

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

**A MODELAGEM DAS
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Assessoria de Normalização

gnas@saude.mg.gov.br

3247. 3824

Eugênio Vilaça Mendes

**A MODELAGEM DAS
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

JULHO 2007

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| I - | INTRODUÇÃO | 5 |
| II - | OS MOMENTOS DA MODELAGEM DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE | 7 |
| | Momento 1: A análise de situação das redes de atenção à saúde | 7 |
| | Momento 2: A escolha do modelo de atenção à saúde | 11 |
| | Momento 3: A construção dos territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde | 14 |
| | Momento 4: O desenho das redes de atenção à saúde | 18 |
| | Momento 5: A modelagem da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde | 20 |
| | Momento 6: A modelagem dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários nas redes de atenção à saúde | 23 |
| | Momento 7: A modelagem dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde | 26 |
| | Momento 8: A modelagem dos sistemas logísticos nas redes de atenção à saúde | 29 |
| | Momento 9: A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde | 34 |
| III - | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |
| IV - | ANEXOS | 45 |
| | 1. Atributos e diferentes níveis de integração das redes de atenção à saúde | 45 |
| | 2. A matriz de desenho das redes temáticas de atenção: pontos de atenção à saúde: | 50 |
| | A matriz de pontos de atenção à saúde | 52 |
| | A matriz de sistemas de apoio | 53 |
| | A matriz de sistemas logísticos | 54 |

I – INTRODUÇÃO

A modelagem das redes de atenção à saúde poderia ser abordada de diferentes maneiras. Uma delas, pela proposição de uma normativa dura, a ser seguida em diferentes lugares e por diferentes redes de atenção à saúde. Uma outra, através de diretrizes gerais que devem ser adaptadas às condições regionais e/ou locais em que as redes de atenção à saúde serão implantadas.

Dadas as diferentes realidades econômicas, culturais e sanitárias vigentes no Brasil, optou-se pela segunda alternativa, o que significa a proposição de normativa leve, sobre a forma de diretrizes operacionais, a ser adaptada às diferentes realidades do País. Em alguns casos oferecem-se opções metodológicas distintas que podem ser consideradas na prática social de construção de redes de atenção à saúde.

A operacionalização está construída no suposto de que as redes de atenção à saúde conformam-se socialmente através da interação de três elementos fundamentais: uma população, um *framework* operacional e um sistema lógico.

O primeiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é uma população definida, estabelecida, ou não, em territórios sanitários.

O segundo elemento constitutivo das redes é o de um *framework* operacional que se compõe de:

- i. os pontos de atenção à saúde, uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular (por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa etc);
- ii. o centro de comunicação das redes que é exercitado pela atenção primária à saúde;
- iii. os sistemas de apoio que são transversais a todas as redes de atenção à saúde: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica;
- iv. os sistemas logísticos como os cartões de identificação dos usuários, os prontuários únicos, os sistemas de regulação da atenção (acesso regulado às urgências e emergências, às internações hospitalares eletivas, a procedimentos ambulatoriais eletivos etc) e os sistemas de transportes sanitários;
- v. e o sistema de governança das redes de atenção à saúde.

O terceiro elemento constitutivo das redes é o sistema lógico de seu funcionamento, expresso por um modelo de atenção à saúde singular.

II – OS MOMENTOS DA MODELAGEM DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A modelagem está organizada por momentos. O conceito de momento significa a ocasião ou a circunstância pela qual passa um processo contínuo ou em cadeia que não tem início, nem fim definido (Matus, 1987). Assim, a passagem de um processo de construção de redes de atenção à saúde por um momento determinado implica somente um domínio transitório deste momento sobre os demais que estão, contudo, presentes e ativos neste processo. Conseqüentemente, nenhum momento é necessariamente primeiro que outro, não constitui uma etapa de um processo, nem necessariamente fecha o processo desencadeado.

Os momentos de modelagem das redes de atenção à saúde são os seguintes:

Momento 1: A análise de situação das redes de atenção à saúde;

Momento 2: A definição do modelo de atenção à saúde;

Momento 3: A construção dos territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde;

Momento 4: O desenho das redes de atenção à saúde;

Momento 5: A modelagem da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde;

Momento 6: A modelagem dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários nas redes de atenção à saúde;

Momento 7: A modelagem dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde;

Momento 8: A integração vertical dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde;

Momento 9: A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde.

MOMENTO 1: A ANÁLISE DE SITUAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A análise de situação das redes de atenção à saúde deve fazer-se sobre a população e sobre as redes de atenção à saúde, construídas como respostas sociais às necessidades de saúde desta população.

A análise populacional leva à definição do estado de saúde que é uma medida da extensão na qual esta população pode funcionar física, mental e socialmente. Este diagnóstico é feito por meio de informações descritivas que coletam dados segundo pessoas, lugares e tempo (Fos & Fine, 2005).

As variáveis pessoais medem as características individuais que são importantes para a descrição do estado de saúde e doença e suas tendências. Dados demográficos e sócio-econômicos permitem estabelecer *insights* sobre padrões, etiologia e causas das doenças.

As variáveis pessoais que devem ser descritas são: idade, sexo, raça, estado marital e estado sócio-econômico. Com relação ao estado sócio-econômico os dados mais importantes relacionam-se com ocupação, renda, educação e estilos de vida. Dependendo do modelo de atenção à saúde definido, haverá que se conhecer os determinantes sociais da saúde (World Health Organization, 2005) e importam informações sobre os determinantes estruturais (coesão social, renda, educação e ambiente) e sobre os determinantes intermediários (condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimentos e barreiras para a adoção de comportamentos relacionados com a saúde). As pirâmides populacionais mostram a estrutura demográfica e, analisadas ao longo do tempo, permitem identificar tendências de crescimento.

As variáveis de lugar indicam padrões geográficos que são úteis para compreender o processo de saúde/doença e podem ajudar a distinguir fatores genéticos dos ambientais na causação das doenças. Estas variáveis são importantes, também, para a construção de redes de atenção à saúde que se estruturam com bases territoriais. As variáveis de lugar, portanto, devem ser construídas segundo os territórios sanitários das redes de atenção à saúde (país, província ou estado, macrorregião, mesorregião, município etc).

As variáveis de tempo são úteis na definição de tendências das doenças. Normalmente trabalha-se com as variáveis de curto, médio e longo prazos.

Ademais, a análise de situação de saúde da população deve utilizar as medidas de morbidade, tais como as taxas de prevalência e as taxas de incidência, e as medidas de mortalidade como as taxas de mortalidade e a carga das doenças. Em termos de carga das doenças, se disponíveis, devem ser levantados os anos de vida ajustados por incapacidade. Devem ser analisados os fatores de risco proximais como sedentarismo, baixa ingestão de frutas e vegetais, uso de tabaco, uso de álcool e de outras drogas e sexo sem segurança, bem como de fatores de risco biológicos como baixo peso, sobrepeso ou obesidade, hipertensão arterial e colesterol elevado.

Alguns modelos de atenção à saúde exigem a segmentação da população, segundo os tipos de intervenção. Por exemplo, o modelo de atenção à saúde da *Kaiser Permanente* opera com: população total, população com doença crônica simples, população com doença crônica complexa e população com doenças crônicas muito complexas (Singh & Ham, 2006).

A utilização destas variáveis deve levar à determinação do perfil demográfico e epidemiológico da população que servirá de referência para a definição do modelo de atenção à saúde e para a estruturação das redes de atenção à saúde.

A análise estrutural das redes de atenção à saúde faz-se com base numa proposta de análise dos sistemas integrados de saúde, formulada a partir de uma revisão sistemática clássica da literatura referente ao tema (Vázquez et al, 2005).

A proposta estabelece objetivos para as redes de atenção à saúde que são: a eficiência dos serviços e a continuidade da atenção que se obtém a partir de um objetivo intermediário que é a coordenação da atenção.

O modelo de análise sustenta-se em três componentes principais: a descrição das organizações das redes, os fatores condicionantes da integração das redes e a coordenação da atenção à saúde.

O modelo de análise se inicia com a descrição das organizações da rede. Esta descrição envolve as características principais, os elementos externos e o entorno e os elementos internos.

As características-chave para descrever uma rede são: amplitude, profundidade, nível de produção interna e liderança. A amplitude é dada pelo número de diferentes serviços que são ofertados pela rede; a profundidade é dada pelo número de unidades que prestam um mesmo serviço; o nível de produção interna é dado pela relação entre os serviços próprios da rede e os serviços comprados de terceiros; a liderança é examinada na constituição e gestão da rede e nos tipos de propriedade ou relações contratuais que se estabelecem.

A análise destas características-chave permite identificar tipos de redes de atenção à saúde. Segundo o tipo de serviços que se integram as redes podem ser de integração vertical, se há diferentes serviços integrados, ou de integração horizontal, se integram serviços da mesma natureza. Em relação à produção interna dos serviços as redes podem ser classificadas desde uma posição polar de prestação direta de todos os serviços, a uma outra, de contratação de todos os serviços a terceiros. Segundo a liderança, as redes podem ser lideradas por hospitais, pela atenção primária à saúde, por grupos profissionais, por profissionais de saúde, por seguradoras, etc. Por fim, nas relações inter-organizativas, as redes podem ser de propriedade única ou de propriedade múltipla, onde se estabelecem relações contratuais entre diferentes organizações.

Analisa-se, ademais, dois fatores condicionantes da integração das redes de atenção à saúde: os elementos externos ou do entorno e os elementos internos.

Os elementos externos das redes de atenção à saúde que condicionam o processo de integração são: o modelo de alocação de recursos, a população e seu território e a presença de outros sistemas de saúde.

O modelo de alocação de recursos envolve, também, o sistema de incentivos associado a ele. Aqui o importante é verificar o sistema de pagamento e seus incentivos: se o sistema tradicional de pagamento independente por cada ponto de atenção à saúde, sob a forma de pagamento por procedimento, por atividade ou orçamento, ou se o pagamento por capitação e verificar se os incentivos estão alinhados com os objetivos das redes de atenção à saúde.

Outros fatores condicionantes das redes de atenção à saúde são: a população adscrita com suas características singulares como carga de doenças por grupos etários, presença de grupos minoritários ou em situação de exclusão social e grupos com necessidades especiais em saúde; a extensão e características físicas e geográficas do território em que a população vive; e a presença de outras redes de atenção à saúde ou de outros prestadores de serviços nos mesmos territórios.

Em relação aos elementos internos das redes de atenção à saúde destacam-se a governança da rede, a dimensão estratégica, a estrutura da organização, a cultura organizacional e a liderança.

O modelo de governança pode variar desde um extremo de uma governança única, até outro, de governança múltipla, virtual. Na dimensão estratégica vai-se analisar se a rede dispõe, ou não, de missão, visão, valores e objetivos compartilhados por todos os integrantes. Na estrutura organizacional vai-se verificar se está utilizando a forma de organizar o processo de trabalho por unidades especializadas (dificultam a integração) ou por mecanismos de coordenação orgânicos que articulem as ações de equipes multiprofissionais envolvidas num mesmo processo (facilitam a integração). Na cultura organizacional vai-se analisar se ela favorece, ou não, processos de cooperação inter-organizacional, de trabalho em equipe e de foco em resultados compartilhados. Na liderança deve-se verificar se há, ou não, a presença de uma liderança que é orientada à coordenação e capaz de comunicar os objetivos e as estratégias da rede de atenção à saúde.

A coordenação da atenção à saúde faz-se mediante modelos de coordenação que são a prestação paralela dos serviços, o gestor-consulta e a co-prestação dos serviços. A prestação paralela dos serviços produz-se quando a divisão das tarefas entre os profissionais de saúde é clara e a solução de um problema não exige uma colaboração muito estreita; o gestor-consulta quando há um nível assistencial atuando como gestor do paciente e outros níveis de prestação de serviços intervindo ou fazendo aconselhamentos ou interconsultas; e a co-prestação de serviços que supõe a prestação compartilhada dos serviços. Aqui há que se descrever a quem cabe a coordenação da atenção à saúde: se à atenção primária à saúde ou se a outro nível da rede de atenção à saúde.

É importante, também, destacar os instrumentos de coordenação utilizados nas redes de atenção à saúde: se estão baseados nas competências dos profissionais de saúde, se estão estabelecidos em diretrizes clínicas (*guidelines*, protocolos etc.) ou se fazem por adaptações mútuas, ou seja, uma coordenação do trabalho multidisciplinar por via de

meios como o correio eletrônico, sistemas de informação verticais, equipes multidisciplinares e estruturas matriciais.

A análise da coordenação da atenção à saúde deve ser feita utilizando -se indicadores de processos e resultados relacionados com a coordenação da informação e a gestão da atenção. A coordenação da gestão da atenção deve ser avaliada com indicadores de estrutura que meçam a disponibilidade de instrumentos de coordenação ao longo do contínuo da atenção; com indicadores de processo que meçam o grau de adesão dos profissionais a estes mecanismos de coordenação, assim como o seguimento longitudinal dos pacientes nas redes; e com indicadores de resultados que meçam a duplicação desnecessária de insumos, bem como os objetivos em termos de resultados sanitários.

Por fim, a análise de eficiência da rede de atenção à saúde pode fazer -se por meio de produtos intermediários como taxa média de permanência hospitalar ou consumo médio de medicamentos genéricos, ou com produtos finais, relacionando o consumo de insumos frente aos resultados sanitários alcançados.

Uma outra forma de analisar as redes de atenção à saúde consiste em aplicar a matriz de conformidade entre os elementos fundamentais e os atributos de uma rede de atenção à saúde ideal em relação a uma rede real. O exame desta matriz permite verificar o estágio de desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde . A matriz de conformidade está descrita no Anexo 1 deste documento.

MOMENTO 2: A ESCOLHA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde, constituídas por seus componentes, para produzir resultados sanitários na população sob sua responsabilidade, devem funcionar de acordo um sistema lógico singular que é o modelo de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são configurações -tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença.

A escolha do modelo de atenção à saúde é um momento fundamental porque o modelo escolhido vai orientar todos os demais momentos de construção das redes de atenção à saúde.

O mais grave problema dos sistemas de saúde, em países ou regiões que fizeram a transição epidemiológica clássica ou onde vige uma situação de acumulação epidemiológica ou de dupla carga das doenças, com predomínio relativo das condições

crônicas, está na incoerência entre esta situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde hegemônico, construído em décadas passadas, que se caracteriza pela fragmentação e pelo foco nas condições agudas. Nestes países e nestas regiões impõe-se adotar o modelo de atenção das redes de atenção à saúde, integrado e voltado para as condições crônicas (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Na literatura internacional há uma variedade de modelos de atenção à saúde, adotados em diferentes lugares, para dar conta das condições crônicas. Eles podem ser divididos em modelos amplos de atenção à saúde e em modelos restritos de atenção à saúde. Entre os primeiros destacam-se: o modelo de atenção às condições crônicas, o modelo expandido de atenção às condições crônicas, o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, o modelo de saúde pública e o modelo da continuidade da atenção. Dentre os modelos restritos de atenção à saúde incluem-se o modelo da *Kaiser Permanente*, o modelo da *Pfizer*, o modelo *EverCare*, o modelo dos Veteranos de Guerra, o modelo de atenção social e à saúde do Reino Unido, o modelo do curso da vida da Nova Zelândia, o modelo da prevenção e controle das doenças da Austrália, o modelo de *South Yorkshire*, o modelo de atenção à saúde da Escócia, o modelo do fortalecimento da atenção à saúde, o modelo da atenção guiada e o modelo PACE (Singh & Ham, 2006).

Sem dúvida, o modelo seminal do qual derivam quase todos os outros, é o modelo de atenção às condições crônicas (*Chronic care model*), proposto por Wagner (1998). Este se organiza em seis áreas: a organização do sistema de saúde, o autocuidado orientado, o sistema de prestação de serviços de saúde, o suporte das decisões, o sistema de informações clínicas e os recursos da comunidade. O suposto é que as mudanças nestas seis áreas vão determinar interações produtivas entre os usuários empoderados e informados e as equipes de saúde proativas e preparadas, gerando resultados clínicos e funcionais positivos. Este modelo tem sido aplicado amplamente e há propostas metodológicas de sua operacionalização, bastante detalhadas (Improving Chronic Illness Care, 2007). Variantes deste modelo têm sido adotadas como o modelo de atenção crônica expandido, utilizado no Canadá (Ministry of Health of British Columbia, 2003), onde se introduzem intervenções de saúde pública. Este modelo tem sido avaliado constantemente (Cretin, Shortell & Keeler, 2004) e há evidências de que este modelo de atenção, quando introduzido, produz efeitos sinérgicos positivos quando os diferentes componentes são combinados; produz maior satisfação dos usuários; produz maior satisfação nas equipes de saúde; produz melhores resultados clínicos; e quando aplicado como parte de um processo de gestão de patologia melhora a qualidade da atenção (Singh & Ham, 2006).

Uma outra variante do modelo de atenção às condições crônicas é o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, proposto pela Organização Mundial da Saúde (2003). Este modelo é mais amplo porque envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Os cuidados inovadores para as condições crônicas estão baseados em vários princípios: i. a tomada de decisão baseada em evidências: as evidências científicas devem ser as bases de todas as decisões referentes

à formulação de políticas, planejamento dos serviços e gerenciamento clínico das condições crônicas. ii. o enfoque na população: as ações devem estar dirigidas a uma população adscrita ao sistema de saúde, mais que a indivíduos isolados. iii. o enfoque na promoção e na prevenção: dado que é possível melhorar os gradientes de saúde e prevenir a maioria das condições crônicas, toda internação de saúde deve incluir uma ênfase sistemática à promoção da saúde e à prevenção das condições crônicas. iv. o enfoque na qualidade: o controle de qualidade garante a utilização adequada dos recursos, a provisão de tratamento efetivo e eficiente por parte dos prestadores e resultados favoráveis para o paciente diante de quaisquer limitações. v. a integração: a integração é o cerne do modelo porque, em relação aos problemas crônicos, a atenção à saúde requer integração sob múltiplos aspectos, dando-se nos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde e em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, secundária e terciária. vi. a flexibilidade e adaptabilidade: os sistemas de saúde devem estar preparados para se adaptarem a situações instáveis, informações novas e eventos imprevisíveis. Para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas há oito elementos essenciais: apoiar uma mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no usuário e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades; e enfatizar promoção da saúde e a prevenção das doenças. Há evidências de que este modelo, quando adotado, produz impactos positivos em alguns processos e nos resultados sanitários (Singh & Ham, 2006).

Em relação aos modelos restritos de atenção à saúde o mais utilizado e avaliado, também encontrado com muitas derivações, é o modelo da *Kaiser Permanente*. A operacionalização deste modelo faz-se por níveis de atenção: nível 0, população total de responsabilidade da rede de atenção à saúde, para a qual serão oferecidas intervenções de promoção da saúde; nível 1, população portadora de doença crônica única e simples, para a qual serão oferecidas intervenções de autocuidado orientado; nível 2: população com uma ou mais doenças crônicas ou múltiplos fatores de risco ou doença crônica única precariamente manejada, para a qual serão oferecidas intervenções sanitárias por meio da tecnologia de gestão de patologia; e nível 3, população portadora de necessidades múltiplas e complexas (usuários de muito alta intensidade), para a qual serão oferecidas intervenções sanitárias por meio da tecnologia de gestão de casos (Porter, 2007). Há evidências de que a adoção do modelo de atenção à saúde da *Kaiser Permanente* produz melhorias na qualidade de vida dos usuários, diminui as internações hospitalares e diminui o tempo de permanência nos hospitais (Singh & Ham, 2006). Há disponíveis na literatura, muitas experiências de utilização deste modelo ou de suas derivações, muitas em sistemas públicos universais, como o do Reino Unido (National Health Service, 2005; Singh, 2005; Brighton and Hove City, 2007).

MOMENTO 3: A CONSTRUÇÃO DOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde podem, ou não, exigir uma base territorial para operarem. As redes de atenção à saúde, ofertadas por sistemas privados e/ou por sistemas públicos organizados com base na competição gerenciada (*managed competition*), em geral, prescindem de uma base territorial; ao contrário, sistemas públicos articulados pela cooperação gerenciada, exigem a definição de espaços-população para desenvolverem-se com eficiência, efetividade e equidade. Contudo, há que se ter em mente que no SUS utiliza-se a cooperação gerenciada ao que implica a construção de territórios sanitários. É inerente às redes organizadas pela cooperação gerenciada a definição dos territórios sanitários.

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários aplicadas à construção de redes de atenção à saúde. A primeira toma-os de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção são exclusivamente os critérios geográficos que definem este território-solo. A segunda, coerente com o conceito de espaço-população, vê o território como um processo em permanente construção, produto da dinâmica social onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Esta última concepção implica que o território sanitário, além de um território geográfico é, ademais, território cultural, social e político.

Na dinâmica das redes de atenção à saúde, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços que a rede de atenção à saúde naquele território ofertará aos seus grupos populacionais adscritos. Isto é que marca, com firmeza, as redes de atenção à saúde *dawsonianas*, construídas com bases em espaço-populações. Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a compatibilizarem-se com os princípios da construção das redes de atenção à saúde e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida.

Por outro lado, as redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, devem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Esta distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos

serviços. Economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997). As economias de escopo ocorrem quando uma mesma unidade produz um conjunto de serviços. Há evidências de que serviços de saúde, como os hospitais, são sensíveis às economias de escopo. Outro fator importante para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é a disponibilidade ou o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Um dos objetivos fundamentais das redes de atenção à saúde é prestar serviços de qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são focalizados nos usuários; são seguros para usuários e profissionais de saúde; são baseados em evidências; são ofertados em tempo oportuno; são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; fazem-se de forma humanizada; são equitativos; e operam com escala adequada (Institute of Medicine, 2001; Dlugacz, Restifo & Greenwood, 2004). Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (Bunker, Luft e Enthoven, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade. Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (Banta e Bos, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente

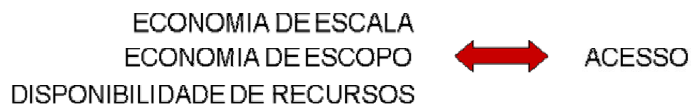
concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (Ferguson, Sheldon e Posnett, 1997). No Brasil verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e taxas de mortalidade por estas cirurgias (Noronha et alii, 2003).

Diante destas evidências, as redes de atenção à saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços.

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde. Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (Carr -Hill, Place e Posnett, 1997): a utilização da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Portanto, como se vê na Figura 1, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e de escopo, disponibilidade de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala, economias de escopo e serviços de saúde de qualidade e acesso pronto dos cidadãos aos serviços. Quando se der o conflito entre escala e acesso, prevalecerá o critério do acesso.

FIGURA 1: A LÓGICA DA DISPERSÃO E CONCENTRAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NUMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Nas redes de atenção à saúde, organizadas pelo princípio da cooperação gerenciada, esta lógica da concentração e dispersão dos pontos de atenção à saúde - o que determina a categorização em níveis de atenção à saúde - vem junta com o processo de

territorialização. A razão é que além da escala ótima dos equipamentos de saúde, per si, há, também, uma escala ótima de população em relação aos serviços de saúde.

O processo de territorialização deve identificar, a partir de certos critérios, diferentes territórios sanitários. Por sua vez, estes territórios sanitários são espaços de oferta ótima de serviços da rede, organizados segundo os níveis de atenção. Em geral, pode-se dizer que os principais territórios sanitários poderiam ser: o território local, com autosuficiência nos serviços de atenção primária à saúde; o território mesorregional ou distrital, com autosuficiência nos serviços de atenção secundária à saúde; e o território macrorregional, com autosuficiência nos serviços de atenção terciária. Portanto, deve haver, neste processo, a correspondência entre um território sanitário e uma carteira de serviços a ser ofertada neste espaço. Ou seja, em todos os territórios locais deve ser ofertada a atenção primária à saúde; ao contrário, a atenção especializada ambulatorial ou hospitalar deve ser concentrada em territórios meso ou macrorregionais, dependendo da densidade tecnológica dos serviços.

Os critérios principais para a territorialização sanitária são: contigüidade territorial; pertencimento cultural regional; subsidiaridade econômica e social; fluxos assistenciais: devem ser analisados os fluxos assistenciais, especialmente através do estudo de origem e destino das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais secundários e terciários; fluxos viários: deve ser feito um estudo dos fluxos viários, especialmente rodoviários, através do uso de mapas com classificação das estradas e dimensionamento das distâncias e tempos relativos, o que leva a um mapa de fluxos que permite identificar o volume de tráfego entre os locais de residência e os pontos de atenção à saúde; e estabelecimento de redes e de seus nós, suas ligações e seus fluxos dominantes e definição de hierarquia da rede, permitindo definir os fluxos hierárquicos e transversais (Nystuen & Dacey, 1961).

Um ponto central no desenho dos territórios sanitários é a escala populacional por nível de atenção das redes de atenção à saúde. Para o território local, não há uma escala mínima determinada, já que os serviços de atenção primária à saúde devem estar localizados na proximidade das pessoas. Ao contrário, para os territórios meso ou microrregionais, onde se ofertarão serviços de atenção secundária, a escala mínima pode estar entre 100 a 150 mil pessoas e para os territórios macrorregionais, onde se concentrarão os serviços de atenção terciária, a escala mínima pode estar em torno de 500 mil pessoas (Bengoa, 2001).

Do ponto de vista metodológico, para cada território sanitário, deve-se definir seus limites geográficos e sua população e estabelecer a carteira de serviços que será ofertada neste espaço-população.

MOMENTO 4: O DESENHO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste momento vão-se desenhar as redes de atenção à saúde ideais que servirão de referencial para a implantação, na prática social, das redes reais.

O estado da arte não permite o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc.

A base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica que é um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária, destinado a prover a atenção à saúde focalizada nos usuários, efetiva, segura, humanizada, eficiente, contínua e coordenada, a fim de assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas (Mendes, 2006). A gestão da clínica constitui-se de tecnologias de microgestão que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar as redes de atenção à saúde e ofertar outras tecnologias como a gestão de patologia, a gestão de caso, a auditoria clínica, as listas de espera etc.

As diretrizes clínicas são “recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas” (Institute of Medicine, 1990).

Para dar sustentação ao processo de desenho das redes de atenção à saúde a diretriz clínica fundamental é a linha-guia referente à área temática em consideração. A linha-guia é uma recomendação sistematicamente desenvolvida com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. A linha-guia, portanto, é mais ampla que o protocolo clínico que se fixa numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde.

Esta característica da linha-guia de ordenar, previamente, os fluxos das pessoas ao longo de todos os pontos de atenção da rede de atenção à saúde e de estabelecer as intervenções em cada qual, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, é que dá, a ela, a possibilidade de servir de instrumento básico do desenho das redes temáticas de atenção à saúde.

O desenho das redes de atenção à saúde inicia-se com a elaboração das linhas-guia que deve ser feita através de um processo que envolve várias etapas e que está explicitado no Capítulo 2 deste documento, página 40. (Shekelle et al., 1995; Felton, 1998; Cochrane, 2001). i. A escolha da condição ou patologia: a condição ou patologia deve ser escolhida por sua relevância para a população e para a rede de atenção à saúde e pode

ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para os usuários ou por prioridades institucionais ou políticas. ii. A definição do grupo-tarefa: a equipe que irá elaborar a linha-guia deverá ser multidisciplinar, ter entre 6 a 12 membros e um coordenador com habilidade de facilitar um ambiente aberto e dialógico, de compreender os papéis de cada ponto de atenção à saúde e de manejar instrumentos de planejamento de trabalho de grupo. iii. A análise situacional da condição ou patologia: a equipe multidisciplinar deve iniciar seu trabalho fazendo uma análise das condições presentes, na rede de atenção à saúde, de enfrentamento da condição ou patologia, o que implica, operacionalmente, desenhar os fluxos dos usuários por todos os pontos de atenção à saúde, anotando o que é feito em cada um deles e por quais profissionais e assinalando quais os problemas detectados. iv. A busca de evidências e de linhas-guia relevantes: este estágio é da busca da melhor evidência nas literaturas nacional e internacional. O instrumento é o da medicina baseada em evidência, especialmente as revisões sistemáticas da literatura ou meta-análises. As evidências recolhidas devem ser organizadas por categorias de evidências e classificadas segundo a força das evidências. v. A formalização das linhas-guia: uma vez que as evidências estejam recolhidas e os fluxos organizados, para o que se pode utilizar a técnica de seminários, deve-se escrever o documento da linha-guia. A forma é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. Nesse sentido, ajuda muito que as recomendações estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores. vi. A validação das linhas-guia: a linha-guia, para ser eficaz, deve passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa. O processo de validação é importante para garantir que o instrumento de normalização seja aceito e utilizado posteriormente. A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de profissionais da instituição no grupo-tarefa de elaboração. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas. vii. A avaliação das linhas-guia: após serem validadas, as linhas-guia devem ser avaliadas. Um dos modelos mais utilizados para isto, é o Instrumento Agree, de uso comum nos países europeus (The Agree Collaboration, 2001). Este instrumento está proposto para avaliar novas diretrizes clínicas, diretrizes clínicas já existentes e atualizações de diretrizes clínicas. São definidos critérios para: escopo e propósito, envolvimento dos atores sociais, rigor do desenvolvimento, clareza e apresentação, independência editorial e avaliação geral. viii. A publicação das linhas-guia: depois de validadas, as linhas-guia devem ser publicadas. A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários. Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, no *site* da organização gestora das redes de atenção à saúde. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos de tempo menor que a publicação em papel. ix. A revisão das linhas-guia: uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normalização sejam revistos periodicamente, a cada um ou dois anos.

Tendo a linha-guia elaborada, dela saem, naturalmente, os pontos de atenção da rede de atenção à saúde. O desenho da rede temática de atenção à saúde articulará os níveis de atenção e os territórios sanitários (quando couber rede de base territorial), distribuindo,

por eles, os pontos de atenção à saúde. É, assim, que se encontram os momentos 3 e 4 do processo de construção das redes de atenção à saúde.

Do ponto de vista metodológico, este momento pode ser facilitado pela utilização de uma matriz de desenho de redes ideais de atenção à saúde que se mostra no Anexo 2 e que articula os níveis de atenção à saúde, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

MOMENTO 5: A MODELAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde são abundantes e robustas e mostram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de frágil orientação para a atenção primária à saúde, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e de impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais eqüitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras; e mais capazes de satisfazer às populações (Health Council of the Netherlands, 2004; Health Evidence Network, 2004; Panamerican Health Organization, 2005; Starfield, Shi e Macinko 2005).

A fortaleza da atenção primária à saúde nos sistemas de saúde significa sua capacidade de superar duas interpretações que vigiram no seu percurso histórico. Uma, a interpretação da atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, ou seja, um programa destinado a populações e regiões pobres, a que se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de referência a outros níveis de maior densidade tecnológica. Uma outra, a de que a atenção primária à saúde constitui, tão somente, um nível do sistema de saúde, cuja função é fazer funcionar a porta de entrada deste sistema, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns da saúde.

A idéia de redes de atenção à saúde convoca uma outra interpretação, conceitual e operacional, da atenção primária à saúde como estratégia de organização dos sistemas de saúde, ou seja, com a capacidade de apropriar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população. Neste sentido, a atenção primária, deve organizar-se, nas redes de atenção à saúde, de acordo com seis atributos: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação

comunitária, a focalização na família e a orientação comunitária (Starfield, 1992). Além disso, deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função resolutiva, de dar respostas efetivas a, pelo menos, 80% dos problemas mais comuns de saúde; a função de coordenação, de ordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários por todos os níveis da rede de atenção à saúde; e a função de responsabilização, de responsabilizar-se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja.

O papel coordenador da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde manifesta-se em três planos: funcional, organizacional e educacional (Saltman & Figueras, 1997). A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersectorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa a desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde através de educação permanente e mudar comportamentos nos pacientes.

Portanto, a modelagem da atenção primária à saúde deve levar em conta esta interpretação ampla, conceitual e operacional, de uma estratégia de ordenação de toda a rede de atenção à saúde.

O trabalho de modelagem da atenção primária à saúde se faz nas seguintes etapas:

i. A definição do escopo de serviços primários que devem ser prestados na rede de atenção à saúde:

Isso se faz, inicialmente, examinando as linhas-guia construídas e as matrizes de desenho das redes temáticas.

ii. A definição da carteira de serviços da atenção primária à saúde :

Definido o escopo geral, é necessário detalhá-lo, o que se faz especificando a carteira de serviços da atenção primária à saúde em cada rede temática de atenção à saúde.

iii. A elaboração dos protocolos clínicos da carteira de serviços:

Trata-se, aqui, da elaboração dos protocolos clínicos. Estes, diferentemente das linhas-guia, são diretrizes clínicas mais detalhadas que constituem recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia de um a rede e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, onde os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.

Na elaboração dos protocolos clínicos, há que se examinar as exigências do modelo de atenção à saúde, definido anteriormente, porque este modelo orienta sua construção. Por exemplo, os modelos de atenção à saúde definem uma segmentação específica da população para que se oferte, a cada segmento, tipos diferenciados de intervenções. Por exemplo, se adotar o modelo de atenção à saúde da *Kaiser Permanente*, a população deverá ser segmentada em população total (nível 0), população com doença crônica simples (nível 1), população com doença crônica complexa (nível 2) e população com doença crônica muito complexa (nível 3). E as intervenções em relação a estas populações serão diferenciadas. Intervenções de promoção da saúde no nível 0; intervenções de autocuidado orientado no nível 1; intervenções de prevenção secundária organizadas pela gestão de patologia, no nível 2; e intervenções de gestão de caso, no nível 3.

Em geral, os protocolos clínicos elaborados devem contar algum tipo de estratificação de riscos porque isto é da essência da gestão da clínica. Assim, não se deve operar, na atenção primária à saúde, com uma categoria média ampla como portadores de hipertensão; estes, para um manejo clínico eficiente e efetivo, devem ser estratificados em baixo, médio, alto e muito alto riscos.

Os protocolos clínicos cumprem, nas redes de atenção à saúde, três funções: gerencial, educacional e legal. A função gerencial consiste em reduzir a complexidade do sistema pela via da padronização e em reduzir a variabilidade da oferta de serviços, uma das características inerentes aos sistemas de saúde. A função educacional decorre da utilização das diretrizes clínicas como instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para os usuários. A função educacional vem da utilização dos protocolos clínicos pelas Cortes Judiciais em suas deliberações sobre os contenciosos dos serviços de saúde.

iv. A programação da atenção primária à saúde

Os protocolos clínicos explicitam, detalhadamente, as atividades a serem realizadas e, por isso, servem de base para a definição da infra-estrutura física necessária (prédios, equipamentos) e da planta de pessoal.

Além disso, os protocolos clínicos elaborados devem ser produzidos, em função dos parâmetros que preconizam uma planilha de programação das atividades definidas e, a partir desta planilha, será elaborada uma programação anual para as equipes de atenção primária à saúde. Esta programação envolverá a definição das atividades a realizar, quem as realiza, em que prazo e em que quantidade e qualidade. Ao mesmo tempo, deve-se definir o sistema de monitoramento e avaliação da atenção primária com o qual se irá dar seguimento à programação realizada.

Os protocolos clínicos constituem, também, a base dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação em saúde dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde.

MOMENTO 6: A MODELAGEM DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste momento vão ser modelados os pontos de atenção à saúde referentes aos níveis secundário e terciário. Esta modelagem envolve a integração horizontal e a diferenciação e expansão destes pontos de atenção à saúde que são movimentos prévios necessários à modelagem final.

A modelagem dos pontos de atenção secundários e terciários começa com a integração horizontal destas unidades de saúde. A integração horizontal, juntamente com a integração vertical, é um movimento intrínseco às redes de atenção à saúde, já que a integração dos serviços é um elemento constitutivo destes arranjos dos sistemas de saúde. Este conceito vem do campo da economia, articulado com as cadeias de valores inerentes às cadeias produtivas. A integração horizontal ocorre quando duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos serviços ou serviços substitutivos, se juntam para se transformarem numa única unidade ou numa aliança inter-organizacional. Os dois fatores motivadores da integração horizontal são busca de economia de escala e ganhos de fatias de mercado (Todd, 1996). Nos sistemas públicos de saúde prevalece o objetivo de ganhar escala e operar com maior eficiência e qualidade, dadas as relações entre escala e qualidade nos serviços de saúde.

Há dois mecanismos básicos de integração horizontal dos serviços de saúde: a fusão e a aliança estratégica. Por exemplo, se há dois hospitais num mesmo local, a integração horizontal deles pode ser feita de duas maneiras. Uma, através da incorporação de um hospital pelo outro, através da constituição de uma única organização. Outra, uma aliança estratégica entre os dois hospitais que se mantêm, mas que dividem seus serviços: um fica com alguns serviços mais afins à sua vocação e, outro, com outros serviços; desta forma se elimina a competição entre dois serviços sub-ótimos, aumentando a escala de produção e reduzindo custos.

Portanto, a construção dos equipamentos de atenção secundária e terciária das redes de atenção à saúde deve passar por este momento de integração horizontal, seja através de fusões de dos pontos de atenção, seja através da conformação de alianças estratégicas. Este movimento de integração horizontal tem sido feito em vários países, como nos Estados Unidos, onde, no campo da atenção hospitalar, deu-se uma grande concentração destes serviços (Dowling, 1997). A integração horizontal é muito importante em países onde a escala dos equipamentos para as atenções secundária e terciária é baixa, determinando deseconomias de escala e serviços de baixa qualidade.

O consórcio Interhealth/Planisa (2004) constatou que a assertiva feita a respeito das ineficiências de escala na rede hospitalar, em escala mundial, foi observada

empiricamente na rede hospitalar brasileira do Sistema Único de Saúde, num estudo patrocinado pelo Banco Mundial. O estudo mostrou que há um grande aumento da eficiência, concomitantemente com o aumento do tamanho dos hospitais. A eficiência total dos hospitais com mais de 250 leitos é três vezes superior a dos hospitais de menos de 25 leitos. O que explica a maior parte desses ganhos de eficiência total é o componente da eficiência de escala que é, também, três vezes maior nos hospitais com mais de 250 leitos em relação aos hospitais de menos de 25 leitos. A explicação parece estar no parque hospitalar público composto por 6.800 hospitais dos quais 38,8% têm menos de 30 leitos e 22,0% têm menos de 50 leitos e, apenas, 19% têm mais de 100 leitos, uma escala mínima capaz de garantir eficiência de escala (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

A integração horizontal é seguida de um movimento de diferenciação e expansão dos pontos de atenção secundários e terciários das redes de atenção à saúde, com o objetivo de prestar a atenção certa, no lugar certo. Neste momento dá-se uma aparente contradição no processo de construção das redes de atenção à saúde, porque se aumentam e se diversificam os pontos de atenção à saúde, o que poderia apontar no sentido de uma maior fragmentação do sistema, exatamente o que se quer superar com a integração em redes. Mas, é um momento fundamental porque os sistemas fragmentados costumam estar em polarizados entre serviços ambulatoriais e hospitalares com pouca incorporação de pontos de atenção à saúde, não tradicionais como, por exemplo, atenção domiciliar, atenção em centros de enfermagem, atenção em unidades de cuidados paliativos etc.

Este movimento de diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde pode ser feito pelo processo de substituição ocorrido na Europa e definido por Saltman & Figueras (1997) como o processo de reagrupação contínua dos recursos dentro e entre os pontos de atenção à saúde, para explorar as soluções melhores e menos custosas frente a necessidades e demandas em mudanças constantes. Esta proposta de substituição foi mencionada no Relatório Dekker sobre a reforma sanitária holandesa (Dekker, 1988) e trata da mudança nos padrões de organização dos serviços e saúde, tanto do lado da oferta, quanto da demanda. A substituição pode fazer-se nos recursos humanos, nos equipamentos, nos sistemas de informação. Esta proposta foi refinada por Warner (1996) que a organizou em quatro tipos de substituição. O primeiro tipo, a substituição locacional, que ocorre pela mudança física de um ponto de atenção a outro; por exemplo, do hospital para o ambulatório, ou da unidade de saúde para o domicílio. O segundo tipo, a substituição tecnológica, que ocorre devido à introdução de novas tecnologias; por exemplo, a introdução da vacina BCG e de medicamentos efetivos levou ao fechamento dos hospitais especializados em tuberculose, ou a introdução das cirurgias minimamente invasivas deslocou procedimentos cirúrgicos dos centros cirúrgicos para os ambulatórios de cirurgia. O terceiro tipo, a substituição das competências dos profissionais de saúde; por exemplo, o deslocamento de ações competências dos médicos especialistas para os médicos generalistas e dos médicos para as enfermeiras. O quarto tipo, o mais comumente encontrado, é a substituição mista, quando estas três formas de substituição se fazem combinadamente.

Nos Estados Unidos a diferenciação e a expansão dos pontos de atenção à saúde são definidas com um movimento de *rightsizing* que introduz ações de reengenharia nas redes de atenção à saúde que permitirão deslocar ações dos hospitais e dos especialistas para outras partes do sistema, de menores densidades tecnológicas, a custos menores e com maior qualidade, viabilizando, deste modo, a atenção certa no lugar certo (Todd, 1996).

Por fim, deve ser feita a modelagem final dos pontos de atenção secundários e terciários das redes de atenção à saúde. Este movimento tem os mesmos passos descritos na modelagem da atenção primária à saúde e, portanto, constitui-se de:

i. A definição do escopo de serviços secundários e terciários que devem ser prestados em cada um dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde.

Isso se faz, inicialmente, examinando as linhas-guia construídas e as matrizes de desenho das redes temáticas, agregadas, agora, dos novos pontos de atenção à saúde que surgiram em decorrência do processo de diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde.

ii. A definição da carteira de serviços dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários das redes de atenção à saúde.

Definido o escopo geral, é necessário detalhá-lo, o que se faz especificando a carteira de serviços de cada um dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários nas redes de atenção à saúde.

iii. A elaboração dos protocolos clínicos da carteira de serviços

Deverão ser elaborados os protocolos clínicos referentes aos serviços a serem prestados em cada um dos pontos de atenção secundários e terciários definidos nas redes de atenção à saúde.

iv. A programação da atenção secundária e terciária à saúde

Os protocolos clínicos explicitam, detalhadamente, as atividades a serem realizadas e, por isso, servem de base para a definição da infra-estrutura física necessária (prédios, equipamentos) e da planta de pessoal.

Além disso, os protocolos clínicos elaborados devem ser produzidos, em função dos parâmetros que preconizam uma planilha de programação das atividades definidas e, a partir desta planilha, será elaborada uma programação anual para as equipes de cada ponto de atenção à saúde. Esta programação envolverá a definição das atividades a realizar, quem as realiza, em que prazo e em que quantidade e qualidade. Ao mesmo tempo, deve-se definir o sistema de monitoramento e avaliação de cada ponto de atenção à saúde para se acompanhar a programação realizada.

Os protocolos clínicos constituem a base dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação em saúde dos usuários dos serviços de atenção secundária e terciária à saúde.

MOMENTO 7: A MODELAGEM DOS SISTEMAS DE APOIO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O *framework* operacional das redes de atenção à saúde tem, como componentes transversais destas redes, dois sistemas de apoio: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica. Neste momento vão ser modelados estes dois sistemas de apoio.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de patologia clínica e de imagem e o de apoio para as decisões terapêuticas. O sistema de assistência farmacêutica engloba os ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e as ações assistenciais como elaboração do momento terapêutico, dispensação, seguimento terapêutico, atendimento farmacêutico, facilitação da adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e farmacovigilância.

A modelagem dos sistemas de apoio pode ser realizada, obedecendo-se aos seguintes passos:

i. A integração horizontal do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico

Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico envolvem uma ampla carteira de serviços que englobam os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia).

Todos esses serviços são muito sensíveis à escala e devem passar por um movimento de integração horizontal.

No desenho dos sistemas de patologia clínica, as centrais de processamento dos exames devem ser concentradas ao máximo, para se obterem ganhos de escala e qualidade. Ao mesmo tempo, a coleta das amostras para os exames deve ser a mais descentralizada possível, devendo estar disponíveis em todos os pontos de atenção à saúde. A ligação destes dois pontos deve ser feita por sistemas logísticos eficazes. Assim, laboratórios com baixa escala de processamento devem ser fundidos ou formar alianças estratégicas

que permitam aumentar o número de exames processados, introduzir processamento informatizado e adotar procedimentos de análises de qualidade, internos e externos.

Da mesma forma, os sistemas de imagem, especialmente nos exames de maior densidade tecnológica, devem ser concentrados relativamente, para se obterem eficiências de escala.

ii. A definição da carteira dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e da assistência farmacêutica

Isso se faz examinando as linhas-guia construídas e as matrizes de desenho das redes temáticas, agregadas dos novos pontos de atenção à saúde que surgiram em decorrência do processo de diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde.

No que concerne ao sistema de assistência farmacêutica a carteira de serviços estará contida na relação de medicamentos a serem utilizados em cada um dos pontos de atenção à saúde das redes de atenção à saúde; em relação ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, a carteira de serviços se expressará na relação de serviços a serem utilizados, também, em cada um destes pontos de atenção à saúde.

iii. A elaboração dos protocolos clínicos das carteiras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica

Deverão ser elaborados os protocolos clínicos, referentes a cada um dos serviços da carteira de apoio diagnóstico e terapêutico. Por exemplo, no sistema de patologia clínica, estes protocolos envolverão, para cada exame, as indicações, as interpretações dos resultados, a forma de coleta, o transporte das amostras, o processamento e a entrega dos resultados.

Da mesma forma, em relação aos medicamentos, haverá um formulário terapêutico que contenha para todos os medicamentos utilizados nas redes de atenção à saúde, agrupados por sistemas ou classes farmacológicas ou terapêuticas: as informações farmacêuticas, farmacológicas e terapêuticas fundamentais; as normas e procedimentos que disciplinam a prescrição, a dispensação e o uso; e outras informações importantes. Complementarmente ao formulário terapêutico, deverão ser elaborados os protocolos terapêuticos que envolvem: os procedimentos e condutas terapêuticas recomendados, com base em evidências; as indicações, as posologias, as formas de administração, a duração dos tratamentos, as características dos pacientes a que se destinam, as interações medicamentosas; a adesão aos tratamentos; a conciliação de medicamentos; o seguimento terapêutico; e o atendimento farmacêutico.

iv. A programação dos sistemas de apoio

Os protocolos clínicos desenvolvidos explicitam, detalhadamente, as atividades a serem realizadas e, por isso, servem de base para a definição da infra-estrutura física necessária (prédios, equipamentos) e da planta de pessoal.

Além disso, os protocolos clínicos elaborados devem ser produzidos em função dos parâmetros que preconizam uma planilha de programação das atividades definidas e, a partir desta planilha, será elaborada uma programação anual para as equipes de cada ponto de atenção à saúde. Esta programação envolverá a definição das atividades a realizar, quem as realiza, em que prazo e em que quantidade e qualidade. Ao mesmo tempo, deve-se definir o sistema de monitoramento e avaliação de cada ponto de atenção à saúde para se acompanhar a programação realizada.

Os protocolos clínicos constituem a base dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação em saúde dos usuários dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica.

A modelagem dos sistemas de apoio deve ser feita de acordo com o modelo de atenção à saúde definido. Por exemplo, nos marcos do modelo de atenção às condições crônicas, a assistência farmacêutica pode ser desenvolvida de forma singular, tal como propõe o Institute for Healthcare Improvement (2007).

Experiências de modelagem dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico podem ser encontradas na experiência internacional.

Young & McCarthy (1999) descrevem a integração de laboratórios de patologia clínica no *Legacy Health System*, em Portland, nos Estados Unidos. Ali, um conjunto desarticulado de vários laboratórios, dispersos por vários hospitais e sem comunicação entre si, foram integrados como apoio às redes de atenção à saúde. Os nós críticos dos laboratórios de patologia clínica foram a circulação dos materiais coletados, o sistema de informação, a padronização dos procedimentos e a centralização do processamento dos exames. Superados estes nós, os resultados foram muito satisfatórios, tanto em qualidade como em custos, e as razões deste sucesso foram: boa gerência, liderança na condução dos serviços, descentralização da coleta das amostras, centralização do processamento dos exames e sistema de informação adequado.

Em Curitiba, capital do estado do Paraná, no Brasil, vários laboratórios de patologia clínica foram substituídos por uma única central de processamento, o que permitiu aumentar a escala de exames, automatizar os procedimentos, operá-los *online* e implantar sistemas de controle de qualidade interno e externo. Um outro movimento importante foi descentralizar a coleta de exames para todas as unidades de saúde do sistema municipal. Para unir as duas pontas deste sistema, coleta descentralizada e processamento centralizado, introduziu-se um sistema logístico que recolhe as amostras nas unidades de saúde e as leva, prontamente, à central de processamento. Este sistema foi terceirizado para a Empresa Brasileira de Correios e funciona com muita eficiência. Os resultados do sistema de apoio diagnóstico de Curitiba são exames de

menores custos, de maior qualidade e realizados em tempo oportuno. Um exame coletado pela manhã tem seu resultado disponível no computador do médico requisitante poucas horas depois. Atualmente, o laboratório centralizado de processamento faz quase 2 milhões de exames por ano (Santos et al., 1998).

MOMENTO 8: A MODELAGEM DOS SISTEMAS LOGÍSTICOS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O *framework* operacional das redes de atenção à saúde apresenta, como componentes transversais destas redes, os sistemas logísticos.

Os sistemas logísticos, nas redes de atenção à saúde, estão ligados ao conceito de integração vertical. A integração vertical - conceito também advindo das cadeias produtivas da economia -, refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança inter-organizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra (Dowling, 1997). Os fatores motivadores da integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento da produtividade pela otimização de recursos comuns. Ligado à integração vertical está o conceito de cadeia de valor que representa a seqüência de processos de produção inter-relacionados, dos mais básicos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços, até a distribuição dos serviços ao consumidor final.

O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de saúde como o *continuum* de cuidados. Portanto, nas redes de atenção à saúde, a integração vertical, ainda que possa dar-se pela formação de uma entidade única de propriedade, consiste, fundamentalmente, em comunicar os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio por meio de sistemas logísticos potentes para que se tenha uma atenção à saúde coordenada.

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contra-fluxos das pessoas e das coisas nas redes de atenção à saúde através de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação eficazes.

Há uma percepção crescente de que é necessário investir fortemente em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Isso foi percebido nos Estados Unidos (Institute of Medicine, 2001), no Canadá, na Noruega, na Dinamarca, no Reino Unido, na Nova Zelândia, na Austrália (Canadá Health Infoway, 2006) e na África do Sul (Shaw, 2005).

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão dos usuários, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários.

O cartão de identificação pode ser simplesmente um cartão com um número único, para uma região ou para um país, ou um cartão inteligente, com capacidade de armazenamento de informações. Certamente, os recursos tecnológicos e os custos dos sistemas definirão a possibilidade de uma ou outra solução, em cada realidade. O fundamental é que o cartão permita a identificação inequívoca de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, em toda a região de abrangência das redes e, até mesmo, em locais fora desta abrangência, suportados pelas possibilidades da portabilidade de direitos sanitários inter-regionais que são garantidos em alguns sistemas de saúde.

Um segundo sistema logístico fundamental é constituído por prontuários eletrônicos únicos. Os prontuários eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduzem a duplicação, melhoram o diagnóstico e o plano de tratamento (WHO European Office for Integrated Services, 2001).

Os prontuários eletrônicos únicos podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são um sistema de centralização dos dados sobre os usuários dos sistemas de saúde, organizado a partir da identificação destes usuários, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados. No Reino Unido, os prontuários médicos eletrônicos foram definidos, de forma restrita, como informações temporárias registradas em um único ponto de atenção à saúde (National Health Service, 2001), mas não há concordância sobre esta diferenciação entre prontuário médico eletrônico e registro eletrônico de saúde (Canada Health Infoway, 2006), ainda que os primeiros possam estar mais articulados com o monitoramento e pesquisa da saúde de populações (National Center for Health Statistics, 2006).

Uma proposta de um registro eletrônico padronizado está sendo desenvolvida no Canadá. Na visão canadense, os registros eletrônicos únicos contribuem para reduzir as listas de espera, aumentar a participação dos usuários na atenção à saúde, dar mais eficiência ao manejo das condições crônicas e reduzir os efeitos adversos dos medicamentos. Este registro deve ser construído a partir de padrões consistentes, deve permitir uma inter-operacionalidade dentro e entre diferentes jurisdições sanitárias, deve catalisar o desenvolvimento de novas info-estruturas e deve assegurar os mesmos padrões de qualidade. Desta forma, o registro eletrônico padronizado facilitará a troca de informações clínicas ao longo do *continuum* de atenção, garantirá a privacidade e confidencialidade das informações, permitirá a identificação dos usuários, integrará a história clínica com diagnóstico de imagens, resultados de exames, procedimentos de assistência farmacêutica, exames de patologia clínica, histórico de procedimentos preventivos e os diagnósticos e a evolução do processo da doença ou condição. Este registro eletrônico estará acessível em todos os pontos de atenção à saúde das redes de

atenção de maneira que possa ser, com as restrições definidas, acessado pelos diferentes prestadores de serviços. Estima-se que a introdução do registro eletrônico padronizado no Canadá representará uma economia de e 1 a 1,9 bilhão de dólares anuais somente pela eliminação de testes múltiplos desnecessários e promoverá uma redução significativa das reações adversas de medicamentos (Canadá Health Infoway, 2006).

Os elementos fundamentais de um prontuário eletrônico único são: o seu escopo, definido pela identificação do usuário, pela anamnese, pelo exame físico, pelos exames complementares, pelo diagnóstico ou hipótese diagnóstica, pelo plano de cuidados, pelas intervenções promocionais, preventivas e curativas realizadas, pelas receitas eletrônicas e pelo registro da evolução clínica; a integração comunicacional de todos os pontos de atenção à saúde das redes e, deles, com os recursos comunitários; o empoderamento dos usuários para as ações de autocuidado; a viabilização de uma atenção à saúde mais segura, reduzindo os erros médicos e as reações adversas de medicamentos; a maior eficiência da atenção à saúde pela redução da duplicação de procedimentos em vários pontos de atenção à saúde; o manejo mais efetivo de portadores de condições crônicas persistentes; a incorporação dos requisitos de auditabilidade e segurança; a incorporação do requisito de padronização, ou seja, que os dados possam ser codificados, classificados e analisados; a incorporação de instrumentos de apoio às decisões clínicas como algoritmos decisórios provindos de diretrizes clínicas baseadas em evidências, formulários terapêuticos, lembretes e alertas para os profissionais de saúde etc; o módulo gerencial composto por controle de estoque, compras, faturamento e controle patrimonial; a formatação de relatórios clínicos e gerenciais a serem periodicamente emitidos; e em redes de atenção à saúde territorializadas, o geo-processamento dos dados.

Para que os prontuários eletrônicos únicos sejam implantados haverá que se investir na criação de uma info-estrutura adequada, o que envolverá investimentos em *hardwares* e em sistemas de conexão de redes informáticas.

É fundamental que sejam desenvolvidos incentivos para a adoção e uso dos prontuários eletrônicos, o que exigirá um realinhamento dos incentivos morais e econômicos aos profissionais de saúde para que isso possa ocorrer (National Center for Health Statistics, 2006).

Outro sistema logístico fundamental nas redes de atenção à saúde são os sistemas de acesso regulado aos serviços de saúde e constituem-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde.

Os sistemas de acesso regulado têm os seguintes objetivos: organizar a demanda de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar a demanda com foco no usuário; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos

procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados.

Os sistemas de acesso regulado aos serviços de saúde podem ser operados em módulos como: módulo de regulação de internações hospitalares eletivas; módulo de regulação internações de urgência e emergência; e módulo de regulação de consultas e exames especializados.

Em redes de atenção à saúde de base territorial estes sistemas podem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, mesorregionais, macrorregionais, e estaduais ou provinciais etc. Estes sistemas constituem-se de um *software* de regulação e da infraestrutura necessária para sua operacionalização que pode se dar através de etapas de implantação: mapeamento dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, construção de base de dados, integração dos sistemas, capacitação operacional dos atores envolvidos e monitoramento operacional.

Nas redes de atenção à saúde construídas com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, os acessos inter-níveis para os procedimentos eletivos serão regulados, principalmente, por este nível de atenção à saúde.

Estes três sistemas logísticos, anteriormente descritos, podem, em determinados desenhos operacionais de redes de atenção à saúde, estar integrados num sistema logístico único, ainda que sejam encontrados, também, de forma isolada. É o caso, por exemplo, do Sistema Integrado de Informação e Gestão da Atenção Sanitária, Sistema Diraya, da Comunidade Autónoma de Andalucía, na Espanha (Servicio Andaluz de Salud, 2007). Este sistema cobre uma estrutura de 1.482 centros de atenção primária à saúde e 37 hospitais. Ele objetiva integrar toda a informação do sistema sanitário com o centro no cidadão e compõe-se de prontuário eletrônico da atenção primária à saúde, prontuário eletrônico da atenção especializada, sistema de agendamento dos serviços de saúde por telefone ou pela *internet* (agendamento de atenção primária à saúde, de atenção especializada e de exames complementares, num total de 6 milhões de agendamentos por ano, feitos por telefone - *salud responde* ou por *internet*), sistema de telemedicina, sistema de internações hospitalares, sistema de digitalização de imagens, sistema de prescrição eletrônica de medicamentos e sistema de análise de dados. As orientações estratégicas deste sistema são: alinhamento dos sistemas de informação com as orientações das políticas sanitárias, o que implica garantia de prazos de respostas dos pontos de atenção à saúde, gestão da clínica, organização da atenção por processos, uso racional de medicamentos e avaliação de desempenho dos profissionais; formação de consensos entre os políticos, os gestores e os prestadores de serviços; utilização de normativas apropriadas como cartão de saúde, confidencialidade, prontuário eletrônico e receita eletrônica. As características-chave do sistema são: cartão de saúde com número singular (número único de historia de salud de Andalucía); prontuário único para cada

cidadão; integração dos exames complementares; acesso unificado aos serviços de saúde; receita eletrônica com prescrição e dispensação integradas, envolvendo 13 milhões de dispensações por ano; oficina virtual; informação relevante estruturada: mementos terapêuticos, protocolos de exames complementares e de apoio terapêutico; gestão da clínica; ferramentas de suporte para a decisão clínica; integração dos laboratórios de patologia clínica e dos serviços de imagem; e desenvolvimento do sistema pelos profissionais usuários. A avaliação do Sistema Diraya mostra os seguintes resultados: satisfação dos usuários, eficiência na assistência farmacêutica e redução de 23% no número de consultas na atenção primária à saúde.

O quarto sistema logístico das redes de atenção à saúde é o sistema de transporte sanitário. O objetivo deste sistema é organizar os fluxos de pessoas em busca da atenção à saúde e estruturar o transporte de amostras de exames complementares.

O transporte sanitário de pessoas destina-se aos usuários com incapacidade física ou econômica de deslocarem-se por meios ordinários de transporte e está restrito aos deslocamentos por causas exclusivamente clínicas. Este transporte pode ser primário e secundário. O transporte sanitário primário faz-se da residência ou do local de adoecimento ou lesão até uma unidade de saúde; o transporte secundário faz-se entre duas unidades de saúde distintas. O transporte sanitário de pessoas pode ser dividido em transporte de urgência e emergência e transporte eletivo.

O transporte sanitário de urgência e emergência pode ser assistido, quando há necessidade de atenção técnico-sanitária durante o percurso, e não assistido, quando esta necessidade não se manifesta. Este transporte pode ser terrestre, aéreo ou marítimo, e deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e oportunidade, no menor tempo possível, com o veículo apropriado e na rota certa. Os veículos de transporte sanitário terrestre devem ser normatizados com referência às características técnicas, à natureza dos equipamentos médicos e à planta de pessoal. Em geral, são divididos em ambulâncias de suporte de vida avançado e de suporte básico. As rotas devem estar previamente definidas para economia de tempo e de recursos e os veículos monitorados por rastreamento por satélite.

O transporte sanitário eletivo faz-se em situações em que não há urgência ou emergência, a partir de sistemas de agendamentos prévios. Em geral, é um sistema não assistido, de natureza terrestre e, também, deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e oportunidade. As rotas de transporte devem ser previamente estabelecidas e os veículos monitorados por rastreamento por satélite. Estes veículos devem ser normatizados em relação às suas características técnicas e de pessoal. O transporte eletivo de pessoas pode ser rotineiro ou eventual. O segundo é feito para serviços discretos; o primeiro envolve transporte para serviços que exigem presenças constantes por um tempo mais ou menos longo, como os serviços de quimioterapia e de terapia renal substitutiva.

O transporte sanitário das amostras de exame significa, dentro de uma integração horizontal de centrais de processamento de exames de patologia clínica, ligar as amostras coletadas descentralizadamente com o processamento feito centralmente. Este transporte deve ser normatizado em relação ao acondicionamento do material para ser transportado, de tal forma que não cause problemas na fase analítica dos exames.

MOMENTO 9: A MODELAGEM DO SISTEMA DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde faz-se por meio da modelagem institucional, da modelagem do sistema gerencial e da modelagem do sistema de financiamento.

A modelagem institucional pode fazer-se de várias formas, desde um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações conformando um único ente gestor até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as redes de atenção à saúde. Ainda que não exista evidência empírica sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das redes de atenção à saúde, são propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema (Vázquez et al, 2005): a responsabilidade de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à rede de atenção à saúde; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a rede de atenção à saúde para assegurar a consistência na visão e nos objetivos estratégicos.

Qualquer que seja a forma de ente institucional adotada há que se elaborar o desenho organizacional das redes de atenção à saúde, o que pode ser feito de diferentes modos. Lega (2007) propõe três diferentes desenhos. O desenho P, onde P significa produtos e se refere a estruturas e responsabilidades centradas em dois tipos de produtos: patologias como diabetes, câncer etc e clientes, como mulheres, idosos e portadores de distúrbios mentais etc. Este desenho P busca uma integração multiprofissional em diferentes pontos de atenção à saúde. O desenho G, onde G significa área geográfica, busca uma integração com base em uma população num determinado espaço geográfico (áreas, distritos etc), ou seja, em territórios sanitários. Finalmente, o desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas.

Este ente de governança da rede de atenção à saúde deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o sistema de acreditação, o planejamento estratégico, os contratos de gestão e o sistema de avaliação.

O sistema de acreditação das redes de atenção à saúde pode ser feito conforme recomenda a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004), por meio do 2005-2006 *Comprehensive Accreditation Manual for Integrated Delivery Systems* (CAMIDS), desenhado para facilitar o melhoramento operacional contínuo dos sistemas integrados de saúde, bem como para realizar a auto-avaliação de suas performances tendo como base os padrões da *Joint Commission*.

O manual de acreditação está desenvolvido em vários capítulos funcionais.

- i. A gestão da informação cujo objetivo é obter, gerenciar e usar informação para melhorar a performance de prestadores de serviços aos pacientes e para dar suporte aos processos de governança e gestão.
- ii. A gestão dos recursos humanos cujo objetivo é propiciar aos componentes da rede de atenção à saúde e aos prestadores, identificar e prover um número apropriado de pessoal qualificado para cumprir a missão do sistema e atender às necessidades dos pacientes.
- iii. A promoção da saúde e a prevenção das doenças cujo objetivo é verificar a existência e conformidade de um plano de serviços preventivos, com base em linhas-guia baseadas em evidências.
- iv. A melhoria do desempenho cujo objetivo é melhorar os resultados sanitários da rede de atenção à saúde através de aperfeiçoamentos na clínica, na administração, na governança e nos processos de apoio.
- v. A liderança cujo objetivo é permitir às lideranças da rede de atenção à saúde planejar, dirigir, coordenar, prover e melhorar os serviços de saúde para responder às necessidades dos pacientes e da comunidade.
- vi. A educação e a comunicação cujo objetivo é melhorar os níveis de saúde dos usuários por meio de: promoção de comportamentos saudáveis; facilitação da participação dos pacientes e das famílias nas decisões sobre a sua saúde; envolvimento dos pacientes e de suas famílias nas decisões sobre a saúde; e dar apoio ao retorno rápido às atividades.
- vii. Os direitos, as responsabilidades e a ética: uma rede de atenção à saúde tem responsabilidades éticas com seus pacientes, com seus financiadores, com seus componentes e com seus servidores; para isso, esta rede deve contar com documentos que definam linhas-guia éticas para sua operação e para a atenção aos pacientes.
- viii. A continuidade da atenção cujo objetivo é definir e modelar a seqüência dos processos e atividades para maximizar a coordenação dos cuidados ao longo do *continuum* de atenção.
- ix. Os eventos sentinelas que têm os seguintes objetivos: ter um impacto positivo na atenção aos pacientes e na prevenção desses eventos; focar a atenção no sistema que tenha experimentado um evento sentinela e compreender as suas causas e mudar o sistema para que esses eventos não mais ocorram no futuro; aumentar o conhecimento geral sobre eventos sentinelas, suas causas e as estratégias de prevenção; e manter a confiança do público no sistema.

O planejamento estratégico das redes de atenção à saúde pode ser realizado num processo que envolve a formulação estratégica, a definição dos projetos estratégicos e o plano operativo anual.

A formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário. Pode ser ajudada pela análise das fortalezas, debilidades, oportunidades e ameaças (*SWOT* em inglês) e deve levar à definição da missão, da visão e dos valores compartilhados pelo ente de governança instituído, bem como a definição do seu posicionamento estratégico no mercado público ou privado. Isto envolverá um trabalho amplo de consulta a diferentes atores sociais que atuam, direta ou indiretamente, na rede de atenção à saúde, envolvendo os gestores, os prestadores e os representantes dos usuários.

A formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazo que implicam os objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Estes projetos estratégicos, assim como os planos operativos dele derivados, podem ser feitos estabelecendo ações e objetivos para estrutura, processos e resultados, segundo o clássico modelo de Donabedian (2003), aperfeiçoado pelo Center for Disease Control and Prevention (1999) por meio de um modelo lógico representado por uma hierarquia dos componentes de um programa. Estes componentes, organizados numa cadeia, são: insumos, atividades, produtos e resultados, onde os insumos levam às atividades que levam aos produtos que podem levar aos resultados. A análise de consistência deste plano pode ser feita adotando-se a metodologia do marco lógico. É desejável que a abertura programática do plano se faça pelas redes temáticas de atenção à saúde, consideradas prioritárias no projeto estratégico.

Com estes insumos, somados aos elementos advindos do momento 5 de programação da atenção primária à saúde, do momento 6 de programação dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários e do momento 7 de programação dos sistemas de apoio, deve-se construir o plano operativo anual. O plano operativo anual deve definir para cada objetivo estratégico as ações, os responsáveis, os tempos e os indicadores de resultados, propor o orçamento e definir um sistema de monitoramento.

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre o ente gestor das redes de atenção à saúde e os diferentes prestadores de serviços de saúde envolvidos nestas redes. Se o ente gestor integrar verticalmente todos os serviços e colocá-los sob sua propriedade, ele se relacionará com estes prestadores próprios através de contratos internos; se os prestadores forem externos ao ente gestor, a relação far-se-á através de contratos externos. Portanto, uma capacidade institucional fundamental do ente de governança das redes de atenção à saúde é de exercitar a função de compra de serviços de saúde por meio do gerenciamento de contratos.

As redes de atenção à saúde são sistemas complexos compostos por diferentes atores sociais em situação, onde a cooperação entre eles não é automática. Por isso, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam, segundo a teoria dos jogos, gerar um excedente cooperativo (Cooter & Ulen, 1988). Quando aplicados nas instituições públicas, a relação contratual permite superar a lógica hierárquica de comando e controle e instituir uma relação dialógica e horizontal entre contratante e contratados que se apresentam, nesta relação, como parceiros. A lógica contratual é, portanto, da cooperação e não da competição.

Uma das críticas que se fazem à contratação nos serviços de saúde é que, feito por pontos de atenção à saúde isolados, pode aumentar a fragmentação dos sistemas de saúde. Este parece ser o caso de algumas experiências na Espanha, onde a contratação isolada de hospitais e de unidades de atenção primária à saúde aumentou a incomunicação entre estes pontos de atenção e incrementou a fragmentação dos sistemas de saúde (Via, 2001). Para superar este problema, os contratos nas redes de atenção à saúde deveriam ser feitos de forma integrada pelos diferentes serviços de saúde que garantem a continuidade da atenção, como é do espírito das redes de atenção à saúde.

Os contratos devem conter uma série de cláusulas essenciais que envolvem a definição quantitativa e qualitativa dos produtos, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, o sistema de garantias, o sistema de monitoramento, o sistema de pagamento e o sistema de incentivos (Brousseau, 1993).

O sistema gerencial deve prever um sistema de avaliação das redes de atenção à saúde. Há vários modelos de avaliação disponíveis na literatura internacional que podem ser utilizados como referência: o modelo da Foundation for Accountability (1997), o modelo do Institute of Medicine (2001), o modelo do domínio do consumidor (US Department of Health and Human Services, 2005), o modelo de avaliação da performance dos sistemas de saúde das Américas (Kelley & Hurst, 2006), o modelo de avaliação de desempenho do Institute of Medicine (2006) e o modelo de Hurtado (2006), elaborado para a Organização Pan-Americana da Saúde.

A modelagem do financiamento é um passo fundamental no sistema de governança das redes de atenção à saúde.

Um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das redes de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção é o sistema de incentivos financeiros aos prestadores, aos serviços e aos profissionais. Somente se logrará enfrentar os problemas sanitários no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - a essência das redes de atenção à saúde -, se alinharem os incentivos econômicos com os objetivos destas redes. De nada adiantará fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das doenças, se os incentivos econômicos estão dirigidos a

remunerar os serviços por procedimentos, segundo suas respectivas densidades tecnológicas.

O sistema de pagamento materializa-se através de formas de pagamento distintas, expressas nos seguintes tipos ideais: unidade de serviço, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, diária, capitação, salário, elemento de despesa orçamentário ou orçamento global.

Estes diversos modos de pagamento podem ser agrupados em dois grandes grupos: os pagamentos retrospectivos e os pagamentos prospectivos. O sistema de pagamento retrospectivo é aquele em que o fluxo financeiro faz-se *ex-ante*, independentemente da prestação prévia dos serviços, como os pagamentos por capitação e por orçamento global. Diferentemente, os pagamentos prospectivos constituem fluxos financeiros *ex-post*, no qual o pagamento é efetuado em virtude dos serviços previamente executados, como nas formas de pagamento por unidade de serviço, por diária e por procedimentos por grupos afins de diagnóstico.

Essas formas de pagamento apresentam, todas, fortalezas e debilidades. Assim, o pagamento por capitação é forte no incentivo de medidas promocionais e preventivas e na contenção de custos, mas pode induzir os prestadores a não oferecer certos serviços necessários; por outro lado, o pagamento por unidade de serviços incentiva a sobreprestação de serviços, mas é o sistema que mais satisfaz a população. Alguns pontos parecem consensuais: os prestadores de serviços respondem aos incentivos positivos e negativos de cada forma de pagamento; exige-se um certo nível de capacidade gerencial para tornar qualquer método eficaz; os métodos de pagamento que geram incentivos mais positivos tendem a apresentar custos administrativos mais altos; o método de pagamento por unidade de serviço deve ser evitado porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias; os gestores estão se movendo das formas de pagamento por subsídio à oferta para formas de pagamento por subsídio à demanda; a forma de pagamento deve induzir a algum compartilhamento de riscos financeiros com os prestadores de serviços; e a forma de pagamento deve fazer parte de um contrato explícito entre os gestores e os prestadores de serviços (Barnum et al., 1995; World Health Organization, 2000).

Diante das vários métodos alternativos de pagamento, havia, até bem pouco tempo, uma tendência a propor a adoção de sistemas mistos por uma série de razões: são os mais encontrados; dariam mais flexibilidade aos gestores para compor suas relações com os prestadores de serviços; e permitiriam relativizar os incentivos adversos contidos num sistema puro (Kutzin, 1995). Contudo, mais recentemente, manifesta-se uma tendência para a forma de pagamento por capitação em função de seus efeitos sistêmicos positivos como o incremento de atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença; o efeito indutor sobre a organização de um sistema baseado na atenção contínua em vários pontos de atenção à saúde; o fortalecimento da atenção primária à saúde; a capacidade de contenção de custos; e a indução do rateio dos riscos financeiros e sanitários (World Health Organization, 2000; Telyukov, 2001).

Por tudo isto não parece haver dúvidas de que o pagamento por capitação parece ser a forma mais adequada para alinhar o sistema de pagamento com os objetivos das redes de atenção à saúde.

O pagamento por capitação deve ser acompanhado de incentivos. Estes incentivos podem ser de diversas naturezas: de desempenho, como para aumentar a produtividade dos profissionais de saúde; de aumento de certas atividades consideradas importantes numa política de saúde, como ações de vigilância epidemiológica; e de objetivos, que levariam a atingir certas metas prioritárias, como vacinar 100% de uma população contra certa doença.

III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

BARNUM, H. et al. - Incentives and provider payment methods. Washington, Human Development and Operation Policy, HROWP nº 51, 1995.

BENGOA, R. - Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE /BANCO MUNDIAL - Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRIGHTON AND HOVE CITY - Chronic disease management.
<http://www.brightonandhovepct.nhs.uk> , acessado em junho de 2007.

BROUSSEAU, E. - L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises. Paris, PUF, 1993.

BUNKER, J.P., LUFT, H.S. & ENTHOVEN, A - Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.

CANADA HEALTH INFOWAY - 2015 advancing Canada's next generation of healthcare. Toronto, Canada Health Infoway Inc., 2006.

CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. - Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. - Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

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

CERCONE, J. – Opciones de políticas para la implantación de sistemas y servicios integrados de salud. Washington, Trabajo presentado a la Organizaron Panamericana de la Salud, 2007.

COCHRANE, D. - Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) - Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001.

COOTER, R.D. & ULEN, T.S. - Law and economics. London, Scott, Foreman and Co., 1988.

CRETIN, S., SHORTELL, S.M. & KEELER, E.B. - An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*, 28: 28-51, 2004.

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

DLUGACZ, Y.D., RESTIFO, A. & GREENWOOD, A. - The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

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

DOWLING, W.L. - Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

FELTON, T. - Evidence-based medicine. In: COUCH, J.B. (Editor) - The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, Aspen Publication, 1998.

FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. - Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. (Editors) - Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.

FOS, P.J. & FINE, D.J. - Managerial epidemiology for health care organizations. San Francisco, Jossey-Bass, 2nd ed., 2005.

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

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

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

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

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE - <http://www.improvingchroniccare.org> ,
acessado em junho de 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT -
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystem> , acessado em junho de
2007.

INSTITUTE OF MEDICINE - Clinical practice guidelines: directions for a new program.
Washington, National Academy Press, 1990.

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

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

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

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

KELLEY, E. & HURST, J. - Health care indicators Project: conceptual framework. OECD
Health Working Papers nº 23, Document DELSA/HEA/WD/HWP, 2006,
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>

KUTZIN, J. - Experience with organizational and financing reform of the health sector.
Geneva, WHO/SHS Paper nº 8, 1995.

LEGA, F. - Organisational design for health integrated delivery systems: theory and
practice. Health Policy, 81: 258-279, 2007.

MATUS, C. - Política, planificación y gobierno. Caracas, Miguel Anjel Garcia Ed., 1987.

MENDES, E.V. - A gestão da clínica. Belo Horizonte, mimeografado, 2006.

MINISTRY OF HEALTH - A framework for a provincial chronic disease prevention
initiative. British Columbia, Population Health and Wellness, Ministry of Health Planning,
2003.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS - Assessing the potential for national
strategies for electronic health records for population health monitoring and evaluation.
Washington, Centers for Disease Prevention and Control, 2006.

NATIONAL HEALTH SERVICE - Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. London, The Stationery Office, 2005.

NORONHA, J.C. de - Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. Cadernos de Saúde Pública, 19: 1781-1789, 2003.

NYSTUEN, J.D. & DACEY, M.F. - A graph theory interpretation of nodals regions. Papers and proceedings of the regional science association, 7: 29-42, 1961.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, PAHO, 2005.

PORTER, M. - The Kaiser Permanente health system. Juiz de Fora, XX Simpósio das UNIMED's de Minas Gerais, 2007.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. - European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1997.

SANTOS, C.A. et al. - O sistema de apoio diagnóstico terapêutico no nível local. In: MENDES, E.V. (Organizador) - A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD - Diraya: sistema integrado de información y gestión de la atención sanitaria. Sevilla, Consejería de Salud, 2007.

SHAW, V. - Health information system reform in South Africa: Bulletin of the World Health Organization, 83: 632-639, 2005.

SHEKELLE, P.G. et al. - Developing guidelines. British Medical Journal, 318: 593-596, 1999.

SINGH, D. - Transforming chronic care in Surrey e Sussex: where are we starting from? Crawley, Surrey and Sussex PCT Alliance, 2005.

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

STARFIELD, B., SHI, L. & MACINKO, J. - Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quartely*, 83: 457-502, 2005.

TELYUKOV, A - Guia para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Washington, La Iniciativa Regional de Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe, *Cadernos Especiales* nº 5, 2001.

THE AGREE COLLABORATION - Agree Instrument. London, St. George's Hospital Medical School, 2001.

TODD, W.E. - Strategic alliances. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) - *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - US national healthcare quality report 2005. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

VÁZQUEZ, M.L.N. et al. - Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Pública*, 79: 633-643, 2005.

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

WAGNER, E.H. - Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff .Clin.Pract.*, 1: 2-4, 1998.

WARNER, M. - Implementing health care reform through substitution. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES - Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Health Equity Team, Commission on Social Determinants of Health – *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper. Draft 5, 2005*, <http://www.paho.org/English/CSDH>

YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. - *Managing integrated delivery systems: a framework for action*. Chicago, Health Administration Press, 1999.

ANEXO 1:

ATRIBUTOS E DIFERENTES NÍVEIS DE INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|------------------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO DA REDE | Existe uma estrutura única de governança da rede? | | | | |
| | A rede dispõe de um desenho organizacional? | | | | |
| | A rede dispõe de um sistema de planejamento estratégico? | | | | |
| | A missão, a visão e os valores da rede são claros e de conhecimento geral? | | | | |
| | Há um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? | | | | |
| | Há um sistema de monitoramento e avaliação da rede? Este sistema inclui a avaliação realizada pelos usuários dos serviços da rede? | | | | |
| | O sistema de contratualização dos prestadores está alinhado com os objetivos e contém incentivos para que estes objetivos sejam alcançados? | | | | |
| | Os gerentes de cada ponto de atenção à saúde e dos sistemas de apoio aderem à perspectiva de uma integração em rede? | | | | |
| | O ente de governança da rede está organizado de forma a maximizar as eficiências técnica e alocativa? | | | | |
| | Existe um financiador único ou uma integração entre os entes financiadores com contratos múltiplos com os prestadores? | | | | |
| | Existem incentivos financeiros e estrutura organizacional que alinha o ente de governança, os instrumentos de gestão e os prestadores de serviços no sentido de alcançar os objetivos da rede? | | | | |
| | Como se dá o pagamento aos prestadores: por procedimentos, por orçamento global ou capitação? | | | | |
| | A rede conta com mecanismos eficazes de gestão financeira? | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|------------------------|---|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| | Existe um registro de base populacional único que integra a informação assistencial e gerencial? | | | | |
| | Há uma base de dados única que incorpora toda a população usuária e a classifica em subpopulações de risco? Há um número único de identificação de cada usuário? | | | | |
| | Existe um prontuário eletrônico único que se utiliza em todos os pontos de atenção e em todos os sistemas de apoio? O prontuário integra as informações sobre hospitalização, atenção ambulatorial especializada, atenção primária à saúde, exames de patologia clínica, exames de imagem, assistência farmacêutica etc? | | | | |
| SISTEMAS LOGÍSTICOS | Há um sistema de agendamento eletrônico único na rede? A equipe de atenção primária agenda diretamente a atenção especializada ambulatorial e hospitalar para os procedimentos eletivos? A regulação do agendamento das urgências e emergências conta com um médico regulador? | | | | |
| | Há um sistema de transporte sanitário? Ele dispõe de um sistema de um sistema de transporte de urgências e emergências? Ele dispõe de um sistema de transporte para procedimentos eletivos? Ele dispõe de um sistema de transporte de amostras de exames? Ele dispõe de um sistema de transporte de resíduos das unidades de saúde? | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|--------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| SISTEMAS DE APOIO | Há sistemas regulares de informação sobre mortalidade, morbidade, nascidos vivos, incapacidade e produção de serviços? | | | | |
| | Estes sistemas de informação se comunicam entre si para produzir informações gerenciais de interesse da rede? | | | | |
| | Existe um sistema de assistência farmacêutica na rede? | | | | |
| | Este sistema de assistência farmacêutica contempla os ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos? Há um sistema de farmacoeconomia? | | | | |
| | Este sistema de assistência farmacêutica contempla os elementos assistenciais como o momento terapêutico, a atenção farmacêutica, a facilitação da adesão aos tratamentos, a conciliação dos medicamentos e a farmacovigilância? | | | | |
| | Existe um sistema de apoio diagnóstico e terapêutico da rede envolvendo o diagnóstico por imagens, a medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica? | | | | |
| | A coleta de material para os exames de patologia clínica é feita descentralizadamente nas unidades de saúde? | | | | |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | A atenção primária à saúde está organizada segundo os princípios do primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária? | | | | |
| | A atenção primária à saúde dispõe de equipes multiprofissionais capacitadas para a consecução desses princípios e para a prestação de serviços de qualidade em relação às condições agudas e crônicas? | | | | |
| | A atenção primária está apta para exercer a coordenação a atenção à saúde ao longo dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio? | | | | |
| | A atenção primária à saúde está apta a exercer a função de responsabilização dos usuários na rede? | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|--|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| FUNDAMENTOS E MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO | A rede busca integrar horizontalmente os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio para obter ganhos de escala e melhoria da qualidade dos serviços? São utilizados mecanismos como fusão e alianças estratégicas? | | | | |
| | Os territórios sanitários estão definidos segundo os princípios de economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos, qualidade dos serviços e acesso? | | | | |
| | Os territórios sanitários estão definidos segundo os princípios de contigüidade territorial, pertencimento cultural, escala populacional mínima, fluxos viários e fluxos assistenciais? | | | | |
| | Os territórios sanitários estão delimitados por espaços locais de autosuficiência em atenção primária à saúde, de espaços mesorregionais de autosuficiência em atenção secundária e de espaços macrorregionais de autosuficiência em atenção terciária? | | | | |
| | Há reuniões periódicas entre profissionais de atenção primária e profissionais especializados? Há consultas rotineiras entre estes profissionais por correio eletrônico ou telefone? Há sessões e discussão de casos clínicos entre esses profissionais? | | | | |
| POPULAÇÃO | Há uma população claramente identificada e de responsabilidade da rede? | | | | |
| | Os serviços da rede estão baseados nas necessidades de saúde desta população? | | | | |
| | Esta população está adscrita a uma unidade de atenção primária à saúde? | | | | |
| | A população está cadastrada na unidade de atenção primária à saúde por unidades familiares? As famílias são classificadas por riscos sócio-sanitários? | | | | |
| | A população esta subdividida em relação aos fatores de riscos e em relação aos riscos por doença ou condição? | | | | |
| A equipe de atenção primária à saúde tem claro seu papel de responsabilização sanitária pela população adscrita? | | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|---------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE | <p>A rede tem claro um modelo de atenção à saúde? Este modelo é conhecido e operacionalizado em todos os pontos de atenção à saúde, sistemas logísticos e sistemas de apoio?</p> | | | | |
| | <p>Os profissionais de saúde e a população têm claras as funções de porta de entrada e de coordenação assistencial da atenção primária à saúde?</p> | | | | |
| | <p>O modelo de atenção à saúde inclui a promoção da saúde? A rede dispõe de instrumentos de operacionalização da promoção da saúde? A promoção da saúde inclui intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde?</p> | | | | |
| | <p>O modelo de atenção à saúde inclui a prevenção das condições ou doenças? A rede dispõe de instrumentos de operacionalização da prevenção das condições ou doenças?</p> | | | | |
| | <p>O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?</p> | | | | |
| | <p>O modelo de atenção à saúde possibilita o empoderamento dos usuários da rede para seu próprio cuidado?</p> | | | | |
| | <p>A rede dispõe de linhas-guia para as principais condições ou patologias construídas com base em evidências e validadas interna e externamente? Estas linhas-guia são disponibilizadas em meio magnético e publicadas em papel, de forma a serem de conhecimento de todos os gestores e profissionais? Essas linhas-guia organizam os fluxos de atenção dentro e entre os diferentes pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio da rede? Essas linhas-guia são avaliadas antes de serem implantadas? São revisadas periodicamente? São complementadas por protocolos clínicos baseados em evidências para utilização nos pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio?</p> | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|---------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE | O modelo de atenção à saúde utiliza a gestão de patologia para as doenças ou condições estabelecidas? | | | | |
| | A gestão de patologia utiliza um plano de cuidado individual para cada usuário da rede? Este plano é rotineiramente construído e avaliado com a participação do usuário? | | | | |
| | A gestão de patologia supõe a gestão colaborativa do cuidado? A rede utiliza rotineiramente instrumentos de autocuidado orientado? A rede dispõe de equipes multiprofissionais capacitadas a orientar o autocuidado? | | | | |
| | A rede utiliza rotineiramente instrumentos diferenciados de abordagem clínica para os portadores classificados por diferentes riscos? | | | | |
| | As linhas-guia oferecem uma planilha de programação para as intervenções propostas? É feita a programação dos pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio com base nestas planilhas? Existe um sistema de monitoramento dessa programação? Há um sistema de contrato gestão com as equipes com incentivos para o cumprimento da programação? | | | | |
| | Há um sistema de auditoria clínica construído com base nas linhas-guia e protocolos clínicos? É utilizado rotineiramente nos pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede? | | | | |
| | A rede utiliza rotineiramente as tecnologias de listas de espera, construídas com base em riscos e transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta? | | | | |

| ATRIBUTOS ESTRATÉGICOS | ATRIBUTOS OPERATIVOS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE INCIPIENTE | REDE AVANÇADA | REDE INTEGRADA |
|----------------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| | <p>Há um sistema de educação permanente dos profissionais de saúde construído com base nas linhas-guia? Este sistema utiliza metodologias educacionais de educação de adultos baseadas em evidências?</p> | | | | |
| <p>MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</p> | <p>Há um sistema de educação em saúde construído com base nas linhas-guia? Este sistema é utilizado rotineiramente nos pontos de atenção à saúde? A rede conta, em seus pontos de atenção à saúde, com profissionais especializados em educação em saúde? A rede conta, em seus pontos de atenção à saúde, com equipamentos e espaços físicos adequados à educação m saúde?</p> | | | | |
| | <p>O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso? Há critérios claros de identificação dos usuários que deverão ser manejados através dessa tecnologia de gestão da clínica?</p> | | | | |
| | <p>Há um plano de cuidado para cada usuário acompanhado pela gestão de caso? Esse plano é avaliado e modificado rotineiramente? É construído e revisado com a participação do usuário e de sua família?</p> | | | | |

ANEXO 2:**AS MATRIZES DE DESENHO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

| MATRIZ DE PONTOS DE ATENÇÃO | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE | COMPETÊNCIA | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | | TERRITÓRIO LOCAL |
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | | | TERRITÓRIO MICRORREGIONAL |
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | | | TERRITÓRIO MACRORREGIONAL |

| MATRIZ DE SISTEMAS DE APOIO | | | |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | SISTEMA DE APOIO | COMPETÊNCIA |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | | |
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | | | |
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | | | |

