



**Modelos Assistenciais:**

**Sistemas, Modelos e  
Redes de Atenção a  
Saúde**

Texto produzido por meio de compilação de partes literalmente extraídas de: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção a Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/pdaps-oficina-2-pbh-participante-pdf-d53034412>>. Acesso em 20/02/2013

# MODELOS ASSISTENCIAIS: SISTEMAS, MODELOS E REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE<sup>1</sup>

O Sistema de Saúde Brasileiro é construído e organizado tendo como base princípios determinados pela Constituição Brasileira. Estes princípios regem ou devem reger todas as ações realizadas pelos diversos pontos de atenção do sistema para manter, recuperar ou promover a saúde da população. Estes princípios são: a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. Podemos dizer que estes princípios conformam um modelo para a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Para entender como e o que estes princípios afetam o nosso trabalho, é necessário aprofundar os conceitos de modelos assistenciais, de sistemas de saúde, e redes de atenção à saúde dentro do contexto atual da organização do SUS em Minas Gerais.

## Os Sistemas de Atenção a Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primeiro é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Então, os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos: i. O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; ii. A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; iii. O acolhimento humanizado de todos os cidadãos; iv. A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; v. A garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

Os sistemas de serviços de saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, as tipologias mais encontradas são de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

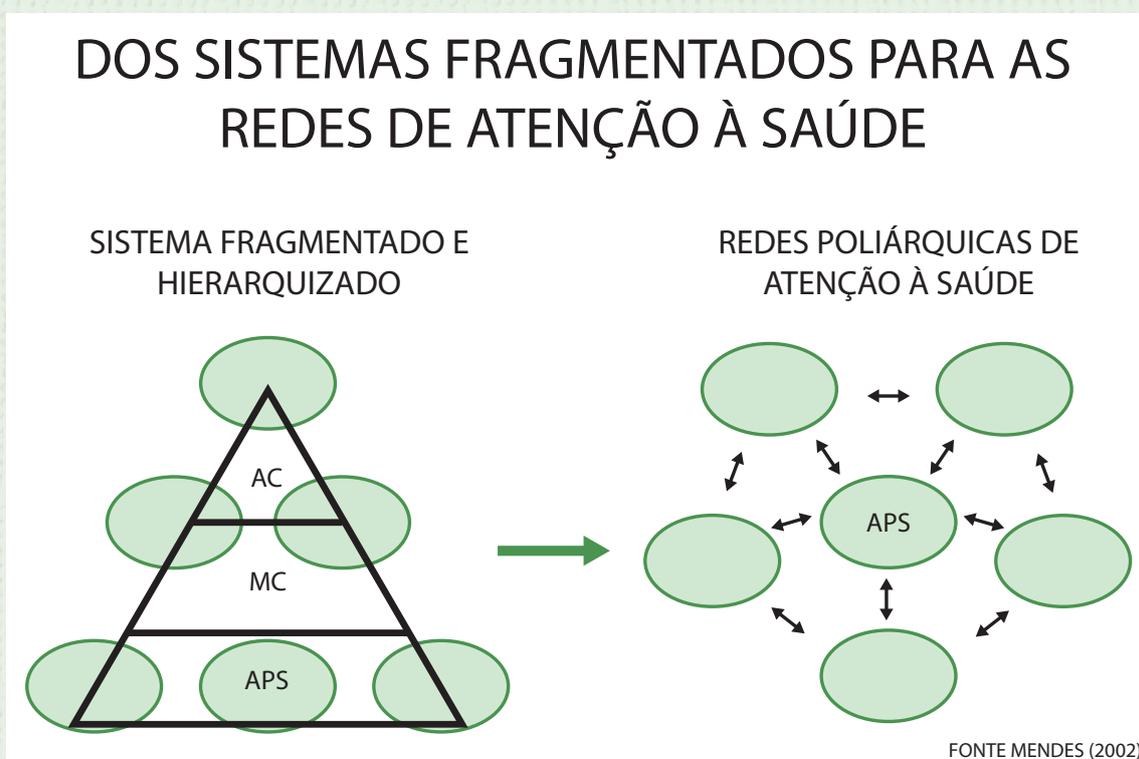
Nos modelos fragmentados de atenção à saúde, predomina uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Esta concepção de sistema hierarquizado, organizado por níveis de atenção segundo uma complexidade crescente, tem sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção

1. MENDES, Eugênio Vilaça. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Minas Gerais: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG. p. 50-56.

primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

A figura abaixo procura ilustrar essa mudança de um sistema hierárquico, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

**Figura 1 – Dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde**



A figura acima aponta para mudança radical da organização dos sistemas de atenção à saúde que não pode se limitar a uma inversão destes sistemas, como é proposto frequentemente. Porque não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal, mas de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliárquica de atenção à saúde.

## Quadro 1 – Diferenciação entre as características do sistema fragmentado e a Rede de Atenção à Saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada d pontos de atenção à saúde.
Objetivo	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde.
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas.
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas.
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores.	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos.	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado.
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários.
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	Integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados.	Financiamento por valor global ou por capitação da rede.
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede.

# Redes de Atenção a Saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade certa.

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem 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).

## Os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a) a população; b) a estrutura operacional ou os componentes das redes de atenção à saúde; c) o modelo de atenção à saúde.

### 1. A população

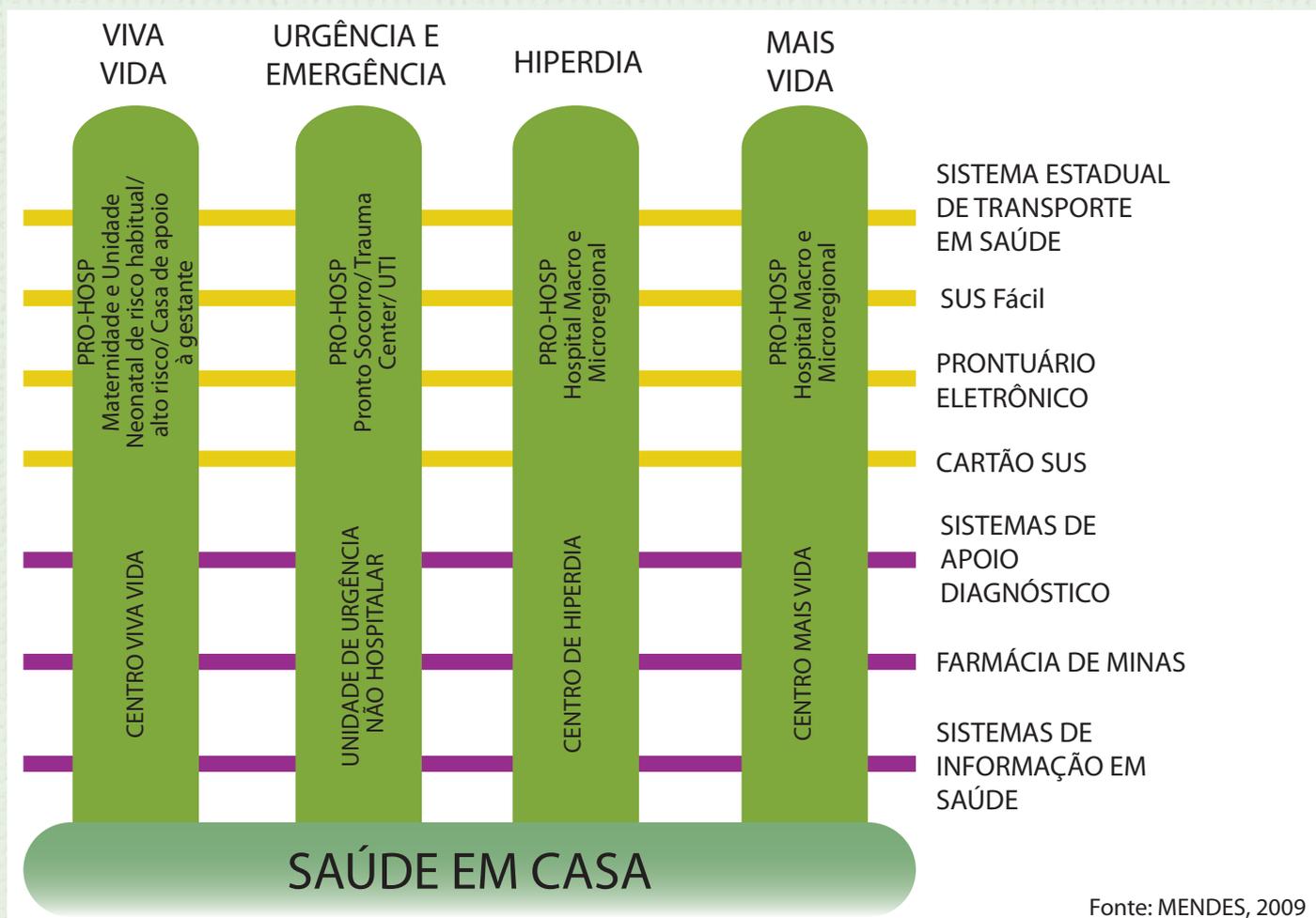
Não há possibilidade de se estruturar uma rede de atenção à saúde sem uma população adscrita. Sistemas de saúde organizados em rede exigem a territorialização, ou seja, a construção e o conhecimento do espaço/população/território, como é o caso do SUS.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada num sistema de informação potente. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

### 2. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde materializa-se em cinco componentes: os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede. É o que se vê na figura abaixo, com a exceção do sistema de governança que incide sobre todos os outros componentes.

**Figura 2 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



## 2.1 Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários

Os nós das redes de atenção à saúde constituem-se dos pontos de atenção à saúde que são os lugares institucionais, onde se ofertam serviços de atenção secundária e terciária, produzidos através de um modo produção e processos de trabalho singulares. São exemplos de pontos de atenção à saúde: as unidades ambulatoriais especializadas; os centros de apoio psicossocial; as residências terapêuticas; os centros de especialidades odontológicas, os centros ambulatoriais especializados, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais, como organizações de alta densidade tecnológica e como organizações complexas, podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia e outros.

## 2.2 A Atenção Primária à Saúde

O centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra-fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pela atenção primária à saúde (unidade ou equipe de atenção primária à saúde). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de uma rede de atenção à saúde, a atenção primária à saúde deve cumprir três papéis essenciais (MENDES, 2007b): o papel resolutivo, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de coordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

## 2.3 Os sistemas de apoio

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia). O subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade englobando, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como os protocolos de medicamentos, a dispensação farmacêutica, a atenção farmacêutica, a conciliação de medicamentos, a adesão aos tratamentos medicamentosos e a farmacovigilância. Os sistemas de informação em saúde englobam diferentes bancos de dados nacionais, regionais e locais.

## 2.4 Os sistemas logísticos

Um quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, os sistemas e acesso regulado à atenção à saúde, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários.

## 2.5 Os sistemas de governança

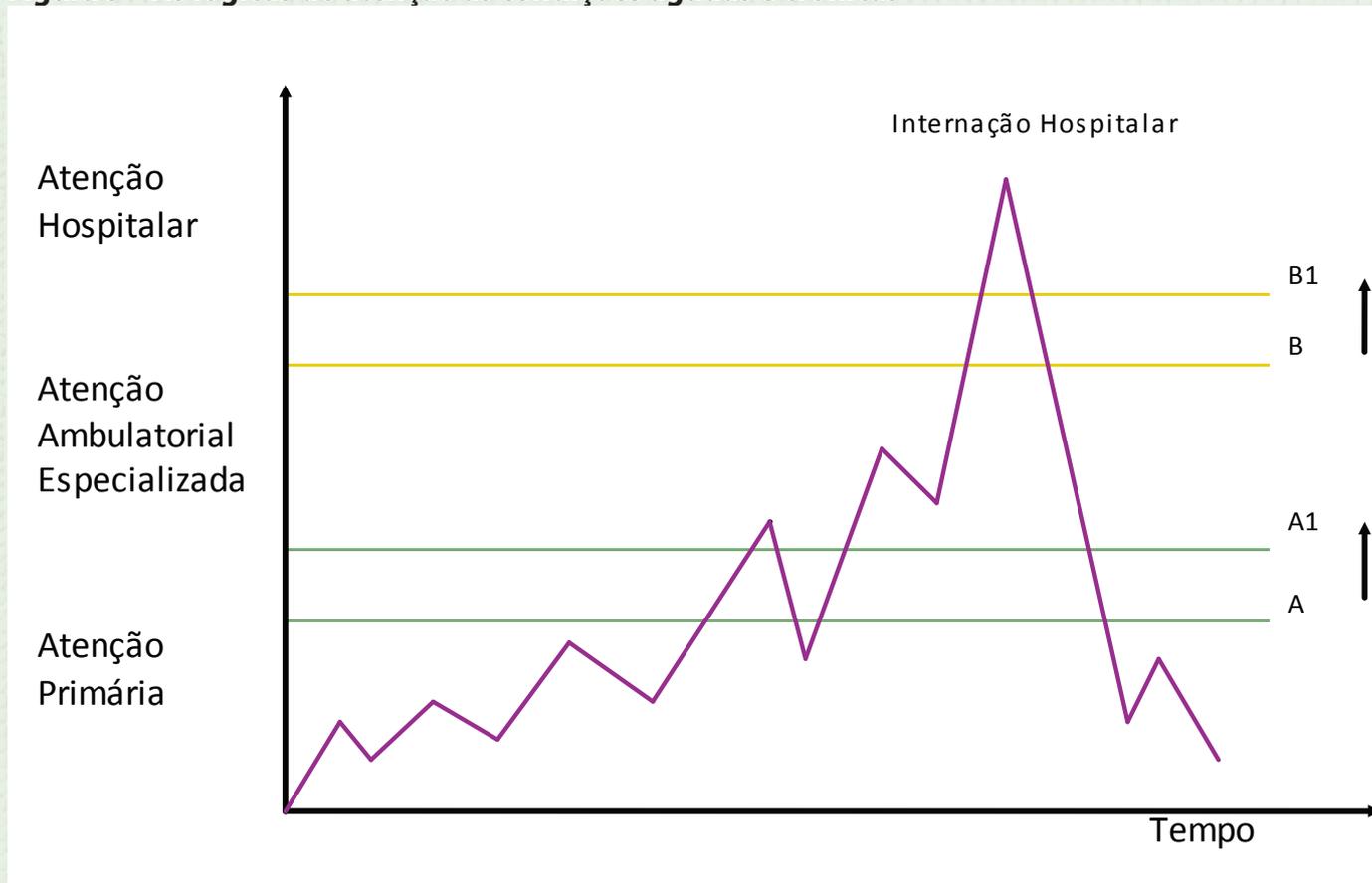
O quinto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança das redes. A governança da rede envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macro e microrregiões).

# 3. O Modelo de Atenção a Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2007a).

As lógicas subjacentes aos sistemas alternativos são dadas pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Dadas essas características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de saúde, são inteiramente diversos. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas –, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem. É o que se vê na figura abaixo:

**Figura 3 – As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas**



FONTE: Adaptado de EDWARDS; HENSHER e WERNEKE (1998)

A figura acima mostra o curso hipotético da severidade de uma doença em uma pessoa portadora de uma doença crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, num determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser gerido rotineiramente pela atenção primária à saúde; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser enfrentado pela atenção ambulatorial especializada; finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que necessita de internação hospitalar. Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença, aciona o sistema e é atendida, no pronto atendimento ambulatorial (ponto X); num segundo momento, descompensa e é internada num hospital (ponto Y). Contudo, nos intervalos não tem uma atenção contínua e proativa sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde. Esse sistema de atenção – o sistema fragmentado de atenção às condições agudas -, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários desastrosos. Esse portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as doenças e condições já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto-percebidas pelos “pacientes”, desconhecendo os determinantes sociais, os fatores de riscos e os riscos fisiológicos. Por isso, é imprescindível mudar, radicalmente essa lógica, implantando-se uma rede de atenção à saúde que, além de responder aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes, sobre os riscos e, também, sobre os danos e doenças.

Ainda que os resultados do sistema fragmentado de atenção às condições agudas sejam desastrosos, ele conta com o apoio forte dos decisores políticos e da população em geral que é sua grande vítima.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas através de modelos de atenção à saúde voltados para a atenção a eventos agudos são dramáticos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos: há 8 milhões de portadores de diabetes com diagnóstico da doença e outros tantos sem diagnóstico; 35% dos portadores de diabetes desenvolvem nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes têm 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentar um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofrem algum tipo de amputação de extremidade; há 144.000 mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1.445.000 anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951.000 pessoas; a produtividade anual é 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tem o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; a carga econômica anual do diabetes foi estimada em torno de 90 bilhões de dólares; e um portador de diabetes custa anualmente, ao sistema de serviços de saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR; BOUWMAN e LOBECK, 1996).

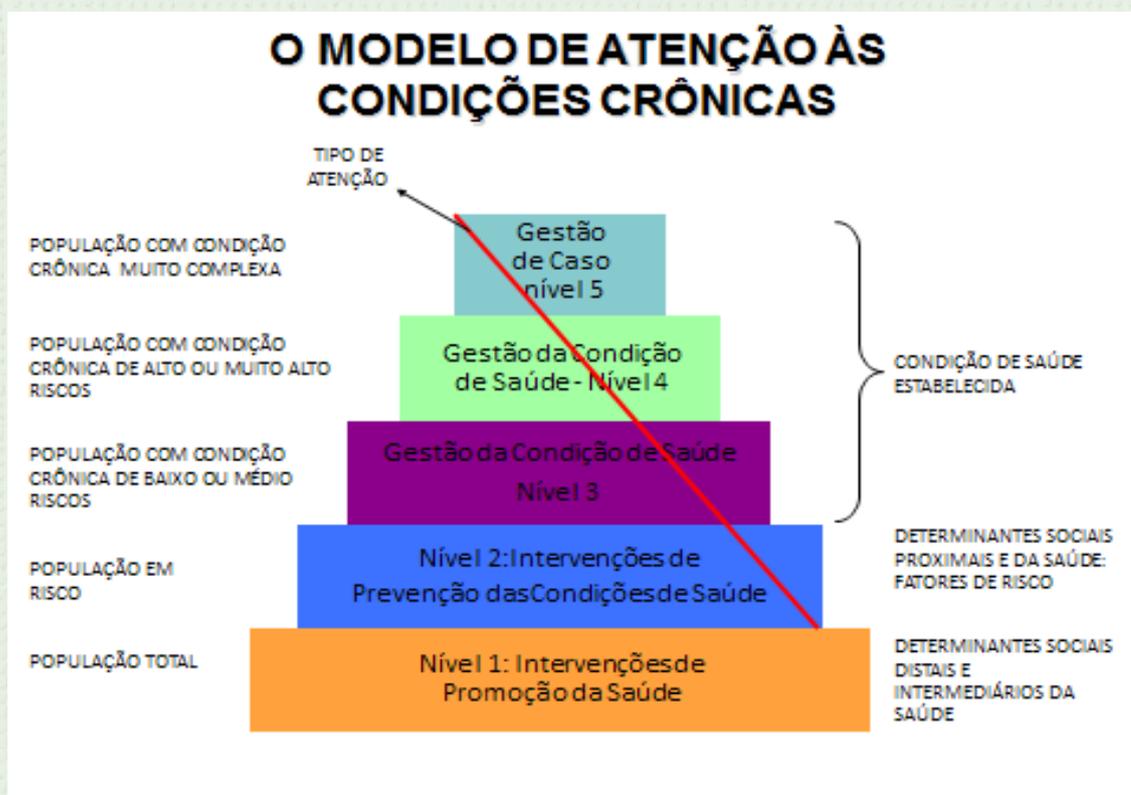
Outro dado que mostra a irracionalidade da atenção aos portadores de diabetes através de modelos fragmentados de atenção à saúde, voltados para as condições agudas, está no fato de que o custo de um único episódio de internação por diabetes corresponde a uma atenção contínua ambulatorial de 10 a 20 de portadores de diabetes durante um ano (ENGLAND; GRANT e SANCHO, 1997).

A razão desses precários resultados está num completo divórcio entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com alta prevalência de condições crônicas e um sistema de atenção fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas.

A incoerência entre a situação de saúde mineira e o sistema fragmentado de atenção à saúde praticada configura a crise fundamental do sistema de saúde no estado. Essa crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado por redes de atenção à saúde.

Mendes (2007a) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que tem sido discutido na proposta de redes de atenção à saúde de Minas Gerais. Este modelo está representado na figura abaixo.

**Figura 4: Modelo de atenção às condições crônicas**



Fonte: Mendes (2007a)

O modelo de atenção às condições crônicas estrutura-se em cinco níveis e em três componentes articulados: a população, os focos das intervenções de saúde e as intervenções de saúde.

No primeiro nível, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde, com o foco nos determinantes sociais da saúde e por meio de intervenções de promoção da saúde. Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, como as causas das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Os principais determinantes sociais da saúde a serem considerados são: a acumulação de riscos no curso da vida, o emprego, a renda, a educação, a raça/etnicidade, a coesão social, o ambiente, a localização geográfica, os estilos de vida, a violência e a alimentação e têm como pano de fundo a questão da equidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; VICTORA, 2006). As intervenções de promoção da saúde apresentam sinergias entre si, o que significa que devem ser realizadas sob a forma de projetos intersetoriais, sustentados pela vigilância dos determinantes sociais da saúde.

No segundo nível, opera-se com uma subpopulação da população total que está submetida a algum de fator de risco, entendido como uma característica ou atributo cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os principais fatores de riscos para as condições crônicas são: a idade, o tabagismo, o gênero, o sobrepeso ou obesidade, o sexo inseguro, o uso abusivo de drogas, o estresse, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose e a depressão (BRASIL 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). As principais intervenções de prevenção das condições de saúde são: a vigilância dos fatores de risco; as medidas de prevenção específica, como as imunizações; o rastreamento de doenças; a vigilância ativa de certas doenças, como o câncer de próstata; os exames periódicos de saúde; as intervenções de manejo do estresse; as mudanças de estilo de vida; e o controle de fatores de risco por medicamentos (PORTER, 2007).

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida. Somente a partir do terceiro nível do modelo é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade que apresenta a condição de saúde estabelecida, definirá as intervenções de saúde. Por isso, a partir do terceiro nível exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, o que convoca as tecnologias de gestão da clínica. São duas as tecnologias de gestão da clínica utilizadas no modelo: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

No terceiro nível, opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde simples (de baixo ou médio risco), em geral mais de 70% dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. No quarto nível, opera-se com uma subpopulação com condição de saúde complexa (de alto ou muito alto risco), também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. O que justifica esta divisão entre gestão da condição de saúde 1 e 2, é a natureza da provisão do cuidado. No nível 3, vai-se operar, basicamente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado multiprofissional. A diagonal que cruza a figura, desde o topo até as intervenções de prevenção das condições de saúde, representa isso; o que fica acima da linha é cuidado multiprofissional, o que fica abaixo é autocuidado apoiado.

No nível 5, opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde de muito complexa. Essa subpopulação é aquela que, segundo a lei da concentração da severidade das condições de saúde e dos gastos da atenção à saúde, atinge de 1 a 5% da população total e que chega a consumir mais da metade dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde (BERK e MONHEINT, 1992). As intervenções em relação a essa subpopulação são realizadas por uma outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão de caso.

A operacionalização desse modelo de atenção às condições crônicas exige mudanças nos componentes da rede de atenção à saúde, o que é feito segundo as diretrizes do modelo da atenção crônica (WAGNER, 1998). Isso significa mudanças nas relações com a comunidade: o encorajamento dos usuários das redes para participarem de programas comunitários e as parcerias da rede de atenção à saúde com organizações comunitárias; mudanças na organização da atenção à saúde: o desenvolvimento de uma cultura de integração e de coordenação da atenção à saúde e a institucionalização de incentivos para a qualidade da atenção; as mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços: a clara definição dos papéis das equipes multiprofissionais na atenção à saúde e a oferta de gestão de casos a portadores de condições de saúde muito complexas; a implantação de sistema de apoio às decisões: a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, a educação permanente para os profissionais, a educação em saúde para os usuários e a integração da atenção primária e especializada; o fortalecimento do autocuidado apoiado: a colocação do usuário como o centro da atenção à saúde, a elaboração colaborativa do plano de cuidado pela equipe multiprofissional e o usuário e a utilização de tecnologias de autocuidado apoiado como técnicas de solução de problemas e definição de metas no plano de cuidado e seu monitoramento; as mudanças nos sistemas de informações clínicas: implantação de prontuários eletrônicos que incluam planos de cuidados, identificação de subpopulações para o cuidado proativo, provisão de alertas e lembretes para os profissionais de saúde e usuários e compartilhamento das informações entre a equipe multiprofissional e o usuário.

## Referências

- BARR, C.E.; BOUWMAN, D.I.; LOBECK, F. Disease state considerations. In: TODD, W.E.; NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.
- BERK, M. L.; MONHEINT, A.C. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs*, 11: 145-149, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis: DNCT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde, 2005.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, Discussion paper for Commission on Social Determinants of Health, 2007.
- EDWARDS, N.; HENSHER, M.; WERNEKE, U. Changing hospital systems. In: SALTMAN, R.B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Editors). **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.
- ENGLAND, R.; GRANT, K.; SANCHO, J. Health sector reform: a toolkit for communication. London: Institute for Health Sector development, 1997.
- MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, p. 50-56.
- MENDES, E.V. **Os modelos de atenção à saúde**. Belo Horizonte: mimeo, 2007a.
- MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Public Health Agency of Canada, 2005.
- PORTER, M. Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.
- VICTORA, C. **Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais da saúde no Brasil**. Brasília: 1ª Reunião Nacional da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, 2006.
- WAGNER, E.H. *et. al.* **Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?** *Eff. Clin. Pract.*, 1:2-4, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.