

SEMINÁRIO SOBRE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS



MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

No SUS há uma grave crise do modelo de atenção = incoerência entre a situação epidemiológica (dupla carga de doença com predominância das condições crônicas - cerca de 75% da carga de doença), e o modelo de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas.

MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Historicamente, foram as **condições agudas** que induziram a conformação do sistema de saúde.

Esse modelo de atenção é:

- episódico,
- voltado para atenuar os sintomas e promover a cura,
- não se aplica para atender às condições crônicas.

MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a condição de saúde predominante no país.

**“Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”
(OMS, 2003).**

MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Os conceitos de doenças transmissíveis e não transmissíveis são conceitos usados para análise e compreensão da situação epidemiológica, não se aplicam para a organização de serviços.

MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

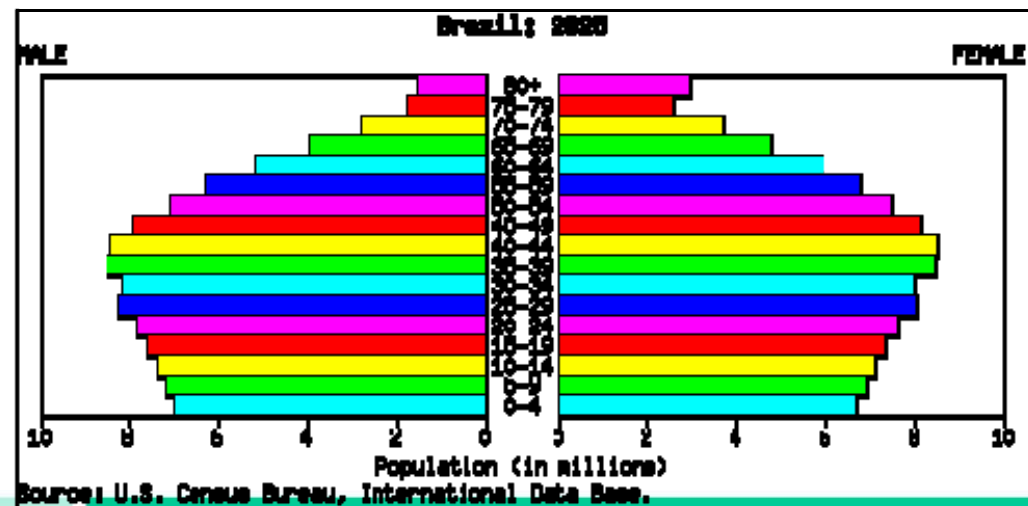
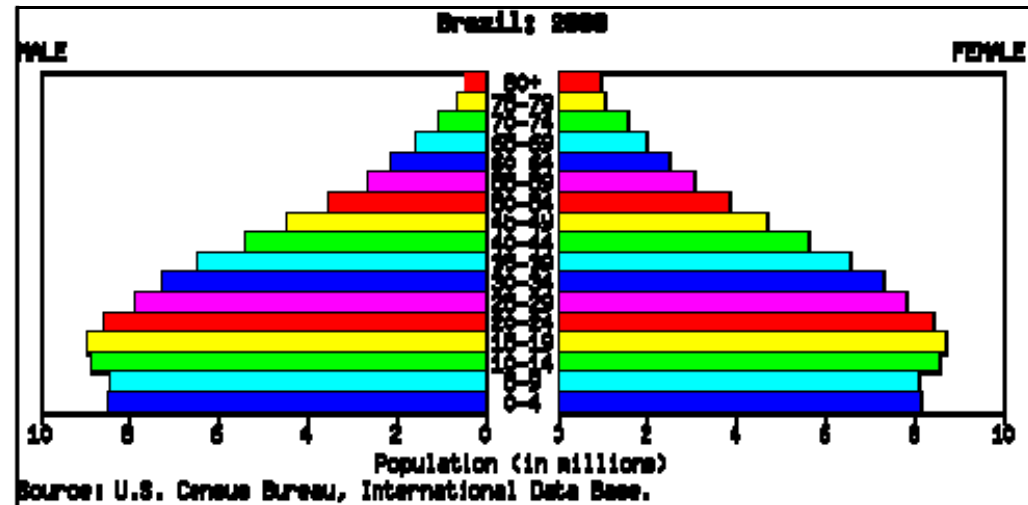
Para efeitos de organização de serviços os conceitos que melhor se aplicam são os conceitos de **condições crônicas** e **condições agudas**. A condição crônica requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado.

MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

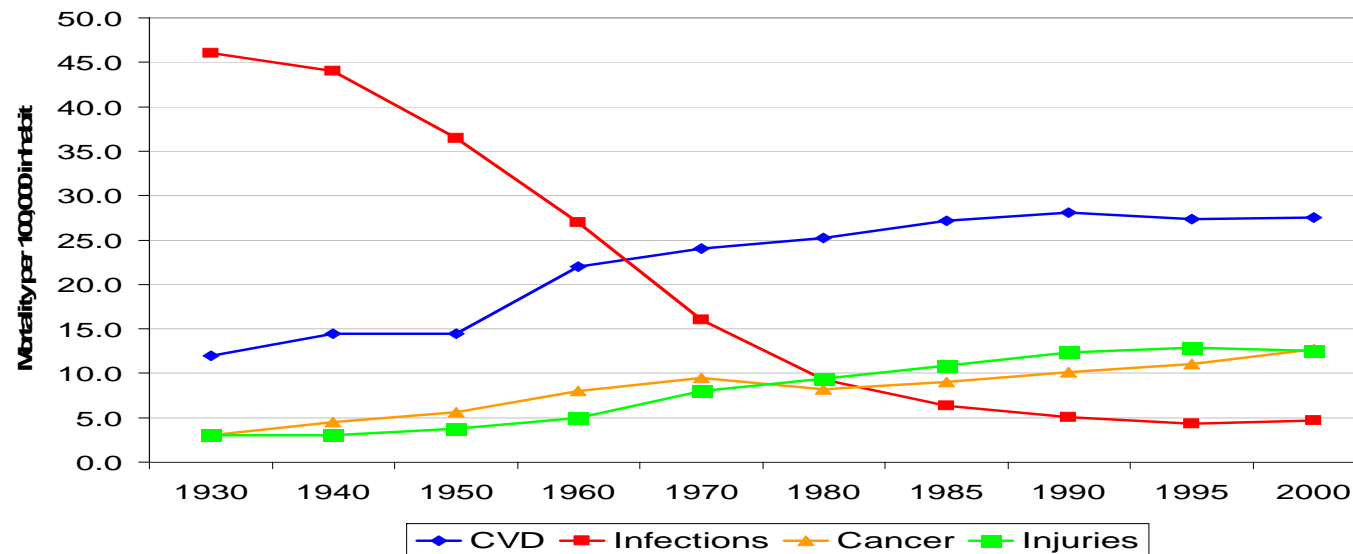
As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas.

As condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis (HIV/AIDS e TB), não transmissíveis (câncer e diabetes) e incapacidades (cegueira e amputações) embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas.

A SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA 2000 E 2025



TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS BRASIL – 1930/2000



* Até 1970 dados só de capitais
Fonte Barbosa Silva et alii(2003)

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES NO SUS – AGOSTO DE 2004 A JULHO DE 2005

ORDEM	CAUSAS DE INTERNAÇÃO	PORCENTUAL
1	PARTOS NORMAIS	13,5
2	PNEUMONIAS	6,9
3	PARTOS CESÁREOS	4,9
4	ENTEROINFECÇÕES	3,1
5	INSUFICIÊNCIAS CARDÍACAS	2,9
6	CURETAGEM PÓS-ABORTO	2,1
7	DPOCs	1,5
8	ACIDENTES VASCULARES-CEREBRAIS	1,5
9	CRISE ASMÁTICAS	1,5
10	HERNORRAFIAS INGUINAIS	1,3
11	CRISES HIPERTENSIVAS	1,3
12	PIELONEFRITES	1,2
13	DIABETES	1,0

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO BRASILEIRA – 2002/2003

FATOR DE RISCO	HOMENS %	MULHERES %	TOTAL %
FUMO	17-28	10-23	13-25
SOBREPESO	37-52	28-40	...
OBESIDADE	8-13	8-14	...
INATIVIDADE	27-49	26-58	28-55
USO DE ÁLCOOL	21-53	17-48	19-49
USO INADEQUADO DE FRUTAS E VEGETAIS	21-53	17-48	19-49

A CARGA DA DOENÇA NO BRASIL POR GRUPOS DE CAUSAS (*) 1998

GRUPOS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
OUTRAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	124	66,2
TOTAL	232	100,0

(*) AVAI'S: ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE

UMA NOVA TIPOLOGIA: AS CONDIÇÕES AGUDAS E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

CONDIÇÕES AGUDAS

- DURAÇÃO LIMITADA
- MANIFESTAÇÃO ABRUPTA
- AUTOLIMITADAS
- DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO USUALMENTE PRECISOS
- INTERVENÇÃO USUALMENTE EFETIVA
- RESULTADO: A CURA

CONDIÇÕES CRÔNICAS

- DURAÇÃO LONGA
- MANIFESTAÇÃO GRADUAL
- NÃO AUTOLIMITADAS
- DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO USUALMENTE INCERTOS
- INTERVENÇÃO USUALMENTE COM ALGUMA INCERTEZA
- RESULTADO: O CUIDADO

A FRAGMENTAÇÃO NO SUS

- A PEQUENA DIVERSIDADE DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- A PRECARIIDADE DA FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- A INCOMUNICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OS RESULTADOS DA ATENÇÃO VOLTADA ÀS CONDIÇÕES AGUDAS NO DIABETES NO SUS

- **UM EM CADA TRÊS PORTADORES DE DIABETES MORRE ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE**

CONCLUSÕES

- O BRASIL APRESENTA UMA SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA DE ENVELHECIMENTO RÁPIDO QUE PROJETA UM INCREMENTO RELATIVO DAS DOENÇAS CRÔNICAS;
- O BRASIL APRESENTA UMA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DUPLA CARGA DA DOENÇA EM QUE ANTES DE PÔR FIM ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS JÁ SE MANIFESTAM HEGEMONICAMENTE AS DOENÇAS CRÔNICAS;
- 2/3 DA CARGA DA DOENÇA NO PAÍS É DETERMINADA POR CONDIÇÕES CRÔNICAS.

O CONCEITO DE SISTEMA DE SAÚDE

OS SISTEMAS DE SAÚDE SÃO AS RESPOSTAS SOCIAIS, ORGANIZADAS DELIBERADAMENTE, PARA RESPONDER ÀS NECESSIDADES, DEMANDAS E REPRESENTAÇÕES DA POPULAÇÃO, EM DETERMINADA SOCIEDADE E EM CERTO TEMPO E QUE CONSISTEM NUM CONJUNTO DE ATIVIDADES CUJO PROPÓSITO PRIMÁRIO É PROMOVER, MANTER E RESTAURAR A SAÚDE DESSA POPULAÇÃO

OS OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

- O ALCANCE DE UM NÍVEL ÓTIMO DE SAÚDE, DISTRIBUÍDO DE FORMA EQUITATIVA
- A GARANTIA DE UMA PROTEÇÃO ADEQUADA DOS RISCOS PARA TODOS OS CIDADÃOS
- O ACOLHIMENTO DOS CIDADÃOS
- A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- A EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O CONCEITO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO CONFIGURAÇÕES - TIPO QUE OS SISTEMAS DE SAÚDE ADQUIREM, EM DETERMINADO TEMPO E EM DETERMINADO LUGAR, EM FUNÇÃO DA VISÃO PREVALECENTE DA SAÚDE, DA SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA E DOS FATORES ECONÔMICOS E CULTURAIS VIGENTES, COM A FINALIDADE DE ARTICULAR, SINGULARMENTE, AS INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM DIFERENTES MOMENTOS DA HISTÓRIA DAS DOENÇAS.

AS DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS FRAGMENTADOS E INTEGRADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO

- ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS
- ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS
- ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS
- VOLTADO PARA INDIVÍDUOS
- O SUJEITO É O PACIENTE
- REATIVO
- ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS
- CUIDADO PROFISSIONAL
- PLANEJAMENTO DA OFERTA
- FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
- ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
- ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
- VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
- O SUJEITO É AGENTE DE SUA SAÚDE
- PROATIVO
- ATENÇÃO INTEGRAL
- CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
- PLANEJAMENTO DA DEMANDA
- FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO

FONTE: FERNANDEZ (2003);MENDES (2007)

Lições aprendidas (1/ 6): Crise do Estado ou Modernização Administrativa. O que se sucede no mundo?



REINVENTAR A ADMINISTRAÇÃO
EUA **Minnesota,**
N. York, Colorado



MODERNIZAÇÃO
DESCENTRALIZAÇÃO
Espanha



GESTÃO PRIVADA
Itália e Portugal



RENOVAÇÃO
França e Suécia



RESTAURAÇÃO
Dinamarca



DESBUROCRATIZAÇÃO
Alemanha, Baden-
Wuttemberg



SERVINDO MELHOR AO PAÍS
Irlanda

DESCENTRALIZAÇÃO
Holanda



ESTRATÉGIA E EFICIÊNCIA
Reino Unido

REORGANIZAÇÃO
Nova Zelândia E
Austrália



PROFESIONALIZAÇÃO
NA GESTÃO
Grecia



FUNÇÃO PÚBLICA
Canadá, Quebec



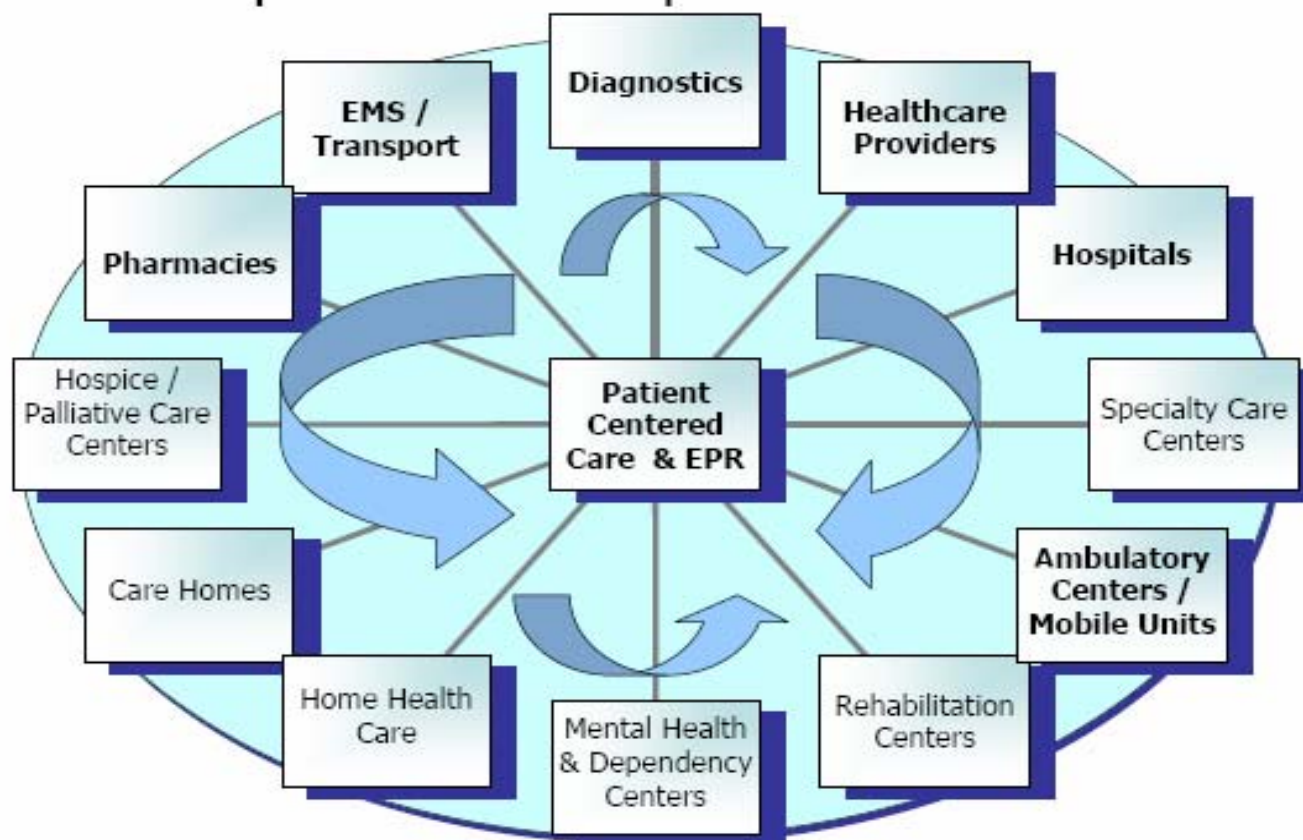
História do Serviço Nacional de Saúde As Forças que Dirigem a Mudança



- Aumentando as dificuldades financeiras – nenhuma área vazia
 - Seriamente atrasada / duplicação dos serviços
 - Diagnósticos demorando 6 meses para agendar
 - Perda de registros / não compartilhamento de dados eletrônicos
 - Caminhos fragmentados de cuidados do paciente com pobres resultados
 - Pequeno ou nenhum cuidado baseado na comunidade
- População mais velha usando alto grau de recursos escassos
- População mais jovem mais atenta a alternativas e direitos
- Setor privado progredindo em todas as áreas de cuidado não-agudo, domiciliar e *care homes*

Fonte: Banco Mundial, 2006.

Modelo – rede integrada de serviços de saúde dentro de fronteiras geográficas usando sistema eletrônico de prontuário do paciente



Fonte: Banco Mundial, 2006

:: PORQUE MUDAMOS ::
CASSI (Caixa de Assistência dos
Funcionários do Banco do Brasil)

- Ineficiência do sistema / alto custo;
- Atenção centrada na doença;
- Envelhecimento da população;
- Fragmentação da assistência à saúde da população;
- Sistema de informação financeiro-contábil.

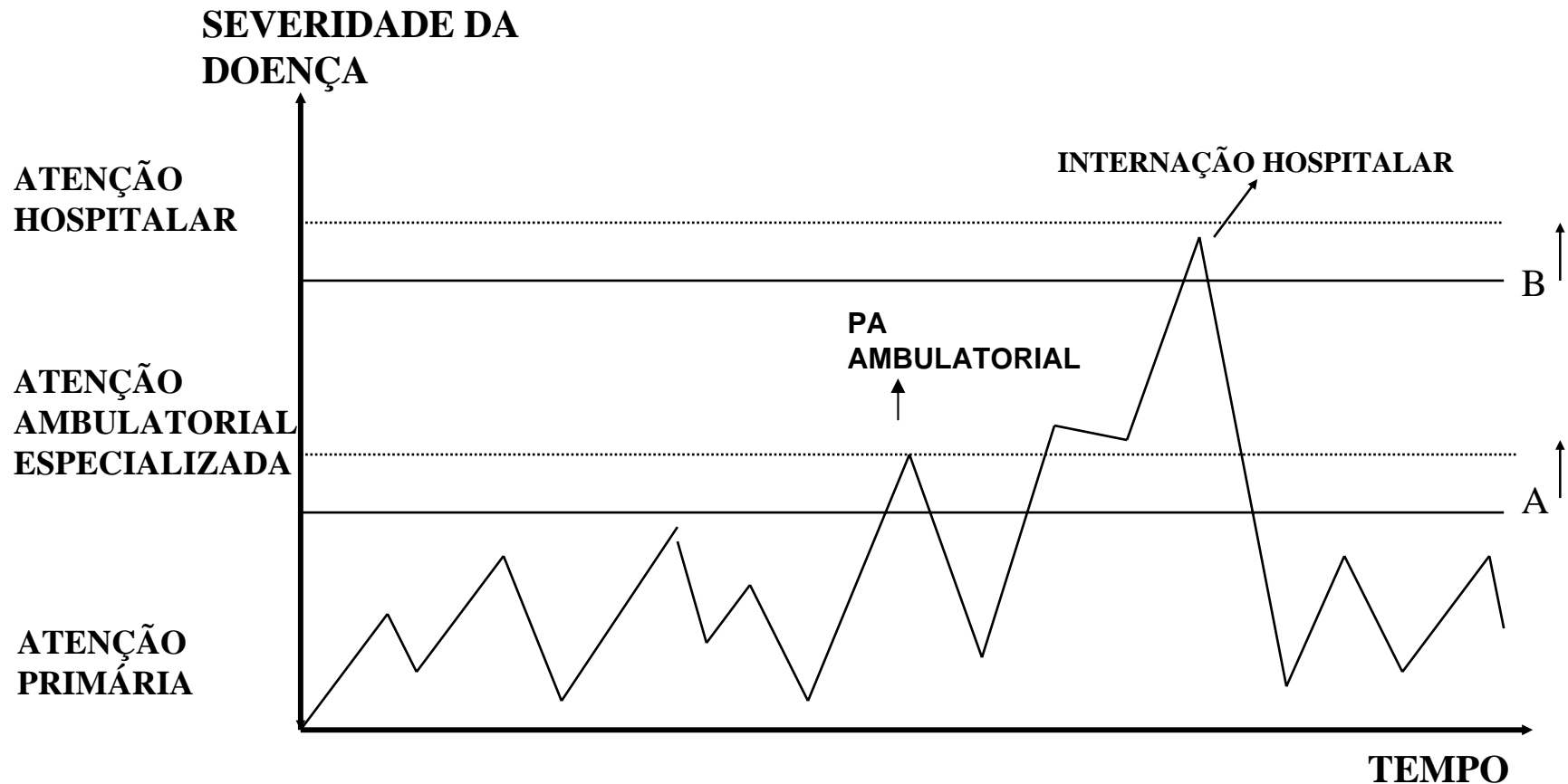
Fonte: Banco Mundial, 2006

::: COMO FAZEMOS :::

- Alto investimento na Atenção Primária;
- Implantação de Serviços Próprios / ESF;
- Foco em população prioritária;
- Gerenciamento de risco;
- Base territorial - Planejamento local;
- Implantação do Sistema de Informação em Saúde (Sinergis);
- Referenciamento da rede de prestadores.

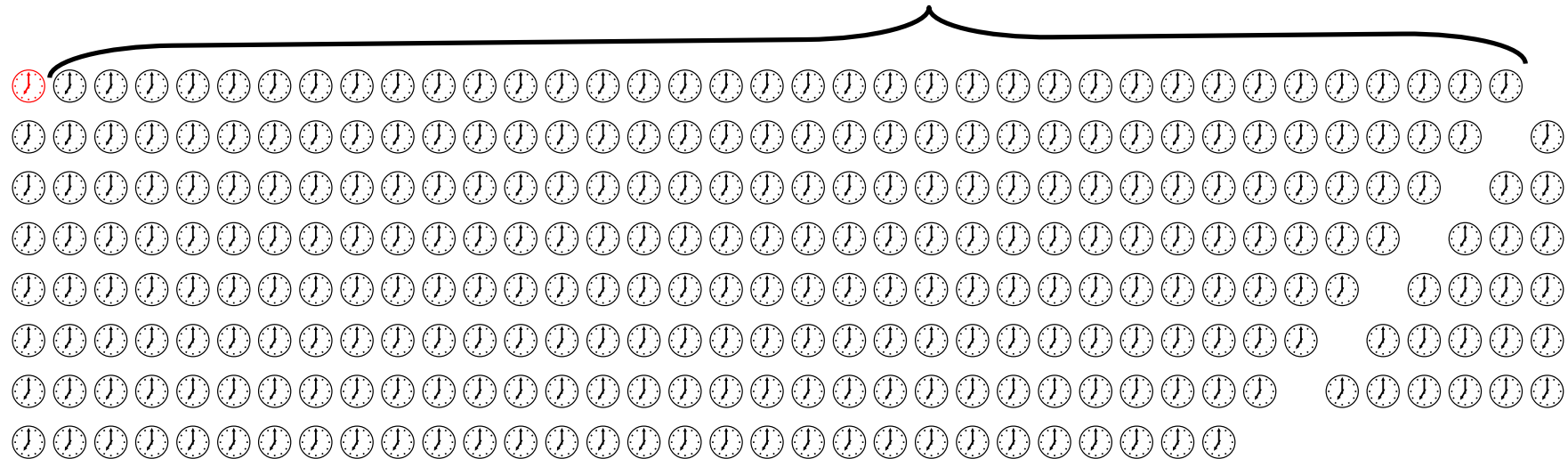
Fonte: Banco Mundial, 2006

A LÓGICA DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS



FONTE: ADAPTADO DE EDWARDS, HENSHER & WERNEKE (1999)

**Os profissionais de saúde só interagem com portadores de doenças crônicas por poucas horas num ano...
o resto do ano estas pessoas cuidam de si mesmas...**



FONTE: HAM (2006)

AS INTERRELAÇÕES ENTRE AS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

- **A MAIOR PARTE DAS CONDIÇÕES AGUDAS SÃO POR AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS:
SE NÃO SE MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS, TRABALHA-SE ENXUGANDO GELO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- **UMA BOA PARTE DA DEMANDA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE É DE CONDIÇÕES AGUDAS:
SE NÃO ORGANIZAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS, CLASSIFICANDO-AS POR RISCOS, NÃO SOBRRARÁ TEMPO PARA A ATENÇÃO CONCOMITANTE DAS CONDIÇÕES AGUDAS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
- **UMA CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS É A CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS DAS CONDIÇÕES AGUDAS, A FIM DE QUE SE FAÇA A ATENÇÃO NO LUGAR MAIS CUSTO/EFETIVO E NO TEMPO CERTO.**

FONTE: MENDES (NO PRELO)

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS CONDIÇÕES AGUDAS

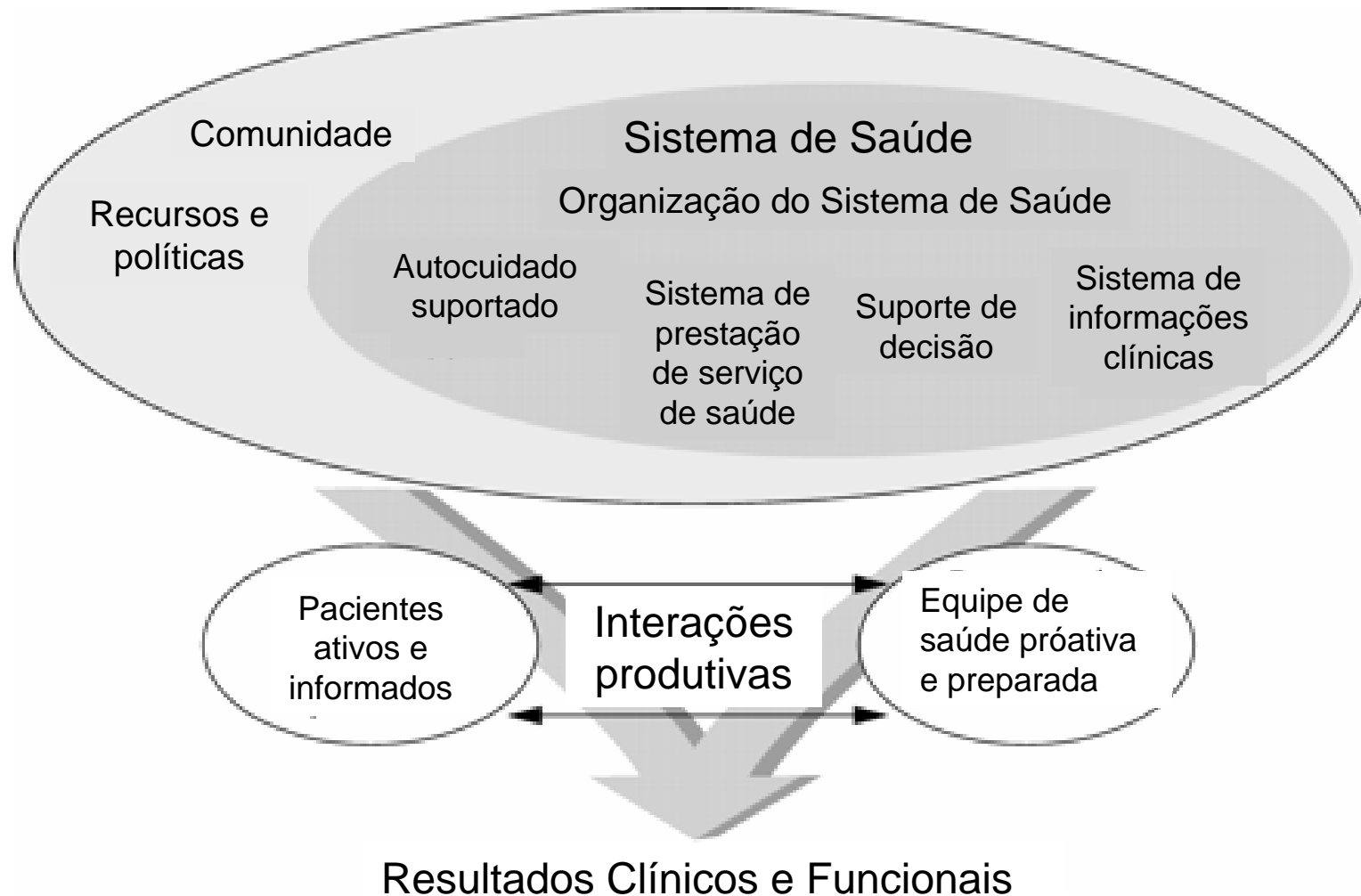
- THE CANADIAN EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS)
- AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE (ATS)
- MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS)
- ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS)
- ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS)
- HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI DE CAMPINAS
- CARTILHA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO MS
- CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

FONTE: SHIMAZAKI (2007)

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS - EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

- **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (Wagner, 1998)**
- **O MODELO DA KAISER PERMANENTE**
- **O MODELO DOS CUIDADOS INOVADORES PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS (OMS,2003)**
- **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EXPANDIDO**
- **O MODELO DA EVERCARE**
- **O MODELO DE SCOTLAND**

O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



O TRIÂNGULO DA KAISER



PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA TODA POPULAÇÃO – NÍVEL 0

AS EVIDÊNCIAS SOBRE O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

- EFEITO SINÉRGICO POSITIVO QUANDO OS DIFERENTES COMPONENTES DO MODELO SÃO COMBINADOS
- MAIOR SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS
- MAIOR SATISFAÇÃO DAS EQUIPES PROFISSIONAIS
- MELHORES RESULTADOS CLÍNICOS
- QUANDO APLICADO COMO PARTE DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DE PATOLOGIA MELHORA A QUALIDADE DA ATENÇÃO
- MUITO EFETIVO NA ATENÇÃO A PORTADORES DE ASMA, DEPRESSÃO, DIABETES E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- NÃO ESTÁ CLARO SE TODOS OS COMPONENTES DO MODELO SÃO NECESSÁRIOS PARA MELHORAR A ATENÇÃO À SAÚDE

FONTE: McLISTER et al., 2001; WAGNER et al., 2001; ENDICOTT et al., 2003; WELLIGHAM, 2003
CHIN et al., 2004; GROMEN et al., 2004; GONSET et al., 2004; OUWENS et al., 2005.

O CONCEITO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

É A ORGANIZAÇÃO HORIZONTAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE, COM O CENTRO DE COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, QUE PERMITE PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA CONTÍNUA A DETERMINADA POPULAÇÃO - **NO TEMPO CERTO, NO LUGAR CERTO, COM O CUSTO CERTO E COM A QUALIDADE CERTA** - E QUE SE RESPONSABILIZA PELOS RESULTADOS SANITÁRIOS E ECONÔMICOS RELATIVOS A ESSA POPULAÇÃO

POR QUE REDE?

- Foco nas necessidades de saúde da população.
- Correspondência entre capacidade de oferta de serviços e necessidades.
- Coordenação e articulação da atenção envolvendo vários prestadores.
- Sistemas de informação articulando pacientes, prestadores e pagadores e subsidiando a tomada de decisão.
- Qualidade e efetividade do cuidado e satisfação do usuário.
- Uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para harmonizar os diversos níveis decisórios - gestão, corpo clínico e outros profissionais – induzindo o compartilhamento de objetivos.

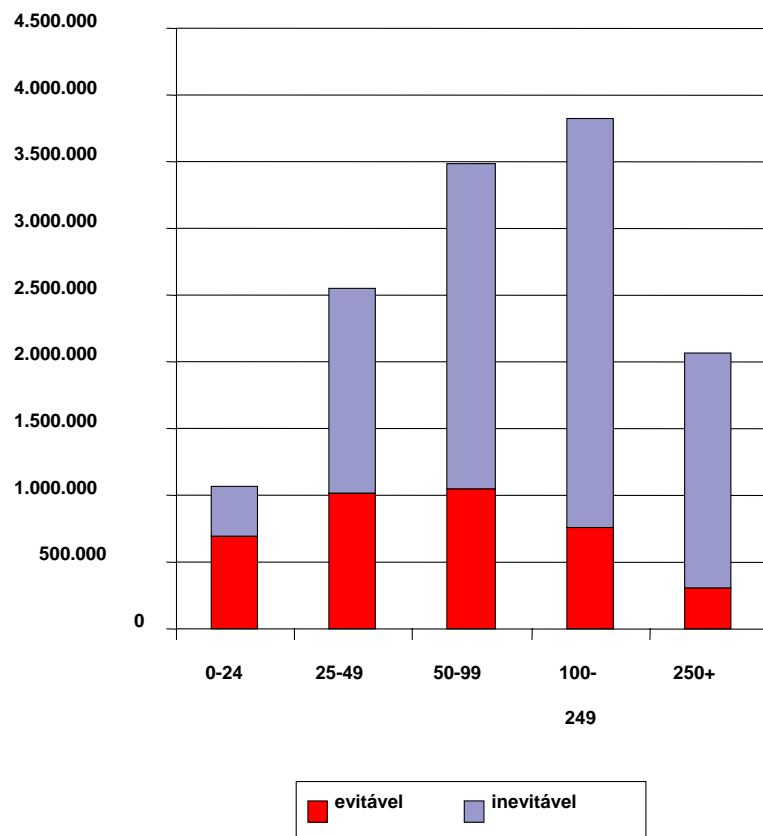


Fonte: Adaptado da “Visão de Rede” de Shortell (2000) em La Forgia J. Workshop Sobre Experiências Brasileiras e Internacionais no Desenho e Implantação de Redes Integradas - Justificativa e Marco Conceitual. Workshop BIRD. Out 2006.

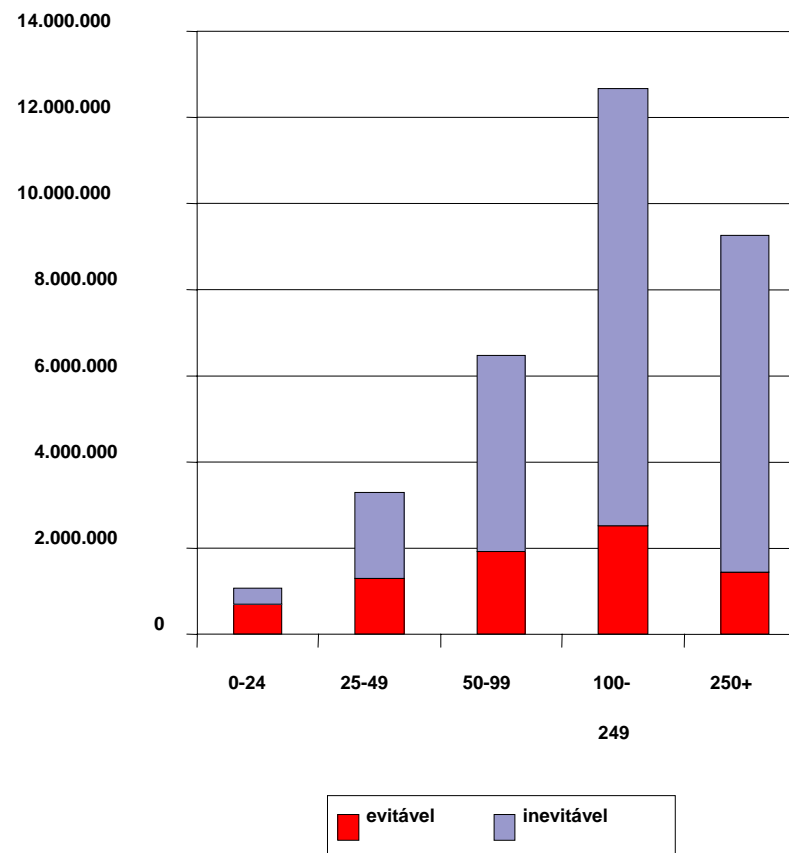
Brasil: Por que Redes?

Internações e gastos hospitalares evitáveis por atenção primária, 2002

Internações



R\$000



Brasil: Por que Redes?

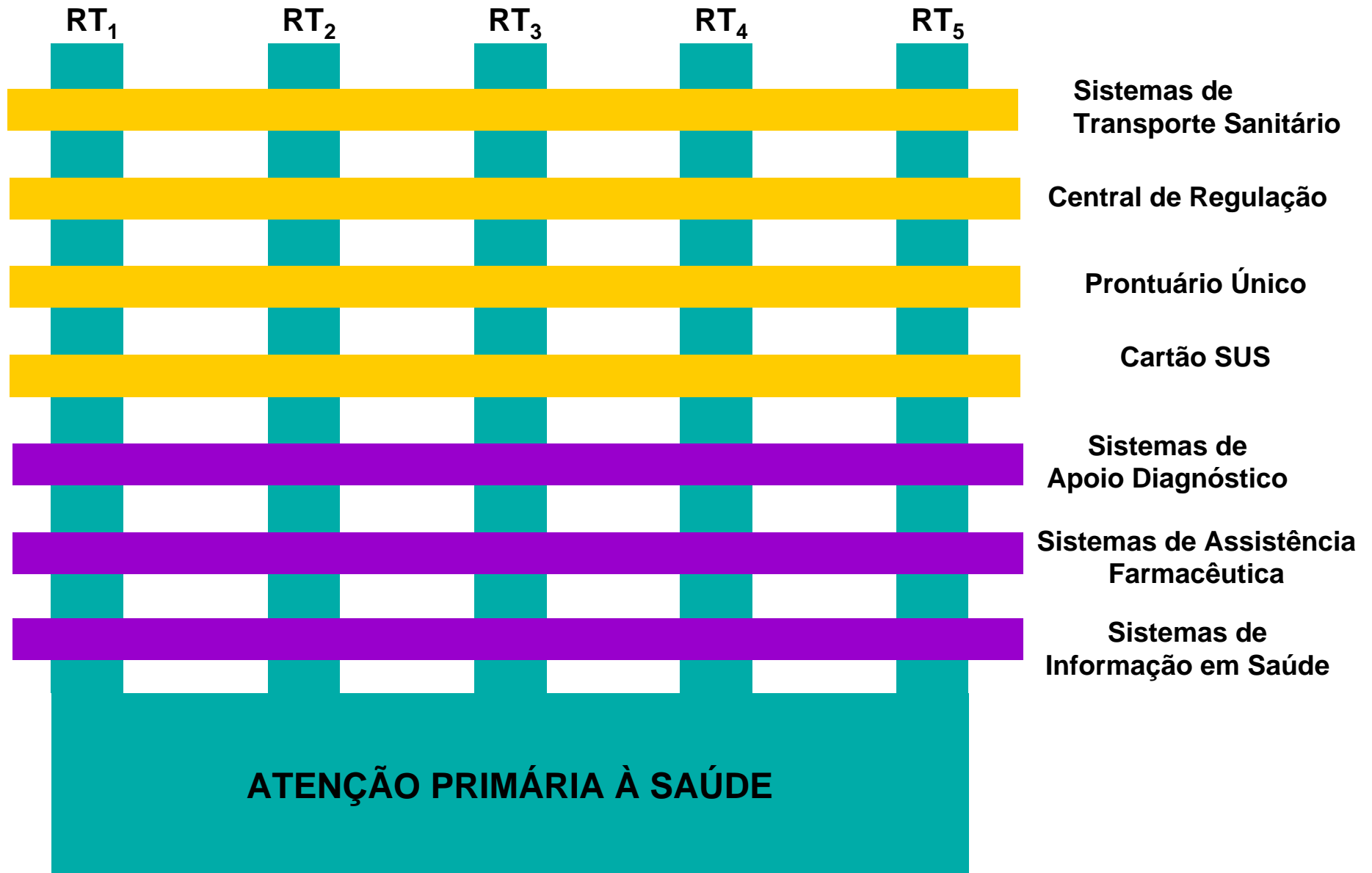
O vínculo entre escala e qualidade

Cirurgia de Revascularização Cardíaca Brasil, 1995

Procedimentos por Hospital	No. de Hospitais	Total de Procedimentos	Mortes totais	Taxa de Mortalidade
1-9	22	93	12	12.9
10-49	31	681	86	12.6
50-149	43	2947	264	10.0
150-299	23	8077	509	6.3
300+	5	4269	228	5.2

Source: Noronha, 2001 and 2003; WHO, 2003

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 1. Uma população e território definido, amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde;**
- 2. Uma grande diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob um coordenação;**
- 3. Uma APS que atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população;**
- 4. Organização de serviços especializados ambulatoriais em lugar mais adequado;**
- 5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;**

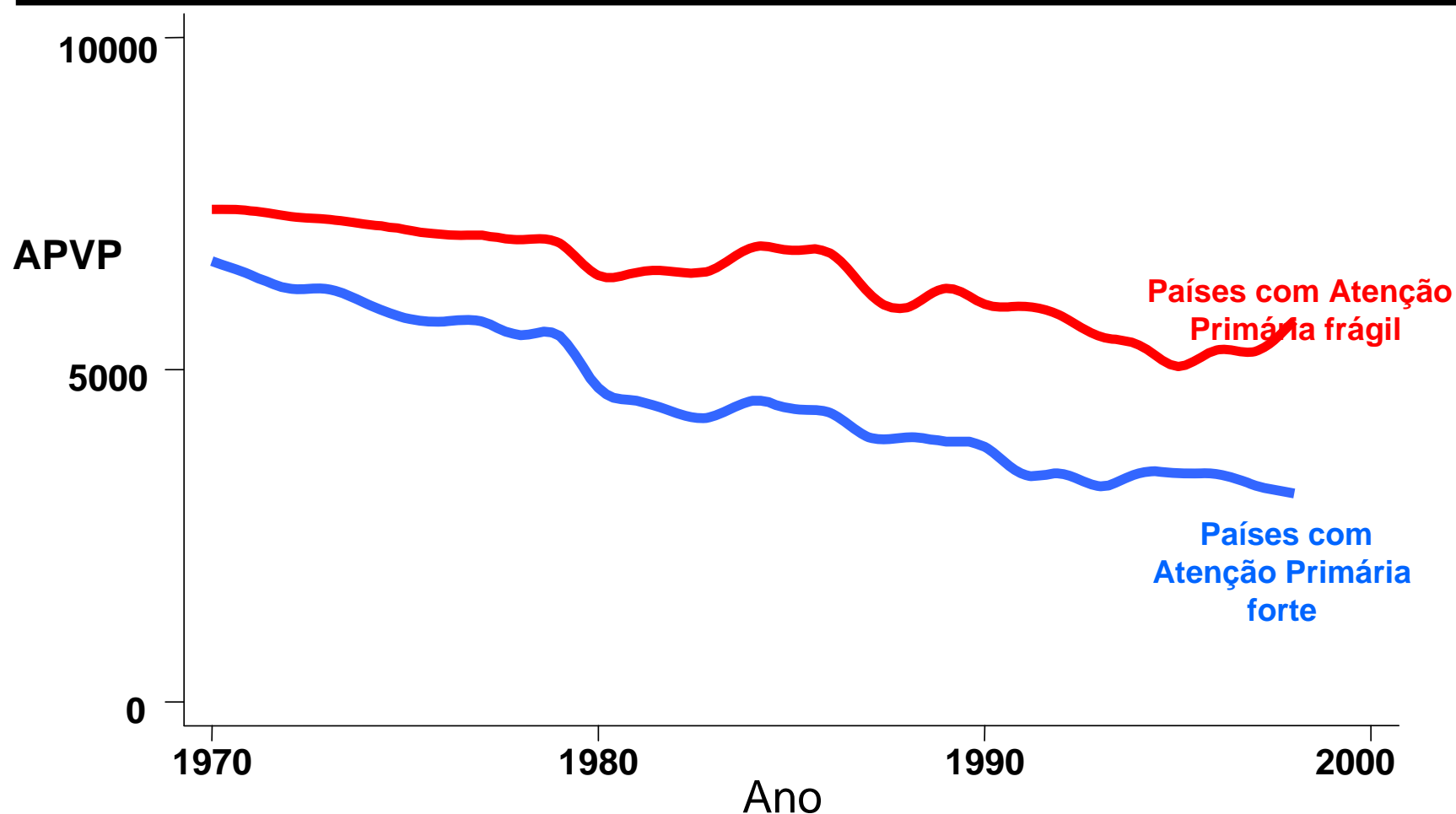
OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 6. Cuidado de saúde centrado no indivíduo, famílias e comunidade;**
- 7. Um sistema de governança participativo e único para todo o sistema;**
- 8. Gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico;**
- 9. Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema;**
- 10. Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros do sistema;**
- 11. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema;**
- 12. Ação intersetorial ampla.**

RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DIABETES

- **REDUÇÃO DE 50% NAS AMPUTAÇÕES DE EXTREMIDADES**
- **REDUÇÃO DE 50% NAS DOENÇAS RENAIIS GRAVES**
- **REDUÇÃO DE 60% NAS CEGUEIRAS POR RETINOPATIAS**
- **REDUÇÃO DE 40% NOS DIAS PERDIDOS DE TRABALHO**

TIPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MORTALIDADE PREMATURA EM 18 PAÍSES DA OCDE



Papel das SES

Essas situações colocam para as Secretarias Estaduais de Saúde o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população.

“A grande revolução nos sistemas de Saúde só será possível quando o cerne da discussão for o valor gerado para o usuário”



“Problemas complexos requerem soluções complexas e sistêmicas.” Eugênio Vilaça