



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Giovanella, Lígia

Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas
recentes do setor ambulatorial na Alemanha

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 1081-1096

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473040>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha

Networks, disease management programs, GP coordinator: analysis of recent ambulatory reforms in Germany

Ligia Giovanella¹

Abstract *Strengthening the role of the general practitioner in the conduction and coordination of specialized, inpatient and social care to ensure the continuity is a trend observed in recent health reforms in European countries. In Germany, from the second half of the 1990s, driven by economic pressures, a specific legislation and initiatives of the providers themselves have developed new organizational structures and care models for the purpose of the integration of the health care system and the coordination of health care in the form of: physicians networks, practitioner coordinator model, diseases management programs and integrated care. From a literature review, document analysis, visits to services and interviews with key informants, this paper analyzes the dynamics of these organizational changes in the German outpatient sector. The mechanisms of integration and coordination proposed are examined, and the potential impacts on the efficiency and quality of new organizational arrangements are discussed. Also it is analyzed the reasons and interests involved that point out the obstacles to the implementation. It was observed the process of an incremental reform with a tendency of diversification of the healthcare panorama in Germany with the presence of integrated models of care and strengthening the role of general practitioners in the coordination of patient care.*

Key words *Health reforms, Primary health care, Coordination*

Resumo *O fortalecimento do papel do generalista na condução e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais para garantir a continuidade é tendência observada em reformas de saúde recentes em países europeus. Na Alemanha, a partir da segunda metade da década de noventa, impulsionadas por pressões econômicas, legislação específica e iniciativas dos próprios prestadores, foram desenvolvidas novas estruturas organizacionais e modelos assistenciais com o propósito de integração do sistema de saúde e a coordenação da atenção, na forma de redes de consultórios médicos, modelo generalista coordenador, programas de gestão clínica para agravos específicos e assistência integrada. A partir de revisão bibliográfica, análise documental, visitas a serviços e entrevistas com informantes-chave, o artigo analisa a dinâmica destas mudanças organizacionais no setor ambulatorial alemão. Examinam-se os mecanismos de integração e coordenação propostos, discutem-se os impactos potenciais das novas modalidades organizacionais sobre a eficiência e a qualidade e analisam-se motivos e interesses envolvidos, apontando obstáculos para a implementação. Observa-se processo de reforma incremental com tendência à diversificação do panorama assistencial na Alemanha, com presença de modelos integrados de atenção e fortalecimento do papel do médico generalista na função de coordenação dos cuidados aos pacientes.*

Palavras-chave *Reformas em saúde, Atenção primária em saúde, Coordenação*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4.036/1.001, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. giovanel@ensp.fiocruz.br

Introdução

Após as reformas de saúde voltadas para o mercado das décadas de oitenta e noventa implementadas por governos conservadores com o propósito de contenção de gastos públicos setoriais, ao final dos anos noventa, coalizões governamentais de centro esquerda em alguns países europeus, em particular no Reino Unido e Alemanha, empreenderam mudanças que visaram reduzir efeitos da competição, aboliram parte das medidas restritivas e propuseram mecanismos para a reorganização da atenção e melhoria da qualidade das prestações¹⁻³. Nesta segunda geração de reformas, embora os objetivos de contenção de gastos tenham sido reiterados, a ênfase está centrada na organização do sistema de serviços de saúde e na melhor coordenação dos cuidados incidindo sobre os modelos assistenciais⁴.

A organização de sistemas de serviços de saúde de mais integrados e a melhor coordenação objetivam proporcionar atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos, de prevalência crescente e pouco responsivos à atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva e ainda organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico.

Na Alemanha, o sistema de seguros sociais de saúde está submetido a pressões econômicas, demográficas e políticas, intensificadas nos anos noventa pela unificação nacional, e uma série de medidas para contenção de gastos foi empreendida pela coalizão liberal-conservadora (1983-1998) desde os anos oitenta⁵. Todavia, a partir da segunda metade da década de noventa, estas iniciativas foram acompanhadas por reformas organizacionais que buscaram a integração dos setores assistenciais e a coordenação dos cuidados aos portadores de doenças crônicas. Sucessivas legislações federais – ampliadas a partir de 1998 com a coalizão governamental social-democrata/verdes que criou incentivos específicos – lentamente abriram novas possibilidades para a implementação de estruturas organizacionais diferenciadas de atenção. Além disso, os próprios prestadores – profissionais médicos do setor ambulatorial –, pressionados por restrições orçamentárias cada vez mais fortes, buscaram formas mais cooperativas de atuação.

O fortalecimento do papel do generalista na condução da assistência e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais, de modo a promover a continuidade dos cuidados,

vem sendo considerado como uma necessidade e tendência que se observa em diversos países europeus¹⁻⁴. Agravos crônicos têm se tornado mais importantes, consomem cada vez parcela maior de recursos e a qualidade dos cuidados é avaliada muitas vezes como inadequada. Exemplo distinto do alemão, de iniciativas de coordenação, observa-se no Reino Unido, no qual o generalista tradicionalmente assume a função de *gatekeeper* e controla o acesso ao especialista.

No Reino Unido, as funções dos generalistas (*general practitioners* - GP) vêm sendo ampliadas com aumento de seu poder sobre os especialistas por meio de compra ou controle de recursos financeiros e por meio de oferta de novas ações⁶. Desde 1998, com o governo trabalhista, a atenção de primeiro nível foi reorganizada em órgãos de atenção primária (*primary care trusts* - PCT), uma nova estrutura pública com autonomia gerencial que incorpora todos os GP e ampla gama de serviços de saúde comunitários e sociais. Com os PCT, a atenção primária assumiu posição central no sistema de saúde. Gerencia a maior parte do orçamento do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service* - NHS) e responsabiliza-se pelo credenciamento e compra de serviços hospitalares e especializados, pelos serviços de saúde pública e pela prestação de serviços de atenção primária e serviços comunitários à população de determinada área geográfica³. Na Alemanha, ainda que não se tenha constituído uma porta de entrada preferencial ao sistema, como analisado no presente artigo, vêm sendo implementadas diversas iniciativas, que a legislação recente fortalece, de constituição de um nível assistencial responsável pela coordenação dos cuidados.

O presente artigo tem como propósitos descrever e analisar as recentes mudanças organizacionais no setor ambulatorial na Alemanha que visaram à maior integração do sistema de saúde e coordenação de cuidados. Tipificam-se as principais modalidades assistenciais – redes de consultórios, clínico geral coordenador e programas de gestão clínica – e examinam-se regras de funcionamento e incentivos para participação dos prestadores e segurados, serviços envolvidos e fluxos estabelecidos entre prestadores. Apontam-se algumas possíveis repercussões sobre a eficiência e qualidade da atenção ofertada – objetivos perseguidos pelas reformas – e analisam-se obstáculos para a implementação.

O estudo destas recentes experiências na Alemanha é de interesse, pois ainda que a proteção à saúde seja constituída em base a seguros sociais, diferente do modelo de serviço nacional de saúde

pretendido pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, o caso alemão é exemplo importante de sistema de proteção social à saúde consolidado que alcançou cobertura universal com alto nível de proteção. As pressões dos atores sociais contra racionamentos e restrições na atenção na Alemanha são acentuadas, o que condiciona as reformas e contribui para a implementação de alternativas mais voltadas para os interesses dos pacientes. Medidas de contenção de gastos internacionalmente difundidas, em sua implementação, são condicionadas pelas políticas prévias e pelo contexto sociopolítico e cultural distinto^{1,3,4}, com adequação à institucionalidade própria do seguro social e aos interesses dos principais atores envolvidos. De outra parte, o estudo de reformas de saúde em sistema de seguro social é de interesse para nossa região, pois a expansão de cobertura por meio de seguros diversos encontra-se novamente na agenda e vem sendo difundida por agências internacionais na América Latina.

Por sua vez, a análise de novas modalidades assistenciais contribui para o debate de alternativas para a organização de serviços de saúde em nosso país, tendo em vista que o SUS passa por momento de reorganização e ensaia mudanças do modelo assistencial promovidas por meio de incentivos ao Programa de Saúde da Família, entendido como nova estratégia para a atenção primária no país. Ao mesmo tempo, as mudanças empreendidas na Alemanha aqui discutidas, seguindo tendência das reformas nos países europeus, reforça a importância do fortalecimento do papel de coordenação das equipes de atenção primária para a oferta de uma atenção mais eficiente e efetiva.

O estudo de caso foi realizado a partir de revisão bibliográfica, análise documental, visitas a duas redes de serviços (típicas da primeira e segunda geração) e entrevistas com nove informantes-chave selecionados entre especialistas em pesquisa de sistemas e serviços de saúde (responsáveis por pesquisas avaliativas de pilotos de modalidades assistenciais), gerentes de Caixas do Seguro Social de Doença responsáveis pela implantação de novas modalidades, representantes de entidades profissionais e médicos participantes das experiências estudadas. A análise documental da legislação sobre reformas de saúde de 2000 a 2005 focalizou os aspectos relativos à reorganização do sistema de atenção e aos novos modelos assistenciais propostos. A revisão bibliográfica de literatura alemã informou a identificação e análise das novas modalidades assistenciais e permitiu apontar algumas potenciais repercussões sobre

eficiência e qualidade. As entrevistas com informantes-chave orientaram a análise de atores e interesses e das barreiras para a implementação.

O artigo inicia com análise dos problemas – foco das reformas – na organização do sistema de saúde na Alemanha, com destaque para a baixa articulação entre níveis ou setores assistenciais (termo mais empregado na Alemanha dado que o sistema não é hierarquizado em níveis). A seguir, examinam-se os mecanismos propostos para maior integração e coordenação, tipificando-se as novas modalidades organizacionais em implementação, indicando suas principais características e alguns impactos potenciais sobre a eficiência e a qualidade. Os motivos e interesses dos principais envolvidos são discutidos a seguir, e iluminam a análise dos obstáculos para a implementação e das perspectivas de difusão das novas modalidades assistenciais.

O problema: insuficiente cooperação entre setores assistenciais com repercussões sobre a qualidade

Na Alemanha, a proteção social à saúde é garantida por meio do seguro social de doença,

(*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV), de afiliação compulsória, financiado solidária e paritariamente por trabalhadores e empregadores, com cobertura de 89% da população residente por meio de 280 (em 2005) Caixas de Doença do GKV (em 1994 eram 1.152). A quase a totalidade (97%) dos consultórios médicos privados é credenciada pelas Caixas. A oferta de leitos hospitalares é elevada – 6,4 leitos/mil habitantes –, sendo 52% públicos de competência estadual, 35% filantrópicos e 12% privados, com baixa tendência à privatização (Tabela 1).

As Caixas não prestam serviços diretamente e são responsáveis por estabelecer contratos com os hospitais e com as associações de médicos credenciados das Caixas para o atendimento ambulatorial, prestado em consultórios privados, em sua maioria individuais. No setor hospitalar, são estabelecidos contratos individuais com cada hospital. As condições para estabelecimento de contratos são unificadas e reguladas centralmente e tradicionalmente há pouca possibilidade de uma Caixa estabelecer contratos individuais específicos com prestadores no setor ambulatorial, o que obstaculiza a diversificação de modelos assistenciais e restringe a competição entre prestadores⁵.

Atualmente, a estrita separação entre setores ambulatorial e hospitalar e a ausência de organi-

Tabela 1. Indicadores demográficos e sanitários. Alemanha, 2005*.

Indicadores	Alemanha
Demográficos	
População total	82.438.000
% da população > 65 anos	18
Esperança de vida ao nascer total (em anos)	79
Esperança de vida ao nascer homens	76
Esperança de vida ao nascer mulheres	82
Epidemiológicos	
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	3,9
Taxa de mortalidade materna (por cem mil nascidos vivos)	4,1
Proteção em saúde e financiamento	
Proporção da população coberta por seguros sociais de saúde	89,6
Número de Caixas de Doença (Seguro Social)	280
Taxa de contribuição seguros sociais de saúde (% do salário - 50% empregador; 50% trabalhador)	14,3
Proporção de gastos públicos em saúde	76,9
Gastos públicos em saúde como % PIB	8,2
Gastos públicos em saúde <i>per capita</i> (US\$ dólares ppc)	2.527
Recursos e uso de serviços de saúde	
Médicos especialistas por mil habitantes	2,4
Médicos generalistas por mil habitantes	1,0
% consultórios médicos credenciados por Caixas de Doença	97,0
Consultas médicas por habitante /ano	7,0
Consultas médicas generalistas pessoas com 50 anos e mais ao ano	2,8
Consultas médicas especialistas pessoas com 50 anos e mais ao ano	5,1
Leitos para casos agudos por 10 mil habitantes	6,4
% de leitos públicos	52,3
% de leitos filantrópicos	35,3
% de leitos privados	12,5
Número de internações ao ano	16.873.885
Taxa de internações por 100 habitantes	20,5
Tomógrafos computadorizados por milhão de habitantes	15,4

Fonte: OECD Health Data, 2007; Statistisches Bundesamt Deutschland (<http://www.destatis.de>).

* ou ano mais próximo disponível.

zação da oferta são amplamente reconhecidas como problemas na Alemanha, ao gerarem insuficiente cooperação entre prestadores, reduzida coordenação do cuidado e brechas de qualidade e eficiência⁷⁻⁹. Em sua avaliação de 2001, o Conselho de Especialistas da Ação Concertada em Saúde, órgão de controle externo do GKV, identificou problemas estruturais do sistema de saúde como importantes determinantes da inadequada atenção para doenças crônicas, recomendando a melhor articulação horizontal (entre profissionais e serviços de um mesmo setor) e vertical (entre setores distintos) do sistema de saúde e o estabelecimento de diretrizes clínicas para doenças crônicas baseadas em evidências científicas, envolvendo profissionais de diferentes disciplinas e dos diversos setores assistenciais.

A setorização assistencial com ausência de articulação entre a atenção ambulatorial e hospita-

lar e inexistência de porta de entrada preferencial é uma importante característica do sistema de saúde alemão e expressa-se no âmbito da condução política, com separação de competências entre os atores responsáveis pela regulação. Em cada setor, constituiu-se constelação própria de atores, distintas arenas de negociação e gradualmente foram criados instrumentos específicos de regulação e condução, tais como critérios de planejamento, modos de financiamento e sistemas de pagamento diferenciados, restringindo a integração dos serviços. Cada setor assistencial dispõe de orçamento separado, não sendo possível uma Caixa transferir recursos do setor hospitalar para o ambulatorial, o que cristaliza a separação assistencial: “*Quem separa o financiamento, o orçamento, divide também a assistência*” (Entrevistado 2).

Ao interior do setor ambulatorial não há hierarquização: clínicos gerais e especialistas com-

partilham o mesmo nível assistencial e com frequência realizam as mesmas ações. Há ampla liberdade de escolha de médicos, permitindo-se demanda primária por especialista ou generalista (*Hausarzt*); organização muito distinta daquela do NHS no Reino Unido, em que o GP é a porta obrigatória do sistema de saúde com registro obrigatório dos cidadãos a consultório de GP. Na Alemanha, não há definição de serviço de primeiro contato e de outro nível secundário prestado por especialista, dificultando as funções de coordenação do generalista e produzindo baixa continuidade da atenção¹⁰. Nas palavras de um entrevistado: “***Na Alemanha não há definição de níveis assistenciais. Não há definição de papéis ou divisão do trabalho entre especialista e clínico geral***”¹¹. Em decorrência da ampla liberdade de escolha do médico pelos pacientes, que vigora desde 1993, a procura direta ao especialista é frequente: apenas 37% das consultas especializadas decorrem de encaminhamento de outro médico¹². Situação contrastante com a do Reino Unido, onde as consultas por especialistas são prestadas somente a partir da referência do GP, em ambulatorios hospitalares de especialidades.

Novas modalidades de organização assistencial

Com propósitos de melhorar a integração do sistema de saúde e impulsionadas por pressões econômicas, legislação específica e iniciativas dos próprios prestadores, foram desenvolvidas novas modalidades de estruturas organizacionais da assistência à saúde na Alemanha a partir da segunda metade da década de noventa. Estas novas estruturas diferenciam-se quanto aos seus objetivos assistenciais ou grupo-alvo, aos tipos de prestadores e setores participantes e à atribuição ou não de função de *gatekeeper* a um dos prestadores (Quadro 1). Quanto ao grupo-alvo ao qual se direcionam, as novas modalidades organizacionais podem ser classificadas em: (1) com indicação específica, (2) ou gerais (ampliadas). Por sua vez, estas duas categorias de estruturas organizacionais diferenciam-se quanto aos setores integrantes, podendo abranger: (1) um único setor ou (2) articular dois ou mais setores^{7,13-16}.

Os novos modelos organizacionais distinguem-se também entre iniciativas com e sem definição de porta de entrada obrigatória, isto é, a presença ou não de profissional ou serviço que assume o papel de *gatekeeper* e responsabiliza-se pela coordenação dos cuidados e desencadeamento de fluxos ao interior da rede assistencial, modelo que pressupõe a inscrição de pacientes e

Quadro 1. Modalidades de novas estruturas organizacionais de assistência à saúde, segundo grupo-alvo, setores envolvidos e *gatekeeper*, Alemanha.

Setores envolvidos	Grupo-alvo			
	Indicação específica direcionadas ao cuidado de portadores de uma doença ou a um procedimento		Geral destinadas ao conjunto de segurados	
	<i>Gatekeeper</i>		<i>Gatekeeper</i>	
	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>
Setor único mecanismo de integração horizontal ao interior do setor ambulatorial	Piloto de generalista coordenador	-	Generalista coordenador (segunda geração de redes e <i>Hausarztssystem</i>)	Redes de consultórios (primeira geração de redes)
Dois ou mais setores (ambulatorial, hospitalar e reabilitação), conformando modelo integrado vertical	Programas de gestão clínica (DMP)	Assistência integrada entre hospital e reabilitação	-	Algumas redes de consultórios

Fonte: Elaboração própria; período 1994-2004.

a obrigatoriedade de procura primária do serviço de porta de entrada pelo participante.

Estas dimensões tipificam as principais experiências implementadas de novas estruturas organizacionais, conforme indicado no Quadro 1: redes de consultórios médicos (*Arztnetz*), modelo do generalista coordenador (*Hausarztssystem*), programas de gestão clínica de agravos específicos (*disease management programs* - DMP) e assistência integrada. Os três primeiros modelos têm por base o setor ambulatorial e serão analisados a seguir. As experiências de “assistência integrada” não serão aqui discutidas, pois são iniciativas centradas no hospital para realização de procedimentos complexos específicos, o que foge ao escopo do presente trabalho, que focaliza mudanças organizacionais do setor ambulatorial.

Redes de consultórios médicos

A atenção ambulatorial alemã é tradicionalmente prestada por profissionais médicos credenciados às Caixas de Doença que atuam em seus consultórios individuais de forma isolada. Uma primeira geração de redes de consultórios criadas por iniciativas dos próprios médicos foi implementada na Alemanha a partir da segunda metade da década de noventa. Constrangimentos financeiros decorrentes de mudança do contexto setorial com pressão crescente de controle de gastos, rápida difusão e diversificação de novas tecnologias de alto custo, especialização crescente, aumento da oferta de médicos e deslocamento de procedimentos complexos do setor hospitalar para o ambulatorial motivaram estas iniciativas¹⁶.

As redes de consultórios em geral resultaram de iniciativas de grupos de médicos que buscaram modos mais cooperativos de atuação na forma de círculos de qualidade, constituíram comunidades para compra e uso conjunto de equipamentos ou se organizaram politicamente como grupo de pressão. Ainda que com diversos formatos, em geral agregam de trinta a cinquenta profissionais médicos do setor ambulatorial de variadas especialidades (clínicos gerais e especialistas) de determinada região, sem constituir hierarquia interna. São de acesso livre aos segurados e oferecem aos seus pacientes uma atenção mais articulada entre os consultórios integrantes^{7,15,16}.

As redes de consultórios foram as experiências mais difundidas, chegando a trezentas, e contaram com apoio apenas parcial das Caixas (somente 10% estabeleceram contrato específico)¹⁷. Na maioria das redes desta primeira geração, a

articulação com o setor hospitalar não esteve entre os principais objetivos e ocorreu de forma assistemática. Todavia, a cooperação com os hospitais foi buscada por meio de grupos de trabalho conjuntos com elaboração de protocolos de atenção para encaminhamentos e atenção pré e pós hospitalar. Na área de pronto atendimento, instalaram-se serviços organizados pelos médicos das redes em dependências de hospitais^{7,16} (Entrevistados 3 e 4).

Hausarzt/médico da família, generalista coordenador

Experiências recentes buscam implementar nova concepção de redes de clínicos gerais para fortalecer a coordenação e condução dos cuidados pelo generalista em estreita cooperação com especialistas. A Associação Federal de Caixas Locais (*Bundesverband* - AOK), com base nos resultados da avaliação das experiências de redes de consultórios desenvolvidas na década de noventa, elaborou a partir de 1999 um projeto sobre novos modelos assistenciais que denominou de segunda geração de redes e iniciou sua implantação em 2003.

Na nova concepção, a rede é desenhada com base na: (1) definição do generalista (*Hausarzt* ou médico da família) como coordenador com função de *gatekeeper* para procura primária obrigatória, e livre inscrição de segurados, incentivada com bônus financeiro, (2) gerência sistemática de qualidade e (3) responsabilização da rede por orçamento para a assistência completa dos segurados inscritos com pagamentos *per capita* ajustados por risco – aspecto ainda não implementado⁷. O modelo assistencial concebido prevê quatro dimensões para desenvolvimento progressivo de inovações e melhoria de qualidade da atenção: (1) fortalecimento da prevenção, (2) maior cooperação com outros prestadores e serviços sociais na assistência geriátrica (prioridade para tratamento ambulatorial frente ao hospitalar e para reabilitação frente ao cuidado de enfermagem contínuo), (3) estímulo à adesão aos tratamentos e (4) melhoria da reabilitação e cuidados pós hospitalares¹⁸. Para o fortalecimento da prevenção, os clínicos gerais se comprometem a estabelecer um plano com cada paciente inscrito para prevenção primária, acordando iniciativas de cuidados gerais de saúde (dieta, exercício físico) e, se necessário, de prevenção secundária, com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento e evitar complicações de doenças crônicas.

Outra característica do modelo é a criação de corredores de atenção específicos por tipo de agravo, que incluem a formulação de protocolo com definição de fluxos e critérios para encaminhamento ao especialista e ao hospital. O clínico geral exerce a função de coordenador por meio do controle sobre os encaminhamentos e da estreita comunicação com os especialistas preferenciais, mas os especialistas não integram a rede diretamente. Há incentivos financeiros para aumentar a adesão dos segurados e, como estímulo para a participação dos médicos, é garantida remuneração extra.

Ao interior da rede, para melhor exercerem a função de *gatekeeper*, os médicos da família dividem incumbências de conhecimento da malha assistencial da região, responsabilizando-se por cultivar contato regular e parceria com prestadores de determinadas especialidades. Pretende-se, deste modo, que os profissionais membros da rede conheçam melhor os serviços disponíveis, estabeleçam parcerias, realizem encaminhamentos mais adequados e instituem melhor comunicação e se efetive a contrarreferência (Entrevistados 6, 9).

O estabelecimento de serviços de primeiro contato pelo generalista com função de *gatekeeper* também sendo incentivado por meio de outros mecanismos. Com a entrada em vigor da Lei da Modernização do Seguro Social de Doença, desde janeiro de 2004, as regras para a implementação de novos modelos assistenciais foram facilitadas, incluindo medidas para o fortalecimento da atenção primária prestada pelo generalista. Foi recomendado às Caixas a oferecer a seus segurados a possibilidade de participação em um “sistema de médico da família”¹⁷, visando fortalecer a função do generalista como condutor (*Lotsen*) da assistência. Os segurados que optarem pelo sistema devem se inscrever junto a um *Hausarzt* e comprometem-se a estabelecer este generalista como seu serviço de primeiro contato e *gatekeeper* dos encaminhamentos para especialistas. Como exceção, permite-se a procura direta de ginecologista e oftalmologista.

A participação de segurados é voluntária e a adesão é incentivada por meio de bônus financeiro (redução de copagamento). A partir de 2006, nova legislação obrigou todas as Caixas a ofertar esta modalidade assistencial e gradualmente os segurados vêm se inscrevendo voluntariamente junto aos seus generalistas na busca melhor ordenação de seus cuidados. Em dezembro de 2007, seis milhões de segurados já tinham optado por inscrever-se junto a um médico de família

lia e modelos de médico de família eram ofertados em todos os estados, com disponibilidade para 31 milhões de usuários pelas Caixas.

A experiência da segunda geração de redes e o modelo assistencial de médico de família coordenador aproxima-se da experiência do modelo britânico. A organização dos PCT no Reino Unido, nos anos 2000, entretanto avançou em organizar os GP em uma única estrutura gerencial e ao descentralizar poder financeiro ao PCT para compra de serviços especializados. A opção de escolha do segurado no caso alemão obstaculiza a difusão ampliada desta modalidade assistencial.

Programas de gestão clínica (*Disease Management Program - DMP*)

Os *Disease Management Programs*, termo traduzido para o alemão por programa estruturado de tratamento, aqui denominados de “programas de gestão clínica”, caracterizam-se por direcionar-se a agravo específico e por núcleo clínico forte. Ou seja, seu foco situa-se no processo de cuidado médico a partir da definição e aplicação de protocolo clínico e no gerenciamento adequado dos fluxos ao interior da rede de atenção clínico-especialista-hospital-reabilitação, considerado requisito para o cuidado otimizado de pacientes crônicos. Subentende, portanto, a complementaridade entre uma abordagem do cuidado clínico individual e o gerenciamento de processos de atenção complexos para o coletivo de portadores de determinada doença crônica.

Desenvolvidos inicialmente nos Estados Unidos, atualmente os DMP são utilizados na Austrália, Nova Zelândia e em alguns países europeus, especialmente nos escandinavos¹⁹. A associação americana de *Disease Management (DMAA)* define como componentes dos DMP: **1. processo de identificação de agravos na população, 2. diretrizes clínicas em base a evidências, 3. modelos colaborativos que articulam médicos e prestadores de serviços de apoio, 4. esquemas de educação em saúde para auto-gestão de paciente, 5. avaliação de processos e resultados, 6. relatórios rotineiros de feedback**²⁰.

Os programas de gestão clínica desenvolvidos na Alemanha envolvem estes componentes e constituem-se em instrumento para condução do tratamento e orientação dos pacientes para além de fronteiras profissionais, institucionais e setoriais. Com estes programas, pretende-se garantir continuidade do cuidado, assistindo o processo crônico ao longo do tempo, e integrar cui-

dados curativos, prevenção e reabilitação. A gestão clínica do agravo incluído no programa é orientada por diretriz clínica que define tratamentos e objetivos de saúde (metas de controle da doença: níveis plasmáticos de glicose e de pressão arterial), distribui competências entre os diversos prestadores e organiza fluxos entre atenção primária, especializada, hospitalar e de reabilitação. Nos DMP, em geral o médico de família assume o papel de *gatekeeper* e do *manager*: inscreve pacientes, coordena a assistência, informa o paciente e negocia objetivos de atenção, apoiado por sistema de informação, *reminder* e educação continuada. A partir de critérios, fluxos definidos e conforme a necessidade, encaminha para o especialista ou hospital.

Na Alemanha, argumenta-se que a gestão clínica do paciente crônico deve ser realizada pelo generalista (*Hausarzt*) consideradas não apenas as características técnicas do trabalho deste profissional como também sua ampla distribuição geográfica e facilidade de acesso para os pacientes. A grande maioria dos segurados informa ter um médico da família e, entre os pacientes maiores de cinquenta anos, este é o profissional mais procurado, mesmo comparando-se com utilização de urologista, entre homens, e ginecologista, entre mulheres. Além disso, a maioria dos pacientes (80%) tem muita confiança em seu generalista, do mesmo modo que nos especialistas²¹. Gerlach²² e Szecsenyi *et al.*¹⁶ argumentam que o generalista, por ser o profissional procurado para a maioria dos episódios de afecções agudas nas faixas etárias mais elevadas, dispõe de condições mais adequadas para realizar diagnóstico precoce e alto potencial para realizar prevenção. Seria também mais apto para selecionar pacientes para a realização de exames mais complexos, aumentando a proporção de acertos e reduzindo o número de falsos positivos²².

Na Alemanha, a participação de segurados nos programas de gestão clínica foi definida legalmente como critério de *proxy* para aferir o grau de morbididade dos segurados de uma Caixa, visando aprimorar a compensação financeira da estrutura de riscos dos segurados entre Caixas, que existe desde 1993, para prevenir a seleção de riscos pelas Caixas. Implementado a partir de 2003, o processo de formulação dos programas de gestão clínica iniciou pela identificação de agravos prioritários – diabetes mellitus II e I, câncer de mama, doença cardíaca coronariana, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica – e seguiu-se pela elaboração de protocolos. Os primeiros programas difundidos

em todos os estados foram para portadores de diabetes mellitus II, para cujo tratamento não existia ainda protocolo consensuado. Os projetos das Caixas foram acreditados e os contratos estabelecidos nas 23 regionais das *KVen* até o final de 2003. O objetivo principal do programa é garantir assistência adequada ao diabético, instituindo-se o generalista como coordenador de sua atenção, com ênfase na prevenção secundária, isto é, evitar possíveis complicações do agravo por meio de tratamento e monitoramento adequados. Em 2006, cerca de 1,7 milhão de diabéticos estavam inscritos no programa (de um total de 4 milhões de diabéticos estimados no país). Atualmente (2007), cerca de três milhões de pacientes estão inscritos nos cinco mil programas de DMP credenciados, sob os cuidados de cerca de cinquenta mil médicos (42% do total de médicos credenciados das Caixas).

Potenciais repercussões sobre qualidade e eficiência da atenção prestada

Os incentivos a estes novos modelos assistenciais pela coalizão governamental social-democratas/verdes a partir de 1998 visaram responder a deficiências nas prestações reiteradamente diagnosticadas, evitar gastos desnecessários e aumentar eficiência e qualidade. Pretenderam também contrapor-se a efeitos deletérios de outros instrumentos de condução financeira implementados, especialmente as novas modalidades de pagamentos prospectivos no setor hospitalar, que podem incentivar a alta precoce^{8,9} e a competição entre Caixas – impulsionada pela liberdade de escolha dos segurados em pleno vigor desde 1996 – que incentivou a seleção de riscos (*cream skinning*). Com a inclusão do número de usuários inscritos em DMP como critério para transferências financeiras entre Caixas para compensação de riscos diferenciados, busca-se evitar o *cream skinning*.

Avaliações realizadas por pesquisas de monitoramento possibilitaram identificar repercussões sobre gastos com alguns ganhos de eficiência¹⁵ (Entrevistados 4,8). Efeitos sobre a qualidade da atenção prestada podem ser avaliados apenas indiretamente, dada a diversidade de experiências, insuficiência de estudos específicos e implantação recente. As redes implantadas a partir de iniciativas dos próprios médicos objetivaram garantir sua segurança profissional e não levaram à redução de gastos ambulatoriais. Os resultados mais positivos demonstrados na avali-

ação destas redes foram na assistência farmacêutica, com redução do uso de medicação desnecessária e de gastos com medicamentos^{15,23} (Entrevistados 4, 8). Em algumas redes, foram elaborados protocolos de conduta clínica e uso racional de medicamentos, alcançando-se sua aplicação pelos profissionais integrantes da rede, com melhora da qualidade das prescrições no tratamento destes agravos. A redução de gastos com medicamentos foi evidenciada a partir de pesquisa comparativa com outro grupo de consultórios com clientela semelhante¹⁶. Diversas redes melhoraram a comunicação e implantaram medidas para promover cooperação entre prestadores ambulatoriais e hospitalares¹⁵ (Entrevistados 1, 2 e 6); contudo, reduções do volume de internações, relacionadas com a atuação das redes, não puderam ser constatadas. Estudos realizados mostraram resultados heterogêneos quanto à redução de taxas de internação e tempos médios de permanência^{16,23}.

Um dos resultados positivos das redes com provável repercussão sobre a qualidade da atenção prestada foi a consolidação de “círculos de qualidade”, que funcionam como mecanismo de educação continuada ao reunir médicos com regularidade para discutir temas e caso clínicos, prática que pode promover melhor qualidade da assistência²⁴. Em 1998, cerca de 25% dos médicos credenciados participavam de um círculo de qualidade²⁵. Em 2004, existiam cinco mil destes círculos, agregando mais de cinquenta mil médicos e psicoterapeutas, podendo-se estimar um aumento de cobertura para 35% a 42% dos 118 mil médicos credenciados.

Estes resultados indicam a elevada potencialidade de melhoria da qualidade assistencial por meio de incentivos ao uso racional de medicamentos, para o que podem contribuir mecanismos de educação continuada como os círculos de qualidade, ainda pouco difundidos no SUS.

As experiências de redes seguindo o modelo assistencial de generalista coordenador encontram-se em fase de implantação e não foram ainda avaliadas. Gestores de Caixas entrevistados pressupõem que superem problemas das primeiras redes e ofereçam assistência coordenada e mais eficiente (Entrevistados 5, 6 e 9). A inscrição de segurados nos esquemas de generalista coordenador ofertados obrigatoriamente pelas Caixas vem conquistando gradualmente um número maior de segurados.

Os programas de gestão clínica encontram-se também ainda em fase de implantação na Alemanha, sendo possível apenas apontar potenciais repercussões sobre a qualidade da assistência. Revisões sistemáticas de literatura sobre avaliação de experiências de DMP em outros países indicam evidências de que melhoram o gerenciamento e o controle de doenças crônicas (diabetes, depressão, cardiovasculares), aumentam a adesão dos prestadores a padrões de tratamento, reduzindo a variação de condutas médicas, incrementam a habilidade dos pacientes em monitorar suas doenças^{25,26}, além de reduzir o risco de hospitalização²⁷. Contudo, não se conhece qual dos componentes do DMP é o mais importante para a melhoria da qualidade²⁶ e poucos estudos relacionam os DMP com redução significativa de mortalidade²⁷.

Pressupõe-se que o programa de gestão clínica de pacientes portadores de diabetes tipo II melhore a qualidade da assistência, ao reduzir variações nas condutas médicas e aumentar a cobertura para determinados procedimentos. São esperadas mudanças comportamentais por meio de medidas de educação em saúde e melhora da continuidade, com incremento da prevenção secundária e consequente redução de complicações como infartos, amputações, cegueira, insuficiência renal⁸. Prevê-se que maior eficiência com diminuição de gastos será alcançada somente a médio prazo, em consequência da redução destas complicações. No curto prazo, a implementação do programa resultará em despesas adicionais devido à recomendação de antilipidêmicos de alto custo no protocolo. *“A reclamação dos médicos de que o interesse das Caixas seria somente diminuir custos pode assim ser invalidada”*, argumentou uma gerente de Caixa entrevistada (Entrevistado 5).

Constelação de atores, motivações e interesses envolvidos

A efetiva implementação dos novos modelos assistenciais está condicionada pelos interesses dos atores em situação. *Policy makers* e atores envolvidos em geral reconhecem os problemas decorrentes da ausência de integração e coordenação do sistema de atenção à saúde; contudo, condicionadas por interesses específicos, as perspectivas dos atores são diferenciadas, observando-se importantes conflitos de interesses, analisados brevemente a seguir.

Caixas do Seguro Social de Doença

As Caixas têm interesse em aumentar seu poder de intervenção na organização dos serviços de saúde, passando de um papel de mero pagador de serviços para participantes no processo assistencial, e tradicionalmente defendem uma maior concorrência entre prestadores, reivindicando a flexibilização no estabelecimento de contrato com grupos de prestadores que permitam uma maior integração do sistema⁵. Todavia, novos modelos são atrativos para as Caixas se forem mais eficientes^{7,15}, reduzindo gastos, pois estão pressionadas pela competição por segurados, cujo principal parâmetro são as taxas de contribuição, além de estarem submetidas à exigência legal de garantirem estabilidade destas taxas (Entrevistados 1, 2, 5, 6 e 9).

A posição das cerca de 280 Caixas frente às novas estruturas organizacionais é diferenciada, dependendo dos incentivos a cada modelo e da posição de cada tipo de Caixa na competição e círculo de segurados. Há baixo interesse em modelos de generalista como coordenador e importante pressão financeira pela implementação de programas de gestão clínica, pois o número de segurados inscritos em tais programas é base de transferência financeira entre Caixas (Entrevistados 1 e 6). Já a legislação recente (2004), que permitiu alocação de recursos provenientes dos orçamentos ambulatorial e hospitalar em novos modelos de assistência integrada, aumentou a atratividade destes modelos.

No processo de regulamentação dos DMP, dado que estão acoplados a transferências financeiras, observaram-se importantes conflitos entre as Caixas locais, as Caixas substitutas e as Caixas de empresas, condicionados pela sua posição na competição e diferente perfil da clientela assegurada. As Caixas locais (17 Caixas com 36,6% dos contribuintes), tradicionalmente para adscrição de operários-*blue collars*, e as grandes Caixas substitutas (dez Caixas com 33,2% dos contribuintes), tradicionalmente para adscrição de empregados-*white collars*, defenderam a implementação dos DMP em razão do alto número de idosos e de portadores de doenças crônicas entre seus segurados. Contrariamente, as Caixas de empresas (222 Caixas menores com 20,4% dos contribuintes, em geral mais jovens) e algumas Caixas substitutas, que têm clientela de menores riscos, opuseram-se a este mecanismo, uma vez que serão obrigadas a contribuir com maiores somas financeiras para o esquema de compensação de riscos, pois há menor proporção de doentes crônicos entre seus segurados.

Corporação médica

Interesses e motivações diversos são observados ao interior da corporação médica: entre a Associação de Médicos das Caixas (*Kassenärztliche Vereinigungen - KVen*) e os médicos individuais, e entre especialistas e clínicos gerais, no interior desta associação.

As *KVen*, detentoras de monopólio da atenção ambulatorial, de modo geral têm pouco interesse na organização de novos modelos assistenciais sustentados em contratos individuais com grupos de médicos, pois estes significam quebra de seu monopólio e redução de seus recursos financeiros em valor correspondente. “*Cada novo modelo assistencial desenvolvido no setor ambulatorial concorre com o orçamento das KVen*” (Entrevistado 8). Frente à nova legislação, os dirigentes reconhecem os riscos de enfraquecimento das *KVen*, com a abertura legal da possibilidade de diversificação de contratos, e empreendem novas estratégias para manter o seu poder (Entrevistados 2 e 6). Pressionam para que os contratos sejam assinados com sua participação e definem exigências, buscando antecipar-se e evitar a perda de seu monopólio. Pressão ainda facilmente exercida, pois detêm o orçamento setorial e as informações sobre as prestações ambulatoriais, além de regular com exclusividade credenciamentos, educação continuada e controle de qualidade no setor ambulatorial.

Os médicos individuais não compartilham plenamente os interesses das Associações de Médicos das Caixas (*KVen*). Os principais motivos que levam os médicos a aderir a uma rede são o incremento de sua segurança profissional, que advém da participação em um grupo, a possibilidade de intercâmbio profissional com outros médicos e a busca de segurança econômica, na expectativa de aumentar seus rendimentos (Entrevistados, 3, 4, 8, 9). Por outro lado, os médicos viram nas redes e sistemas integrados a chance de libertar-se das amarras das *KVen*, consideradas com baixa capacidade de defender o interesse dos médicos frente às Caixas. Por meio da negociação de contratos diretos com as Caixas, buscam autodefinir seus destinos profissionais^{15,16}. Representantes da corporação médica e prestadores individuais apontaram explicitamente o interesse em elevação da remuneração dos prestadores ambulatoriais, principal motivo das iniciativas de médicos na criação de redes de primeira geração (Entrevistados 1, 4, 7, 8, 9).

Observam-se também importantes conflitos de interesses entre generalistas e especialistas. Es-

tes conflitos foram observados frente aos programas de gestão clínica: especialistas disputaram a posição de coordenador com o generalista no caso de DMP-diabetes e questionaram a diretriz clínica elaborada. Os recursos de poder dos dois grupos são diferenciados com predominância dos especialistas, que tradicionalmente exercem maior influência ao interior das *KVen* do que os generalistas. A ausência de hierarquização da atenção ambulatorial sem definição de porta de entrada preferencial resulta em uma posição fraca dos generalistas na estrutura assistencial. Nos sistemas com *gatekeeping* as associações de profissionais de atenção primária são mais fortes e foram as principais aliadas dos gestores governamentais setoriais em reformas promotoras da coordenação, como no caso do Reino Unido, onde desempenharam importante papel no desenho das reformas e facilitaram a implementação.

Interesses de segurados e pacientes

Os interesses dos pacientes e dos segurados não são idênticos. Segurados sadios procuram taxas de contribuição mais vantajosas, tendo interesse na redução de gastos. Para contribuintes pacientes ou com dependentes doentes, a questão decisiva é uma atenção de qualidade direcionada a sua necessidade. Neste caso, o preço ocupa posição secundária.

Foi consensual entre os entrevistados de que modelos integrados de atenção e redes respondem a interesses dos pacientes ao potencialmente proporcionar melhor atenção decorrente da coordenação da atenção e maior cooperação entre clínicos gerais, especialistas e hospitais. Ao promover a comunicação entre profissionais, facilitam o processo para uma segunda opinião e têm condições de oferecer um conjunto de procedimentos que um médico isolado não poderia oferecer (Entrevistados 3, 4, 5, 6, 8, 9).

Contudo, estes esquemas em geral reduzem a liberdade de opção entre prestadores e os segurados têm baixa disposição em abdicar de sua plena liberdade de escolha do médico ao inscrever-se em um modelo integrado com *gatekeeper*^{13,16}. Nas palavras de um coordenador de rede entrevistado, “*Os pacientes prezam muito a ampla liberdade que desfrutam e não têm interesse em renunciar à escolha do médico, optando por generalista com papel de gatekeeper. Seria necessário demonstrar ganhos de qualidade para convencer os pacientes a aderir*” (Entrevistado 4).

Interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos

As indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos, motivadas pela ampliação de mercado para novos produtos, apoiaram algumas iniciativas de novas estruturas assistenciais (Entrevistados 2, 4, 8). Especialmente as indústrias de equipamentos têm interesse na constituição de redes de consultórios, pois as redes podem significar a abertura de um novo mercado ambulatorial para a aquisição de equipamentos de grande porte, em geral com preços acima das possibilidades de faturamento e aquisição por um consultório particular¹⁶.

Todavia, na implantação dos programas de gestão clínica pelo GKV, embora importantes interesses financeiros estejam relacionados, dado que o setor saúde mobiliza elevados recursos financeiros, não ocorreu influência direta da indústria farmacêutica; uma óbvia diferença dos Estados Unidos, onde em geral os DMP são elaborados por iniciativa da indústria farmacêutica para garantir um mercado de produtos onerosos²⁸, uma vez que, em geral, medicamentos mais recentemente patenteados dispõem de estudos randomizados com resultados e evidência comprovada, que passam a ser recomendados nas diretrizes, ampliando-se o mercado para estes produtos (Entrevistado 5).

Barreiras para a implementação de novas modalidades assistenciais

Apesar da variedade de iniciativas e incentivos, a implementação das novas modalidades assistenciais na Alemanha tem sido muito lenta e enfrenta diversas barreiras, em grande parte fundadas em características gerais da regulamentação do Seguro Social de Doença, que molda interesses e fortalece determinadas posições dos atores nas estruturas neocorporativas. Uma institucionalidade setorial enraizada historicamente, conformada por organizações, regulamentações e constelação de atores envolvidos com diferenciados recursos e competências, condiciona a seleção e a implementação de instrumentos que promovam a integração do sistema e a coordenação dos cuidados ao paciente.

As principais barreiras identificadas na revisão bibliográfica e pelos atores entrevistados, além da necessidade de superação de importantes conflitos de interesses entre generalistas e especialistas e entre as Associações de Médicos e as

Caixas, são: (1) a obrigatoriedade das Caixas estabelecerem contratos uniformes com as associações de médicos das Caixas; (2) a separação orçamentária entre o setor ambulatorial e hospitalar; (3) exigências de mudança na cultura organizacional e (4) qualificação insuficiente do generalista para a função de coordenador.

Separação setorial de orçamento e obrigatoriedade de contratação das associações de médicos pelas Caixas para prestação ambulatorial

Os orçamentos das Caixas e os contratos com prestadores são setoriais, o que dificulta a implantação de estruturas organizacionais que articulem prestadores e integrem prestações ambulatoriais e hospitalares. Modelos de atenção integrados implicam aplicação e uso integrado dos recursos financeiros, transformação de um orçamento, até então fragmentado, em um orçamento combinado – tarefa complexa.

Com orçamentos separados, a difusão de novas formas organizacionais no setor ambulatorial não encontra a adesão frequente das Caixas, pois não se alcança comprovar repercussões positivas sobre os gastos hospitalares, o que mina o apoio a tais medidas. Assim, uma melhor prestação ambulatorial poderia reduzir o volume de internações; contudo, a possível economia no setor hospitalar pode não ocorrer, pois os orçamentos hospitalares não são alterados^{8,29}. A setorialização de orçamentos é, portanto, um contraincentivo para o estabelecimento de contratos de atenção integrada pelo setor ambulatorial. O problema da setorialização do financiamento para a integração do sistema e coordenação dos cuidados é também observado no Brasil, em casos de gestores municipais que melhoram sua atenção básica impactando na redução de internações; contudo, não podem dispor da economia de recursos financeiros em gastos hospitalares daí decorrente por serem gestores apenas da atenção básica. Para evitar esta separação, no Reino Unido, com a criação dos PCT, a atenção primária passou a responsabilizar-se pela gestão da maior parte dos recursos financeiros e compra dos serviços hospitalares.

As *KVen* são detentoras de monopólio da atenção ambulatorial e tradicionalmente as Caixas do Seguro Social de Doença são obrigadas a estabelecer contratos coletivos com estas associações em condições unificadas e reguladas centralmente. As possibilidades de diversificação de contratos das Caixas com prestadores individuais no

setor ambulatorial, sem a participação das *KVen*, permanecem limitadas, o que obstaculiza a diversificação de modelos assistenciais e restringe a competição entre prestadores.

Exigência de mudanças na cultura organizacional

O desenvolvimento e a implementação de novos modelos assistenciais exigem mudanças na cultura organizacional – modificação de hábitos e rotinas, construção de novas relações de confiança – uma vez que os novos modelos são descentralizados e a tradição é de organização centralizada. Não há tradição de organização assistencial e pouca experiência de negociação de contratos individuais tanto por parte das Caixas quanto dos prestadores individuais⁸. “*Organizar a assistência não faz parte da atividade cotidiana dos agentes sociais envolvidos*” (Entrevistado 6).

Às exigências de mudança da cultura organizacional somam-se a tradição de trabalho em consultórios individuais e dificuldades de comunicação entre clínicos gerais, especialistas e médicos de hospital. Com linguagens e experiência profissional distintas, é necessário superar barreiras de linguagem e de limites de competências. Desafio que também enfrentamos no Brasil. No caso das redes na Alemanha, buscou-se articular grupos de trabalho com profissionais de ambulatorio e de hospitais para melhorar a comunicação.

Ausência de qualificação do generalista para função de *gatekeeper*/coordenador

Nos modelos integrados, o *Hausarzt* exerce papel principal; contudo, considera-se que poucos generalistas estão aptos para exercer o papel de *gatekeeper* e coordenador. Sua formação não está direcionada a esta função, não conhecem adequadamente a rede assistencial e não dispõem de parâmetros para avaliar a qualidade e indicar para seus pacientes os melhores serviços (Entrevistado 6). O aprimoramento da atuação do generalista requer uma maior profissionalização do trabalho gerencial nos consultórios e a qualificação para as novas funções. Exercer a coordenação exige o registro adequado de pacientes, monitoramento de agendamentos para realização das consultas de rotina com lembrança aos pacientes, documentação de variáveis relevantes para construção de indicadores de qualidade, implantação de prontuários aos cuidados dos próprios pacientes.

A capacitação para o exercício deste papel vem ocorrendo lentamente por meio de mecanismos

de educação permanente, como os círculos de qualidade; contudo, carece-se ainda de definição de pontos de corte flexíveis para o encaminhamento de pacientes a outros serviços mais especializados, como o que está previsto nos programas de gestão clínica.

No Brasil, o desafio de educação continuada é ainda maior, pois além da capacitação para funções de coordenação, é necessário ampliar a formação clínica para exercício da função de generalista capaz de prestar serviços resolutivos de qualidade.

No caso alemão, o exercício pelo generalista de seu papel de condutor da assistência exige também mudanças comportamentais por parte dos segurados e de outros profissionais. Assim, são necessários incentivos aos pacientes para procura primária do generalista, ampliação das atribuições e da qualificação dos auxiliares de consultório para desenvolver novas atividades, entre as quais ações de educação em saúde para os pacientes (Entrevistados 6, 7, 8).

Outros obstáculos para a difusão dos novos modelos organizacionais podem ainda ser mencionados. Há dificuldades para a elaboração e difusão de diretrizes clínicas, pois não há unanimidade sobre qual é a melhor evidência e como esta deve ser avaliada. Em geral, os estudos randomizados que indicam a mais alta evidência são desenhados de modo a avaliar a eficácia de uma intervenção sob condições artificiais de uma pesquisa e não a efetividade, isto é, a aplicação de determinado tratamento/ intervenção na população, no dia a dia dos consultórios. Além disso, os segurados em geral estão muito satisfeitos com seu atendimento²¹ e não vêem motivos para prescindir do sistema de livre escolha e optar por serviço de porta de entrada obrigatório. Neste sentido, vale destacar que, em países com população com maior poder aquisitivo, como a Alemanha, a adesão dos pacientes aos novos modelos assistenciais parece depender, para além de incentivos financeiros, da demonstração e garantia de ganhos de qualidade.

Considerações finais

As iniciativas para melhorar a articulação da rede assistencial na Alemanha tiveram resultados diferenciados. Nas experiências da primeira geração de redes, em geral, os incentivos para uma mudança sustentada do comportamento dos prestadores foram fracos. Não foram definidos incentivos financeiros adequados para ampla adesão e pa-

gamentos adicionais reforçaram os incorretos incentivos já existentes. Careceram ainda de instrumentos para uma melhor condução da assistência pelo generalista e de incentivos adequados para os pacientes aceitarem esta coordenação.

Os resultados mais positivos nestas iniciativas foram alcançados na melhoria da qualidade da assistência farmacêutica, ganhos de comunicação entre prestadores e difusão de círculos de qualidade, indicando potencialidades dessas iniciativas para melhoria da qualidade assistencial.

A partir do aprendizado destas primeiras iniciativas, foi desenvolvido o modelo de generalista coordenador. A possibilidade de condução da assistência pelo generalista implica, por um lado, a inscrição dos pacientes e, por outro, a construção de fluxos e processos que permitam ao médico exercer este papel. A nova geração de redes de modelo de generalista coordenador, bem como os programas de gestão clínica, contemplam estes elementos. Por outra parte, a adesão voluntária crescente de segurados a esquemas de generalista coordenador com função de *gatekeeper* mostra que os usuários buscam atenção mais integrada.

Assim, o estudo mostra que, também na Alemanha, é buscada uma melhor coordenação dos cuidados por meio do fortalecimento do papel do generalista na condução da atenção de modo a promover a continuidade dos cuidados, seguindo tendência observada em outros países europeus. Contudo, na Alemanha, o fortalecimento do GP e a constituição de porta de entrada preferencial ao sistema é um processo mais lento, em parte decorrente da fraca organização dos generalistas. Diferente do caso do Reino Unido, no qual os GP com tradicional função de *gatekeeper* organizam-se em associações relativamente fortes com maior influência política e possibilidade de expandir suas funções. No caso da Alemanha, a forte oposição de associações profissionais dominadas por especialistas obstaculiza reformas que objetivam fortalecer o papel do GP como condutor da atenção.

Isto sugere que, no caso brasileiro, como no alemão, o fortalecimento das organizações dos médicos de família e da comunidade e outras organizações profissionais de APS pode contribuir para fortalecer as estratégias de mudança do modelo assistencial do SUS orientada pela atenção primária.

Uma ressalva importante do caso alemão a destacar é a intervenção restrita no campo da saúde coletiva, condicionada por raízes históricas que produziram acentuada dicotomia entre atenção individual e coletiva. As novas modalidades de es-

truturas organizacionais implementadas na Alemanha garantem a integralidade da atenção de forma restrita: os programas de gestão clínica e os modelos assistenciais de generalista coordenador oferecem ações preventivas e curativas ao nível de cuidado individual; contudo, pouco articulam medidas de promoção da saúde mais abrangentes, restringindo-se ao setor saúde, raramente envolvendo iniciativas de articulação intersetorial.

Embora ainda não se possam avaliar os resultados, dado que os programas de gestão clínica e a oferta pelas Caixas de modelos assistenciais de generalista coordenador obrigatórios regulados por legislação federal têm implementação recente, observa-se tendência de difusão de novas modalidades assistenciais, com preocupação crescente não apenas por esquemas mais eficientes mas também que garantam cuidados coordenados mais apropriados para a atenção ao doente crônico.

Em síntese, na Alemanha, o processo de reforma incremental está levando à diferenciação no panorama assistencial de saúde, com maior diversidade de estruturas assistenciais e a atua-

ção paralela de mecanismos competitivos e corporativos de regulação e condução do setor ambulatorial. A legislação progressivamente vem ampliando as possibilidades de novos modelos e recentemente permitiu a alocação de recursos para a criação de modelos com orçamentos integrados e obrigou as Caixas a ofertar modelo de generalista coordenador aos seus segurados¹⁷.

Para finalizar, é sempre bom lembrar que as dificuldades de implementação de arranjos cooperativos decorrem também de contradições internas ao conjunto de medidas propostas em reformas, cujo objetivo principal é a contenção de gastos e que tem priorizado mecanismos de competição. Na Alemanha, a par do fortalecimento do papel do generalista na atenção, o objetivo principal das reformas têm sido incrementar a competição, seja entre Caixas seguradoras, seja entre prestadores de serviços de saúde. A estratégia de competição mina efeitos positivos de instrumentos de condução específicos no nível ambulatorial; inibe a conformação de arranjos cooperativos necessários para a organização de redes assistenciais e a coordenação dos cuidados.

Referências

1. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006.
2. Ilife S, Munro J. New Labor and Britain's National Health Service: an overview of current reforms. *Int J Health Serv* 2000; 30(2):309-334.
3. Lian OS. Convergence or divergence? Reforming primary care in Norway and Britain. *Milbank Q* 2003; 81(2):305-326.
4. Wendt C, Thompson T. Social austerity versus structural reforms in European health systems: a four country comparison of health reforms. *Int J Health Serv* 2004; 34(3):415-433.
5. Giovannella L. *Solidariedade ou competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
6. Wyke S, Mays N, Street A, Bewan G, McLeod H, Goodwin N. Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy* 2003; 65:243-259.
7. Stock J, Baush F. *AOK-Projekt Neue Versorgungsmodelle – Arztnetze. Zwischenbericht 1999-2001*. Bonn: AOK- Bundesverband; 2002.
8. Busse R. Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Affairs* 2004; 23(3):56-67.
9. Gerlinger T. Rote-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz. *Publications Series of the Research Unit Public Health Policy*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2002.
10. Giovannella L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2004; 22(5):951-963.
11. Szecsenyi J. Comunicação pessoal à autora do chefe da Seção de Medicina Geral da Faculdade de Medicina de Heidelberg em 14 de janeiro de 2004.
12. Streich W. Qualität in der ambulanten Versorgung. In: Böcken J, Braun B, Schnee M. *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gutersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2003. p. 12-34.
13. Stock J. Comunicação pessoal de assessor da Associação Federal das Caixas Locais para atenção integrada e redes de médicos em 16 de dezembro de 2003.
14. Tophoven C. Integrierte Angebotsstrukturen – Netze auf dem Weg zu markt- und vertragsfähigen Organisation. In: Tophoven C, Lieschke L. *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2003. p. 229-260.
15. Baur R. *Die erste Generation Arztnetze. Bestandaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes*. Bonn: AOK-Bundesverband; 2002. [Mimeo]
16. Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, Weber C, Bausch J, Schindler H. *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried*. AQUA Materialien Band VII. Göttingen: KV Hessen/VDAK/AEV/AQUA; 1999.
17. Bundestag /Bundesrat. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I* Nr. 55:2190-2258 (ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003).
18. AOK/KV/Qualinet AOK. Baden-Württemberg, KV-Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden., Ärztenetz Qualinet. *Vertrag Qu@linet. Qualitäts- und Kooperations-Modell in der hausärztlichen Versorgung Rhein-Neckar*. Stuttgart, Karlsruhe, Mannheim: AOK Baden-Württemberg, KV Nordbaden, Qu@linet; 2003.
19. Lauterbach KW. *Disease Management in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation*. Gutachten im Auftrag des VdAK und AEV. Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln; 2002.
20. Disease Management American Association. [site da Internet]. [acessado 2003 nov]. Disponível em: <http://www.dmaa.org/>
21. Braun B, Schnee M. Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Akteuren, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: Böcken J, Braun B, Schnee M. *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gutersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2003. p. 173-187.
22. Gerlach F. Allgemeinmedizin in einem moderne Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 2). *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2002; 96(5):307-311.
23. Roth A. Erfolgsrechnung und-Bewertung vernetzter Praxen in Schleswig-Holstein. In: Preuss K, Rübiger R, Sommer JH. *Managed care. Evaluation und Performance-Measurement integrierte Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*. Stuttgart: Schattauer; 2002. p. 80-99.
24. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, Król Z, Munck A, Olesen F, O'Riordan M, Seuntjens L, Szecsenyi J. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice* 2003; 20(4):443-451.
25. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, Isham G, Snyder SR, Carande-Kulis VG, Garfield S, Briss P, McCulloch D. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 S.1):15-38.
26. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325:925-932.
27. Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomized controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001; 323:970-982.

28. Greenhalgh T, Herxheimer A, Isaacs A, Beaman M, Morris J, Farrow S. Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution. *BMJ* 2000; 320:566-568.
29. Gerlinger T. Besserung in Sicht? Anmerkungen zur Gesundheitsreform 2003. *WZB-Mitteilung Heft* 2003; 101:7-11.

Artigo apresentado em 09/02/2008

Aprovado em 04/06/2008

Versão final apresentada em 11/07/2008