

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

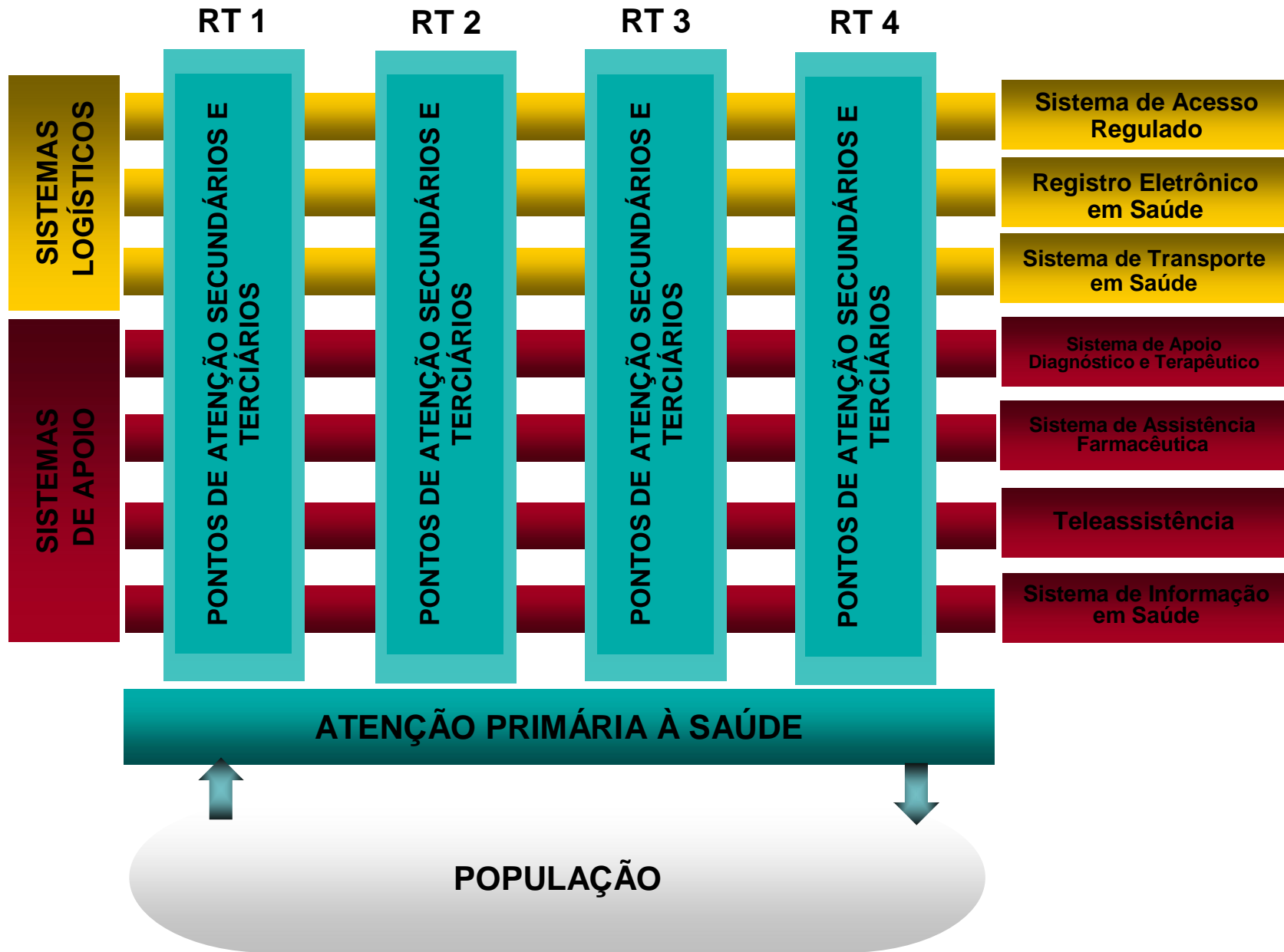
EUGENIO VILAÇA MENDES

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A POPULAÇÃO**
- **OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **A ESTRUTURA OPERACIONAL**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

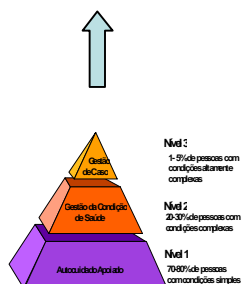


OS REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA AAE

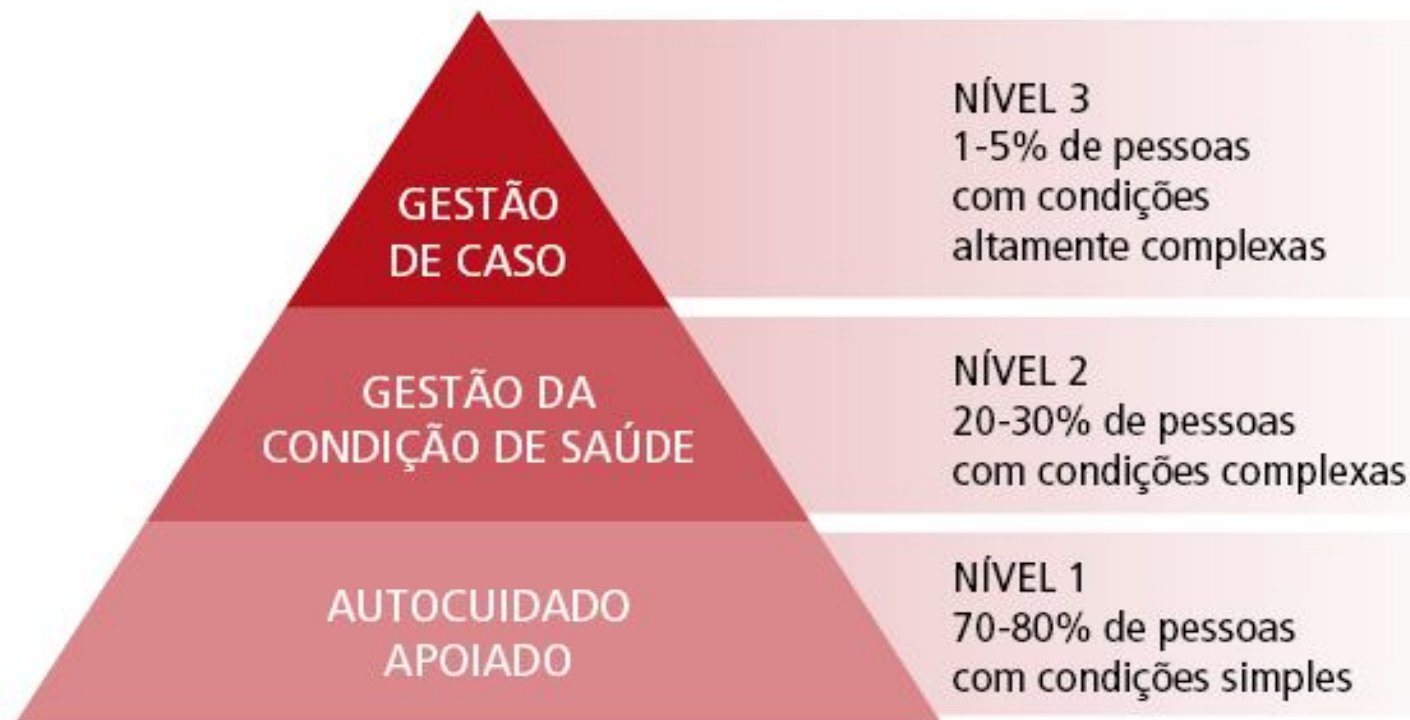
- O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS
- O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS
- O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS



QUEM SE BENEFICIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA? A PIRÂMIDE DE RISCOS



Fontes:

Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005

Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente : an integrated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atencion Integrada. 1:1, 2008

O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **NUMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NÃO DEVE HAVER REDUNDÂNCIAS OU RETRABALHOS ENTRE A APS, OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS E OS SISTEMAS DE APOIO**
- **ESSE PRINCÍPIO GARANTE A ATENÇÃO NO LUGAR CERTO, NO TEMPO CERTO E COM O CUSTO CERTO**

OS DIFERENCIAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE POR CUSTO, NÍVEL DE ATENÇÃO E TEMPO DAS PESSOAS

	Autocuidado	Consulta médica telefónica	Consulta enfermera AP	Consulta médico AP	Consulta especialista	Gestión del caso	Hospitalización a domicilio	Hospitalización media estancia	Hospitalización aguda
Coste por actuación/ estancia €/día	0€	<10€	25€	35€	~50€	100-150€	50-200€	400-500€	700-900€
Nivel de atención	Atención a necesidades básicas sencillas		Análisis clínicos y atención intermedia	Diagnósticos complejos AP	Diagnósticos complejos especializada	Integración de la atención y gestión integral	Seguimiento medicalizado básico	Seguimiento medicalizado intermedio	Seguimiento medicalizado avanzado
Nivel de disrupción para el paciente	Mínimo	Limitado	1-3 horas para acudir y realizar la consulta	2-5 horas para acudir y realizar la consulta	Contacto periódico con persona de referencia	Cambios en el hogar y visitas/ contactos frecuentes	Disrupción elevada	Disrupción muy elevada	

Fonte: Gobierno Vasco.Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi. Vitoria, Departamento de Sanidad y Consumo, 2010

OS MODELOS DE ATENÇÃO DE AEE E SUAS RELAÇÕES COM OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **NOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:**
 - ↳ O MODELO DA ATENÇÃO EM SILOS
 - ↳ O MODELO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEM)
- **NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:**
 - ↳ O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO
 - ↳ O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL EM RAS (PASA)

AS FORMAS DE RELAÇÕES ENTRE A APS E A AAE

- **RELAÇÕES FRAGMENTADAS EM SILOS**
- **RELAÇÕES DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO**
 - RELAÇÕES COORDENADAS PELA APS**
 - RELAÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
 - RELAÇÕES MEDIADAS POR GESTORES DE CASO**
 - RELAÇÕES DE TRABALHO CONJUNTO DE ESPECIALISTAS E
GENERALISTAS**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

AS RELAÇÕES FRAGMENTADAS EM SILOS E O MODELO DE CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEM)

- **OS PROBLEMAS**
- **FORMAS DE CEMs**
- **SEUS RESULTADOS**
- **CASOS DE AAE NO SUS**
- **A INCOERÊNCIA ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

ALGUMAS EVIDÊNCIAS SOBRE AS RELAÇÕES FRAGMENTADAS EM SILOS

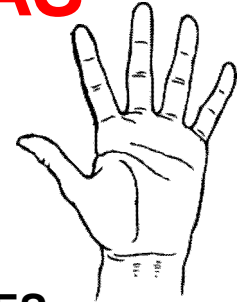
- **63% DOS GENERALISTAS E 35% DOS ESPECIALISTAS ESTÃO INSATISFEITOS COM O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
- **68% DOS ESPECIALISTAS RELATAM NÃO RECEBER AS INFORMAÇÕES DOS GENERALISTAS SOBRE AS PESSOAS REFERIDAS**
- **47% DAS PESSOAS REPORTAM ESTAREM INSATISFEITAS COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA RECEBIDA**
- **A MAIORIA DOS PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO SE BENEFICIAM DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **NÃO HÁ EVIDÊNCIA QUE O SISTEMA CLÁSSICO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ISOLADAMENTE AGREGUE VALOR PARA AS PESSOAS**

Fontes:

The Commonwealth Fund. Reducing fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>

Gandhi TK et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. J.Gen.Intern. Med., 15: 626-631, 2000

LEVANTE A MÃO SE JÁ SE DEFRONTOU, EM SUA PRÁTICA, COM ALGUMA DESTAS SITUAÇÕES



- O GENERALISTA NÃO CONHECE O ESPECIALISTA A QUEM REFERE UMA PESSOA E ELES NUNCA TRABALHARAM JUNTOS
- A CENTRAL DE REGULAÇÃO ENCAMINHA A MESMA PESSOA A DIFERENTES ESPECIALISTAS
- O ESPECIALISTA NÃO RECEBE AS INFORMAÇÕES DO GENERALISTA AO RECEBER A PESSOA
- O GENERALISTA NÃO RECEBE AS ORIENTAÇÕES DO ESPECIALISTA AO RECEBER DE VOLTA A PESSOA
- A PESSOA SE QUEIXA DE QUE O ESPECIALISTA PARECIA NÃO SABER PORQUE ELA ESTAVA ALI COM ELE
- O ESPECIALISTA NÃO RESOLVE O PROBLEMA PARA O QUAL O GENERALISTA ENCAMINHOU
- O ESPECIALISTA SE APOSSA DEFINITIVAMENTE DA PESSOA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
- O ESPECIALISTA REPETE EXAMES QUE JÁ HAVIAM SIDO FEITOS NA APS
- O ESPECIALISTA RECEBE PESSOAS QUE NÃO DEVERIAM SER REFERIDAS A ELE
- O ESPECIALISTA SE QUEIXA DE QUE O MÉDICO DE FAMÍLIA ENCAMINHA ERRADO PORQUE TEM POUCOS CONHECIMENTO
- A CONSULTA COM ESPECIALISTA DEMORA MUITO TEMPO PARA SER REALIZADA

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

OS PROBLEMAS DAS RELAÇÕES EM SILOS E DOS CEMs

- A FRAGILIDADE DA APS PARA EXERCITAR A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NAS RASs: A REGULAÇÃO FEITA POR CENTRAIS DE REGULAÇÃO
- OS ESPECIALISTAS E OS GENERALISTAS ATUAM EM SILOS QUE NÃO SE COMUNICAM
- OS GENERALISTAS NÃO COORDENAM A ATENÇÃO
- HÁ UMA COMPETIÇÃO PREDATÓRIA ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS
- OS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA OU INEXISTEM OU SÃO DESORGANIZADOS
- OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS ATUAM DE FORMA DESPERSONALIZADA
- A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NO MÉDICO ESPECIALISTA
- A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL
- OS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NÃO OPERAM COM BASE EM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS
- A FRAGILIDADE DOS REGISTROS ELETRÔNICOS EM SAÚDE
- A ATENÇÃO ESPECIALIZADA LIMITA-SE À FUNÇÃO ASSISTENCIAL
- AS PESSOAS SE SENTEM ABANDONADAS NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

FORMAS DE CEMs NA PRÁTICA SOCIAL

- **CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- **POLICLÍNICAS**
- **MÉDICO ESPECIALISTA TRABALHANDO INDIVIDUALMENTE EM SEU CONSULTÓRIO COM AUXÍLIO DE UMA RECEPCIONISTA**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

A AAE ORGANIZADA POR CEMs

- **O EFEITO VELCRO:
A FALTA DE COORDENAÇÃO ENTRE A APS E A AAE GERA UMA PROPENSÃO PARA QUE O ESPECIALISTA SE APROPRIE DEFINITIVAMENTE DA PESSOA A ELE REFERIDA**
- **A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE DIADEMA
35% DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS SÃO PARA CASOS NOVOS
65% SÃO CONSULTAS DE RETORNO**

Fontes:

Murray M. Advanced clinic access. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012

Albieri FAO. O caso de Diadema. Brasília, Seminário sobre Regulação na APS, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A ATENÇÃO EM CEM NA AMA/ESPECIALIDADE DE CIDADE ADEMAR, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- **UNIDADE AMBULATORIAL OPERADA POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM OFERTA DE 7 ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- **OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIAIS INDIVIDUAIS E DE EXAMES COMPLEMENTARES**
- **RESULTADO DAS CONSULTAS: PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**
- **CONTRATO SMS/OS SÓ PREVÊ PAGAMENTO POR CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES COMPLEMENTARES**
- **MÉDICOS ESPECIALISTAS TRABALHAM EM REGIME DE PLANTÃO DE 8 HORAS UMA VEZ POR SEMANA**
- **2 ENFERMEIROS ATUANDO COMO ASSISTENTES MÉDICOS**
- **AUSÊNCIA DE SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
- **REFERÊNCIA FEITA POR MEIO DE UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO PARA O MÉDICO QUE TEM AGENDA NO DIA**
- **AUSÊNCIA DE PLANO DE CUIDADO**
- **GENERALISTAS E ESPECIALISTAS NÃO SE CONHECEM, NUNCA TRABALHAM EM CONJUNTO E NÃO SE COMUNICAM REGULARMENTE**

A INCOERÊNCIA ENTRE AS ESTRUTURAS DA DEMANDA E DA OFERTA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

- **ESTRUTURA DA DEMANDA**
 - **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS MUITO COMPLEXAS**
 - **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS COMPLEXAS NÃO ESTABILIZADAS**
- **ESTRUTURA DA OFERTA**
 - **CONSULTAS MÉDICAS**
 - **APOIO DE ENFERMAGEM**
 - **DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
 - **SOLICITAÇÃO/COLETA E OFERTA DE EXAMES COMPLEMENTARES**

AS RELAÇÕES DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO E O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL (PASA)

- **CONCEITO**
- **DOMÍNIOS**
- **O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO**
- **A SUPLEMENTARIDADE ENTRE ESPECIALISTA E GENERALISTA**
- **O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO**
- **AS CARACTERÍSTICAS DO PASA**
- **DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS CEM E PASA**

CONCEITO DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A COORDENAÇÃO DO CUIDADO É A ORGANIZAÇÃO DELIBERADA DO CUIDADO ENTRE DOIS OU MAIS PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE PARA FACILITAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EFICIENTES, EFETIVOS, DE QUALIDADE E DE ACORDO COM AS PREFERÊNCIAS DAS PESSOAS USUÁRIAS

Fonte: McDonald KM et al. Care coordination: Atlas Version 3. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2010

O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO



Fonte: Adaptado de The Commonwealth Fund. Reducing fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>

OS DOMÍNIOS DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

- ESTABELEECER E NEGOCIAR RESPONSABILIDADES
- GARANTIR COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E DE TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES
- FACILITAR A TRANSIÇÃO POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADES E DE INFORMAÇÕES
- DETERMINAR AS NECESSIDADES DAS PESSOAS USUÁRIAS EM TERMOS DE CUIDADO E DE COORDENAÇÃO
- ELABORAR E PARTILHAR PLANOS DE CUIDADOS REALIZADOS COM PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS, GENERALISTAS E PESSOAS USUÁRIAS E FAMÍLIAS
- MONITORAR O PLANO DE CUIDADO EM TERMOS DE RESULTADOS SANITÁRIOS E DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO

OS OBJETIVOS DO MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO



FORTALECER A APS PARA COORDENAR A RAS



APOIAR AS PESSOAS NA TRANSIÇÃO



FORTALECER AS RELAÇÕES E OS ACORDOS



DESENVOLVER CONECTIVIDADE

AS CARACTERÍSTICAS DO MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

- **É SUSTENTADO POR EVIDÊNCIAS CONTIDAS EM DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A RESPONSABILIZAÇÃO PELA COORDENAÇÃO É DA EQUIPE DE APS QUE DEVE TER PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DO CUIDADO NA AAE**
- **A APS DEVE DISPOR DE ESTRUTURA E PROCESSOS QUE TORNEM POSSÍVEIS REFERÊNCIAS E TRANSIÇÕES DE QUALIDADE**
- **A RESPONSABILIZAÇÃO PELA TRANSIÇÃO É DA EQUIPE DA AAE**
- **O INSTRUMENTO FUNDAMENTAL DE COMUNICAÇÃO É O PLANO DE CUIDADO QUE DEVE SER ACOMPANHADO DE RELATÓRIOS PADRONIZADOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
- **A APS E A AAE DEVEM SER INTERLIGADAS POR PRONTUÁRIOS CLÍNICOS, PREFERIVELMENTE ELETRÔNICOS**
- **AS RELAÇÕES E ACORDOS DEVEM ESTAR CLARAMENTE DEFINIDOS NA APS E NA AAE**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

O MODELO PASA

O MODELO PASA É UMA FORMA DE ORGANIZAR A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA COMO UM PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO, COMUNICANDO-SE ORGANICAMENTE COM A APS, COM OS SISTEMAS DE APOIO E COM OS SISTEMAS LOGÍSTICOS E OPERANDO SEGUNDO MODELOS DE ATENÇÃO BASEADOS EM EVIDÊNCIA A FIM DE AGREGAR VALOR PARA AS PESSOAS USUÁRIAS

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

AS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PASA

- **SEGURA: PLANEJADA PARA EVITAR DANOS ÀS PESSOAS**
- **EFETIVA: BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS CONTIDAS EM DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **PRONTA: AS PESSOAS RECEBEM A ATENÇÃO EM TEMPO OPORTUNO**
- **CENTRADA NAS PESSOAS: AS PESSOAS RECEBEM UMA ATENÇÃO ADEQUADA ÀS SUAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS**
- **EFICIENTE: LIMITADA A REFERÊNCIAS NECESSÁRIAS E EVITANDO A DUPLICAÇÃO DE SERVIÇOS**
- **EQUITATIVA: INDEPENDENTE DE CARACTERÍSTICAS SANITÁRIAS, ECONÔMICAS OU SOCIAIS DAS PESSOAS**
- **COORDENADA: ESPECIALISTAS E GENERALISTAS SE CONHECEM, CONHECEM AS NECESSIDADES DAS PESSOAS E ATUAM CONJUNTAMENTE, SOB A COORDENAÇÃO DA APS**
- **AMPLA: ENGLOBALA AÇÕES ASSISTENCIAIS, EDUCACIONAIS, DE SUPERVISÃO E DE PÉQUISA**
- **VALOR: GERA VALOR PARA AS PESSOAS USUÁRIAS**

Fontes:

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, The National Academies Press, 2001

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

FATORES FACILITADORES DO MODELO PASA

- **PONTO DE ATENÇÃO FECHADO DE ACESSO REGULADO PELA APS**
- **A DEFINIÇÃO CONJUNTA POR GENERALISTAS E ESPECIALISTAS DE CRITÉRIOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E SUA PADRONIZAÇÃO**
- **OS ACORDOS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS PARA REDUZIR REDUNDÂNCIAS OU RETRABALHOS**
- **OS ACORDOS SOBRE EXAMES COMPLEMENTARES PARA REDUZIR DUPLICAÇÕES**
- **A DISCUSSÃO ABERTA SOBRE PONTOS DE CONFLITO**
- **O CONHECIMENTO PESSOAL DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
- **A ATUAÇÃO CLÍNICA CONJUNTA DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS EM PLANOS DE CUIDADOS COMPARTILHADOS**
- **A VINCULAÇÃO DE GENERALISTAS A ESPECIALISTAS ENVOLVENDO A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **O ENVOLVIMENTO DE ESPECIALISTAS EM ATIVIDADES EDUCACIONAIS E EM SEGUNDA OPINIÃO**
- **A BUSCA SUPLEMENTARIDADE ENTRE GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

DIFERENÇAS NAS CLÍNICAS DA APS E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

CAMPO	APS	AAE
AMBIENTE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NA PESSOA • FOCO NA SAUDE • FOCO EM PROBLEMAS POUCO DEFINIDOS VISTOS NO INÍCIO • AMBIENTE POUCO MEDICALIZADO 	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NO ORGÃO OU SISTEMA • FOCO NA DOENÇA • FOCO EM PROBLEMAS BEM DEFINIDOS VISTOS MAIS TARDE • AMBIENTE MUITO MEDICALIZADO
FORMAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • EXAMES MAIS SENSÍVEIS QUE ESPECÍFICOS • ACEITAM-SE FALSOS NEGATIVOS QUE PODEM SER MINIMIZADOS PELA REPETIÇÃO DE EXAMES • CUIDADO DISPERSO EM VÁRIOS PROBLEMAS MAS COM CONCENTRAÇÃO RELATIVA NUM NÚMERO PEQUENO DE PROBLEMAS 	<ul style="list-style-type: none"> • EXAMES MAIS ESPECÍFICOS QUE SENSÍVEIS • ACEITAM-SE SOBREDIAGNÓSTICOS MAS NÃO SE ACEITAM FALSOS NEGATIVOS • CONCENTRAÇÃO DO CUIDADO NUM ÚNICO PROBLEMA OU NUM NÚMERO MÍNIMO DE PROBLEMAS
CONTINUIDADE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE SUSTENTADA 	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE RELATIVA
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • MENORES CUSTOS E IATROGENIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • MAIORES CUSTOS E IATROGENIAS

Fontes: Cunillera R. Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2012.

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012

A AMPLIAÇÃO DA ESTRUTURA DA OFERTA EM COERÊNCIA COM O ESTRUTURA DA DEMANDA NO MODELO PASA

- **ESTRUTURA DA DEMANDA**
 - **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS**
 - **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS INSTÁVEIS**
- **ESTRUTURA DA OFERTA**
 - **CONSULTAS MÉDICAS**
 - **CONSULTAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**
 - **DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
 - **SOLICITAÇÃO/COLETA E OFERTA DE EXAMES COMPLEMENTARES**
 - **CONSULTAS COM OUTROS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS**
 - **GRUPOS OPERATIVOS**
 - **GRUPOS TERAPÊUTICOS**
 - **ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS A GRUPOS**
 - **ATENDIMENTOS CONJUNTOS DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
 - **ATENDIMENTOS CONTÍNUOS**
 - **ATENDIMENTOS À DISTÂNCIA**
 - **ATENDIMENTOS POR PARES**
 - **APOIO AO AUTOCUIDADO**
 - **GESTÃO DE CASOS**
 - **PROVISÃO DE SEGUNDA OPINIÃO**
 - **EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS**
 - **PESQUISA CLÍNICA**

Fonte:

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

AS EVIDÊNCIAS DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

**DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM TAREFAS
CLARAMENTE DEFINIDAS**

**NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO: ATENDIMENTO EM GRUPO,
ATENDIMENTO CONTÍNUO, ATENDIMENTO À DISTÂNCIA, GRUPOS
DE PARES**

INCREMENTO DO ATENDIMENTO PROGRAMADO

**TRABALHO CONJUNTO DE ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS DA
APS**



Fonte: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve for chronic illness? Effective Clinical Practice,. 1: 2-4, 1998. Autorização de uso de imagem dada pelo American College of Physicians

ALGUNS PASSOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO PASA

- **FORTALECIMENTO DA FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO DA APS**
- **A APS COMO PROGRAMADORA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **ELABORAÇÃO DE LINHAS-GUIA PARA DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**
- **MODELAGEM DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO AMBULATORIAL**
- **DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES PERSONALIZADAS E COMPARTILHADAS ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
- **ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **DEFINIÇÃO DOS FLUXOS DE ATENÇÃO COM FOCO NO SISTEMA: O CASO DE UMA PESSOA-TIPO**
- **IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA INTEGRADO**
- **DEFINIÇÃO DE UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**
- **DEFINIÇÃO DE UM SISTEMA DE SEGUNDA OPINIÃO COM PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

OS MODELOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

MODELO CEM	MODELO PASA
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela ESF
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na ESF com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a ESF
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado, conjuntamente, por generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

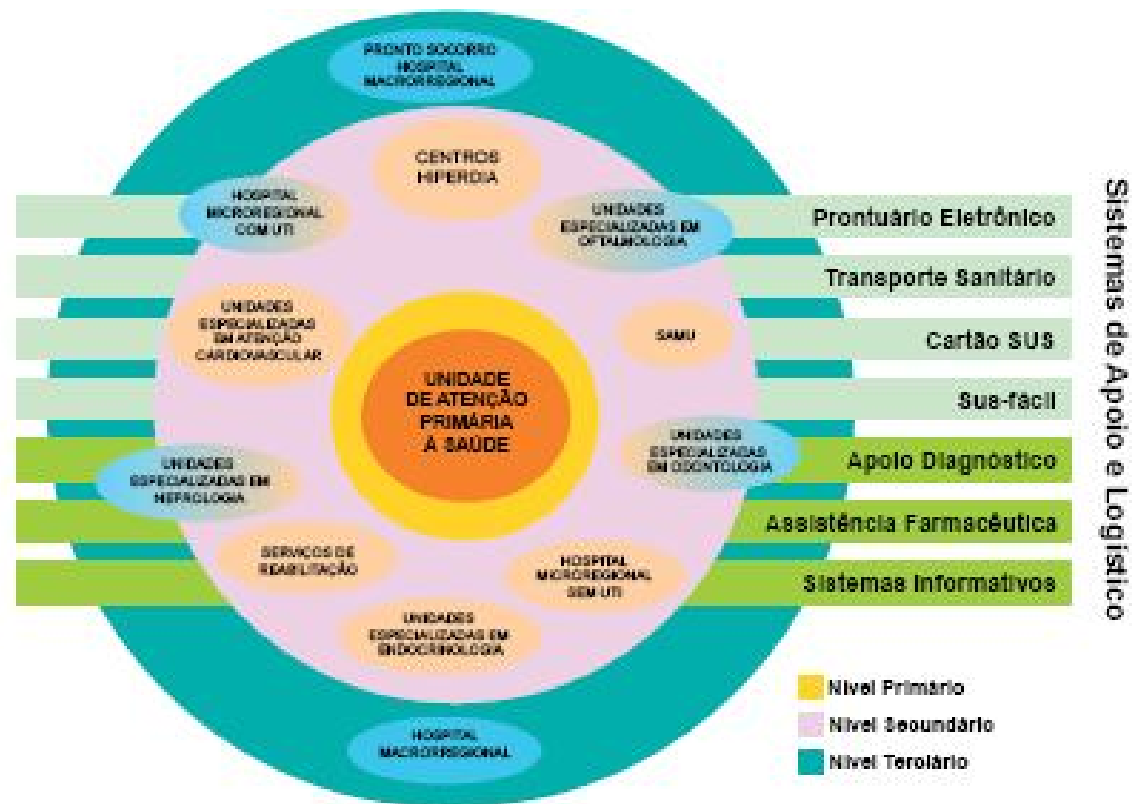
A MODELAGEM DE UM PASA

- **DEFINIÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS**
- **ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS**
- **ELABORAÇÃO DE PROJETO: PLANTA FÍSICA, PLANTA DE PESSOAL, RELAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS E CUSTOS DE INVESTIMENTOS E DE MANUTENÇÃO**
- **DESENHO DOS PROCESSOS CRÍTICOS CLÍNICOS E ADMINISTRATIVOS**
- **ELABORAÇÃO DE SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**
- **ELABORAÇÃO DE PROJETO DE CONTRATUALIZAÇÃO:
DEFINIÇÃO DE METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS
DEFINIÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO
DEFINIÇÃO DE SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO
DEFINIÇÃO DE SISTEMA DE PAGAMENTO POR VALOR GLOBAL OU POR CAPITAÇÃO**

UM CASO DE AEE NO MODELO PASA: O CENTRO HIPERDIA NA MICRORREGIÃO DE SANTO ANTONIO DO MONTE

- **A REDE HIPERDIA**
- **DIFERENÇAS COM CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- **A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS**
- **O ATENDIMENTO CONTÍNUO MULTIDISCIPLINAR**
- **RESULTADOS**

A REDE HIPERDIA



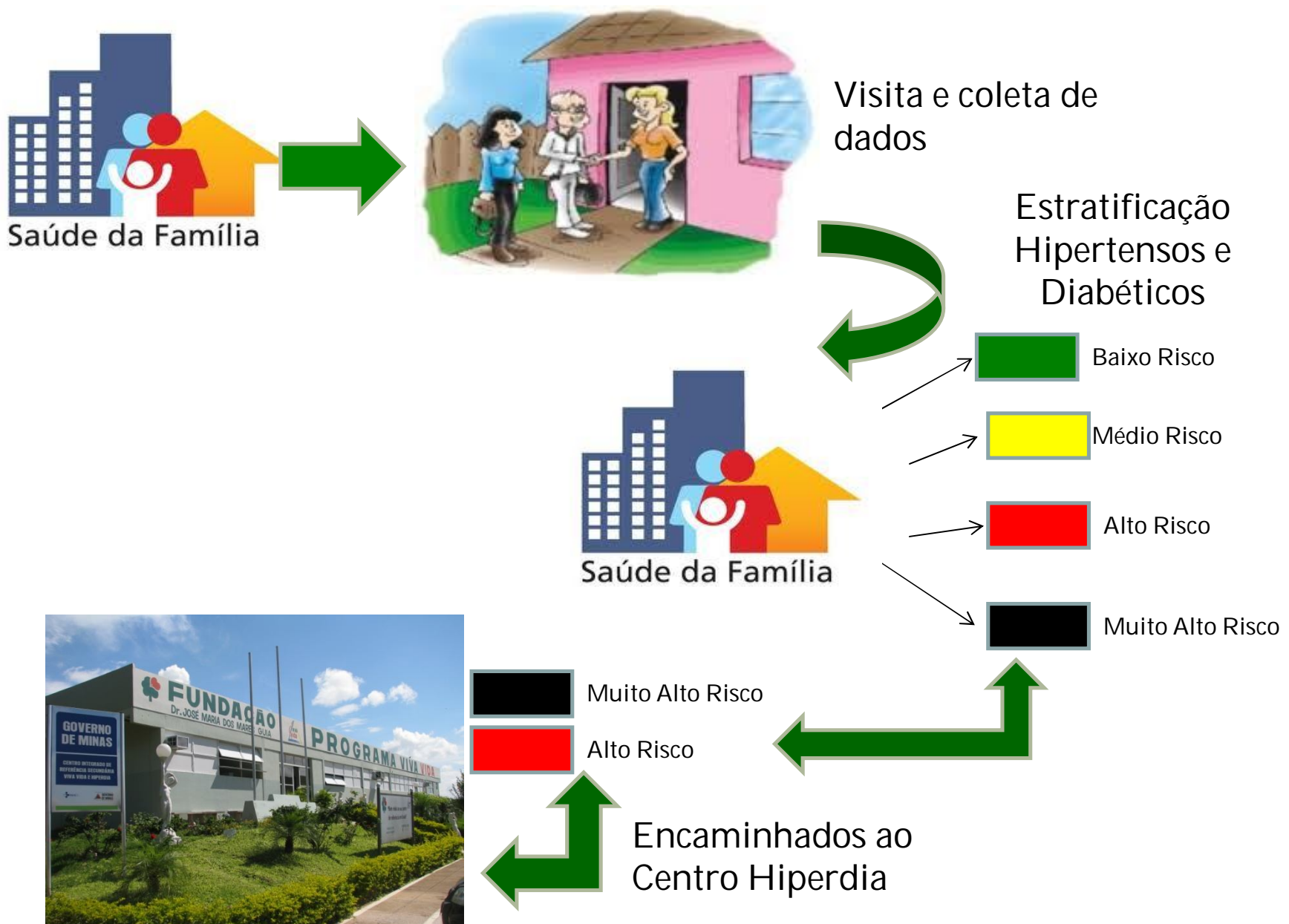
Fonte: Rede Hiperdia em Minas Gerais. Belo Horizonte, CEHD/SESMG, 2010:

AS DIFERENÇAS ENTRE O CENTRO HIPERDIA E OS CEM`s

	Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte - MG	Centro de Especialidades Médicas Tradicional para Hipertensos e Diabéticos
Modelo de Atenção	Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (Busca da excelência e Acreditação)	Centro de Especialidades Médicas Tradicional
Atenção Primária à Saúde executa o seu papel em rede	Sim	Não
Critérios de Encaminhamento para o Centro de Atenção Secundária	Somente as condições crônicas complexas preconizadas	As condições crônicas complexas preconizadas e outras condições diversas
Equipe Interdisciplinar	Sim	Não
Elaboração de Plano de Cuidado	Sim	Não

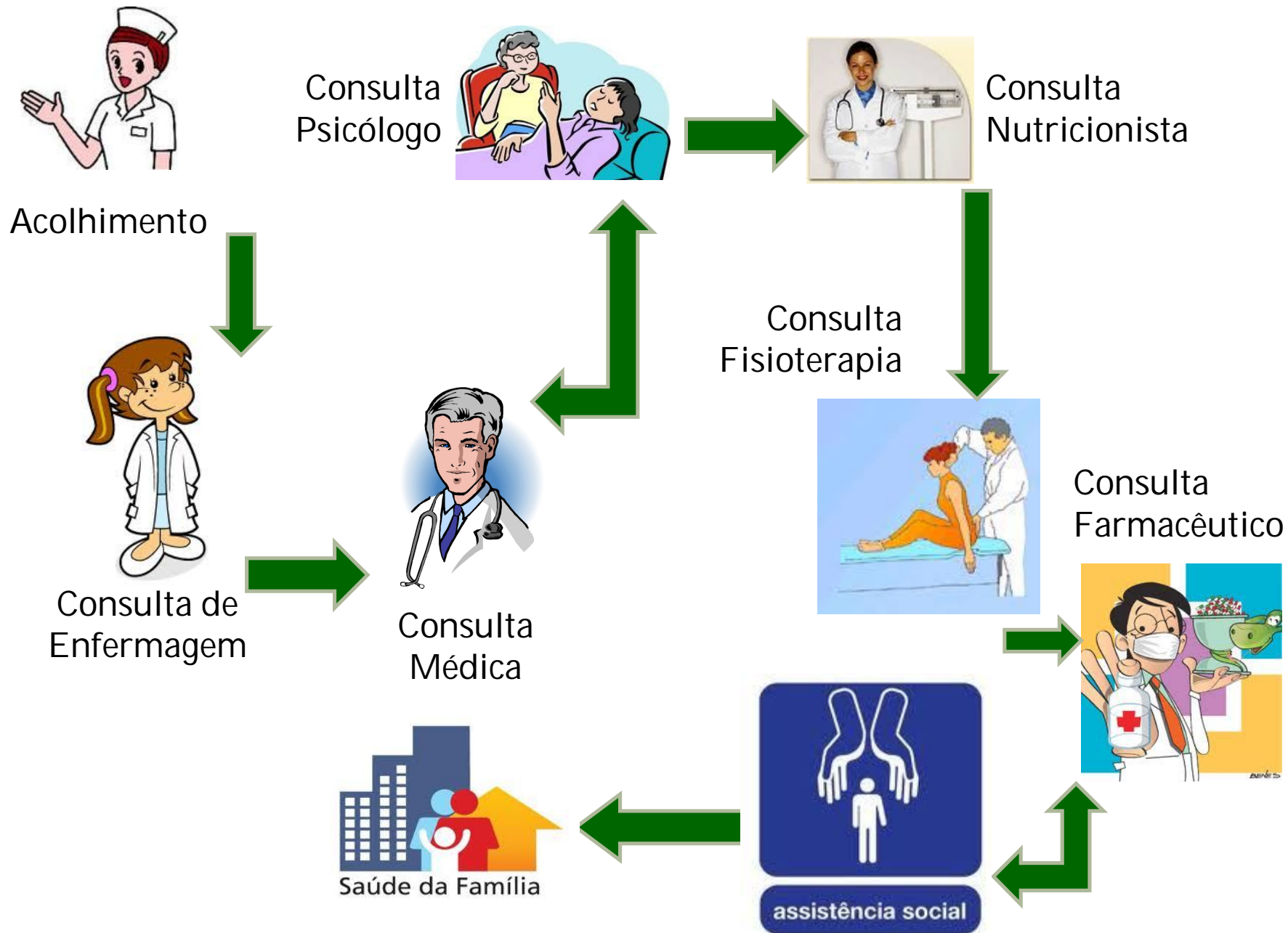
Fonte: Alves Junior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO



Fonte: Alves Junior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

ATENDIMENTO CONTÍNUO MULTIDISCIPLINAR



CASOS DE ATENDIMENTOS EM AAE DE PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

CHSAM

CEM TRADICIONAL

CASO 3	CASO 4
<p>A Sra. M.C.S., com DM insulino dependente e HAS, foi acolhida nesse centro apresentando A1C de 12,2% e PA de 150X120mmHg. Após 3 interconsultas, M.C.S apresentava A1C de apenas 6,5% e PA de 120X90mmHg.</p>	<p>E.A.S, 66 a., foi recebida nesse centro de referência em janeiro de 2008, com A1C de 12%, neuropatia e nefropatia diabéticas. Em 3 anos E.A.S. teve 23 atendimentos médicos especializados no CHDM (média de quase 8 atendimentos por ano). Mesmo com essa elevada frequência de atendimentos, E.A.S. evoluiu para hemodiálise, sem nenhuma abordagem de sua conhecida não adesão ao tratamento pelo serviço de psicologia desse centro de especialidades que, na prática, funciona na lógica da clássica consulta médica uniprofissional de 15 minutos, pouco agregando valor ao controle de seus usuários¹¹.</p>

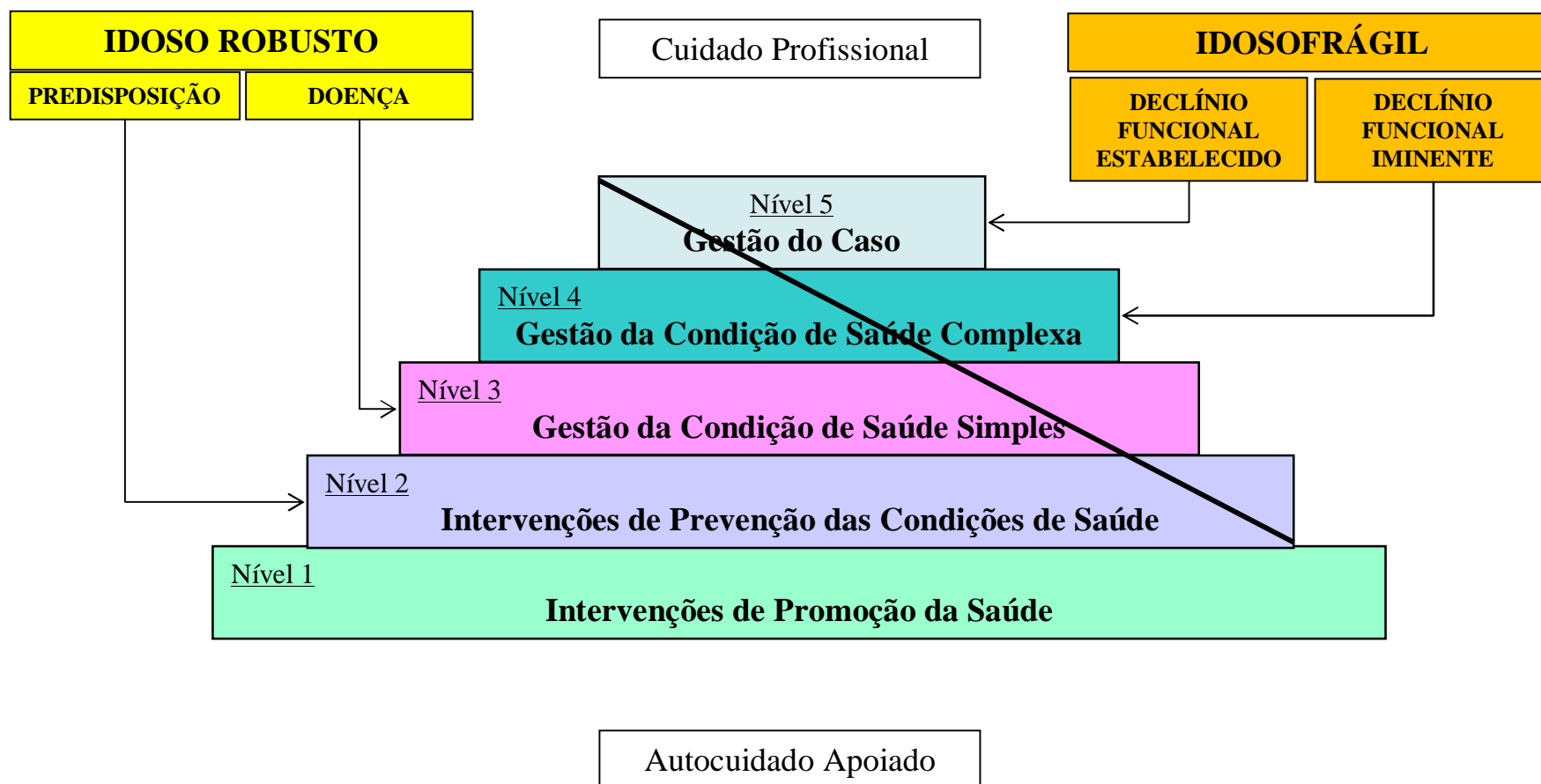
RESULTADOS DO CENTRO HIPERDIA DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE

Uma análise de custo e impacto ainda mais eficiente foi obtida pelo serviço de pé diabético desse centro: para um investimento e custeio de cerca de R\$ 170.000,00 no período, foram evitados gastos acumulados de cerca de R\$ 3.139.192,96.

Relatos de profissionais *revelam a satisfação em trabalhar a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*, já que produzem respostas mais adequadas e resolutivas aos usuários.

O resultado de questionários de satisfação aplicado a 788 usuários dos Centros Hierdia apresentou um *índice global de satisfação de 90,5%*.

O MACC APLICADO AO CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS



CENTRO MAIS VIDA DE BELO HORIZONTE

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	Instituto Jenny de Andrade Faria
Planejamento baseado na oferta de serviços	Planejamento baseado nas necessidades de saúde da população Evita-se a indução da demanda pela oferta de serviços e não pelas necessidades do usuário. Planilhas de programação conforme diretrizes clínicas.	OK
Unidade isolada sem comunicação fluida com a rede. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são resolicitados a cada atendimento	Ponto de atenção com comunicação em rede com os outros níveis de atenção, evitando-se retrabalhos e redundâncias. Esta integração se faz através de sistemas logístico potentes como o cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado e sistema de transporte em saúde.	OK
Sistema aberto	Sistema fechado. Não há possibilidade de acesso direto das pessoas usuárias.	OK
Autogoverno	Governo pela atenção primária à saúde. A única via de chegada é através de um sistema de referência e contrareferência.	OK
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente na central de regulação	Acesso regulado pelas equipes de atenção primária à saúde, que acessam diretamente a central de regulação.	OK
Atenção focada no profissional médico especialista	Atenção focada na ação coordenada de uma equipe multiprofissional, com forte integração com a atenção primária. Evita-se a captação do paciente pelo especialista, de forma definitiva, o que gera uma demanda incontrolável e bloqueia o acesso a novos pacientes. O trabalho multiprofissional é mais do que a soma das contribuições de diferentes profissões.	OK
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências, adaptadas à realidade vigente. Assim, ficam claros os papéis da atenção primária e dos demais níveis de atenção neste sistema de referência e contrareferência.	Em implantação
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos integrados na rede.	Em implantação
Não utilização das ferramentas das gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas das gestão da clínica, baseada em diretrizes clínicas onde a estratificação de riscos para cada condição está bem estabelecida.	Em implantação
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa	OK
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global. Desta forma os prestadores aplicam mais esforços nas ações de promoção e prevenção e de contenção do risco evolutivo das condições de saúde de menor custo.	OK

Fonte: Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

METODOLOGIA DO MATRICIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

REGIONAL VENDA NOVA

Pop. Idoso: 15.776

Pop. ≥ 80a: 1.653

Médico: Júlio C. Menezes

Enfermeira: Melissa G. Santos

REGIONAL PAMPULHA

Pop. Idoso: 11.557

Pop. ≥ 80a: 1.267

Médico: Mário Oscar

Enfermeira: Dagmar D. Queiroz

Queiroz

REGIONAL NOROESTE

Pop. Idoso: 36.094

Pop. ≥ 80a: 4.712

Equipe 1:

Médica: Paula Alves

Enfermeira: Dagmar D. Queiroz

Equipe 2:

Médica: Ana Lúcia Frota

Enfermeira: Dagmar D. Queiroz

REGIONAL OESTE

Pop. Idoso: 23.716

Pop. ≥ 80a: 3.041

Médica: Juliana Alves

Enfermeira: Danielle C. Campos

REGIONAL BARREIRO

Pop. Idoso: 16.601

Pop. ≥ 80a: 1.612

Médica: Ana Paula Abranches

Enfermeira: Danielle C. Campos

REGIONAL NORTE

Pop. Idoso: 13.104

Pop. ≥ 80a: 1.371

Médico: Júlio C. Menezes

Enfermeira: Melissa G. Santos

REGIONAL NORDESTE

Pop. Idoso: 23.333

Pop. ≥ 80a: 2.927

Equipe 1:

Médico: Daniel Dornelas

Enfermeira: Raquel S. Azevedo

Equipe 2:

Médico: Marco Túlio G. Cintra

Enfermeira: Raquel S. Azevedo

REGIONAL LESTE

Pop. Idoso: 27.327

Pop. ≥ 80a: 3.879

Equipe 1:

Médico: Rafael A. B. Martins

Enfermeira: Maristela Kux

Equipe 2:

Médico: Ronaldo A. Gabriel

Enfermeira: Maristela Kux

REGIONAL CENTRO SUL

Pop. Idoso: 36.246

Pop. ≥ 80a: 6.010

Médica: Dinah Belém

Enfermeira: Melissa G. Santos



UMA REFLEXÃO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE APS E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**“DEVE-SE PROTEGER AS PESSOAS DOS
ESPECIALISTAS INADEQUADOS E PROTEGER OS
ESPECIALISTAS DAS PESSOAS INADEQUADAS”**

J. FRY

Fonte: Gusso G. O panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e saúde. Florianópolis, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005