratos de 50% a 70% e de mais de 70% tiveram reduções de 15,45% e 19,04%. Verificou-se que a proporção de óbitos em menores de 1 ano por causas mal definidas caiu relativamente mais nos estratos de maior cobertura de PSF. A mesma tendência verificou-se na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e nas taxas de internações da população de 40 anos e mais por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva.

Uma tese de doutorado de avaliação do impacto de políticas públicas organizadas em torno de intervenções nos níveis familiar e comunitário procurou estudar o impacto do PSF na mortalidade, no trabalho infantil, na frequência escolar e na oferta de trabalho adulto. Para isso, compararam-se municípios que tinham e não tinham PSF. Nas regiões Norte e Nordeste, os municípios que estiveram há três anos no PSF reduziram a taxa de mortalidade infantil na ordem de 1,81 por mil a mais que os municípios que não estiveram no programa. Isso significa que apenas por causa do PSF um município que tivesse a mortalidade infantil igual à média brasileira em 1993 (que era de 27 por mil) e estivesse há três anos no programa reduziria, em média, 6,7% a taxa de mortalidade infantil a mais que um município que não estivesse no programa. Além disso, quanto maior o período que o município estivesse no programa maior seria esse efeito, as estimativas chegando a ser de 20,0% quando o município

estivesse há oito anos no PSF. Em relação à taxa de mortalidade de 1 a 4 anos, o impacto foi de uma redução de 0,07 por mil na taxa de mortalidade dos municípios que estiveram há três anos no programa maior que nos municípios que não estiveram no programa, o que significa uma redução de 6,2% da taxa de mortalidade se o município tinha mortalidade igual à média brasileira em 1993. Esse efeito passaria a ser de 22,1% se o município estivesse no programa há oito anos. Note que o efeito na mortalidade infantil (até 1 ano) e de criança (de 1 a 4 anos) cresceu bastante com a duração do programa. O efeito do PSF sobre a taxa de mortalidade adulta do programa também foi importante. O impacto para os municípios que estiveram há três anos no PSF foi de uma redução da taxa de mortalidade de 0,11 por mil. Isso significa numa redução de 3,25% da taxa para os municípios que estiveram há três anos no programa. Esse efeito subiu para uma redução de 11,24% da taxa de mortalidade nos municípios que estiveram no programa há oito anos. Em relação ao trabalho infantil não houve impacto do PSF. Mas na frequência escolar o impacto foi significativo. Quantitativamente, uma criança de um município que estivesse há quatro anos no PSF teve uma probabilidade 2,1% maior de frequentar a escola do que uma criança que estivesse num município sem o programa. Já uma criança em um município que estivesse há oito anos teve uma probabilidade de 4,5% maior de estar frequentando a escola na mesma comparação. Com relação aos resultados dos impactos do PSF sobre oferta de trabalho e emprego adultos, verificou-se que o PSF teve efeito positivo e significativo em ambos. Quantitativamente, uma pessoa que residia em um município que estava no programa há cinco anos teve 5,6% a mais de probabilidade de estar empregado, número esse que sobe para 6,8% nos municípios que estivesse há oito anos no programa ⁽²⁰⁰⁾.

Foram realizados estudos de caso sobre o PSF em quatro municípios brasileiros: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, utilizando entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde e inquéritos com profissionais de saúde e famílias cadastradas. Os resultados mostraram que foi no PSF que se dava, prioritariamente, o primeiro contato e, a partir dele, que se estruturava o acesso aos serviços especializados. A proporção das opiniões concordantes dos médicos e enfermeiros de família com a afirmativa "a população procura primeiro a unidade de saúde da família quando necessita de atendimento" foi de 92,6% em Aracaju, 89,1% em Belo Horizonte, 87,8% em Florianópolis e 83,5% em Vitória ⁽²⁰¹⁾.

A PNAD 2008 sobre saúde pesquisou o PSF no Brasil ⁽²⁰²⁾. Nos 57,6 milhões de domicílios brasileiros residiam 189,5 milhões de pessoas, enquanto, nos 27,5 milhões de domicílios cadastrados viviam 96,5 milhões de pessoas, o que representava 50,9% da população total. 27,5 milhões de domicílios, 47,7% do total, declararam estar cadastrados no PSF. Foi observado que quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar *per capita* menor era a proporção de domicílios cadastrados no

PSF. Dentre aqueles com rendimento de até dois salários mínimos, 54,0% foram declarados cadastrados, enquanto para aqueles com rendimento acima de cinco salários mínimos, 16,3% assim se declararam, o que mostra que o programa está chegando aos mais pobres. Dentre os domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% estavam cadastrados no PSF. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo esse percentual foi de 33,5%. A pesquisa constatou que 77,2% da população de rendimento mensal até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo utilizaram centros ou postos de saúde que, na maior parte, operam com equipes do PSF; esse percentual caiu para 67,1% na população de renda de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, para 50,4% na população de renda de mais de 1 a 2 salários mínimos e para 4,8% na população de renda de mais de 5 salários mínimos. Os dados da PNAD 2008, trabalhados segundo a cobertura de PSF por anos de escolaridade das pessoas usuárias, mostraram que supera a cobertura de não PSF nos grupos de menor escolaridade: relação de 40% a 29% no grupo de menos de 3 anos de escolaridade; de 26% a 22% no grupo de 4 a 7 anos de escolaridade; o equilíbrio só se dá no grupo de 8 a 10 anos de escolaridade; a partir daí predomina o acesso a não PSF. Esses dados atestam que o PSF atinge os brasileiros de menor escolaridade.

Uma avaliação econométrica dos efeitos do PSF sobre a mortalidade infantil no estado do Ceará indicou que o PSF possui um impacto negativo sobre a taxa de mortalidade infantil, ou seja, a atuação do programa diminuiu essa taxa, em média, em -4,3. O coeficiente estimado para esse efeito, além de possuir o sinal correto, é estatisticamente significativo. Do ponto de vista da avaliação econômica, assumindo que a taxa de desconto empregada e a taxa de crescimento da renda individual futura possuem a mesma magnitude de forma a se anularem, sob a análise dos índices empregados, o programa apresentou-se viável do ponto de vista econômico ⁽²⁰³⁾.

Um estudo procurou verificar o impacto do PSF sobre a mortalidade infantil em 721 municípios brasileiros no período de 1996 a 2004 ⁽²⁰⁴⁾. Para isso, os municípios foram subdivididos em três categorias: cobertura de PSF incipiente, menor que 30% da população; cobertura de PSF intermediária, entre 30,0% e 69,9% da população; cobertura de PSF com valor igual ou maior que 70% da população e duração do PSF de menos de quatro anos; e cobertura consolidada de mais de 70% da população e duração igual ou maior de quatro anos. A expansão do PSF variou de 1% dos municípios em 1996 para 80% em 2004; a expansão de cobertura intermediária cresceu no mesmo período de 0,1% para 39,3%. Nesse período a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 26,6 para 16,1 mortes em crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil diminuíram, no período, em 16% para os municípios de cobertura incipiente, 23% nos municípios de cobertura intermediária e 22% nos municípios de cobertura consolidada. O efeito

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

Um estudo procurou verificar o impacto do PSF na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, em municípios brasileiros, no período de 2000 a 2006, decompondo seus efeitos em mortes por causas mal definidas e por outras causas ⁽²⁰⁵⁾. Os municípios foram divididos em categorias: sem cobertura de PSF; com baixa cobertura, menos de 30% da população; com cobertura intermediária, de 30,0% a 69,9% da população; e com alta cobertura, igual ou mais de 70,0%. No período analisado a mortalidade em menores de cinco anos diminuiu de 24,7 para 19,3 por mil nascidos vivos. A mortalidade por causas mal definidas diminuiu de 2,1 para 0,4 por mil nascidos vivos. Contrariamente, no período, o número de municípios sem PSF diminuiu de 2.483 em 2000 para 367 em 2006, ao tempo em que os municípios com alta cobertura (igual ou maior que 70%) aumentaram de 851 para 3.432. Os resultados mostraram que o PSF teve sucesso em melhorar a qualidade das informações sobre as causas de morte e de reduzir o número de registros de mortes mal definidas, o que reforça achados de outros estudos ^(206, 207, 208).

Um estudo analisou o efeito do PSF sobre a mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, especialmente por doenças diarreicas e infecções respiratórias, em 2.601 municípios brasileiros no período de 2000 a 2005, classificando-os como de baixa cobertura do programa (menos de 30% da população), cobertura intermediária (entre 30% a 70%) e alta cobertura (mais de 70%). Os resultados mostraram uma associação negativa significativa entre os níveis de cobertura do PSF e a redução da mortalidade infantil. No período, a mortalidade infantil nos menores de cinco anos decresceu de 22,6 para 18,1 por mil nascidos vivos. As mortes por doenças diarreicas diminuíram 43% e as por doenças respiratórias 31%. As reduções foram de 4% nos municípios com baixa cobertura, 9% nos de cobertura intermediária e 13% nos de alta cobertura ⁽²⁰⁹⁾.

Um estudo avaliou as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 em que a cobertura de PSF, na média do estado, subiu de 13,8% para 51,6%. Nesse período essas internações evitáveis ou desnecessárias tiveram uma queda de 12,6%. Estratificando por idade as quedas foram: no grupo de 5 a 14 anos, 21,8%; no grupo de menores 1 ano, 19,3%; no grupo de 25 a 34 anos, 17,7%; no grupo de 45 a 54 anos, 17,0%; no grupo de 55 a 64 anos, 14,3%; no grupo de 15 a 24 anos, 8,9%; e no grupo de 65 anos ou

mais, 8,6%. Parte substancial das reduções se deveu aos grupos das pneumonias e das gastroenterites ⁽²¹⁰⁾.

Dados de Minas Gerais, relativos a eventos de saúde sensíveis à APS, mostraram reduções significativas no período de 2007 a 2010, período em que a APS teve prioridade significativa nas políticas de saúde estaduais: internações hospitalares por desidratação em menores de cinco anos: de 6.810 em 2007 para 2.560 em 2010, queda de 62,4% no período; internações por pneumonias em menores de cinco anos de idade: de 12.426 em 2007 para 6.378 em 2010, queda de 48,7% no período; nascidos vivos com menos de 2.500 gramas: de 21.365 em 2007 para 12.435 em 2010, queda de 41,8% no período; e óbitos em menores de um ano por infecções respiratórias agudas: de 613 em 2007 para 158 em 2010, queda de 74,2% no período ⁽²¹¹⁾.

Um estudo analisou as internações sensíveis à atenção ambulatorial no Brasil, por doenças crônicas, no período de 1999 a 2007, procurando associar com o PSF. Nesse período essas internações declinaram em 14% para os homens e em 7% para as mulheres. As reduções nessas internações estiveram associadas com a cobertura populacional no PSF medidas por quintis. Os municípios com os quintis de cobertura pelo PSF maiores (quintis 5) apresentaram internações 13% menores que os municípios com quintis de cobertura pelo PSF menores (quintis 1). Altos níveis de cobertura pelo PSF estiveram associados com quedas de 23% nas internações por asma. Acidente vascular encefálico e outras doenças cardíacas mostraram uma diminuição das internações menor, mas ainda significativa ⁽²¹²⁾.

Um estudo analisou as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no município de Belo Horizonte após a implantação, em larga escala, do PSF. Num período de quatro anos, as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial caíram 17,9%; no mesmo período, a queda das internações por condições não sensíveis à atenção ambulatorial foi bem menor, de 8,3%. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial diminuíram 22% nas mulheres moradoras de áreas de alta vulnerabilidade social, enquanto que esse decréscimo foi de apenas 9% nas áreas de baixa vulnerabilidade social ⁽²¹³⁾.

Análises ecológicas sugerem que o PSF pode ter produzido uma diminuição de 8% nas mortes de adultos no Brasil, oito anos após sua introdução, e que essa estratégia pode estar associada à diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares no País ⁽²¹⁴⁾.

Um estudo realizado em Porto Alegre, comparou a satisfação dos usuários segundo os escores alto e baixo de APS, medidos pelo PCATool, mas agregando um

questionário aplicado na última consulta. Os resultados mostraram diferenças significativas nas 12 variáveis que indicam a satisfação da atenção, sendo a satisfação de 95,6% na APS de alto escore e de 73,5% nas de baixo escore ⁽²¹⁵⁾.

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte para monitorar desempenho, resultados e satisfação dos usuários com o PSF, construída com base em seis atributos da APS e aplicada a 512 equipes de saúde da família, apresentou os seguintes percentuais de satisfação em relação aos atributos definidos: 86,6% para a integralidade, 86,0% para a orientação comunitária, 84,9% para o primeiro contato, 78,4% para a orientação familiar, 75,2% para a longitudinalidade e 61,4% para a coordenação da atenção ⁽²¹⁶⁾.

Em um estudo comparado sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos desses sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a experiência brasileira dos Agentes Comunitários de Saúde alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre oito países de três regiões mundiais ⁽²¹⁷⁾. Há estudos que mostram que o PSF teve impacto na equidade por ter uma orientação para os mais pobres ^(218, 219, 220).

Uma análise dos dados da PNAD/2008 mostrou resultados importantes sobre o PSF em relação a atributos e à equidade ⁽²²¹⁾. A população brasileira foi dividida em três segmentos de demanda: SUS com PSF, 42,2% de cobertura; SUS sem PSF, 31,9% da cobertura; e planos de saúde, 25,9% da cobertura. A renda familiar *per capita* de cada segmento foi de: SUS com PSF, R\$ 326,00; SUS sem PSF, R\$ 458,00; e planos de saúde, R\$ 1.396,00. O percentual de cobertura de pessoas analfabetas foi de: SUS com PSF, 23,5%; SUS sem PSF, 17,1%; e planos de saúde, 8,6%. O percentual de cobertura de pessoas com ocupação agrícola foi de: SUS com PSF, 25,4%; SUS sem PSF, 14,8%; e planos de saúde, 3,1%. Esses dados evidenciam que o SUS com PSF, relativamente, cobre a população mais vulnerável do ponto de vista econômico e social. Tomando-se como indicador de acesso o uso regular dos serviços, verificou-se que foi de: SUS com PSF, 76,0%; SUS sem PSF, 66,0%; e planos de saúde, 77,2%; Isso coloca o acesso ao SUS com PSF bem próximo ao acesso aos planos de saúde e bem maior que o acesso ao SUS sem PSF. Do ponto de vista da porta de entrada os resultados foram: SUS com PSF, 77,6% com entrada em postos ou centros de saúde; SUS sem PSF, 66,7% com entrada em postos ou centros de saúde; planos de saúde, 67,3% em consultórios/clínicas que, na maioria das vezes, não são de cuidados primários, mas de atenção especializada. Aqui, pode-se concluir que o SUS com PSF é superior no atributo de acesso com entrada pela APS. A prevalência do uso de consultas médicas por 100 habitantes foi de: SUS com PSF, 64,4%; SUS sem PSF, 61,8%; e planos de saúde, 80,4%. Nota-se um maior uso de consultas médicas no SUS com PSF que no SUS sem PSF. A prevalência de internações hospitalares foi

de: SUS com PSF, 7,3%; SUS sem PSF, 6,0%; planos de saúde, 8,2%. Aqui, também, as internações hospitalares foram maiores no SUS com PSF que no SUS sem PSF e foram próximas às hospitalizações dos planos de saúde. O percentual de consultas médicas com prescrição de medicamentos foi de: SUS com PSF, 61,8%; SUS sem PSF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. O acesso a todos os medicamentos prescritos nas consultas médicas foi de: SUS com PSF, 43,2%; SUS sem PSF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. Esses dados mostram que os maiores acessos a todos os medicamentos foram do SUS com PSF. A fonte de pagamento pelo uso de serviços foi de: SUS com PSF, 86,0% SUS e 13,5% de desembolso direto; SUS sem PSF, 79,3% SUS e 19,1% desembolso direto; planos de saúde, 74,4% planos de saúde, 12,2% desembolso direto e 13,5% SUS. Dado que o pagamento por desembolso direto é muito regressivo e gerador de iniquidades, verificou-se que ele é menor no SUS com PSF que no SUS sem PSF. Além disso, constatou-se que 13,5% dos usuários de planos de saúde tiveram seus serviços custeados pelo SUS, o mesmo percentual de usuários do SUS com PSF que fizeram pagamentos por desembolso direto. Os resultados desse estudo da PNAD/2008 evidenciam uma superioridade do SUS com PSF em relação ao SUS sem PSF, em todas as variáveis analisadas. Revelam, ademais, que o caos do SUS em geral, e o fracasso do PSF em particular, repercutido na mídia, quando analisado com rigor, a partir de estudos de amostra domiciliar, está longe de ser verdadeiro.

Um estudo comparativo das PNADs 1998 e 2008 em Minas Gerais evidenciou que o acesso a consultas médicas anuais, no SUS, aumentou significativamente no período, tanto nos homens quanto nas mulheres. As chances de uma criança de até 1 ano de idade ter acesso a uma consulta médica anual foi de 90%. Quando comparados os acessos a consultas médicas por ano, na população SUS e na população com planos privados, verificou-se que embora a probabilidade de se consultar o médico seja menor entre indivíduos SUS, a análise temporal revela um aumento do acesso na população SUS muito mais expressivo nessa probabilidade entre os indivíduos desse grupo em relação àqueles com planos privados. O acesso a consultas médicas nos indivíduos de 0 a 5 anos e de mais de 50 anos estão se aproximando do grupo com planos privados. Tudo isso se deve, principalmente, ao importante incremento do PSF no estado, no período analisado ⁽²²²⁾.

Os inequívocos resultados positivos do PSF têm obtido reconhecimento nacional e internacional.

No plano nacional, o PSF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, realizado em 2011, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

No plano internacional, um editorial da importante revista médica *British Medical Journal* de novembro de 2010 diz: "O Programa de Saúde da Família é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade... O potencial das reformas em saúde do Brasil e, especificamente, do Programa de Saúde da Família, em prover atenção à saúde a um custo acessível foi mencionado há 15 ou mais anos atrás no *British Medical Journal*. Em muitos aspectos, aquela promessa foi mais que cumprida, mas a história de sucesso da atenção primária à saúde no Brasil continua pouco compreendida e ainda fracamente difundida e interpretada para outros contextos. Países de renda elevada poderiam aprender como esse programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde... Em muitos aspectos o Brasil acertou: um programa de atenção primária custo-efetivo e de larga escala que aborda questões de saúde pública típicas de países de baixa renda e daqueles em transição epidemiológica, mas também relevante para os países de alta renda. A ascensão política e econômica do Brasil no mundo deve englobar seu papel de liderança na atenção primária à saúde. Todos temos muito que aprender- façam o sistema funcionar corretamente e os resultados virão, mesmo com recursos limitados. Os formuladores de políticas em saúde no Reino Unido têm um histórico em observar os Estados Unidos na busca de exemplos de inovação na prestação de atenção à saúde, apesar de seus resultados relativamente fracos e dos altos custos. Eles poderiam aprender muito voltando seus olhares para o Brasil" ⁽²²³⁾. O triste é que esse editorial se aplicaria, como uma luva, a muitos brasileiros que não enxergam ou não querem enxergar a grandeza do PSF.

Macinko ⁽²²⁴⁾, após analisar vários estudos avaliativos do PSF no Brasil, considera que essa estratégia influiu positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros. As evidências analisadas mostraram: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos; o impacto na morbidade; a melhoria no acesso e na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos; uma orientação "pró-pobres"; a melhoria do desempenho do SUS; a criação de um grupo de pesquisadores excelentes em várias partes do país; e a contribuição à prática, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento do interesse na APS no mundo.

As evidências produzidas pelos estudos avaliativos apresentados, em diferentes regiões do Brasil, indicam, de forma clara, que os resultados do PSF são muito positivos e superiores aos do modelo tradicional, mesmo atendendo, em geral, a uma população de maior vulnerabilidade social. Isso ocorre porque, de um lado, organiza processos e produz impactos significativos nos níveis de saúde da população e sobre outras políticas como educação e emprego; de outro, porque mostram, a partir,

principalmente, de avaliações comparativas que utilizaram o PCATool, que o PSF, como forma de organização da APS, é superior ao modelo tradicional.

Essas evidências indicam que o PSF tem sido uma experiência bem-sucedida e que algumas alternativas que se preconizam, estimulando os modelos tradicionais de APS, poderão constituir um perigoso retrocesso no SUS.

OS PROBLEMAS DO PSF E O ESGOTAMENTO DO CICLO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A leitura equivocada do fracasso do PSF merece ser mais bem interpretada. Ela decorre da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. A persistência desses problemas fez com que, de certa forma, eles se cronificassem ao longo dessa década e meia de existência do PSF e levou ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar, radicalizando o PSF para transformá-lo, de fato, numa estratégia de saúde da família, além da mudança semântica já realizada. Para isso, é imprescindível diagnosticar os problemas existentes para poder superá-los.

Os problemas que constroem o desenvolvimento do PSF são vários.

A QUESTÃO IDEOLÓGICA

De certa forma, as condições dadas ao desenvolvimento do PSF fazem-no operar como um programa que combina alguns elementos da atenção primária seletiva e da APS como o primeiro nível de atenção do SUS.

A expressão atenção básica conota essa visão ideológica de um programa de atenção primária seletiva, convivendo com a de um primeiro nível de atenção do SUS. O discurso oficial da APS como estratégia está longe de consolidar-se na prática institucional porque não foram dadas as condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse. Vige, ainda, em muitas situações, uma concepção de APS como uma atenção de baixa densidade tecnológica, prestada a regiões e a pessoas pobres. Em outras partes o PSF é visto como uma porta de entrada, limitada à prestação de serviços com forte conteúdo de atenção à demanda espontânea.

Essa questão ideológica é fundamental e serve de pano de fundo para boa parte dos problemas que o PSF enfrenta no Brasil.

A BAIXA VALORIZAÇÃO POLÍTICA, ECONÔMICA E SOCIAL DO PSF E UMA INSTITUCIONALIZAÇÃO INCIPIENTE

A baixa valorização política, econômica e social do PSF resulta, em grande parte, da questão ideológica, mas, também, como se mostrou, do pequeno valor econômico que a APS agrega a atores sociais de grande peso na arena sanitária: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião. Some-se, a isso, o baixo valor simbólico que o PSF representa para os políticos, para os gestores e para a própria população cuja percepção, captada nas pesquisas de opinião, está ligada, fundamentalmente, a um atendimento médico especializado e rápido. Outra dimensão de baixa valorização situa-se no campo corporativo. Os profissionais do PSF nem sempre são reconhecidos por seus pares com o mesmo valor que se reconhecem os especialistas. A grande mídia, muito concentrada em nosso país nas megametrópoles, acaba por acolher e transmitir esses valores relativos à APS à população em geral.

Para o CONASS a desvalorização da APS apresenta-se de diversas maneiras: na baixa procura por residências médicas de saúde da família, no tratamento cotidiano por diferentes atores sociais da APS como "postinho de saúde" e na incompreensão das pessoas usuárias do SUS de que esse espaço dos cuidados primários é fundamental para orientá-las no emaranhado de serviços e tecnologias de saúde de maior densidade ⁽²²⁵⁾.

A baixa valorização caminha juntamente com um baixo grau de institucionalização do PSF. A baixa institucionalização manifesta-se em diferentes espaços sociais: espaço político, espaço do sistema de atenção à saúde, espaço educacional, espaço corporativo e espaço da representação social ⁽⁶⁰⁾.

A FRAGILIDADE INSTITUCIONAL

A APS em geral, e o PSF em particular, apresenta-se, nas organizações de saúde do SUS, com extrema fragilidade. Isso acontece em todos os âmbitos do SUS – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde –, em que as coordenações de APS estão situadas em escalões distantes do poder decisório estratégico dessas instituições. Em geral, o lugar institucional da APS dispõe, nas diferentes organizações do SUS, de poucos recursos de poder. No Ministério da Saúde, a APS faz parte da Secretaria de Assistência à Saúde que cuida, ao mesmo tempo, das ações secundárias e terciárias de atenção à saúde que dispõem de mais

recursos e de maior visibilidade política e social. Nas Secretarias Estaduais de Saúde, em geral, organizam-se em coordenadorias ou gerências localizadas no quarto ou quinto escalões administrativos. Os municípios tendem a reproduzir as estruturas organizacionais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

A CARÊNCIA DE INFRAESTRUTURA ADEQUADA

O PSF funciona, principalmente, em unidades sem as condições infraestruturais necessárias. 75% das unidades de APS do SUS não apresentam condições mínimas de infraestrutura e 18% delas são instaladas em casas alugadas ⁽²²⁶⁾. Aqui, a visão da atenção primária seletiva é muito forte gerando, país afora, "postinhos de saúde" sem a menor condição para organizar uma APS de qualidade. Numa das capitais do país as unidades de PSF são estruturadas em um ambiente físico de pouco mais de 30 metros quadrados e denominadas "casinhas" pela população.

Essa carência infraestrutural espalha-se por todo o Brasil. Mesmo quando se consultam os padrões oficiais para as unidades de PSF verifica-se que eles se distanciam de uma visão contemporânea de APS resolutiva e de qualidade, capaz de exercitar as funções da APS.

A BAIXA DENSIDADE TECNOLÓGICA

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível, em atenção básica, média e alta complexidade. Essa visão é completamente equivocada porque não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de médias e altas complexidades. É a APS que deve atender a mais de 85% dos problemas mais comuns de saúde; é aí que se situa a clínica mais ampla e onde se deveriam ofertar, preferentemente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas às mudanças de comportamentos e de estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Essa concepção distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização material e simbólica das práticas que são realizadas nos níveis de "média e alta complexidades" e, por consequência, a uma banalização da APS.

O PSF opera, em geral, com baixa densidade tecnológica, o que é incompatível com as funções de uma APS de qualidade. Isso pode ser verificado tanto nas tecnologias cognitivas, como em tecnologias mais duras. Se tomarmos a questão tecnológica na perspectiva dos equipamentos se verá que menos de 3% das unidades têm os equipamentos completos para atenção aos adultos, menos de 20% para atenção às

crianças, em torno da metade para atenção pré-natal e 0,7% para atenção odontológica⁽²²⁶⁾. Tecnologias leves, mas complexas, como aquelas ligadas ao autocuidado apoiado, não são, em geral, ofertadas no PSF como rotina.

A carteira de serviços do PSF é restrita e uma boa parte dos procedimentos que se definem como de "média complexidade", na realidade, são instrumentos essenciais para uma boa APS. Isso não significa que esses procedimentos devam ser, necessariamente, ofertados dentro de cada unidade, mas que devem fazer parte das ações cotidianas dos cuidados primários com acesso pronto da população. Como exemplo, o eletrocardiograma é um exame fundamental da APS, mas pode ser feito nas unidades de PSF ou por meio de um sistema de teleassistência.

A FRAGILIDADE DOS SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO

Associado ao problema da baixa densidade tecnológica está a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico no PSF. É o caso do sistema de patologia clínica que, no SUS, evidencia uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados. Sequer se pode falar, nesse caso, de subfinanciamento desse sistema porque se poderia fazer muito mais com os recursos gastos que giram em torno de 1,5 bilhão de reais por ano.

É certo que os problemas do sistema de patologia clínica transcendem o PSF, mas repercutem de forma acentuada, nesse espaço de saúde. Os problemas mais comuns no PSF são: insuficiência na carteira de exames (por exemplo, não é rotina, em muitas unidades, a oferta de hemoglobina glicada, um exame fundamental no controle do diabetes); ausência de protocolos clínicos sobre os exames utilizados rotineiramente; oferta insuficiente, em quantidade e qualidade, da coleta na unidade de PSF; baixa qualidade do transporte das amostras; ineficiência e baixa qualidade no processamento dos exames (pouquíssimos laboratórios operam de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas); demora no resultado do exame que pode gastar mais de duas semanas para chegar ao profissional que o requisitou; e grande número de exames realizados que não chegam aos médicos que os solicitaram.

Os problemas do sistema de patologia clínica atingem todas as etapas do processo de assistência laboratorial. A indicação e solicitação de exames são feitas de forma inadequada, muitas vezes sem base em evidências; o preparo das pessoas usuárias é insuficiente; a coleta, o armazenamento e o transporte deixam a desejar; a realização do exame tem sérios problemas de eficiência e qualidade; e a fase pós analítica apresenta problemas na análise dos resultados e na liberação dos exames.

O caso de Minas Gerais é bem expressivo da desorganização do sistema de patologia clínica no SUS. Em 2005, foram realizados 31 milhões de exames de patologia clínica que custaram 125 milhões de reais, sem computar os gastos diretos dos municípios e consórcios intermunicipais que são muito significativos. Esse custo anual subiu para 205 milhões em 2010. Havia 1.600 laboratórios credenciados e, conseqüentemente, a população média coberta para cada laboratório era inferior a 10 mil pessoas e o número médio de exames produzidos foi de 19.459 por laboratório, uma escala baixa para a operação de serviços eficientes e de qualidade. Metade dos exames eram glicemia, hemograma e rotina de urina, o que reflete sérios problemas na etapa de indicação e solicitação de exames. Menos de 1% dos laboratórios credenciados trabalhavam com os padrões de qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e, portanto, dentre outras desconformidades, não apresentavam controle interno e externo de qualidade ⁽²²⁷⁾. Um estudo anterior, realizado no sistema de patologia clínica da microrregião do Alto Rio Grande, com foco na APS, mostrou que 85% dos exames realizados eram normais ou negativos, que os resultados demoravam mais de 20 dias para chegarem às unidades solicitantes e que mais de 50% não chegavam aos médicos que os solicitaram ⁽²²⁸⁾. Na mesma microrregião, e também com foco no sistema de patologia clínica nas unidades de APS, um diagnóstico elaborado pelo Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, revelou a seguinte situação: atuação meramente assistencial dos laboratórios; utilização de processos manuais no processamento dos exames; baixíssima produtividade; tempo de espera dos resultados muito longo; deficiente qualificação dos profissionais; laboratórios não certificados; precário controle de qualidade; ausência de indicadores de desempenho dos serviços; terceirização e quarteirização de serviços a laboratórios de maior porte; transformação de laboratórios em postos de coletas; baixa quantidade de coleta nas unidades de APS; baixa qualidade da coleta; e logística precária das amostras coletadas ⁽²²⁹⁾. É preciso ter claro que mais de 60% dos problemas nos exames de patologia clínica apresentam-se na fase pré-analítica.

Um estudo com dados de 2010 mostrou que essa situação pouco mudou, o que levou à proposição de uma Política Estadual de Apoio Diagnóstico para superá-la ⁽²³⁰⁾.

A CARÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Os sistemas de atenção à saúde que estruturaram a APS com base na consulta médica de curta duração fracassaram nas respostas às condições crônicas.

A solução de senso comum, inclusive a proposta dos brasileiros na pesquisa do IPEA ⁽¹⁷⁹⁾, está em aumentar o número de médicos na APS. Isso pode ser necessário em lugares em que há uma forte restrição de oferta de médicos. Mas, em geral, a

solução verdadeira passa pela formação de uma equipe de trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional.

O PSF, ao contrário de outros modelos de medicina de família praticados em alguns países desenvolvidos, tem uma tradição de trabalho multiprofissional.

O PSF está estruturado com base numa equipe constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, além do pessoal da saúde bucal. 7,5% das equipes de PSF não têm médico. 36,6% dos médicos, 30,7% dos odontólogos e 17,8% dos enfermeiros não cumprem a carga horária de 40 horas semanais; em relação aos médicos esse valor que era de 36,6% em 2001 aumentou para 38,4% em 2008 ⁽²²⁶⁾. Esses dados mostram que a flexibilização da carga horária dos médicos, uma das propostas mais comuns que aparecem em diferentes foros, já existe numa proporção inaceitável. O enfermeiro divide seu tempo entre a gestão e a clínica, conforme se verificou em Minas Gerais ⁽²³¹⁾. O censo 2006 sobre a APS, realizado em Minas Gerais, evidenciou que das 2.972 unidades de PSF existentes no estado, menos de uma dezena delas contava com assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos ⁽²³²⁾.

Contudo, a composição vigente da planta de pessoal, fortemente ancorada nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas pelo PSF que convoca outros profissionais como membros orgânicos, e não somente como apoiadores das equipes, como propõe a política dos NASFs. O NASF pode ser visto como uma solução de transição que deverá evoluir para o adensamento das equipes de PSF com a introdução de outros profissionais de nível superior como membros orgânicos dessas equipes.

A FRAGILIDADE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Os sistemas de informação clínica são essenciais para o funcionamento do PSF, tanto no manejo das condições agudas quanto crônicas. As unidades de PSF carecem de sistemas informatizados para classificação de riscos das pessoas em situação de urgência e de prontuários clínicos familiares eletrônicos.

É impossível promover cuidados adequados a portadores de condições crônicas sem prontuários clínicos eletrônicos. Além disso, a carência de prontuários clínicos familiares impede que o PSF introduza a gestão de base populacional e exerça as funções de coordenação das RASs. Há poucas experiências sólidas de utilização de prontuários clínicos familiares no país e no PSF.

OS PROBLEMAS GERENCIAIS

Do ponto de vista gerencial, o PSF apresenta vários problemas que necessitam ser superados: o processo de territorialização nem sempre feito de forma adequada, a gerência com base na oferta, a fragilidade regulatória, a ausência de gestão da clínica e a baixa profissionalização dos gestores.

Na base da despreocupação pelos problemas gerenciais do PSF está a visão ideológica da atenção primária seletiva que obscurece a complexidade da gerência dos cuidados primários. Essa visão simplificada da gerência do PSF faz parte da banalização da APS. Para solucionar esse problema é fundamental, primeiro, reconhecer que a gerência do PSF é uma tarefa de alta complexidade.

Uma unidade de PSF é uma organização complexa em que interagem múltiplos processos de trabalho realizados por equipes multiprofissionais. Constitui uma organização profissional segundo a clássica tipologia de Mintzberg, o que coloca o seu gerenciamento num patamar de alta dificuldade⁽²³³⁾. Relaciona-se com uma população adscrita e se responsabiliza por ela ao longo de toda RAS. Essa população apresenta histórias e culturas singulares que devem ser compreendidas pela gerência no seu fazer cotidiano. O PSF constitui uma organização intensiva em conhecimento em que os processos são baseados no conhecimento e na habilidade intelectual dos profissionais; os profissionais operam com alto grau de autonomia; as estruturas são horizontais; as equipes operam de modo flexível e integradamente; a comunicação faz-se intensivamente para gerar coordenação; e existe notável assimetria de informação o que torna a relação com as pessoas usuárias baseada na confiança e sustentada por princípios éticos. Essa organização singular e complexa exige processos de gerência muito específicos que facilitem os mecanismos de troca e de geração de conhecimento^(234, 235). O PSF é uma organização que se gerencia, mas que, também, na proposta de RAS, coordena a atenção ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, dos sistemas logísticos e de apoio.

Em geral a programação é feita com base na oferta e não nas necessidades da população. Disso decorrem dois problemas principais: um processo de territorialização que, nem sempre, permite cadastrar e vincular todas as famílias da área de adscrição a cada equipe de PSF, de forma a conhecer cada pessoa de cada família, por estrato de risco; e a utilização de instrumentos de programação da oferta que ignoram as necessidades de saúde da população. A programação da oferta assenta-se, fortemente, em parâmetros construídos a partir de séries históricas que nada têm a ver com as necessidades de saúde da população, mas a padrões de oferecimento de serviços fortemente pressionados por interesses de prestadores. Esse tipo de programação carrega, consigo, outra distorção, a de reproduzir padrões inadequados

ao longo de muitos anos. É o caso da longeva Portaria 1.101, de 2002, que tem origens inamptianas ⁽²³⁶⁾.

O instrumento mais importante de programação do SUS, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), é um sistema de planejamento da oferta, desconsidera a programação da APS e dos recursos estaduais e municipais e, na prática, funciona como instrumento de macro-alocação de recursos financeiros de atenção secundária e terciária, os tetos financeiros.

Um aspecto fundamental da gerência do PSF é a celebração de contratos de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de saúde. Isso é fundamental para que se institua uma gerência com base em resultados, com pagamento por desempenho. Esse aspecto tão fundamental na gerência da APS é pouco praticado pelos municípios brasileiros.

A carência de prontuários familiares eletrônicos dificulta a programação e o monitoramento com base populacional. O PSF não tem as condições necessárias para exercitar as funções de regulação dos procedimentos programados na atenção secundária e terciária e, dessa forma, não pode ser o centro de comunicação das RASs.

Por outro lado, a gerência faz-se com foco, quase exclusivo, nos meios: recursos humanos, materiais e financeiros. A gerência do PSF no SUS carece de instrumentos que, nas organizações de saúde, realmente fazem a diferença e que são as tecnologias de gestão da clínica ⁽²¹⁾. Essas tecnologias, derivadas das diretrizes clínicas, são muito complexas e não podem ser implantadas sem uma condução por uma gerência profissionalizada. Além disso, o sistema gerencial é muito centrado nos elementos estruturais, fazendo-se muito pouco em relação ao gerenciamento dos processos e dos resultados.

A concepção de atenção primária seletiva e a baixa institucionalização do PSF contaminam a dimensão gerencial das unidades de PSF. A gerência do PSF é uma atividade bastante complexa, especialmente quando se agrega o manejo adequado das condições crônicas. Além disso, uma unidade de PSF tem sob sua responsabilidade, em média, 3.500 pessoas, o que significa um contingente grande de cidadãos sob a responsabilização da saúde da família, para atendê-los e para coordenar a sua atenção em outros pontos das RASs. Não obstante, no SUS, uma pequena parte das unidades de PSF dispõe de uma gerência profissional em tempo integral. Apenas 19,5% das unidades possuem gerentes contratados exclusivamente para essa função. Esses valores são de 5,1% na Região Centro-Oeste e de 15,5% na Região Sul. Do total de gerentes, somente 38,7% tiveram alguma capacitação em gestão em saúde. Esses valores são de 24,8% nas Regiões Norte e Nordeste ⁽²²⁶⁾.

Tudo isso faz com que a função gerencial não se desenvolva profissionalmente ou que seja apropriada por outros membros da equipe, de forma improvisada, em geral pelo enfermeiro. Estudo feito em Minas Gerais mostrou que a função gerencial do PSF é exercitada por enfermeiros que consomem metade de sua carga de trabalho nesse trabalho, diminuindo o tempo de sua função clínica essencial ⁽²³¹⁾.

A FRAGILIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Em geral, salvo algumas exceções, o controle social, exercitado por Conselhos Locais de Saúde ou inexistente, ou é muito frágil.

Mesmo em municípios que existem Conselhos Locais de Saúde, sua atuação faz-se de forma ineficaz por não contar com instrumentos efetivos de exercício do controle público sobre o PSF. Na ausência desses instrumentos, faz-se um controle cartorial sem a capacidade real de incluir, no cotidiano da gestão do PSF, as necessidades reais e os interesses da população adscrita às equipes de saúde da família.

A fragilidade dos Conselhos Locais de Saúde repercute nas Conferências Municipais de Saúde que, em muitos municípios, não se inicia pelo âmbito local, aquele que mais reivindica as questões do PSF. Mesmo onde as conferências locais existem elas aportam pouco devido ao baixo grau de capacidade institucional de controle público dos Conselhos Locais de Saúde.

OS PROBLEMAS EDUCACIONAIS

Os problemas educacionais são graves e manifestam-se na graduação e na pós-graduação.

Os graduandos das escolas de saúde não são formados para o exercício das funções de profissionais de saúde da família e comunidade. Ao contrário, dada a força do paradigma flexneriano nessas escolas, os alunos passam por uma formação com foco na especialização. É possível que uma das razões para isso seja a hegemonia do sistema de atenção à saúde, fragmentado e voltado para as condições agudas. A forma de estruturação desse sistema cria um contexto que leva a um currículo de graduação, também, fragmentado, com muitas disciplinas desconexas e focalizado em unidades de prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, como os hospitais e os centros ambulatoriais de especialidades médicas.

A pós-graduação padece de muitos problemas: educação continuada fragmentada, fragilidade das estratégias educacionais que desconsideram os princípios da andragogia e baixa oferta de residências, de mestrados e de doutorados em saúde

da família e comunidade. É preocupante o fato de que menos de 10% dos médicos de família que atuam nas mais de 30 mil equipes de PSF fizeram residência em medicina da família e comunidade.

Os processos de educação permanente das equipes de PSF, na maioria das vezes, são realizados por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos e separando intervenções educacionais e desempenho ⁽²³⁷⁾. Essas microintervenções educacionais são inefetivas e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades de PSF.

OS PROBLEMAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

A filosofia do PSF exige uma forte profissionalização das equipes de trabalho. Os profissionais devem ter dedicação integral e, por isso, ao optarem por trabalhar no PSF, mais que uma escolha de trabalho, fazem uma opção de vida. Portanto, é importante criar um ambiente de trabalho que seja adequado, e que envolva, dentre outras coisas, uma perspectiva de futuro com certa estabilidade. Ou seja, no PSF, planos de carreiras são fundamentais.

No PSF, a grande maioria dos profissionais de nível superior tem vínculos precários, especialmente pela via dos contratos temporários. Isso não somente corta a possibilidade de estabilidade como favorece as demissões e contratações políticas que geram um enorme *turnover* no PSF. No Brasil, verificou-se que 77,7% dos médicos e 46,7% dos enfermeiros tinham vínculos precários em que os direitos trabalhistas não eram assegurados ⁽²²⁶⁾. Em Minas Gerais, um censo apontou que mais de 70% dos médicos e enfermeiros do PSF, com vínculos com os municípios de menos de 500 mil habitantes, são contratados pela forma de contratos temporários ⁽²³²⁾. No Brasil, 41,7% dos médicos e 35,4% dos enfermeiros têm um tempo de trabalho de até 1 ano, o que indica o elevado *turnover* profissional ⁽²²⁶⁾. Em Minas Gerais, 46,7% dos médicos e 50,5% dos enfermeiros têm menos de 2 anos de trabalho no município e 29,7% dos médicos e 29,2% dos enfermeiros têm menos de 1 ano de trabalho no município ⁽²³²⁾. Isso é facilitado pela precarização dos vínculos que permite a um município substituir, muitas vezes, quase todos os membros das equipes por razões de ordem meramente política. Além disso, faz com que não haja planos de cargos e salários.

A remuneração mensal dos médicos de família é variável: até 5 salários mínimos, 23,5%; de 5 a 10 salários mínimos, 16,20%; de 10 a 15 salários mínimos, 33,8%; mais de 15 salários mínimos, 26,4%. Para os enfermeiros, a variação é de: até 5

salários mínimos, 32,0%; de 5 a 10 salários mínimos, 63,4%; de mais de 10 salários mínimos, 4,4% ⁽²²⁶⁾.

O mercado de trabalho dos profissionais do PSF é totalmente desregulado, já que um profissional pode negociar seu salário com muitos municípios. Isso permite que, por poucas centenas de reais, um profissional migre de um município a outro.

AS FRAGILIDADES DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O PSF opera, na sua grande maioria, com modelos de atenção à saúde viesados pelo sistema fragmentado, com forte orientação para as condições e para os eventos agudos. Mas mesmo a atenção às condições e aos eventos agudos carece de um modelo de atenção construído com base em evidências científicas e expresso em algum tipo de classificação de riscos.

Em geral, as propostas de redes de atenção às urgências e às emergências desconsideram, totalmente, a importância fundamental do PSF como ponto de atenção dessas redes. É a ausência de resolutividade da APS em situações de urgência que, em grande parte, leva à plethora de pessoas, sem urgências ou com urgências moderadas, nos grandes equipamentos ambulatoriais e hospitalares, contribuindo para as filas e para os corredores cheios de pessoas.

Por outro lado, há uma carência generalizada de uma reflexão e de uma operacionalização de modelos de atenção às condições crônicas, também desenvolvidos com base em evidências científicas e que sejam proativos, contínuos e integrados e que funcionem com a estratificação de riscos.

O SUBFINANCIAMENTO

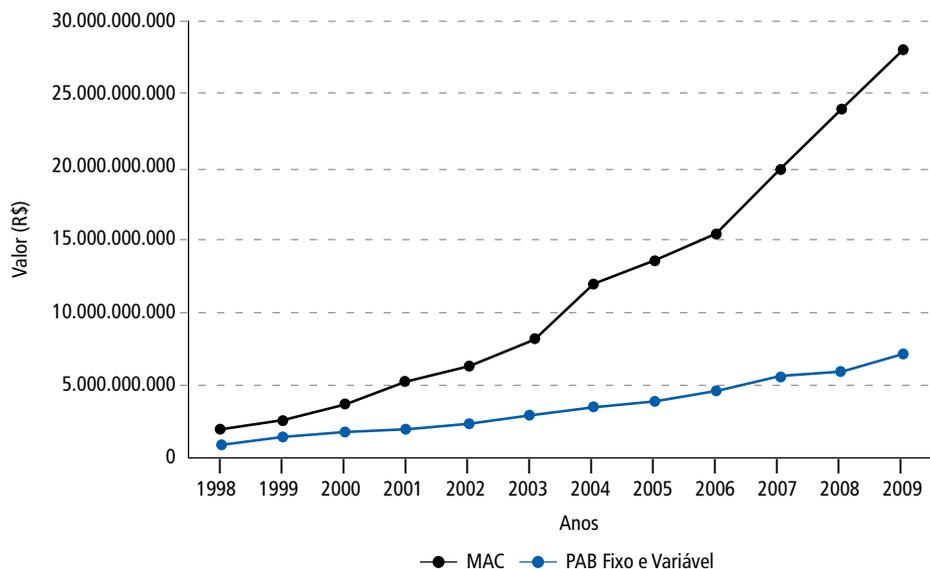
O subfinanciamento é uma marca central na problemática de financiamento do SUS, juntamente com a ineficiência alocativa e a iniquidade na distribuição dos recursos financeiros.

Os recursos que se alocam ao SUS são insuficientes para sustentar um sistema público universal. Os gastos públicos em saúde atingiram, em 2008, 3,6% do PIB, em razão do baixo percentual de gasto público em relação ao gasto total em saúde, apenas 44,0%. Nos países que dispõem de sistemas públicos universais, tais como o previsto na Constituição brasileira, esse valor é sempre maior de 70%. Os gastos públicos *per capita* em saúde foram, em dólar médio, de US\$ 317,00 e, em dólar com paridade de poder de compra, de US 385,00. É um valor muito baixo, mesmo quando comparado com países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba e México ⁽²³⁸⁾.

Esse subfinanciamento do SUS manifesta-se no PSF, justificado, também, pela visão ideológica da atenção primária seletiva que propõe uma atenção de baixos recursos para pessoas e regiões pobres.

A insuficiência dos recursos do SUS convive com uma situação de ineficiência alocativa e que, por consequência, força um desvio relativo dos recursos para a atenção secundária e terciária. A eficiência dos sistemas de atenção à saúde depende de uma alocação equilibrada em seus diversos componentes, tendo como parâmetro a efetividade em função dos custos. A opção pelas RASs implica equilibrar as ações e os gastos entre todos os componentes dessas redes para que haja uma eficiência alocativa. Em 2009, os gastos do Ministério da Saúde com as ações de "médias e altas complexidades" foram de 25,5 bilhões de reais, o que correspondeu a 40,3% do gasto total do Ministério da Saúde; por outro lado, os gastos na APS foram de 8,5 bilhões de reais, o que significou, apenas, 13,5% do total de gastos no ano ⁽²³⁹⁾. Ademais, os gastos em APS, analisados por meio de uma *proxy*, os gastos nos PAB fixo e variável – que são mais custo-efetivos –, no Ministério da Saúde, estão se distanciando progressivamente, ao longo dos últimos anos, dos gastos em média e alta complexidades, conforme se vê no Gráfico 7. Isso demonstra a ineficiência alocativa dos recursos do Ministério da Saúde.

Gráfico 7: Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009



Fonte: Diretoria de Atenção Básica/Ministério da Saúde ⁽²⁴⁰⁾

Os recursos do Ministério da Saúde com a APS perderam, ao longo do tempo, seu caráter de incentivo para o desenvolvimento dos cuidados primários. Estima-se que o PAB fixo, fixado em R\$ 12,00 por habitante/ano, em setembro de 1996, se atualizado monetariamente pelo IGPM/FGV, corresponderia a R\$ 40,16, muito mais que R\$ 18,00 a R\$ 23,00, vigentes em dezembro de 2010 ⁽²⁴¹⁾. O constrangimento dos recursos federais obriga os municípios a arcarem com os custos crescentes da APS, especialmente de custeio, já que esses valores cobrem menos de 25% dos gastos com as equipes de PSF. Pode-se afirmar que praticamente cessaram os efeitos de incentivo do financiamento federal para que os municípios adotem o PSF, o que é muito grave.

O mesmo se passa com recursos repassados por algumas Secretarias Estaduais de Saúde para o custeio do PSF que não são atualizados, pelo menos, pelos índices inflacionários. Esse é um sistema de financiamento perverso que vai, ao longo do tempo, pressionando os gastos municipais.

A ineficiência alocativa manifesta-se, também, no plano estadual. Os gastos das Secretarias Estaduais de Saúde com APS são, em geral, bem menores, em termos percentuais, que os do Ministério da Saúde. Em algumas delas, não atingem 5% de seu orçamento. Em certas Secretarias Estaduais de Saúde vige um posicionamento estratégico equivocado de que os cuidados primários não constituem uma função essencial dessas Secretarias que deveriam se preocupar, exclusivamente, com as ações de atenção secundária e terciária.

Outro exemplo típico de ineficiência alocativa é o gasto público municipal em saúde nos pequenos municípios. Há um forte dispêndio de recursos municipais para o financiamento de hospitais de pequeno porte que, em função de deseconomias de escala, são muito caros e que não são efetivos, nem operam com qualidade. Em 2001, 55,3% das internações hospitalares em hospitais de até 30 leitos, no SUS, foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial ⁽⁶⁰⁾. Se esses recursos fossem dirigidos ao PSF poderiam produzir muito mais resultados sanitários a baixos custos. Essa ineficiência alocativa nos pequenos municípios tem como base os elementos ideológicos provenientes dos sistemas fragmentados, voltados para as condições e eventos agudos e que se estruturam com base na visão do agudo com foco no hospitalocentrismo. O importante, em função da visibilidade política, é ter um hospital, ainda que ele não tenha as condições para operar como tal, com eficiência, segurança e qualidade e de gerar valor para a população que, ao fim e ao cabo, o financia. Alguns grandes municípios, também, gastam relativamente pouco na APS. É o caso do município do Rio de Janeiro que, em 2009, gastou 80% de seus recursos nos hospitais e, apenas, 13% na APS ⁽²⁴²⁾.

Do ponto de vista redistributivo as transferências federais e estaduais, em geral, não obedecem a padrões que discriminem positivamente os municípios mais pobres, o que é socialmente injusto.

UM OITAVO CICLO DE DESENVOLVIMENTO DA APS NO BRASIL: O CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O ciclo da atenção básica à saúde, o sétimo ciclo de evolução da APS no SUS, esgotou-se pela persistência dos problemas enunciados e não superados, mas não pelo fracasso do modelo do PSF. Por consequência, há que se instituir um oitavo ciclo que se pode denominar de ciclo da atenção primária à saúde.

A proposta de um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS. Não obstante, a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Além disso, aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS, tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS⁽²⁴³⁾. Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11).

O novo ciclo da atenção primária à saúde se caracterizará, além da significação semântica, pela consolidação definitiva, no plano paradigmático, da estratégia de saúde da família (ESF). Isso representará uma saída para frente e, não, uma substituição ou flexibilização do PSF que traz, consigo, os perigos do retrocesso. Como se viu na revisão bibliográfica, é esse o caminho que os países de sistemas de atenção à saúde mais

maduros estão procurando. Essa é a via que os organismos internacionais da saúde, regional e mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, estão indicando em seus mais recentes documentos de posição ^(64, 94).

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

Não é uma solução fácil, presidida pelo senso comum, como querem muitos gestores e profissionais de saúde, a grande mídia e a maior parte da população. Mesmo porque a APS é um problema complexo e problemas complexos não se solucionam com soluções simples e rápidas. Muito menos com soluções-espetáculo que são do gosto de muitos políticos e gestores. Ao contrário, os problemas complexos exigem soluções complexas, sistêmicas, demoradas e, nem sempre, baratas.

Tomem-se as percepções da população sobre os problemas do SUS e suas soluções que se baseiam num diagnóstico impressionístico e, em razão disso, na proposição de soluções falaciosas. Para a população brasileira, a solução para os centros e postos de saúde estaria, para 47,0%, em aumentar o número de médicos e, para 15,5% em reduzir o tempo de espera do atendimento ⁽¹⁷⁹⁾. Essas percepções são legítimas, mas por serem simplórias, distanciam-se de um entendimento mais aprofundado do problema que se pode manifestar, sim, por dificuldade de acesso aos médicos e demoras no atendimento, o que é imediatamente ligado, na visão medicocêntrica prevalecente, à carência de médicos.

O problema é mais amplo que carência de médicos, ainda que esse fator esteja presente em várias situações. Esse problema identificado pela população brasileira liga-se a um conjunto de fatores associados como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, o modelo de atenção inadequado, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc. Uma atuação política guiada pela percepção da população e centrada na oferta de consultas médicas, o que é mais comum, não solucionará o problema, podendo, mesmo, agravá-lo e tornar o sistema de atenção à saúde mais caro. Seria o caso de uma opção política pela abertura indiscriminada de UPAs não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Somente uma agenda ampla que dê conta de superar todos os fatores anteriormente diagnosticados como causas dos problemas do PSF no SUS, em seu conjunto, poderá institucionalizar a ESF e inaugurar um novo ciclo evolutivo, o ciclo da atenção primária à saúde. A atuação sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade. Nos problemas sociais complexos como os da APS não há soluções mágicas e rápidas, mas visão estratégica, trabalho de longo prazo e constância de propósitos.

O sentido da agenda deve ser positivo e progressista. Valorizando as enormes virtudes do PSF, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar. Nesse sentido, pode-se afirmar, usando uma paráfrase: a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

A agenda estratégica de implantação do ciclo da atenção primária à saúde e de consolidação da ESF tem vários pontos de ação que devem ser implantados por meio de um plano estratégico como ações nos curto, médio e longo prazos.

A DIMENSÃO POLÍTICA DA ESF

O movimento pela institucionalização da ESF deve ser entendido em sua dimensão política como parte de propostas de concepções distintas de sistemas de atenção à saúde.

Uma ESF forte significa a ruptura com os modelos de atenção à saúde fragmentados, fortemente centrados nos procedimentos de maior densidade tecnológica que são sobreofertados em função da ausência de uma APS de qualidade que coordene toda a RAS. Portanto, há que se ter claro que o fortalecimento da ESF pode conflitar com os interesses dos atores sociais mais bem posicionados na arena sanitária e que detêm a maior fatia de poder na arena política da saúde. Nesse sentido, a institucionalização da ESF, como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS, deve ser vista como um movimento que tem uma nítida conotação de luta política.

A destituição da ESF como lugar de atenção resolutiva e coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de toda a RAS, gera um produção social de complicações potencialmente evitáveis que são deficiências nos cuidados à saúde que podem ser prevenidas por meio de um sistema com ênfase em ações promocionais e preventivas e que ofereça uma atenção proativa, contínua e integrada, sob a coordenação da APS. Nos Estados Unidos, verificou-se que 40 centavos de cada dólar gasto nos cuidados de condições crônicas e 20 centavos de cada dólar gasto nos cuidados de condições agudas eram complicações evitáveis da atenção à saúde, um desperdício enorme de recursos e uma imposição desnecessária

de sofrimento à população ⁽²⁴⁴⁾. Uma organização que reúne líderes de saúde naquele país afirma: *"Quando se considera que 30% a 40% de cada dólar gasto na atenção à saúde, mais de meio trilhão de dólares por ano, é despendido em custos associados a cuidados desnecessários, inefetivos e, até mesmo, inseguros, não é surpresa que os líderes da saúde estejam buscando novas soluções"* ⁽²⁴⁵⁾

É preciso ter claro que esse sistema gerador de complicações potencialmente evitáveis, se não serve aos interesses da população que é atendida, gera valor econômico para os grandes prestadores, para a indústria farmacêutica, para a indústria de equipamentos biomédicos e para os sistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto. Uma atenção falha, especialmente nos cuidados primários, é um fator importante para a utilização de procedimentos de "alta complexidade", como oferta de *stents*, de órteses e próteses, de transplantes, de medicamentos de alto custo etc. É claro que não se afirma, aqui, que esses procedimentos não se justificam quando bem indicados, com base em evidências científicas; nesses casos eles são efetivos e devem ser utilizados.

A institucionalização da ESF deve ser entendida nessa perspectiva, dentro de interesses econômicos e de poder que se manifestam no interior da arena sanitária. Isso significa que a proposta de institucionalização da ESF não tem uma dimensão exclusiva de racionalidade técnica, mas de luta política entre atores com interesses e objetivos muito distintos.

A MUDANÇA IDEOLÓGICA: A ESF COMO COORDENADORA DE RAS E ORGANIZADORA DO SUS

No plano ideológico há que se superar, definitivamente, as visões de atenção primária seletiva e de nível de atenção, consolidando a ESF como a estratégia fundante e de organização do SUS. Isso significará entender a ESF como parte e como centro de comunicação das RASs, exercitando os atributos essenciais e derivados da APS e as funções de resolutividade, de comunicação e de responsabilização. Ou seja, é necessário dar consequência ao discurso oficial da APS como uma estratégia de saúde da família.

No campo da mudança ideológica é importante estar atento aos ensinamentos do Relatório Beveridge. Uma reinterpretção contemporânea desse pensamento beveridgeano à realidade brasileira foi feita por Gérvas e Fernández, ao analisarem a experiência de saúde da família no SUS: *"O erro está na falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ancorada em um modelo para país pobre por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial...uma ESF só para pobres termina sendo uma ESF pobre"* ⁽²⁴⁶⁾.

A concepção da ESF, verdadeiramente como a estratégia de reordenamento do SUS e como centro de comunicação das RASs, é fundamental para que os demais problemas sejam superados porque permitirá dar prioridade à APS no SUS. Ademais, a mudança ideológica é importante para o incremento da valorização social e política da ESF pelos diferentes atores sociais presentes na arena sanitária.

A consolidação da ESF só ocorrerá se houver um entendimento amplo de que um país que é a sexta economia do mundo necessita ousar mais no seu sistema público de atenção à saúde, construindo instituições modernas e coerentes com o seu desenvolvimento econômico e social. E ousar mais ainda na estruturação de uma ESF forte. Mesmo porque a ESF é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde.

UM NOVO PACTO FEDERATIVO NA ESF

A institucionalização da ESF como uma estratégia de organização do SUS vai convocar um novo pacto federativo na atenção à saúde.

Ainda que a prestação de serviços da APS seja uma responsabilidade inequívoca dos municípios, a consolidação da ESF é uma tarefa que exigirá um esforço conjunto dos três entes federados. Isso decorre da própria natureza do federalismo sanitário brasileiro que é de tipo cooperativo, o que significa que a trina federativa é responsável por todas as ações do SUS, independentemente de onde se dêem, o que faz da ESF uma responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios⁽²¹⁾.

A trina federativa deve definir uma agenda pactuada de atuação para a consolidação da ESF. A partir dessa agenda caberá aos municípios a normatização, em seu âmbito, e o planejamento, a execução, o monitoramento e avaliação da ESF e seu co-financiamento. À União caberá, em âmbito nacional, a normatização, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre os estados da federação. Aos estados caberá a normatização em âmbito estadual, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre as regiões estaduais.

Como o Brasil é um país grande e desigual e os municípios, responsáveis pela oferta dos serviços da ESF, são muito diferentes em tamanho e em desenvolvimento social e econômico, caberá à União e aos estados, solidariamente, garantir padrões de qualidade para o PSF, especialmente em termos de estrutura e processos, a serem praticados em todos os municípios brasileiros, co-responsabilizando-se, financeiramente, pela materialização desses padrões. Isso é uma imposição fundamental do federalismo cooperativo que não está sendo cumprida integralmente no SUS. Na

prática significa que em todos os municípios brasileiros, independentemente de tamanho, renda ou localização, esse padrões qualitativos devem ser obedecidos.

O FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL DA ESF

Para que a APS funcione como uma estratégia de organização do SUS haverá que empoderá-la institucionalmente nas organizações de saúde pública. Isso exigirá um fortalecimento institucional das instâncias responsáveis pela APS no Ministério da Saúde (MS), nas Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).

No MS o fortalecimento passará por um incremento dos recursos financeiros destinados à APS, o que é fundamental para aumentar a eficiência alocativa do SUS.

As SESs deverão se convencer de que não haverá ESF efetiva, eficiente e de qualidade, sem uma ação coordenadora das SESs nos estados. O MS não tem recursos de coordenação e capilaridade para estar presente em todos os municípios do país; essa é uma tarefa inquestionável das SESs. Não é desejável, como ocorre frequentemente, que a coordenação da ESF continue localizada no quarto ou quinto escalão administrativo das SESs, com baixo poder político, orçamento insuficiente e sem instrumentos eficazes de coordenação e co-financiamento das políticas de cuidados primários no âmbito estadual.

Por fim, haverá que fortalecerem institucionalmente as coordenações da ESF nas SMSs para que elas possam dispor de instrumentos políticos e operacionais para fazer as mudanças radicais que o ciclo da atenção primária à saúde convoca. Um bom exemplo é o da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que, ao definir as Clínicas de Saúde da Família como sua prioridade estratégica, criou uma Subsecretaria específica para implementá-las.

Há que se buscar meios de avançar no processo de institucionalização da ESF nos diferentes espaços: espaço político, espaço dos sistemas de atenção à saúde, espaço educacional, espaço corporativo e espaço da representação da população.

A institucionalização no espaço político representará a presença, no discurso e na vontade política, de forma inequívoca, da ESF; nele se estabelecerá a dimensão em que a ESF está incorporada ao discurso e à prática política, tanto no legislativo quanto no executivo, nos diferentes níveis federativos.

A institucionalização no espaço do sistema de atenção à saúde significará a inserção da ESF, verdadeiramente, como estratégia, na constituição das RASs,

organizando-se segundo os sete atributos da APS e cumprindo as funções de resoluibilidade, coordenação e responsabilização.

A institucionalização no espaço educacional implicará reorientações significativas do sistema educacional no sentido de formar, reformar e/ou manter os profissionais de saúde em função da ESF. Aqui se estabelece o grau de coerência dos sistemas educacionais formais e dos sistemas de educação permanente com os princípios, a ideologia e os recursos cognitivos e tecnológicos da ESF.

A institucionalização no espaço corporativo exigirá a estruturação e a ocupação de espaços nas corporações de saúde pelos profissionais de saúde da família e comunidade. Aqui se está diante da solidez da organização corporativa dos profissionais da saúde da família e comunidade e do capital de respeito, entre os seus pares, que conseguirão acumular.

A institucionalização no espaço da representação populacional definirá a profundidade da incorporação da ESF como valor societário. Aqui se buscará estabelecer em que medida a população reconhece positivamente a saúde, adota medidas preventivas, valoriza a atenção contínua a condições crônicas sob a coordenação da equipe da ESF, reconhece-se como sujeito de sua saúde e adota as práticas de autocuidado.

A EXPANSÃO DA ESF

A ESF deverá ser expandida dos 51,6% de cobertura atual para atingir 75% de cobertura da população brasileira, nos próximos anos. Essa meta se justifica em função de que há, no Brasil, em torno de 25% de cobertura por planos privados de saúde.

Contudo, quando se analisa a cobertura da ESF, verifica-se que ela não é homogênea, em função mesmo de sua concepção ideológica de atenção primária seletiva que a concentra, relativamente, em municípios e em regiões mais pobres. Ou de uma baixa adesão de estados da federação que têm maior cobertura de saúde suplementar e que tendem a não dar a prioridade devida à ESF.

Assim, a expansão da ESF deverá fazer-se de forma a completar a cobertura dos municípios de até 50 mil habitantes, em que mais se expandiu, em todas as regiões do país, mas ter um foco especial para municípios médios e grandes, também em todos os estados da federação. Para isso, será necessário recalibrar os incentivos para que se torne atrativa essa expansão da ESF. Isso implicará canalizar os recursos financeiros da União e dos estados para o aumento da cobertura com qualidade e para a conversão do modelo tradicional no modelo da ESF. Especialmente nesses municípios médios e grandes, deverá ser buscado, num segundo momento, um incremento da ESF para

atingir setores de classe média, especialmente da nova classe média, que, incluídos no SUS, aumentariam a capacidade de vocalização política da ESF.

Ganhar setores de classe média é fundamental para se incrementarem os recursos do SUS como sustentam as evidências internacionais. O SUS tem condições melhores que o setor de saúde suplementar para oferecer sistemas de atenção à saúde, organizados pela ESF, já que os cuidados primários, com raríssimas exceções, não entraram, verdadeiramente, na agenda do setor privado nacional. Por exemplo, uma estratégia de conquistar segmentos da classe média está sendo conduzida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte ao expandir os serviços da ESF a populações de baixa vulnerabilidade social.

A MELHORIA DA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DA ESF

Esse é um ponto fundamental, simbólica e operacionalmente.

Simbolicamente, é uma infraestrutura física ampla e funcional que permitirá romper com a representação dos "postinhos de saúde" que é decorrência da visão de uma ESF pobre para pessoas e regiões pobres. A população pode ser pobre, mas não valoriza "postinhos de saúde" pequenos, pouco cuidados e sem condições infraestruturais para dar suporte a uma ESF confortável e de qualidade. A ambiência física é um fator essencial para uma atenção à saúde feita segundo os princípios da humanização do cuidado. Há experiências bem-sucedidas da ESF, até mesmo em municípios muito pobres, que mostraram que se pode fazer uma revolução nos cuidados primários a partir de uma intervenção de ruptura na infraestrutura das unidades ⁽²⁴⁷⁾.

Operacionalmente, porque uma ESF de qualidade exige condições estruturais adequadas.

Haverá que se normatizarem padrões nacionais e/ou estaduais de infraestrutura física para a ESF que poderão ser adaptados às diferentes realidades regionais, sem prejuízo das exigências estruturais para uma ESF de qualidade. Esses padrões deverão garantir a infraestrutura necessária para a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, como espaços de atendimento para outros profissionais a serem introduzidos nas equipes multiprofissionais da ESF e dispor de uma sala multimeio, ampla e bem equipada, para o desenvolvimento de ações de grupos.

Um bom exemplo é o espaço saúde das unidades de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que se constitui de uma sala de mais de 60 metros quadrados com todas as condições para desenvolvimento de trabalhos de grupos, o que inclui

uma cozinha para oficinas de reeducação alimentar, escovódromos etc. Na Figura 4 mostra-se um espaço saúde de uma Unidade da ESF em Curitiba.

Figura 4: O espaço saúde na Unidade de Saúde Alvorada da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba



A infraestrutura física deverá garantir padrões mínimos para que a ESF opere o modelo de atenção às condições agudas, o que significa ser resolutivo na atenção aos portadores de urgências menores e para estabilização de pessoas em situações de maiores riscos.

Por motivos de economia de escala, os padrões devem ser feitos, principalmente, para unidades de uma a três equipes da ESF (unidades tipo 1, tipo 2 e tipo 3), obedecidos os critérios de acesso pronto e confortável da população. Em áreas urbanas muito adensadas demograficamente podem ser definidos padrões para mais de três equipes por unidade. Por exemplo, as unidades de APS mais recentes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para três equipes, têm em torno de 550 metros quadrados de área, mas, há, também, unidades de mais de 800 metros quadrados.

É fundamental que as construções obedeçam aos critérios da sustentabilidade ambiental constituindo edifícios verdes da ESF, o que significa reaproveitamento de água, aquecimento solar etc. As Clínicas de Família da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro são construídas obedecendo-se a alguns parâmetros de sustentabilidade como iluminação natural e reaproveitamento da água.

Os ambientes físicos devem ser humanizados, provendo acolhimento e personalização, amplos, arejados, coloridos e em que haja plantas e flores ⁽²⁴⁶⁾.

Uma meta a ser alcançada, o mais rápido possível, será a de zero ESF em casas alugadas no SUS.

Os recursos para o financiamento da infraestrutura física deverão vir de um fundo instituído, em cada estado da federação, com 50% de recursos federais e 50% de recursos estaduais. As emendas parlamentares federais e estaduais serão consideradas nesse mecanismo de financiamento. Há duas razões para isso: uma, os municípios deverão concentrar seus recursos no custeio da ESF e, outra, a construção de edifícios segundo padrões nacionais adequados deverá ser uma atribuição dos governos nacional e estaduais, como parte da política de garantia de padrões mínimos de qualidade da ESF, em todo território brasileiro. Deve-se ressaltar que os recursos federais de investimento do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes da ESF, previstos no PAC 2, são da ordem de 1,7 bilhões para a construção de 8.694 unidades nos próximos 3 anos ⁽²¹⁷⁾.

A reinterpretção dos padrões nacionais, do ponto de vista arquitetônico, pode ajustar-se às características peculiares de municípios como as cidades históricas, as unidades de atenção às populações indígenas etc.

Para que esse processo de melhoria da infraestrutura da ESF, seja feito de forma racional, haverá que exigir, de cada município, ao apresentar-se ao fundo nacional/ estadual para obtenção de recursos, que apresente um plano municipal completo de infraestrutura da ESF, construído segundo a territorialização vigente e com os princípios da escala econômica e do acesso. Essa foi uma experiência desenvolvida pelo Plano Diretor da APS pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O ADENSAMENTO TECNOLÓGICO DA ESF

A ESF deverá ser adensada tecnologicamente para que possa cumprir com os atributos e as funções de uma estratégia de organização do SUS. Aqui, como na infraestrutura física, deve-se romper com a visão ideológica da atenção primária seletiva.

O fundamental é que se deverão garantir todas as tecnologias sanitárias, sustentadas por evidências científicas, e que estejam inseridas nas diretrizes clínicas da ESF. Um trabalho fundamental, que deverá ser realizado pelo MS e SESs, é a elaboração e difusão das diretrizes clínicas referentes aos programas prioritários da ESF.

Uma ESF consolidada não é compatível com o arsenal exíguo de medicamentos e de exames laboratoriais e de equipamentos médicos, nem sem sistemas de informação clínica adequados. Num relatório promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), experientes médicos de famílias espanhóis propuseram a incorporação, na ESF, de tecnologias como: tiras de urina, optotipos, eletrocardiógrafo, espirômetro, oftalmoscópio, câmara digital para fotografia da retina, limpeza de cera dos ouvidos, biópsias de pele, carrinho de emergência, *notebook* para os ACSs, lavagem de mãos em todos os ambientes, telefone e internet ⁽²⁴⁶⁾.

O adensamento tecnológico envolverá, também, tecnologias leves com forte conteúdo em cognição que não têm sido ofertadas, rotineiramente, pela ESF, como, por exemplo, tecnologias do campo da psicologia relativas às mudanças de comportamentos das pessoas usuárias e o autocuidado apoiado.

Todos os medicamentos, exames e equipamentos referidos pelas diretrizes clínicas deverão estar disponíveis para a ESF. Isso não significará que todos os equipamentos ou exames sejam realizados na unidade de ESF, mas que poderão ser acessados, de forma pronta e segura, pelas pessoas usuárias. Nesse sentido, os exames laboratoriais de patologia clínica deverão ser colhidos na própria unidade da ESF e deverão, em geral, por motivos de economia de escala e qualidade, ser processados em laboratórios centralizados segundo uma escala ótima de exames, cuidando-se de organizar, adequadamente, a fase pré-analítica de coleta e de logística. Alguns exames de apoio diagnóstico essenciais na APS, como eletrocardiograma, poderão ser feitos, em cada unidade da ESF, diretamente ou por meio de teleassistência, com laudo à distância.

O adensamento tecnológico do PSF implicará a existência de conectividade de internet, o que parece estar previsto no Plano Nacional de Banda Larga do Governo Federal. A experiência do TeleMinas Saúde, em Minas Gerais, é um caso bem-sucedido da possibilidade de adensar tecnologicamente a ESF, com eficiência, com grande conforto para as pessoas e com apoio efetivo aos profissionais da equipe de saúde, realizando os eletrocardiogramas e provendo segunda opinião de médicos de família e de especialistas a mais de 1.500 unidades da ESF, em mais de 600 municípios ⁽²⁴⁸⁾.

O FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO

O sistema de apoio diagnóstico deverá ser fortalecido para que possa dar sustentação a uma clínica de qualidade na ESF. Esse movimento é parte, também, do adensamento tecnológico da ESF e constitui um importante elemento para dar resolubilidade à APS, contribuindo, conseqüentemente, para uma melhor avaliação da população em relação aos cuidados primários. As pessoas passarão a compreender

que na unidade da ESF farão a coleta do material e terão, ali mesmo, os resultados dos exames.

Nesse sentido, o fortalecimento do sistema de patologia clínica é fundamental, o que passa por um processo de mudança radical em sua organização e operação. Certamente, parte dessa mudança, no que concerne à fase analítica, transpõe os limites da APS, mas terá fortes repercussões nesse nível porque é, nele, que se oferta a maior parte dos exames.

A mudança do sistema de patologia clínica deverá ser realizada na perspectiva das RASs, como um elemento dos sistemas de apoio, estruturado de forma transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde ⁽²¹⁾.

A base da reorganização do sistema de patologia clínica será a definição da carteira de exames de patologia clínica a ser utilizada na ESF para dar sustentação a uma clínica de qualidade. Essa carteira de exames deverá vir das diretrizes clínicas da ESF.

A partir da carteira de exames, deverão ser elaborados os protocolos clínicos dos exames laboratoriais que devem destacar os principais aspectos relacionados às indicações clínicas do exame; ao preparo do paciente; aos cuidados com coleta e manuseio da amostra biológica; aos principais fatores pré-analíticos e interferentes; aos métodos mais utilizados para a realização dos testes; aos critérios para interpretação do resultado; e aos comentários do patologista clínico. Esse passo é importante para qualificar a indicação e solicitação, processo fundamental na fase pré-analítica, e para orientar os profissionais na interpretação dos resultados e na terapêutica. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em conjunto com o Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, elaborou os protocolos clínicos da APS no estado, num total de 100 exames.

Com base nas linhas-guia da ESF, deverá ser instituído um novo modo de programar a assistência laboratorial que não será pelo modelo de oferta vigente no SUS e que, em geral, utiliza-se de cotas por unidade. Haverá que se implantar uma programação de base populacional. Dessa forma, a partir dos protocolos clínicos dos exames laboratoriais e das planilhas de programação derivadas das linhas-guias que estabelecem os parâmetros populacionais para cada tipo de exame, far-se-à a programação das necessidades da população em patologia clínica. Por exemplo, a linha-guia diz que cada gestante de risco habitual deverá fazer X exames, segundo tipo, durante seu período gestacional. A programação será feita multiplicando-se o número de gestantes adscrita a cada equipe da ESF por X, o que gera o total daquele exame naquela equipe no ano. O monitoramento será feito sobre essa programação de base populacional. O resultado será o fim do modelo de programação da oferta,

fortemente ancorado em parâmetros de séries históricas, gerador de ineficiências e inefetividades. E, também, o fim do sistema de cotas por unidades que é o resultado de uma programação de oferta.

O sistema de patologia clínica deverá ser reconstruído com base nos fundamentos das RASs, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e se distribuindo, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com sua densidade tecnológica e com a disponibilidade de recursos para operá-lo. Esse movimento de reorganização implicará uma centralização das unidades de processamento dos exames, a descentralização da coleta de material para todas as unidades da ESF e uma ligação entre dessas duas pontas por meio de um sistema logístico eficaz.

Nos últimos anos, a dinâmica operacional dos laboratórios de patologia clínica apresentou mudanças marcadas por: automação dos processos analíticos com aumento da precisão, exatidão e segurança para a realização de exames laboratoriais; informatização dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos; ampliação da capacitação de recursos humanos (médicos, biomédicos, bioquímicos e técnicos); necessidade de conformidade dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos com requisitos legais que passaram a regulamentar o setor; e implantação de programa de gestão da qualidade ⁽²²⁹⁾.

Esse modelo de organização permitirá aumentar a eficiência e a qualidade do sistema de apoio diagnóstico. Uma simulação realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais mostrou que o custo médio unitário do exame de patologia clínica, no SUS, foi de R\$ 4,11; se a escala de exames processados passasse a 23 mil exames/ano por laboratório, esse custo poderia baixar para R\$ 2,06; se passasse a 50 mil exames/ano por laboratório poderia ter um valor inferior a R\$ 1,90. Por outro lado, as relações entre escala de procedimentos em laboratórios e qualidade estão bem estabelecidas. Isso significa que com o mesmo dinheiro que se gasta no SUS, aumentando a escala de processamento, poderia se fazer duas vezes ou mais exames ⁽²⁴⁹⁾.

Um bom exemplo de organização do sistema de patologia clínica como suporte da APS é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba relatado no Boxe 1.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O Laboratório de Patologia Clínica da SMS de Curitiba consolidou-se em 1996, tendo sido unificado em 1986 e expandido em 1993, para concentrar, numa única unidade central, o processamento de todos os exames do município.

Essa nova estrutura trouxe consigo novos objetivos como a maior satisfação das pessoas usuárias das unidades de saúde, melhores condições de trabalho para os profissionais, obtenção de dados epidemiológicos, armazenamento de informações que se transformam em instrumentos gerenciais, ampliação da resolutividade do sistema municipal de saúde e ganhos de escala articulados com melhoria da qualidade.

O sistema de patologia clínica de Curitiba estrutura-se num desenho que concentra o processamento, descentraliza a coleta e liga essas duas pontas por meio de uma logística eficaz. A coleta de exames é descentralizada em 104 unidades de APS e o processamento centralizado em um único laboratório. O deslocamento da pessoa usuária para o exame resume-se na distância entre sua residência e a unidade de saúde em que fez a consulta, geralmente localizada em seu bairro. Esse procedimento reforça, na comunidade, a ideia de que na sua unidade existe alto grau de comprometimento com a resolução dos agravos à saúde.

A coleta de exames é feita diariamente pela manhã. As unidades de saúde têm duas horas e meia, em média, para efetuarem as coletas agendadas, inclusive para a realização da curva glicêmica de dois pontos, exame que integra o protocolo de atendimento às gestantes. Todas as amostras biológicas coletadas são organizadas em sacolas plásticas, de acordo com o tipo de exame. Essas embalagens são acondicionadas em uma caixa térmica, que será recebida pelo setor de distribuição do laboratório central.

No mesmo momento em que recolhe as amostras biológicas das unidades de saúde, o motorista já entrega os insumos para a coleta da manhã seguinte. A reposição de insumos de coleta é feita diariamente pelo laboratório central que emite um relatório da quantidade de frascos de coleta utilizados no dia e monta um kit para encaminhamento na manhã seguinte pelo transporte que irá buscar os exames coletados. As amostras biológicas são identificadas por código de barras, mecanismo que permite a utilização de tubos primários e, juntamente com os interfaceamentos dos equipamentos de processamento de exames com o sistema de informática do laboratório, resulta na otimização do processamento dos exames e maior segurança na emissão de laudos.

Desde 1992, o transporte das amostras entre as unidades de saúde e o laboratório central era feito por meio de serviço terceirizado da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. A partir de 2007, esse serviço passou a ser de responsabilidade de cada um dos nove Distritos Sanitários de Curitiba.

Com a utilização da tecnologia da informação, a SMS de Curitiba conseguiu aumentar, significativamente, a produtividade e os índices de qualidade e satisfação das pessoas usuárias do sistema por meio do desenvolvimento de um programa informatizado integrado ao prontuário eletrônico e ao *software* de controle da produção do laboratório central. Assim, a SMS passou a ser detentora de meios eficazes para gerenciar, em tempo real, todo o processo da assistência que presta às pessoas usuárias, na área da patologia clínica.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O processo que se inicia no prontuário eletrônico da pessoa usuária com a geração da requisição do exame se complementa com etapas sucessivas: agendamento eletrônico da coleta; coleta de materiais, com emissão de etiquetas de identificação dos materiais por meio de código de barras; remessa eletrônica dos planos de trabalho para o sistema informatizado de produção do laboratório; e importação dos resultados liberados pelo sistema de produção laboratorial para o prontuário eletrônico da unidade de saúde. Tal nível de informatização permitiu ao laboratório minimizar o quadro de pessoal voltado ao desenvolvimento de atividades administrativas. Por outro lado, otimizou os resultados das ações desenvolvidas pela equipe técnica, apontando ganhos como: diminuição do tempo decorrido entre requisição e disponibilização de resultados diretamente na unidade de saúde geradora da requisição; eliminação da necessidade de manutenção de arquivos de laudos em papel, assim como de procedimentos relacionados à distribuição de laudos (malote e expedição); aumento da produtividade técnica; e disponibilidade permanente de banco de dados sobre todos os exames solicitados e realizados.

A produção do sistema de patologia clínica é de mais de 200.000 exames por mês, distribuídos pelos setores de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Uroanálise, Hormônios, Parasitologia e Biologia Molecular. Para atender à demanda mensal de cerca de 40.000 usuários, o laboratório conta com 112 funcionários. A grande demanda permite a utilização de tecnologia de ponta na execução dos exames, com custos viáveis em relação aos valores da tabela SIA SUS.

Em 2001, foi implantado o Sistema Integrado de Informática, Laboratório e Unidade de Saúde, *online*. Após a consulta médica ou de enfermagem, a coleta dos exames é agendada imediatamente. Nesse momento é impresso o Plano de Coleta de Exames, onde consta a relação de exames a serem coletados, as orientações à pessoa usuária e um número de identificação de cada tubo a ser colhido. O documento é entregue à pessoa usuária, que deverá levá-lo no dia da coleta.

O setor de distribuição do laboratório central recebe o material e faz a triagem por departamento. Nesse momento, já estão disponíveis todos os dados da pessoa e seus respectivos exames. Nos setores que apresentam equipamentos analisadores totalmente automatizados, os tubos com amostras biológicas são colocados aleatoriamente nos aparelhos, já programados pelo sistema de interfaceamento que direcionará quais exames devem ser processados em cada tubo. Após análise dos resultados e assinatura eletrônica, os exames ficam disponíveis *online* na intranet, que inclusive armazena dados de exames anteriores. Quando a pessoa usuária retornar à unidade de saúde para consulta, o médico acessa os resultados, em seu computador, por meio desse sistema.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Para garantir a qualidade dos serviços adotaram-se várias estratégias: treinamento de coleta e utilização do sistema de informática para os coletadores das unidades de saúde; certificação e habilitação dos profissionais envolvidos na coleta; vistoria nas unidades de saúde, onde uma equipe do laboratório central audita a atividade de coleta, verificando se os profissionais estão seguindo o procedimento operacional padrão de coleta estabelecido e repassado no treinamento; monitoramento dos erros originados na coleta por unidade de saúde para identificação dos profissionais que necessitam de reciclagem; reposição automática dos insumos de coleta para as unidades de saúde, em que a montagem do kit de insumos é realizada através da emissão de um relatório que informa a quantidade de insumos utilizados na coleta do dia; o transporte dos materiais biológicos coletados nas unidades de saúde para o laboratório é realizado em caixas térmicas com controle de temperatura, assegurando assim a qualidade das amostras; monitoramento e avaliação constante do desempenho dos equipamentos analisadores para o que são realizadas reuniões trimestrais da equipe do laboratório, juntamente com a assistência técnica dos fornecedores, com o objetivo de manter os serviços de forma contínua e eficiente e evitando desperdícios; manutenção preventiva programada dos equipamentos analisadores; participação no Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; e monitoramento da produtividade dos insumos utilizados nos equipamentos automatizados.

Um profissional do laboratório participa, como membro, da Comissão de Licitação da SMS de Curitiba. Há um monitoramento dos custos reais dos exames, com a finalidade de verificar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na efetividade, maximizando a utilização dos recursos. Com esse mecanismo, identifica-se o número de repetições de exames causados por problemas com equipamentos, técnicos ou com reagentes.

Os programas estratégicos, como DST/Aids, Tuberculose e Mãe Curitibana têm seus exames programados nas diretrizes clínicas, realizados exclusivamente no sistema de patologia clínica municipal, facilitando o acesso às informações indispensáveis para o monitoramento e atuações necessárias para o controle epidemiológico.

Os resultados do sistema de patologia clínica da SMS de Curitiba são muito positivos. A descentralização da coleta de exames nas unidades de saúde, a centralização do processamento em um único laboratório e a integração eletrônica do mesmo com as unidades de saúde, trouxe, sobretudo, a satisfação da pessoa usuária. O procedimento encurtou caminhos para as pessoas, oferecendo mais conforto, já que elas deixaram de se deslocar da unidade de saúde mais próxima de sua casa para realizar a coleta ou receber os resultados de qualquer exame de patologia clínica que lhe seja solicitado. Dessa forma, o sistema implantado vem cumprindo o seu papel no objetivo de levar a atenção no momento certo e no local certo, estabelecida pela SMS de Curitiba. O sistema trouxe bastante agilidade, segurança, otimização no processo de trabalho.

Em 2007, foram realizados 136 tipos de exames, num total de 2.128.397 exames em 440.769 pessoas usuárias, uma média de 4,82 exames por pessoa. O custo médio do exame foi de R\$ 2.51, bem inferior ao custo médio dos exames do SUS, com a oferta de uma carteira bem ampla de exames e com rigoroso controle de qualidade.

Fonte: Ito e Schneider ⁽²⁵⁰⁾

A UTILIZAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ESF

A ESF nasceu com uma tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Posteriormente, introduziu-se a equipe de saúde bucal.

Contudo, a situação brasileira de tripla carga de doenças com forte predomínio de condições crônicas exige um novo modelo de atenção às condições crônicas, o que convoca a utilização, como membros orgânicos das equipes da ESF, de outros profissionais como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo que, constituirão, juntamente com o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde e os profissionais de saúde bucal, uma equipe padrão da ESF.

Além desses profissionais deverá ser incorporado à equipe da ESF um gerente profissional, técnico de nível superior, em tempo integral, com competência específica para esse trabalho. Além disso, a unidade da ESF deverá contar com pessoal administrativo necessário. Esses novos profissionais – atuando em equipe com os profissionais já existentes – são essenciais para o manejo efetivo e de qualidade das condições crônicas na ESF.

Essa equipe padrão poderá se responsabilizar por uma população adscrita em torno de 3.000 pessoas.

Nesse sentido, a proposta dos NASFs deverá evoluir no sentido do trabalho de apoio para uma incorporação orgânica desses profissionais numa equipe da ESF. O apoio deverá ser realizado por profissionais especialistas, estruturados em centros de referência secundários, trabalhando em conjunto com as equipes da ESF, seja em trabalhos presenciais ou à distância, por meio de mecanismos de teleassistência.

O financiamento desses novos profissionais deveria provir de recursos do Ministério da Saúde, por meio do incremento dos recursos gastos com os NASFs, de recursos estaduais que seriam destinados a esse fim específico e de recursos municipais.

A relação entre os novos profissionais – assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo – e as equipes da ESF não necessita ser de 1:1, a não ser em condições especiais, como municípios com população abaixo de 3.000 pessoas. Em geral, poder-se-à trabalhar com uma relação de um profissional para cada três equipes da ESF, mas esses novos profissio-

nais serão membros efetivos de cada uma dessas equipes, participando do dia-a-dia de trabalho clínico e gerando vínculos com as pessoas usuárias.

Uma experiência de introdução do farmacêutico clínico foi realizada num município de Minas Gerais e ficou claro que um esse profissional pode, com sucesso, participar de três equipes da ESF ⁽²⁵¹⁾.

É claro que a introdução desses novos profissionais nas equipes da ESF implica um processo de educação permanente eficaz e terá um impacto nos gastos com os cuidados primários. Mas há que se ter em mente que é uma necessidade fundamental para superar a crise da APS expressa na centralidade da consulta médica de curta duração. E há que se considerar que os maiores gastos com esses profissionais na ESF serão mais que compensados pelas reduções que, nos médio e longo prazos, determinarão nas complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários das RASs. Portanto, trata-se de medida custo efetiva.

A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

As evidências internacionais indicam que um modelo efetivo e de qualidade de cuidados primários exige sistemas de informações clínicos bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizados isoladamente, ou como parte de um registro eletrônico em saúde. Há evidências de que não é possível prestar cuidados efetivos, eficientes e de qualidade sem sistemas potentes de informação clínica ⁽³⁾.

Além disso, vem se consolidando uma posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde.

A complexidade gerencial da ESF estabelece a necessidade de prontuários clínicos eletrônicos. Há boas experiências de uso de prontuários eletrônicos na APS no SUS. Uma delas, um caso bem-sucedido, com mais de 10 anos de utilização, é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽²⁵²⁾.

Os prontuários clínicos, em geral, são individuais, mas para a ESF esses prontuários devem ser familiares. Na prática, isso significa que a unidade de registro é a família cadastrada numa unidade da ESF e que sua formatação deve acolher as ferramentas de abordagem familiar.

Esses prontuários devem ser capazes de registrar cada membro da família com suas condições de saúde, por estratos de riscos, e de monitorar a evolução de sua saúde. Devem, também, gerar lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para as pessoas e as famílias e de produzir e monitorar indicadores de efetividade clínica e gerencial da ESF.

Não faz sentido que cada município desenvolva e/ou contrate, isoladamente, uma solução de prontuário eletrônico para a ESF, à exceção, talvez, dos grandes municípios. Mais uma vez, essa deve ser uma tarefa típica do apoio do MS e das SESs, trabalhando em conjunto, para o desenvolvimento e o co-financiamento desse sistema clínico tão fundamental. A vantagem desse desenho institucional é que se podem operar bases de dados estaduais/nacional alimentadas diretamente pela rede de prontuários clínicos eletrônicos em cada unidade de PSF. Uma proposta desse tipo foi desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que modelou e está licitando um Serviço de Registro Eletrônico em Saúde que envolve a implantação de um prontuário eletrônico familiar em todas as unidades de APS do estado que estarão articuladas com uma base centralizada de dados estaduais ⁽²⁵³⁾.

O prontuário eletrônico deve ser alimentado por informações colhidas no campo por agentes comunitários de saúde que deverão trabalhar com um instrumento eletrônico que substitua as planilhas de papel.

O FORTALECIMENTO GERENCIAL DAS UNIDADES DA ESF

É fundamental fortalecer gerencialmente as unidades da ESF para dar conta dos desafios de uma APS estruturada como estratégia de organização do SUS. Uma ESF que seja resolutiva e que seja o centro de comunicação das RASs, deve desenvolver um sistema gerencial bastante complexo. Assim, a principal condição para a melhoria gerencial da ESF é reconhecer que a gerência dos cuidados primários é uma tarefa altamente complexa e que exige conhecimentos, habilidades e recursos significativos para que se exercite com eficácia.

Fortalecer gerencialmente a ESF implica adotar mecanismos gerenciais que superem a gerência da oferta substituindo-a pela gerência de base populacional. Ou seja, implantar mecanismos que sejam capazes de territorializar e cadastrar toda população adscrita, que elaborem uma programação baseada nas necessidades da população, que utilizem contratos de gestão, que operem diretamente os sistemas de regulação e que utilizem as tecnologias de gestão da clínica. Para que isso ocorra é necessário profissionalizar a gerência da ESF colocando, em todas as unidades, um gerente de nível superior, com competências específicas para tal, trabalhando em tempo integral.

Quando se opta pela ESF como organizadora do SUS, uma questão fundamental é a superação da gerência da oferta e a prática da gerência de base populacional. Introduzir uma gerência de base populacional significa que todo sistema gerencial é construído a partir das necessidades das pessoas concretas que estão cadastradas para cada equipe da ESF. É a partir das necessidades de cada uma dessas pessoas, organizadas socialmente em famílias, que se programa, monitora e avalia o trabalho das equipes. A gerência de base populacional, portanto, implica: diagnosticar as necessidades de saúde da população adscrita a cada equipe da ESF, segundo riscos; implementar e monitorar as intervenções sanitárias para responder às necessidades estabelecidas; e prestar a atenção respeitando a cultura e as preferências das pessoas usuárias e de suas famílias ⁽⁴⁵⁾.

A gerência de base populacional leva à mudança da visão prevalecente dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) que foram concebidos para organizar os fluxos e os contrafluxos das pessoas que demandam serviços de atenção secundária e terciária (média e alta complexidades). Um PDR recortado segundo as diretrizes das RASs deve considerar, além dos territórios estaduais, macrorregionais, microrregionais e municipais, os territórios sanitários dos cuidados primários porque é, ali, que a população é vinculada, através da ESF, às RASs e porque é ali, também, que se resolvem mais de 85% dos problemas de saúde. Consequentemente, é fundamental que os PDRs, nos âmbitos municipais, estruturem, também, os territórios sanitários da ESF: o território área de abrangência que corresponde ao espaço de vida das famílias adscritas a cada equipe da ESF; e o território microárea que corresponde ao espaço de vida das famílias adscritas a um agente comunitário de saúde. É importante reconhecer que quando se trabalha com unidades da ESF a territorialização não é feita, como nas unidades da APS tradicional, em relação ao espaço geográfico de responsabilidade da unidade de saúde. Na ESF a responsabilidade é imputada a cada equipe de saúde da família de tal forma que, se há uma unidade com três equipes de PSF, serão definidas três áreas de abrangência.

A gerência de base populacional tem implicações na programação da ESF. A programação deve mudar de uma programação de oferta, centrada em parâmetros construídos por séries históricas, para uma programação de base populacional, derivada de parâmetros epidemiológicos definidos a partir de evidências e incorporados como parte integrante das diretrizes clínicas. Não faz sentido elaborar uma programação a partir de um número médio de consultas médicas por habitantes. É necessário programar essas consultas a partir das necessidades reais do Sr. João e da Dona Maria que estão vinculados a uma equipe da ESF.

A programação da ESF deve ser feita por estratos de riscos, em conformidade com o modelo da pirâmide de riscos. A programação por estratos de risco é importante

porque os manejos clínicos e a cobertura de recursos humanos são diferenciados por estratos. A programação estratificada é que permite a construção de uma agenda de trabalho racional, parte fundamental de uma programação local.

Com base na programação que estabelece as metas a serem alcançadas por programas, devem ser firmados, entre a SMS e as equipes da ESF, contratos de gestão. É, assim, que se institui uma cultura de gestão por resultados na ESF.

Os contratos de gestão obedecem a um ciclo de contratualização que envolve um plano de contrato em que se especificam a quantidade e a qualidade dos serviços a serem contratados, o sistema de incentivos a ser utilizado e o monitoramento e a avaliação do contrato por meio de um sistema de informação gerencial da ESF ⁽²³³⁾.

A adoção de um sistema de incentivos nos contratos na ESF exige mudanças no sistema de pagamento das equipes. É necessário que uma parte do pagamento seja feita com base num valor fixo e, outra, com um valor variável que será pago somente mediante o cumprimento das metas contratadas. O sistema de incentivos deve combinar indicadores de desempenho individual e de desempenho coletivo de toda a equipe. O orçamento de custeio do pessoal da ESF deve prever recursos para pagamento do incentivo. A experiência italiana está baseada num sistema que tem uma parte de pagamento aos médicos de APS que é fixa e que se baseia num *per capita* por número de pessoas na lista do médico e uma parte variável ⁽²⁵⁴⁾. Um *check-list* sobre pagamento por desempenho, proposto pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, é um instrumento útil para a operacionalização desses sistemas ⁽²⁵⁵⁾.

Há evidências de que bons contratos de gestão estimulam a descentralização gerencial dando mais responsabilidades aos gerentes locais, permitem um melhor controle sobre o desempenho dos profissionais de saúde, incentivam a utilização das informações clínicas e gerenciais, forçam o uso rotineiro da gestão da clínica, melhoram o desempenho dos profissionais de saúde e tornam as instituições de saúde mais transparentes e mais permeáveis ao controle social ⁽²⁵⁶⁾. É fundamental a participação, no monitoramento do contrato de gestão dos órgãos de controle social por meio dos Conselhos Locais de Saúde.

A concepção da ESF como estratégia de organização do SUS exige que essa estratégia seja estruturada como o centro de comunicação das RASs. Isso, na prática, significa que quem deve ordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio é a equipe da ESF.

A consideração da ESF como centro de comunicação das RASs tem implicações profundas na forma de regulação do SUS que está centrada em complexos reguladores.

Deve-se ter claro que a regulação dos procedimentos relativos às condições agudas e aos eventos de agudização das condições crônicas, de maior gravidade (pessoas em situação de urgência maiores, amarela, laranja e vermelha no sistema Manchester de classificação de risco), em função da variável-chave da atenção não programada ou de urgência e emergência que é o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde, não é tarefa da ESF porque poderia significar perda de tempo precioso e porque ali não há uma competência regulatória para esses eventos que exigem a opinião de um médico regulador treinado em urgência e emergência, 24 horas por dia. É, por isso, que a ESF não cumpre, na rede de atenção às urgências e às emergências, a função de centro de comunicação. Nessas redes, a ESF desloca-se do centro para compor, com os pontos de atenção secundários e terciários, os papéis de atendimento às urgências menores (pessoas em situações de urgências azuis e verdes no sistema Manchester de classificação de risco).

A regulação é diferente no que concerne à atenção aos procedimentos relativos às condições crônicas estáveis, os procedimentos programados, em geral denominados de procedimentos eletivos na linguagem do SUS. Esses procedimentos que são programados pela ESF devem ser regulados, diretamente, pelas equipes da ESF que utilizarão as infovias do sistema de regulação para estabelecer os fluxos para a atenção secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar, e para os sistemas de apoio, em especial o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico. Assim, quase toda a regulação dos procedimentos programados, à exceção de alguns fluxos secundários entre unidades de atenção secundária e terciária, deve ser feita pela equipe da ESF, com forte base na programação previamente realizada. Quando a ESF não regula toda a RAS aumentam as possibilidades de pedidos excessivos de exames complementares e de consultas especializadas, de formação de filas, de incremento dos custos totais da atenção e das chances de iatrogenias ^(257, 258). A Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, São Paulo, está fazendo um movimento no sentido de fortalecer a regulação dos procedimentos programados pela APS ⁽²⁵²⁾.

A gerência da ESF deve se fazer com um foco especial na gestão da clínica. A gestão da clínica é uma tarefa complexa na ESF, como se verá mais adiante, que não pode prescindir de uma estrutura gerencial forte. Além disso, a gerência eficaz da ESF exige a introdução rotineira do gerenciamento de processos. O gerenciamento de processos aplica-se na ESF, com maior ênfase, aos microssistemas clínicos por meio da aplicação rotineira de um conjunto de tecnologias gerenciais, com forte base no

método PDSA, como diagrama de causa e efeito, diagrama de Pareto, matriz 5W2H, carta de controle, procedimento operacional padrão e outras ^(259, 260).

O gerenciamento de processos é fundamental para que sejam desenvolvidos programas de qualidade na ESF. A avaliação da qualidade pode ser feita com metodologias de avaliação interna e externa. O Ministério da Saúde desenvolveu uma metodologia de avaliação interna, a avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família, que está sendo aplicada por municípios, mas sua utilização é, ainda, reduzida ⁽²⁶¹⁾. Essa metodologia está centrada em instrumentos de autoavaliação de gestão e das equipes e prioriza elementos de processos, especialmente processos de trabalho, tendo em vista que eles se prestam melhor a intervenções corretivas sobre os problemas constatados. Embora com menor ênfase, os aspectos de estrutura e resultado também são tomados como padrões de qualidade. A avaliação externa mede a qualidade de uma organização da ESF a partir de padrões estabelecidos por uma organização externa à instituição a ser acreditada, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA). O processo de acreditação é voluntário, periódico e sistemático. A avaliação externa deveria ser estimulada para avaliar a capacidade das ESFs para operarem, verdadeiramente, como uma estratégia de organização do SUS. Um exemplo de processo de acreditação na ESF é o da Organização Social Santa Marcelina, na cidade de São Paulo, que iniciou um processo de acreditação com a metodologia ONA que já certificou algumas unidades da ESF no nível 1 ⁽²⁶²⁾. O processo de acreditação das unidades de ESF deverá ser estimulado em todo país.

Uma atividade tão complexa como de gerenciamento da ESF não pode ser exercitada sem uma profissionalização gerencial. Cada unidade da ESF deve ter um gerente de nível superior, em tempo integral e com competências em gerenciamento de cuidados primários. O enfermeiro, tal como ocorre com grande frequência, não deve ser desviado de suas funções clínicas para gerenciar as unidades da ESF; ele poderá fazê-lo, mas como gerente em tempo integral, como outros profissionais, sem vínculos diretos com a clínica e com competências específicas para o trabalho gerencial.

A introdução do gerente profissional é fundamental no trabalho da ESF e caberá, a ele, liderar, no plano gerencial, toda a equipe. A questão do gerente das unidades da ESF deve ter, na saúde, a mesma dimensão que tem, na educação, o diretor de escola pública. A criação da figura da autoridade sanitária local, pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, é uma experiência bem-sucedida que deveria ser incentivada em todas as unidades da ESF do país.

Esse gerente, de nível superior, deverá ter competência em gestão de saúde, com formação específica em gestão da ESF. Para tal, sua contratação deveria ser

realizada com base numa certificação profissional dessas competências e por meio de concursos ou seleções públicas. A generalização dos gerentes profissionais na ESF abriria mercado para um contingente significativo de gestores de saúde que começam a ser preparados, em nível de graduação, por diferentes universidades brasileiras.

O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA ESF

O fortalecimento do controle social, no âmbito local, é fundamental para a consolidação da ESF. Esse território social de abrangência das equipes de saúde da família constitui o espaço social de forte privilegiamento das ações dos cuidados primários. Portanto, os Conselhos Municipais de Saúde deverão constituir, em cada área de abrangência de unidades da ESF, um Conselho Local de Saúde. Esse conselho deverá controlar, efetivamente, as ações de saúde da família, participando da programação, do monitoramento e da avaliação da ESF naquele espaço social.

Um exemplo de controle social efetivo se dá no município de Curitiba em que os Conselhos Locais de Saúde participam da elaboração da programação da APS e monitoram sua implantação. O pagamento por desempenho das equipes de APS tem uma avaliação feita pelo Conselho Local de Saúde, o que é um dos fatores que contribuem para o sucesso da gerência por resultados naquele município.

Conselhos Locais de Saúde fortalecidos irão realizar conferências locais de saúde mais consequentes e contribuir para uma discussão que coloque a ESF no centro das preocupações das conferências municipais, estaduais e nacionais.

A SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS EDUCACIONAIS

Os problemas educacionais deverão ser superados, tanto no âmbito da graduação quanto da pós-graduação, para que a ESF possa se constituir numa estratégia de organização do SUS.

Na graduação parece necessário superar o modelo vigente. Há 100 anos, o Relatório Flexner ⁽⁵⁴⁾ integrou a ciência moderna nos currículos das escolas de saúde, o que contribuiu para que, no século XX, a expectativa de vida da população mundial dobrasse. Seu lugar privilegiado foi a universidade. Contudo, os novos desafios da saúde – a transição demográfica, os problemas ambientais e comportamentais, a transição epidemiológica com o avanço das condições crônicas –, colocaram em xeque o modelo flexneriano de ensino das profissões de saúde. A educação profissional flexneriana não é coerente com esses desafios por que é fragmentada, voltada para realidades demográfica e epidemiológica passadas e propiciada por currículos estáticos que não formam graduados para superar os problemas contemporâneos ⁽⁵⁵⁾. Em

função disso, na segunda metade do século XX, instituiu-se uma segunda geração de reformas educacionais na saúde, expressa na introdução da educação baseada em problemas. Seu lugar privilegiado foram os centros acadêmicos hospitalares e ambulatoriais, operando, contudo, de forma fragmentada.

Essas duas gerações de reformas educacionais na saúde não foram capazes de solucionar os problemas do ensino de graduação atual que se situam em: descompasso entre as competências dos profissionais e as necessidades de saúde das populações; carência de trabalho em equipe; foco na atenção voltada para as condições e eventos agudos e na atenção episódica e reativa; privilegiamento de um enfoque técnico e biologicista, em detrimento de uma compreensão mais geral dos contextos das práticas profissionais; valorização excessiva da especialização; predominância de uma orientação para o hospital e para os centros ambulatoriais de especialidades em detrimento da APS; desbalanceamento quantitativo e qualitativo do mercado laboral; e frágil liderança para envolver os centros acadêmicos na melhoria dos sistemas de atenção à saúde, integrando-os em RASs ⁽²⁶³⁾.

Agora, impõe-se uma terceira geração de reformas educacionais que deverá ter como objetivo melhorar a performance dos sistemas de atenção à saúde adaptando as competências fundamentais dos profissionais a contextos específicos, mesmo reconhecendo o conhecimento global. Seu lugar privilegiado é o sistema de educação em saúde, mas com grande valorização relativa da APS. Essa nova reforma deve levar a um aprendizado transformador que se move, em três fases, do nível informativo, ao formativo e ao transformativo. O nível informativo diz respeito à aquisição de conhecimentos e habilidades e seu propósito é produzir expertise. O nível formativo busca transmitir valores. O nível transformativo envolve três mudanças básicas: da memorização de fatos para a busca, a análise e a síntese da informação para o processo decisório; do trabalho individual para a aquisição de competências para o trabalho em equipe; e de uma adoção acrítica de modelos para uma adaptação criativa dos modelos globais às realidades locais.

A reforma educacional deve ter alguns elementos importantes: a adoção de enfoques de competência no desenho instrucional; a promoção da educação inter e transprofissional que quebra o isolamento e estabelece relações poliárquicas de equipes de saúde efetivas; a exploração do poder da informação tecnológica para a aprendizagem; a ênfase no aperfeiçoamento dos quadros docentes; a institucionalização de um novo profissionalismo que desenvolve os valores; a transformação de centros acadêmicos isolados em sistemas acadêmicos que operam em RASs ligando a APS, os centros ambulatoriais especializados e os hospitais; a emergência de um novo profissionalismo centrado na atenção às pessoas e no trabalho em equipe; e a

utilização intensiva de tecnologias de informação na atenção, no ensino a distância e no ensino presencial ^(263, 264).

Esse modelo de reforma educacional, no caso brasileiro e em coerência com a APS como estratégia de organização do SUS, deverá ter uma ênfase relativa forte na saúde da família como espaço de aprendizagem. Seu lócus privilegiado serão as unidades da ESF.

O Governo Federal, através dos ministérios da Saúde e da Educação, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional em saúde, propiciando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na APS, promovendo transformações na atenção à saúde da população. Esse programa deveria ser ampliado de forma a atingir um número expressivo de universidades brasileiras. Além disso, deveria haver um requisito de acreditação das unidades da ESF para receberem esse programa, com forte ênfase em estrutura e processos. Para tal, os recursos de investimento do Pró-Saúde deveriam ser suficientes para melhorar a infraestrutura da unidade que receberá os alunos de graduação.

Os programas de pós-graduação deverão ser ofertados em maior quantidade e qualidade.

Há que se aumentar as residências em saúde da família, sejam as residências multiprofissionais, sejam as residências em medicina da família e comunidade. Essa deveria ser uma função primordial do nível federal, articulando Ministério da Educação e Ministério da Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde são financiadoras importantes de residências médicas, mas, em geral, não utilizam esse mecanismo para aumentar a oferta de residências em medicina de família e comunidade que deverão ter alta prioridade. Um exemplo é o da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo que financiou, no período de 1990 a 2002, bolsas para 17.117 médicos e que, na relação das especialidades financiadas, é mínima a participação de médicos de família e comunidade ⁽²⁶⁵⁾. Impõe-se, portanto, uma mudança no financiamento de bolsas de residências médicas para incrementar as bolsas para médicos de família e comunidade. Esse incremento deverá ser gradativo até alcançar, no longo prazo, à semelhança do que ocorre em países com saúde da família madura, 40% das matrículas totais em residências médicas.

Os mestrados e doutorados em saúde da família deverão ser incentivados porque são imprescindíveis para a formação de professores que irão atuar na graduação e na pós-graduação. Assim, também, deverão ser ofertados, em maior número, os cursos de especialização em saúde da família, fortalecendo-se, ainda mais, os cursos a distância.

Contudo, na fase de transição que vive a ESF, é fundamental instituir um processo de educação permanente para as equipes de saúde da família. Eles deverão ser ofertados a todos os profissionais da ESF, gratuitamente e em tempo protegido. As suas atividades educacionais deverão ser reconhecidas, como créditos, pelas sociedades corporativas. Uma experiência inspiradora é o Programa de Educação Permanente de médicos de família (PEP) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A SUPERANÇA DOS PROBLEMAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

É fundamental garantir condições de trabalho mais estáveis para os trabalhadores da ESF, superando, definitivamente, as formas de contratação precárias, especialmente as realizadas pela modalidade de contratos temporários. Conjuntamente com essas modalidades de contratação adequadas, os servidores da ESF deverão ter planos de carreiras.

A singularidade do trabalho na ESF, que envolve tempo integral e perspectiva de longo prazo aponta, no sentido de uma estabilidade maior para os seus trabalhadores. Desse modo, o ideal será uma contratação por regime estatutário que permite garantir certa estabilidade. Há sempre detratores do regime estatutário que o consideram, não sem certa razão, sistemas muito rígidos e que são um incentivo a uma atuação descompromissada dos trabalhadores com os resultados para a população. Entretanto, o regime estatutário pode operar virtualmente, desde que haja uma conjunção de fatores, numa organização de saúde, como cultura de resultados, ambiente meritocrático e parte dos rendimentos paga, variavelmente, em função de resultados. É o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em que todas as equipes de APS tradicional e da ESF são funcionários estatutários. Um estudo do Banco Mundial verificou que a estabilidade dos servidores daquela Secretaria foi um dos fatores fundamentais para explicar os bons resultados sanitários obtidos naquele município nos últimos anos ⁽²⁶⁶⁾.

É certo que há dificuldades para a extensão do regime estatutário como a questão da lei de responsabilidade fiscal e o teto máximo limitado pelo salário do prefeito municipal. Por isso, haverá que se desenvolverem alternativas de contratação pelo regime celetista. Essas contratações poderão ser feitas pelos municípios ou por entes públicos não estatais, de base municipal, regional ou estadual. Uma iniciativa inovadora é da Fundação Estatal Saúde da Família do estado da Bahia, uma fundação pública intermunicipal, integrante da administração indireta do estado, de direito privado, cumprindo função essencial de gestão compartilhada da ESF. A Fundação tem um plano de empregos, carreiras e salários, em regime celetista, que opera em âmbito estadual ⁽²⁶⁷⁾.

Seja por regime estatutário ou celetista não se poderá prescindir de planos de carreiras. Os planos de carreira da ESF deverão garantir aos trabalhadores progressão por mérito ou por titulação, gratificações, adicionais e prêmios e incentivo ao desenvolvimento do trabalho em condições especiais. Com relação ao trabalho em condições especiais deverá ser criado um abono de permanência em regiões críticas, pago, integralmente, ao final de dois anos, aos profissionais da ESF considerados de maior dificuldade de fixação.

Esses planos deverão ter uma coordenação estadual a fim de que se possa superar a competição predatória entre diferentes municípios que tem alto impacto no *turnover* dos profissionais da ESF. Essa coordenação exigirá recursos adicionais que deverão ser financiados por um fundo constituído por 50% de recursos federais e 50% de recursos estaduais. Um estudo feito para o estado de Minas Gerais, propondo uma carreira profissional para a ESF, por meio do desenho de carreira (estrutura, critérios de ingresso e de progressão) e de remuneração (tabelas salariais, incentivo de fixação e remuneração variável) verificou que, para a viabilização financeira dessa proposta, seriam necessários, como recursos adicionais aos gastos já feitos pelos municípios, um valor anual de 77 milhões de reais, em valores de 2009 ⁽²⁶⁸⁾. A partir desse valor estimado para Minas Gerais, pode-se estimar que um fundo nacional deva girar em torno de 800 milhões de reais por ano, algo perfeitamente viável e efetivo em função dos grandes benefícios que traria.

Têm sido sugeridas algumas medidas para a fixação de profissionais em áreas mais difíceis: salários maiores; boa infraestrutura de informação e comunicação, incluindo teleassistência; apoio para deslocamentos temporários; férias ampliadas; educação permanente; reconhecimento acadêmico do trabalho; auxílios especiais para o cônjuge e os filhos; e subsídios de moradia ⁽²⁴⁶⁾. Ademais, há sugestões que apontam para a possibilidade de oferta aos profissionais de dedicação exclusiva voluntária, com forte incentivo específico ⁽²⁴⁶⁾.

A IMPLANTAÇÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS E PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A ESF deverá operar como parte e centro de comunicação das RASs para o que será necessário adotar modelos de atenção efetivos para as condições agudas e crônicas.

O objetivo desse livro é, exatamente, a proposição de um modelo de atenção às condições crônicas para ser utilizado, principalmente, pelas equipes da ESF do SUS.

Mas é preciso implantar, também, na ESF, um modelo de atenção às condições agudas, o que convoca algum tipo de classificação de risco na APS.

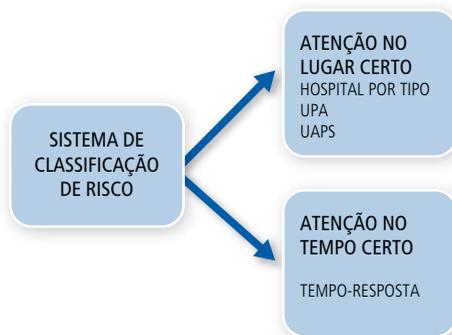
A organização dos serviços de urgência e emergência foi pensada, internacional e nacionalmente, a partir do hospital e com apoio de um sistema de logística que propiciasse que as pessoas chegassem ao hospital mais próximo, no menor tempo possível. Tem sido, por consequência, uma organização instituída numa lógica hospitalocêntrica. É o que se manifestou, no Brasil, numa organização do sistema de atenção às urgências e às emergências em atenção pré-hospitalar fixa e móvel, atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar.

Essa concepção tem um problema porque não considerou a APS como um ponto de atenção fundamental das urgências menores. A introdução da ESF como um ponto de atenção à saúde fundamental nas redes de atenção às urgências e às emergências é uma condição para se organizar esse sistema. Se isso não é feito, não se retiram as urgências menores dos hospitais e essa é uma das causas das longas filas e das macas nos corredores, o que torna impossível organizar a atenção hospitalar às urgências maiores.

A organização do sistema de atenção às urgências e às emergências na perspectiva de RASs e a valorização da ESF como um ponto de atenção dessa rede – o que inclui classificar risco nas unidades de cuidados primários e adensá-las para atender às urgências menores e para fazer o primeiro atendimento das urgências maiores –, impõe-se para dar eficácia ao atendimento das condições e eventos agudos.

A lógica de um modelo de atenção às condições agudas, representada na Figura 5, está na classificação de risco de uma pessoa em situação de urgência para que, a partir do risco definido, se estabeleçam o tempo-resposta e o local adequado do atendimento que poderá ser um hospital, em seus diferentes tipos, uma UPA ou a ESF.

Figura 5: A lógica do modelo de atenção às condições agudas



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

Um dos sistemas mais utilizados internacionalmente é o sistema Manchester de classificação de risco ⁽²⁶⁹⁾. Esse sistema foi proposto pelo Grupo de Triagem de Manchester, Reino Unido, com o objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para a avaliação médica diferentes ⁽²⁷⁰⁾. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria.

O sistema Manchester de classificação de risco é sintetizado na Figura 6.

Figura 6: O sistema Manchester de classificação de risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones, Marsden & Windle ⁽²⁶⁹⁾

O sistema Manchester de classificação de risco apresenta várias características: uma escala em cinco níveis, uma utilização ampla em vários países, é baseado em categorias de sintomas, em discriminantes-chave e em algoritmos clínicos e apresenta um tempo de execução curto. Esse sistema apresenta alguns critérios de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; ele acaba com a triagem sem fundamentação científica; ele pode ser feito por médicos e enfermeiros; ele garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; ele é rápido; e ele pode ser auditado ⁽²⁷¹⁾.

Há evidências sobre o funcionamento do sistema Manchester de classificação de risco, tanto em avaliações mais globais ^(271, 272), quanto em áreas específicas como as causas externas ⁽²⁷³⁾, as doenças cardiovasculares ⁽²⁷⁴⁾ e atenção pediátrica ⁽²⁷⁵⁾.

A aplicação do sistema Manchester de classificação de risco nas unidades de APS tem provocado resultados muito positivos, especialmente na redução das filas de espera para o atendimento. Além disso, tem sido muito bem avaliada pela população. Isso tem ocorrido em municípios de diferentes tamanhos e regiões como Curitiba, Pará de Minas, Pirapora, Uberlândia, os três últimos de Minas Gerais.

A ESF, nas redes de atenção à saúde, tem as seguintes competências: classificação de riscos; primeiro atendimento das pessoas em riscos vermelho, laranja e amarelo; atendimento das pessoas em riscos azuis e verdes ⁽⁵²⁾.

O FINANCIAMENTO ADEQUADO DA ESF

Uma política de financiamento adequado da ESF passa por uma mudança ideológica e por três vertentes principais e interrelacionadas: o aumento do volume dos recursos despendidos na APS, o aumento da eficiência alocativa dos gastos federal, estaduais e municipais e o sistema de incentivos.

No plano ideológico, a superação das decodificações da APS seletiva e do nível de atenção, pela visão de uma estratégia de organização do SUS, tem implicações operacionais claras sobre o financiamento. Não se trata mais de estruturar uma ESF exclusivamente para regiões e para famílias pobres com recursos de baixa densidade tecnológica e de baixo custo. Do ponto de vista do financiamento, a opção pela APS como estratégia deve ser compreendida na dimensão que é colocada pela Organização Mundial da Saúde: *"A APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas"* ⁽⁹⁴⁾.

Do ponto de vista da eficiência alocativa deverão ser incrementados, relativamente, os gastos na ESF em relação aos gastos em procedimentos de médias e altas complexidades.

No plano federal, isso significará ajustar, gradativamente, até uma situação aceitável, a realidade crítica da curva de gastos mostrada no Gráfico 7. No plano estadual, implicará criar uma cultura de que coordenações estaduais, operadas pelas SESs, são imprescindíveis para se chegar a uma ESF forte e de qualidade. Esse trabalho de coordenação envolverá, por certo, um aporte significativo de recursos dos tesouros estaduais para as ações da ESF, o que permitirá, nos médio e longo prazos, estruturar uma curva de gastos mais equilibrada entre os níveis primário, secundário e terciário.

O fenômeno dos hospitais de pequeno porte que drena recursos, especialmente federais e municipais, que seriam mais eficientemente aplicados nos cuidados primários, deverá ser enfrentado em escala nacional.

Impõe-se uma política hospitalar de âmbito nacional, coordenada pelo Ministério da Saúde que financie, adequadamente, a constituição de uma rede regionalizada de hospitais social e sanitariamente necessários, ou seja, hospitais com escala adequada, operando em redes micro e macrorregionais, acreditados pelo menos em nível 1 e que sejam capazes de acolher oportunamente os beneficiários do SUS de forma eficiente, efetiva, segura e oportuna. Uma política hospitalar com esse recorte permitirá liberar recursos que são gastos, de forma ineficiente por pequenos hospitais que serão convertidos em outros tipos de unidades de saúde, fortalecendo a ESF. Uma política hospitalar, com uma concepção aproximada a essa, tem sido exercitada, em Minas Gerais, nos últimos anos, pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), com bons resultados, mas insuficientes por ser de âmbito estritamente estadual e por contar com poucos recursos financeiros ⁽²⁷⁶⁾. Uma política hospitalar deverá ter caráter nacional para impactar, significativamente, a organização da ESF do ponto de vista da eficiência alocativa.

O aumento global dos gastos com a ESF deverá vir dentro de um movimento maior de incremento dos gastos do SUS. A frustração da regulamentação da Emenda 29/2000 deverá ser seguida de uma nova estratégia que não aposte tanto nas possibilidades de que recursos adicionais sejam alocados ao SUS por meio dos mecanismos legislativos convencionais.

Uma visita à literatura internacional mostra as características perversas dos sistemas segmentados de atenção à saúde, como é o caso do Brasil. Apesar da diretriz constitucional de um sistema único de saúde, público e universal, a dinâmica social vem aprofundando um sistema segmentado, composto por três componentes: o SUS, o sistema público; e dois sistemas privados: o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

Os sistemas segmentados de atenção à saúde são justificados por um suposto aparentemente magnânimo de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos mais pobres. Contudo, as evidências mostram que esse suposto é falso e o que ocorre quando se segmentam os sistemas de atenção à saúde é, exatamente, o inverso. Ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos e sua baixa capacidade de vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado ⁽²⁷⁷⁾. Os casos dos Estados Unidos e Chile são expressões dessa realidade ^(278, 279).

Essas evidências explicam a dificuldade de se aumentarem os recursos financeiros do SUS que são indecentemente baixos no nosso país. A razão é que os mais de 150 milhões de brasileiros que dependem, exclusivamente, do SUS, estão sub-representados no Congresso Nacional. Há uma enorme diferença na discussão do orçamento da saúde nos parlamentos de países que têm sistema público universal e países, como o Brasil, que têm sistema segmentado. No Reino Unido ou na Suécia, os parlamentares discutem o orçamento do sistema do qual eles e suas famílias dependem; no Brasil os parlamentares discutem o orçamento do SUS (o sistema dos pobres) que não utilizam, a não ser em condições especiais, porque têm um sistema privado financiado pelo conjunto da população. A única maneira de conseguir mais recursos para a saúde é mobilizando essa grande maioria e fazendo chegar, ao Congresso Nacional, uma legislação de iniciativa popular. É bom lembrar que o SUS é a política social de maior capilaridade no Brasil que chega, com legitimidade e regularidade, aos domicílios de mais da metade de nossa população, especialmente pelos ACSs.

De qualquer forma, além da frustração e do desencanto recentes, o incremento significativo de recursos para o SUS, para que ele possa desempenhar como um sistema público universal, na perspectiva mais otimista, levará muito tempo.

A questão no curto prazo será aumentar a eficiência alocativa dos recursos do SUS, no plano federal, deslocando relativamente, mais recursos para as ações da ESF relativamente às ações de médias e altas complexidades. Para isso, como defende Gilson Carvalho, bastaria cumprir a Constituição Federal que determina que, no mínimo, 15% dos recursos do orçamento do Ministério da Saúde sejam transferidos aos municípios, *per capita*, para a APS (CF, ADCT, 77 § 2º). O cumprimento da Constituição pelo Ministério da Saúde significaria, em 2011, um repasse aos municípios de R\$ 19,7 bilhões para a APS, um valor *per capita* de R\$ 55,00 ⁽²⁸⁰⁾

Um dos principais perigos que rondam a proposta da ESF é a perda de força dos incentivos para o aumento das equipes ou para a conversão da APS tradicional em ESF. Esses incentivos que foram fundamentais para ampliar a cobertura da ESF estão se enfraquecendo, ao longo do tempo, e se nada for feito, acabarão por desaparecer, o que será um desastre. As evidências de que a ESF é uma forma superior de organização da APS no SUS, implica continuar com a política de incentivos a esse modelo de cuidados primários porque o financiamento deve ser para todas as unidades de APS, mas deve haver incentivos exclusivos para as unidades da ESF, o que implicará manter uma fração variável para incentivar a implantação de novas equipes da ESF ou a conversão de unidades tradicionais em unidades da ESF ⁽²⁸¹⁾.

No financiamento da ESF, parte dos recursos deve ser transferida aos municípios, pelo MS e pelas SESS, sob a forma de incentivos ligados a desempenho e articulados

em contratos de gestão. A iniciativa do MS do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma proposta que caminha positivamente nesse sentido ⁽²⁸²⁾.

As transferências federais e estaduais para o PSF deverão fazer-se com critérios redistributivos. Assim, municípios mais pobres receberão um valor maior *per capita* que os municípios mais ricos. Um bom exemplo é o da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que passa um valor mensal para cada equipe de PSF, segundo um índice de necessidades de saúde que dividiu os municípios em quatro quartis, combinando necessidades de saúde e capacidade fiscal. Os municípios do quartil de maiores necessidades recebem um valor mensal que é duas vezes maior que o dos municípios de menores necessidades ⁽²⁸³⁾.

Os recursos do SUS não são suficientes para cumprir o mandamento constitucional de um sistema público universal e gratuito. Mas havendo vontade política são bastantes para fazer uma revolução na APS. Isso agregaria um enorme valor à saúde da população brasileira.

A superação dos problemas da ESF no SUS envolve um elenco amplo de mudanças conforme apresentado. Isso se impõe porque a ESF é um problema complexo e, como tal, seus problemas não podem ser solucionados por uma agenda restrita. A instituição da ESF como uma estratégia de organização do SUS e a consolidação do ciclo evolutivo da atenção primária à saúde no SUS implicam uma atuação que envolva todas as intervenções, anteriormente mencionadas, tomadas em seu conjunto. Isso não é uma questão simples, nem rápida, nem barata.

Essa agenda de propostas de renovação da APS no SUS por meio da consolidação da ESF está coerente com as mudanças dos cuidados primários na direção indicada pela Organização Mundial da Saúde, expressa no Quadro 1.

Quadro 1: O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e de doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação com mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i>
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as alternativas

Fonte: Organização Mundial da Saúde ⁽⁹⁴⁾

Esses sentidos de mudança da APS, propostos pela Organização Mundial da Saúde, estruturam-se em profundas intervenções que refletem as convergências entre as evidências sobre: o que é necessário para uma resposta efetiva aos desafios da saúde no mundo de hoje; os valores da equidade, da solidariedade e da justiça social que dirigem o movimento da reforma da APS; e as expectativas crescentes da população nas sociedades modernas. Essas intervenções estruturam-se em quatro grandes grupos e são: as reformas em busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; as reformas na prestação dos serviços de saúde para construir

um sistema de atenção à saúde centrado nas pessoas; as reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde para tornar as autoridades mais confiáveis; e as reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades ⁽⁹⁴⁾.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se, principalmente, na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e expectativas das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários. As reformas na liderança devem procurar superar, de um lado, um estilo de gestão centralizado, de tipo comando-controle, e, de outro, uma destituição regulatória do Estado, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, requerida pela complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. As reformas nas políticas públicas devem articular a APS com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais.

CAPÍTULO 5 – O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF

INTRODUÇÃO

Uma visita à literatura internacional e nacional permitiu a construção de uma proposta de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas ⁽²¹⁾ que tem como base três outros modelos: o Modelo de Atenção Crônica ⁽³⁾, o Modelo da Pirâmide de Risco ^(284, 285, 286) e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead ⁽²⁸⁷⁾.

Por isso, faz-se nesse texto, uma diferenciação entre o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model (CCM)*, proposto por Wagner ⁽³⁾ e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o MACC, originário do CCM, mas com modificações para adaptá-lo ao SUS, feitas por Mendes ⁽²¹⁾.

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

O HISTÓRICO DO CCM

Os modelos de atenção às condições crônicas são de proposição recente e têm como modelo fundante, o CCM.

O CCM foi desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado num projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

Apesar da ampla difusão do CCM é bom estar atento à advertência de um de seus principais criadores: "*O modelo de atenção crônica não é uma panacéia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo*" ⁽³⁾. É, por essa razão,

que o modelo funciona, já que constitui uma solução complexa e sistêmica para um problema difícil como o da atenção às condições crônicas.

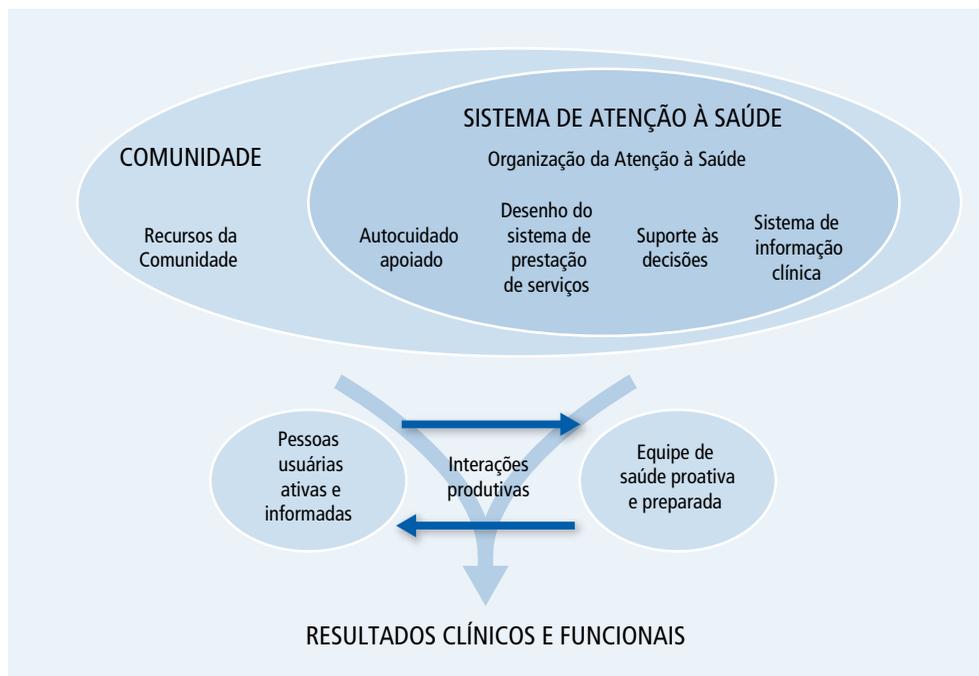
O CCM foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. A resposta a essa crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos foi o fator motivador para o desenvolvimento do CCM. Seus autores creem que as pessoas podem ser mais bem atendidas e podem viver mais saudavelmente e que, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde.

A DESCRIÇÃO DO CCM

O trabalho original de apresentação do CCM é de Wagner ⁽³⁾, representado na Figura 7.

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

Figura 7: O Modelo de Atenção Crônica



Fonte: Wagner ⁽³⁾

Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo *American College of Physicians*. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

A descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do modelo ⁽²⁸⁸⁾.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

As mudanças no primeiro elemento, a organização da atenção à saúde, objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade.

Isso se faz por meio de:

- Melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes seniores;
- Introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas;
- Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde;

- Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde;
- Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças. Os líderes seniores devem identificar as melhorias na atenção à saúde como um trabalho importante e traduzir essa percepção em políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças sistêmicas. As organizações efetivas tentam prevenir erros e problemas da atenção à saúde relatando e analisando os enganos e gerando mudanças para evitá-los. Problemas de falhas na comunicação e na coordenação da atenção à saúde devem ser prevenidos por meio de acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas entre os gestores e os prestadores de serviços.

O DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

As mudanças no segundo elemento, o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde;
- Introdução de novas formas de atenção como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância;
- Busca do equilíbrio entre atenção à demanda espontânea e atenção programada;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Isso exige

não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada, planejada e provida por uma equipe multiprofissional. Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial face-a-face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. Há que se buscar o incremento dos atendimentos previamente programados em relação aos não programados feitos por demanda espontânea. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

O SUPORTE ÀS DECISÕES

As mudanças no terceiro elemento, o suporte às decisões, objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde;
- Compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde;
- Uso de ferramentas de educação permanente e de educação em saúde de comprovada efetividade;
- Integração da APS com a atenção especializada.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, de alertas e de *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

As mudanças no quarto elemento, o sistema de informação clínica, objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de:

- Utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados;
- Provisão de alertas, de lembretes e de *feedbacks* oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias;
- Identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada;
- Elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária;
- Compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde;
- Monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

A atenção efetiva às condições crônicas é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e resumizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O AUTOCUIDADO APOIADO

As mudanças no quinto elemento, o autocuidado apoiado, objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

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

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde

e desenvolver um sentido de auto-responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

OS RECURSOS DA COMUNIDADE

As mudanças no sexto elemento, os recursos da comunidade, objetivam mobilizar esses recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Encorajamento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários efetivos;
- Parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias para dar apoio e desenvolver programas que ajudem a atender às necessidades das pessoas usuárias;
- Advocacia de políticas que melhorem a atenção à saúde.

Olhando para fora de si, as organizações de saúde podem fortalecer a atenção à saúde e evitar a multiplicação de esforços. Os programas comunitários existentes podem dar apoio ou expandir a atenção à saúde. Os conselhos locais de saúde podem exercitar, democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A implantação dos seis elementos do modelo geram pessoas usuárias ativas e informadas interagindo com equipes de saúde proativas e preparadas.

Pessoas usuárias ativas e informadas significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade.

A interação entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipe de saúde proativa e preparada produz, ao final, melhores resultados clínicos e funcionais.

A AVALIAÇÃO DO CCM

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

O estudo avaliativo clássico do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia ⁽²⁸⁹⁾, e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o CCM e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas. Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde. Mais de uma dezena e meia de artigos foram publicados sobre essa avaliação, mas os principais resultados foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos 6 elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações ^(290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301).

Vários outros trabalhos de avaliação do CCM estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo, parte deles publicados por autores que participaram ativamente de sua concepção ^(35, 302, 303, 304, 305, 306, 307). Há vários estudos avaliativos do CCM utilizando ensaios clínicos randomizados ^(308, 309, 310). Outros estudos avaliativos voltaram-se para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas ^(311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319). Outros trabalhos analisaram condições crônicas particulares ^(320, 321, 322). Outras avaliações trataram de aspectos organizacionais relativos à atenção às condições crônicas ^(323, 324, 325, 326). Há outros estudos que se fixaram na avaliação econômica da atenção crônica, especialmente estudos de custo-efetividade ^(327, 328, 329). Por fim, elaboraram-se trabalhos de avaliação da satisfação das pessoas usuárias ^(18, 330). O CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos porque eles se potenciam uns aos outros ⁽¹⁸⁾.

Uma parte significativa dos trabalhos avaliativos mencionados trata da aplicação do CCM na APS, o que significa que o modelo opera com efetividade, eficiência e qualidade nos cuidados primários.

A APLICAÇÃO DO CCM

O CCM, apesar de desenvolvido, aplicado e avaliado nos Estados Unidos, não é adotado extensamente naquele país, com exceção para as organizações que se estruturam como sistemas integrados de atenção à saúde e que cobrem, apenas, em torno de 5% da população daquele país ⁽²⁷⁾. A razão pela qual ele não é intensivamente utilizado no país norte-americano é que o CCM guarda certa incompatibilidade com os princípios organizativos ali prevaletentes como a fragmentação do sistema, os incentivos econômicos perversos, a ausência de uma orientação para a APS e a inexistência de um foco populacional ⁽¹⁸⁾.

A proposta original do CCM foi adaptada em vários países e situações, gerando uma série de modelos derivados em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos.

Esse modelo encontra um ambiente melhor de desenvolvimento em sistemas atenção à saúde, públicos e universais ⁽¹⁸⁾. Por isso, tem sido implantado, com ajustes, mais ou menos profundos, em países como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Singapura e outros, e em países em desenvolvimento ^(4, 21, 43).

A partir da análise da experiência dos Estados Unidos, sugeriu-se que o CCM deveria ser implantado extensivamente na Europa e propôs os seguintes elementos-chave de sua adaptação àquela região: a cobertura universal; a limitação dos co-pagamentos para permitir o acesso aos serviços de saúde; a APS organizada com base em populações e subpopulações cadastradas no sistema de atenção à saúde, estratificadas por riscos; as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde como parte integrante do modelo; a integração clínica; e o uso de tecnologias de gestão da clínica, como o gerenciamento de doença e a gestão de caso ⁽¹⁸⁾.

No Reino Unido, o CCM gerou o modelo de atenção à saúde e assistência social para enfrentar as condições crônicas de longa duração, em consonância com o Plano de Melhoria do Serviço Nacional de Saúde. Esse modelo integra as ações dos setores de saúde e de assistência social ⁽²⁸⁴⁾. O modelo assenta-se em intervenções realizadas em três âmbitos: na infraestrutura, no sistema de atenção à saúde e nos resultados da atenção à saúde. No sistema de atenção à saúde, as intervenções são na promoção da saúde, no autocuidado apoiado, no gerenciamento de doença e na gestão de caso. Nos resultados, procura-se chegar a pessoas usuárias mais bem informadas e empoderadas e a profissionais de saúde e de assistência social proativos e bem preparados. Os fatores-chave do modelo de atenção à saúde e assistência social são:

um enfoque sistemático para integrar atenção à saúde, assistência social, profissionais e pessoas usuárias; a identificação de todos os portadores de condições crônicas; a estratificação das pessoas usuárias para que possam receber atenção diferenciada segundo suas necessidades; o uso da gestão de caso para pessoas com condições crônicas complexas; a capacidade de identificação de pessoas usuárias que usam intensivamente os serviços; a utilização de equipes multiprofissionais na APS, com apoio de especialistas; a ênfase no autocuidado apoiado; e o uso de instrumentos e tecnologias já disponíveis para produzir impacto na saúde das pessoas.

No Canadá, na província de British Columbia, tem sido usado o modelo de atenção crônica expandido. As autoridades sanitárias dessa província sentiram que o CCM era excessivamente focalizado em aspectos clínicos, o que dificultaria sua aplicação nas ações de promoção da saúde. Por isso, introduziram, no CCM, o componente de promoção da saúde, voltado para os determinantes sociais da saúde e para a participação da comunidade o que expande o escopo do modelo ^(331, 332).

Na Austrália, tem sido utilizado o modelo da continuidade da atenção à saúde baseado na constatação de que as condições crônicas desenvolvem-se em resposta a diferentes riscos, de forma progressiva. A evolução das condições crônicas se inicia por uma população saudável, depois por subpopulações com presença de fatores de risco, depois por subpopulações com condição crônica estabelecida com diferentes riscos e subpopulações portadoras de condições crônicas em estado terminal. Para cada um desses estágios definem-se intervenções singulares de promoção da saúde, de atuação sobre os fatores de risco, as ações de recuperação e reabilitação e de cuidados paliativos para os portadores de condições terminais ⁽³³³⁾.

Uma variante do modelo de continuidade da atenção à saúde foi implementada na Nova Zelândia, o modelo do curso da vida. O curso da vida aponta para uma evolução contínua que vai de uma população protegida para uma população vulnerável, daí para uma população com condição estabelecida sem complicações e, finalmente, para uma população com condição de saúde estabelecida com complicações. A cada momento de evolução respondem-se com ações de promoção primária, secundária e terciária à saúde ⁽³³⁴⁾.

Na Dinamarca, desenvolveu-se um sistema que combina o modelo expandido de atenção crônica com o modelo de continuidade da atenção à saúde. Esse modelo materializa-se através de serviços baseados na comunidade e na atenção domiciliar ⁽³³⁵⁾.

Na Holanda, o governo implementou os componentes do CCM, num programa de atenção transmural, que se destina a superar a brecha entre a atenção hospitalar e comunitária ⁽³³⁶⁾.

Variantes do CCM têm sido aplicadas na Ásia. Em Singapura foi proposto um modelo baseado na APS e no autocuidado, mas com pouca ênfase em mudanças organizacionais ⁽³³⁷⁾.

Um modelo importante que representa, também, uma expansão do CCM, é o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas (CICC), proposto pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾ e aplicado em vários países, muitos deles países em desenvolvimento. A expansão do modelo de atenção crônica, perseguida pelo modelo da Organização Mundial da Saúde, deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. O CICC propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, o nível meso e o nível macro. Sua implementação faz-se a partir de oito elementos essenciais: apoiar a mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema integrado de atenção à saúde; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o cuidado na pessoa usuária e na família; apoiar as pessoas usuárias em suas comunidades; e enfatizar a prevenção. Há evidências de que componentes específicos desse modelo determinam melhorias em alguns processos e resultados sanitários, mas não há evidência robusta do valor do foco nas políticas de saúde ⁽³³⁸⁾.

No Brasil, o CCM tem sido utilizado, pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽³³⁹⁾, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre ⁽³⁴⁰⁾, na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema ⁽³⁴¹⁾ e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde que atua em vários municípios: Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Iha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim e Tijucas ⁽³⁴²⁾.

O CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 ⁽³⁴³⁾.

O CCM NA PRÁTICA

Há vários trabalhos que relatam a aplicação prática do CCM.

Aqui se escolhe um deles, um programa denominado de *Accelerating Change Today* (ACT) nos Estados Unidos ⁽³⁴⁴⁾. O ACT é um programa que objetiva a melhoria da qualidade da atenção à saúde através da identificação de melhores práticas e de inovações clínicas e administrativas que propiciem: melhoria dos resultados sanitários para as pessoas; maior eficiência na prestação dos serviços; incremento do acesso a

serviços prestados oportunamente; facilitação do uso dos serviços; diminuição dos custos; e redução dos erros médicos e dos cuidados impróprios.

O ACT é apresentado numa publicação que contém uma introdução conceitual e vários estudos de caso sobre o manejo de condições crônicas com a utilização do CCM. A introdução conceitual é feita por Edward Wagner, o coordenador da equipe que desenvolveu o CCM. A constatação desse autor é que os casos tiveram sucesso porque as organizações adotaram três ingredientes mais importantes: uma clara definição do que é o cuidado ótimo; uma clara estratégia para mudar o sistema; e uma efetiva estratégia para promover as melhorias no sistema⁽³⁴⁵⁾. Com relação aos ingredientes da estratégia para mudança do sistema de atenção à saúde colocam-se desafios e soluções que se estruturam a partir dos seis elementos do CCM.

Desafio 1: A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.

Solução 1: A organização da atenção à saúde

- A implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.

Desafio 2: Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face-a-face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos e com forte conteúdo prescritivo.

Solução 2: O desenho do sistema de prestação de serviços

- A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multiprofissional que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve estar presente, seja presencial, seja a distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.

Desafio 3: A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.

Solução 3: Suporte às decisões

- É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar apoio às decisões. Há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks*, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais-líderes.

Desafio 4: A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.

Solução 4: Sistema de informação clínica

- É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê *feedback* de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos.

Desafio 5: As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem.

Solução 5: Autocuidado apoiado

- As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.

Desafio 6: Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.

Solução 6: Recursos da comunidade

- Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.

O Boxe 2 expõe um estudo de caso da aplicação do CCM na APS.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives

Nos Estados Unidos, instituiu-se uma rede de centros de APS, a Health Disparities Collaboratives, organizada com integração com serviços especializados, com o objetivo de melhorar a atenção às condições crônicas. A missão da rede é substituir a APS fragmentada, episódica e reativa por uma atenção integral, contínua e proativa. Seu lema é mudar a prática da rede colaborativa para mudar a vida das pessoas.

A rede adotou o CCM em sua organização, atingindo, no período de 1998 a 2002, 414 equipes de APS e trabalhando com as seguintes condições crônicas: diabetes, asma, depressão, doenças cardiovasculares e câncer.

As principais mudanças nos seis elementos do modelo de atenção crônica foram:

Organização da atenção à saúde

Os esforços de melhoria da atenção à saúde estão articulados com um sistema de qualidade. O plano estratégico das organizações de saúde enfatiza a lógica da atenção às condições crônicas e transforma isso em metas claras de alcance de resultados sanitários e econômicos. Há um envolvimento dos profissionais de saúde com liderança, nesse esforço. As ações estratégicas são suportadas por recursos humanos, materiais e financeiros adequados. As mudanças nesse elemento envolveram: expressar a melhoria da atenção às condições crônicas na visão, na missão, nos valores e nos planos estratégico e tático das organizações; envolver as lideranças nesse esforço de atenção às condições crônicas; assegurar uma liderança contínua para a melhoria da qualidade clínica; e integrar o modelo de atenção a um programa de qualidade.

Desenho do sistema de prestação de serviços

O sistema de atenção não somente determina que tipo de cuidado é necessário, mas torna claros os papéis e as tarefas que se impõem para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada. Também, assegura que toda a equipe de saúde envolvida com a atenção a uma pessoa tenha informação atualizada sobre sua saúde e seja capaz de monitorá-la ao longo do tempo. A atuação da equipe de saúde está calcada nas necessidades das pessoas usuárias e nas metas de autocuidado. São realizados atendimentos pela equipe de saúde com portadores de uma mesma condição. As mudanças nesse elemento envolveram: usar o prontuário clínico para elaboração e monitoramento do plano de cuidado; definir o papel da equipe multiprofissional de saúde nos atendimentos de grupos de pessoas usuárias; designar membros das equipes de saúde para monitoramento das pessoas usuárias através de chamadas telefônicas, correio eletrônico e de visitas domiciliares; e usar agentes de saúde comunitários para ações fora das unidades de saúde.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives

Suporte às decisões

As decisões relativas ao manejo das condições crônicas estão estruturadas em diretrizes clínicas desenvolvidas através da medicina baseada em evidência. Essas diretrizes integram-se na prática cotidiana das unidades de saúde. Isso exigiu a transformação das diretrizes clínicas em produtos educacionais e sua aplicação às equipes de saúde, através de programas de educação permanente, e às pessoas usuárias, através de instrumentos de educação em saúde. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir as diretrizes clínicas baseadas em evidências na ação cotidiana do sistema de atenção à saúde; estabelecer uma relação fluida entre a equipe de APS e os especialistas temáticos para um suporte especializado eficaz; promover a educação permanente para toda equipe de saúde; e promover, com base nas diretrizes clínicas, a educação em saúde das pessoas usuárias.

Sistema de informação clínica

A utilização de um sistema de informação clínica, tanto para pessoas usuárias individuais quanto para grupos populacionais, tem sido fundamental para o manejo das condições crônicas. A prioridade é o uso de prontuários clínicos eletrônicos. Esse sistema de informação clínica é que permite uma integração dos seis elementos do modelo de atenção e a elaboração e o monitoramento do plano de cuidado de cada pessoa usuária. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir o prontuário clínico eletrônico; desenvolver o processo de utilização cotidiana do prontuário clínico eletrônico; fazer o registro de cada condição crônica por grau de risco; e usar o prontuário clínico eletrônico para gerar lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias e para produzir indicadores de efetividade clínica do sistema de atenção à saúde.

Autocuidado apoiado

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. Os usuários desempenham um papel central em determinar sua atenção à saúde, desenvolvendo um sentido de responsabilidade por sua própria saúde. Na prática esse enfoque implica uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo da condição crônica. As mudanças nesse elemento envolveram: usar instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; estabelecer metas de autocuidado em conjunto com as pessoas usuárias; treinar os profissionais de saúde para que colaborem com as pessoas usuárias no estabelecimento de metas para o autocuidado; monitorar as metas de autocuidado; usar a atenção em grupos de pessoas usuárias para dar suporte ao autocuidado; prover o apoio ao autocuidado através de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

Recursos da comunidade

É preciso envolver a comunidade nos programas de atenção às condições crônicas. Assim, articulam-se as ações das organizações de saúde com a comunidade, especialmente com as organizações da sociedade civil (igrejas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais etc.). As mudanças nesse elemento envolveram: estabelecer parcerias com outras organizações comunitárias para dar suporte aos programas de enfrentamento às condições crônicas; dar relevo às ações intersetoriais, especialmente na promoção da saúde; elevar a consciência da comunidade em relação ao problema das condições crônicas; e proporcionar uma lista de recursos comunitários para as equipes de saúde e para as pessoas usuárias e suas famílias.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives

Os resultados da aplicação do CCM na APS se fizeram sentir rapidamente. Pesquisas avaliativas obtiveram os seguintes resultados: numa amostra de 8.030 portadores de diabetes, a hemoglobina glicada caiu de 9,0% em março de 1999 a 8,0% em julho de 2001; numa amostra de 1.200 portadores de asma, a porcentagem de pessoas usuárias com asma persistente recebendo medicação apropriada com adesão à medicação anti-inflamatória aumentou de 10% para 70% em, apenas, dez meses de introdução do novo modelo; e houve uma rápida melhoria nos sintomas, em mais da metade dos portadores de depressão.

Fonte: Health Disparities Collaboratives ⁽³⁴⁶⁾

O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial.

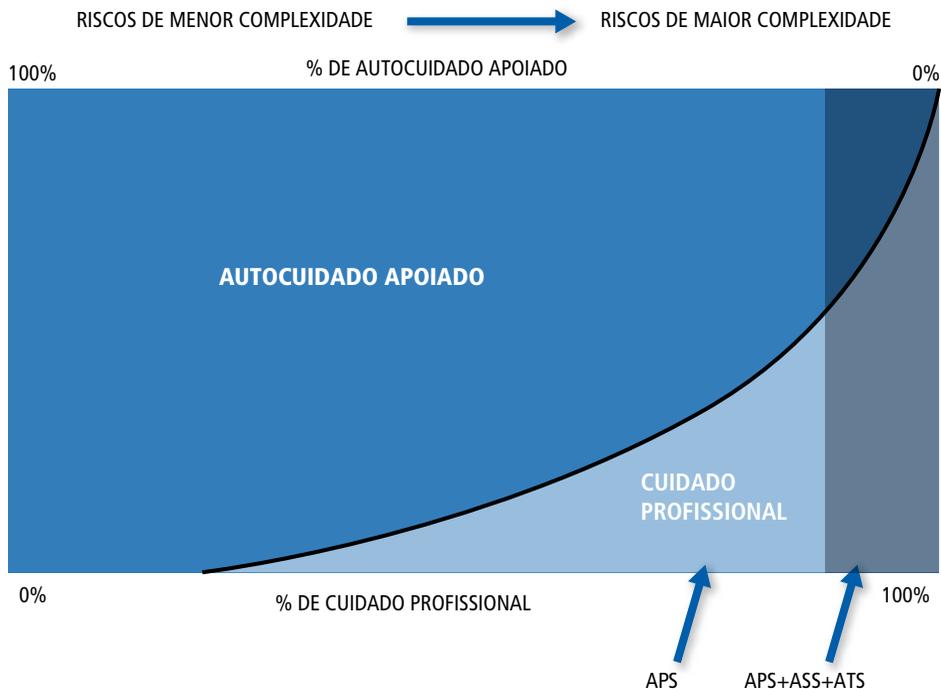
O MPR transcendeu a organização que o criou e tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido ⁽²⁰⁾. A aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, num experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde ⁽³⁴⁷⁾.

OS MODELOS DE BASE DO MPR

O MPR está em consonância com os achados de Leutz ⁽³⁴⁸⁾. Para esse autor as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, representada na Figura 8 ⁽³⁴⁹⁾.

Figura 8: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



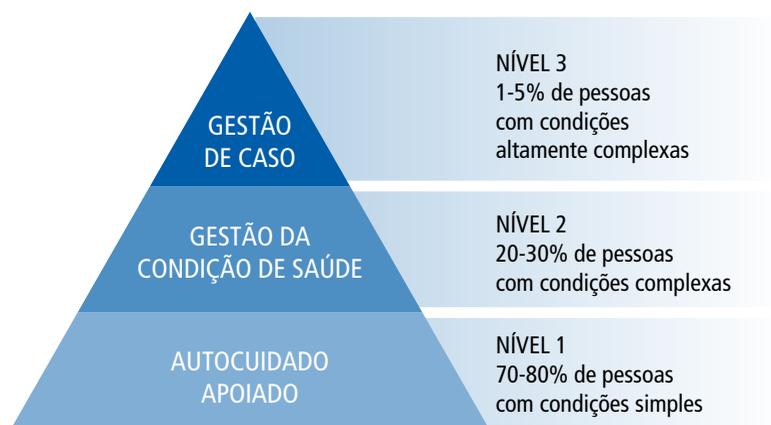
APS: Atenção primária à saúde
 ASS: Atenção secundária à saúde
 ATS: Atenção terciária à saúde
 Fonte: Brock ⁽³⁴⁹⁾

Conforme se verifica na Figura 8, o cuidado das condições crônicas estabelece-se num espectro que varia de 100% de autocuidado apoiado (por exemplo, escovação regular dos dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento de neurocirurgia). Entre esses dois extremos tende a haver um *mix* de autocuidado apoiado e de cuidado profissional. Esse *mix* varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas simples terão uma proporção de autocuidado apoiado maior em relação ao cuidado profissional, que as pessoas portadoras de condições crônicas muito ou altamente complexas.

A DESCRIÇÃO DO MPR

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 9.

Figura 9: O modelo da pirâmide de riscos



Fontes: Department of Health ⁽²⁸⁴⁾; Porter e Kellogg ⁽²⁸⁶⁾.

A Figura 9 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

O MPR evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais ⁽³⁵⁰⁾. O foco foi, inicialmente, na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas (nível 3), à semelhança de outros modelos, o modelo *Evercare* ⁽³⁵¹⁾ e o modelo *Pfizer* ⁽³⁵²⁾, mas evoluiu para incorporar a população inteira de portadores de uma determinada condição crônica e atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

O MPR sofreu influência do CCM, mas apresenta algumas singularidades: a integração do sistema de atenção à saúde; a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica; os esforços em ações

promocionais e preventivas; a ênfase no autocuidado apoiado; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias; o fortalecimento da APS; a completa integração entre a APS e a atenção especializada; e a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica.

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

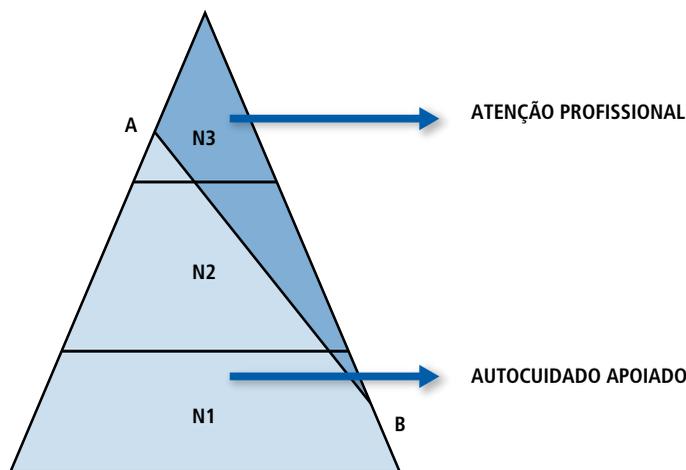
As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

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

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de atenção à saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados ⁽⁴³⁾.

O MPR, em coerência com o espectro da atenção à saúde nas condições crônicas, divide, em dois grandes blocos a natureza do cuidado, o que é representado na Figura 10 pela linha AB.

Figura 10: Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado



N1: Nível 1;

N2: Nível 2

N3: Nível 3.

Fonte: Brock ⁽³⁴⁹⁾

A parte superior da linha AB significa a atenção profissional e a parte inferior da linha AB significa o autocuidado apoiado. Pode-se, então, verificar que à medida em que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai se modificando a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional. Conseqüentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional.

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

No nível 1 está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica.

No nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde.

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

Na Figura 10, a parte inferior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade menores, corresponde ao campo de ação de concentração relativa das intervenções de autocuidado apoiado em relação à atenção profissional. Diferentemente, a parte superior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade mais altos, corresponde ao campo de ação em que há uma maior proporção de atenção profissional em relação ao autocuidado apoiado, envolvendo, inclusive, a atenção especializada; no terceiro nível predomina a atenção profissional, convocando a ação coordenadora de um profissional de saúde que cumpre as funções de um gestor de caso.

De outra parte, os níveis de complexidade definem composições relativas entre os cuidados da APS e da atenção especializada e dos cuidados de generalistas e de especialistas. Além disso, têm influências na definição das coberturas de atendimentos pelos profissionais porque à medida em que a complexidade aumenta há uma maior concentração de cuidados profissionais especializados.

Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da ESF, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidado profissional. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da ESF. No nível 3, há uma presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofereçam, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não

agregam valor às pessoas. Por exemplo, no SUS, é rotineiro que os portadores de hipertensão de baixo e médio riscos estejam recebendo 6 consultas médicas e 6 consultas de enfermagem por ano, o que não é necessário, segundo as evidências científicas. Essa sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da ESF. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente.

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

Para que o MPR seja implantado na rotina da clínica, é fundamental que as diretrizes clínicas relativas às condições crônicas, estratifiquem a população por estratos de riscos, como por exemplo: pessoas portadoras de hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, gestantes de risco habitual e de alto risco, pessoas idosas robustas e pessoas idosas frágeis.

É preciso ter claro que, na aplicação clínica, os estratos de risco devem ser cruzados com a capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de condições crônicas. Dessa forma, em algumas situações, uma pessoa estratificada no nível 1, se tiver uma capacidade muito baixa de autocuidado, poderá ter uma concentração de cuidados profissionais maior que a preconizada na linha-guia para aquele nível de estratificação.

AS EVIDÊNCIAS DO MPR

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais ^(286, 338, 353, 354, 355).

Os resultados da aplicação do MPR puderam ser vistos quando se compararam dados da KP com a média nacional dos Estados Unidos. A população fumante da KP, em termos proporcionais, é a metade da população americana. As internações hospitalares são quase a metade na clientela da KP em relação à média americana. A KP tem índices de cobertura muito favoráveis, em geral superiores à média americana, em: rastreamento do câncer de mama, 79%; rastreamento de clamídia, 64%; rastreamento de câncer colorretal, 51%; rastreamento de câncer de colo de útero, 77%; imunização de crianças, 86%; o controle da pressão arterial variou de 33% em 2001 para 76% em 2006; controle da hemoglobina glicada, 89%; controle de coles-

terol, 94%; e controle oftalmológico do diabetes, 81%. As consultas de emergência caíram, no período de 1996 a 2006, em 18% para doenças coronarianas, 24% para diabetes e 17% para insuficiência cardíaca. 93% dos portadores de asma recebem um tratamento adequado. 85% das pessoas que apresentaram infarto agudo do miocárdio mantiveram regularmente a medicação com base em beta-bloqueadores, o que reduziu em 30% o risco de um novo infarto em relação à média nacional. A mortalidade por doenças cardíacas na população KP caiu 21% entre 1996 e 2005 e foi inferior à média americana. A mortalidade por HIV/Aids foi inferior a 1% por ano e 91% das gestantes fizeram teste para detecção de HIV/Aids ^(286, 353, 356)

Uma comparação internacional entre o sistema integrado de saúde da KP, em que se originou o MPR, e o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido mostrou que: os custos dos dois sistemas são próximos; as pessoas usuárias da KP têm acesso a uma carteira de serviços mais extensa; têm um acesso mais rápido a especialistas e a hospitais; o sistema inglês usa muito mais leitos-dia que a KP; o tempo de permanência média nos hospitais varia com a idade no NHS, mas não no sistema da KP; a KP tem maior grau de integração; e a KP utiliza muito mais tecnologias de informação ⁽³⁵⁷⁾. Outro estudo, comparando as mesmas duas organizações, constatou que as internações hospitalares, pelas 11 causas mais frequentes, foram três vezes maiores no NHS que na KP ⁽³⁵⁸⁾.

Outro trabalho de comparação do sistema público de atenção à saúde da Dinamarca com o sistema da KP verificou que: o sistema da KP diagnostica mais portadores de condições crônicas; a KP opera com médicos e equipes de saúde menores, 131 médicos por 100 mil beneficiários na KP contra 311 médicos por 100 mil beneficiários no sistema dinamarquês; a KP opera com taxas de permanência hospitalar em eventos agudos de 3,9 dias contra 6,0 dias no sistema dinamarquês; as taxas de permanência para derrame cerebral são de 4,2 dias na KP contra 23 dias no sistema dinamarquês; 93% dos portadores de diabetes da KP fazem o exame de retina anual contra 46% no sistema da Dinamarca; e o gasto *per capita* na KP, em dólares ajustados pelo poder de compra, é de 1.951 dólares na KP contra 1.845 dólares no sistema dinamarquês ⁽³⁵⁹⁾.

A IMPORTÂNCIA DO MPR NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

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

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão baseada na população. A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da APS e da atenção especializada.

Numa linha-guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a APS, a hipertensão arterial – uma subpopulação com prevalência estimada de 20% da população adulta – está estratificada da seguinte forma: portadores de hipertensão de baixo risco, 40% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de médio risco, 35% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de alto e muito alto riscos, 25% da subpopulação de portadores de hipertensão. As intervenções sanitárias propostas na linha-guia são distintas para os diferentes estratos de risco, concentrando-se a intensidade da atenção profissional e especializada nos portadores de alto e muito alto riscos, 25% do total da subpopulação portadora de hipertensão ⁽³⁶⁰⁾.

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares.

A atenção à saúde baseada na população move o sistema de atenção de um indivíduo que necessita de cuidado para o planejamento e a prestação de serviços a uma população determinada, o que vai exigir da ESF conhecimentos e habilidades para captar as necessidades de saúde da população e de suas subpopulações de acordo com seus riscos ⁽³⁶¹⁾.

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

dades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

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

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, a essência das RASs, e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbididades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhados pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autcapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde^(286, 338, 356, 362); impactos positivos nos resultados clínicos^(363, 364, 365, 366); e maior eficiência no uso dos recursos de saúde^(43, 367, 368, 369, 370).

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas ⁽³⁷¹⁾. Em outras palavras, a má saúde dos pobres, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentro e dentro dos países são provocadas por uma distribuição desigual consistente, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas consequentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível, e a possibilidade de ter uma vida próspera. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades injustas é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito ⁽³⁷²⁾.

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde: permitem prever a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; estruturam os comportamentos relacionados com a saúde; e interatuam mutuamente na geração da saúde ⁽³⁷²⁾.

A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas ⁽³⁷³⁾.

Há, na literatura, diferentes propostas de modelos de determinação social da saúde: Modelo de Evans e Stoddart, Modelo de Brunner e Marmot, Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead, Modelo de Starfield, Modelo de Graham e Modelo de Solar e Irwin ⁽³⁷⁴⁾. Apesar da existência desses modelos que buscam explicar com mais detalhes as relações e as mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁽³⁷⁵⁾ escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead ⁽²⁸⁷⁾ para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde, como se vê na Figura 11.

Figura 11: O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren & Whitehead ⁽²⁸⁷⁾

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

Como se pode ver na Figura 11, os indivíduos estão no centro do modelo, a camada 1 dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 2, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não

somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 3 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas ⁽³⁷⁶⁾.

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

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

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

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

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

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças.

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

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

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea⁽¹⁵⁾. Uma primeira, a da determinação social da saúde, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; uma segunda, voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e uma terceira, o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde. O modelo de atenção às condições crônicas permite integrar essas três perspec-

tivas que se complementam, até porque há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si mesmos, um importante determinante social da saúde ^(377, 378, 379).

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes ⁽²¹⁾ desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

POR QUE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS?

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

Há várias razões para o desenvolvimento do MACC. Esse modelo baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega, àquele modelo seminal, outros elementos para ajustá-lo às singularidades do SUS. A razão é que o CCM foi concebido num ambiente de sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos fortemente marcados pelos valores que caracterizam a sociedade americana, dentre eles o autointeresse e a competitividade, e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais. A base do MACC é o CCM, mas, esse modelo de origem, foi expandido, com a incorporação de outros dois modelos – o MPR e o modelo da determinação social da saúde –, para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS.

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

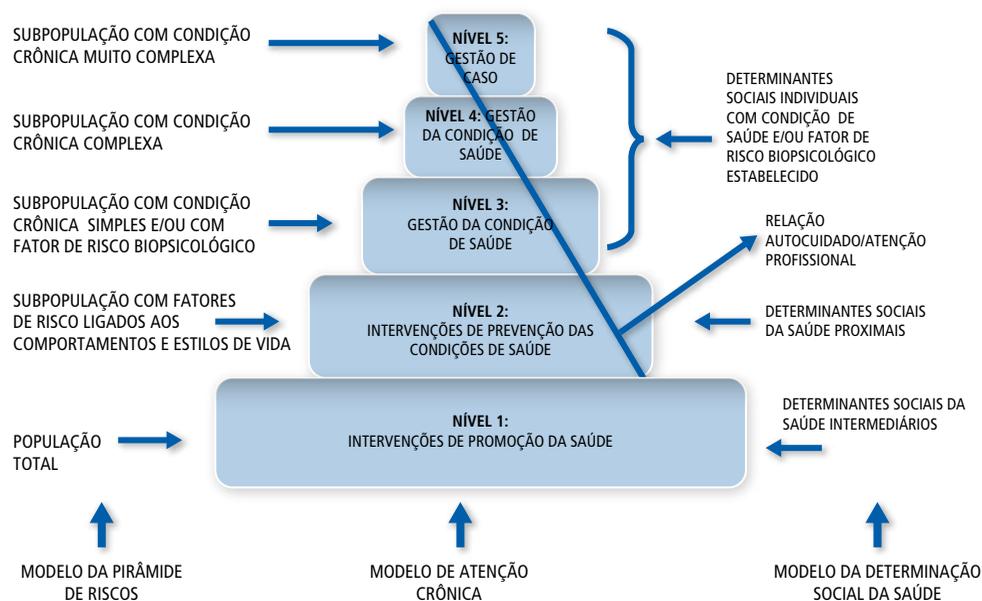
Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso levou à incorporação, no MACC, do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, à semelhança do modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas da Organização Mundial da Saúde, do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido e do modelo de atenção crônica

expandido de British Columbia, Canadá, o MACC é um modelo que se expandiu para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde.

A DESCRIÇÃO GERAL DO MACC

O MACC está representado, graficamente, na Figura 12.

Figura 12: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

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

O MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais. Como esse livro trata da APS, aqui se considera sua aplicação nesse âmbito local.