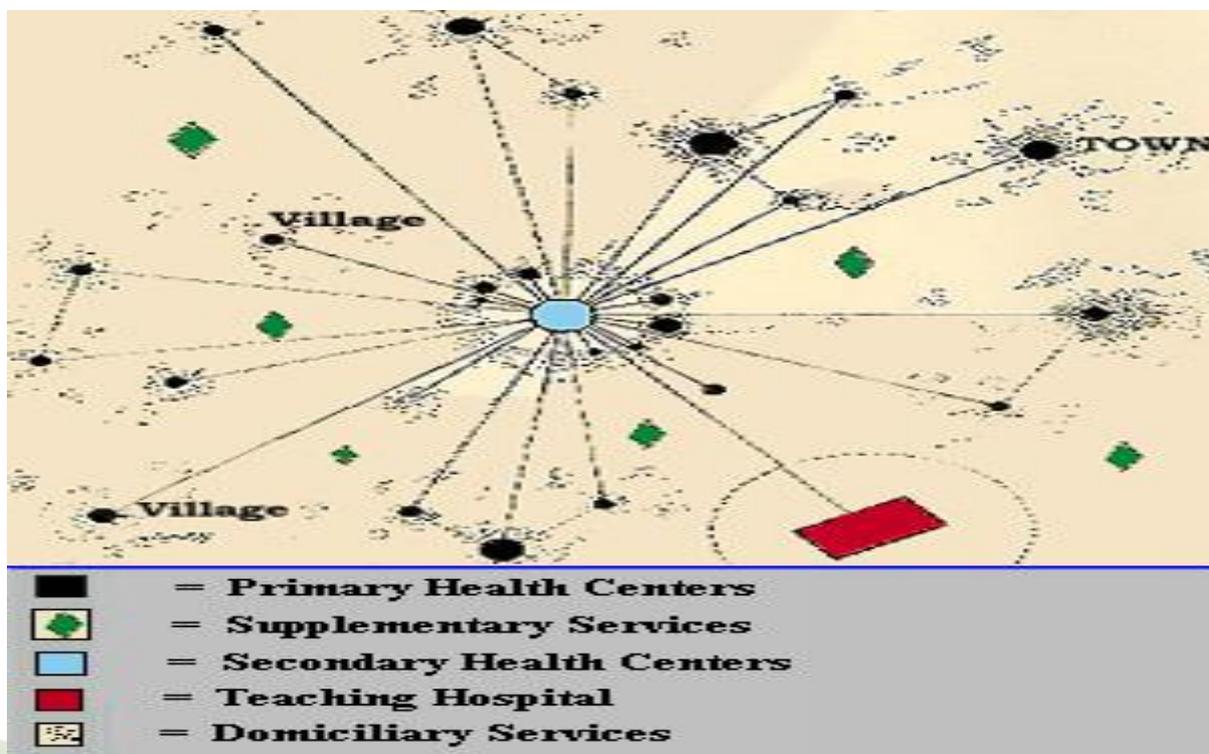


EXPOSIÇÃO 2

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE UMA PROPOSTA SECULAR



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

FONTE: Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publ. Científica nº 93, 1964.

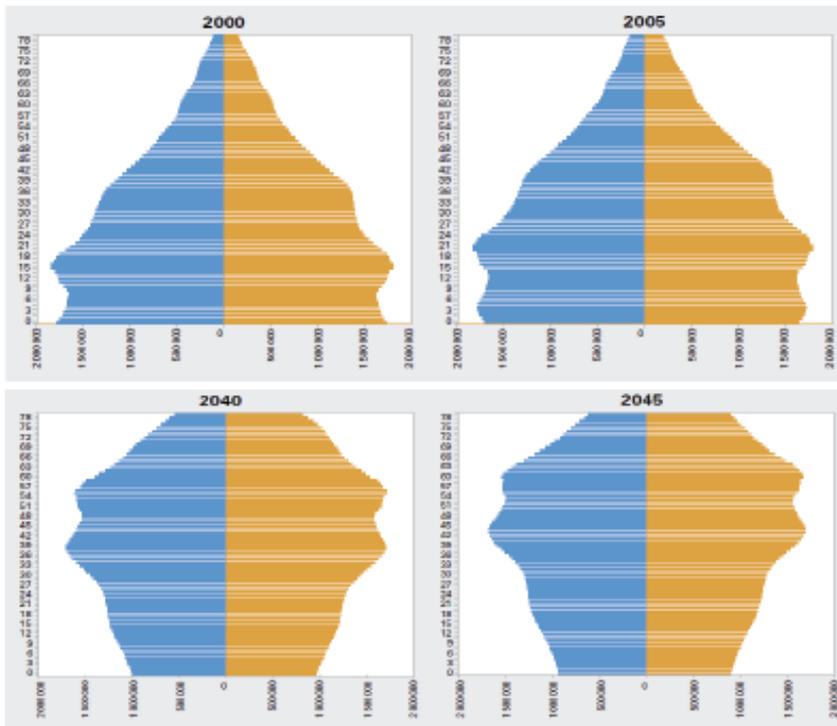


A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARANÁ

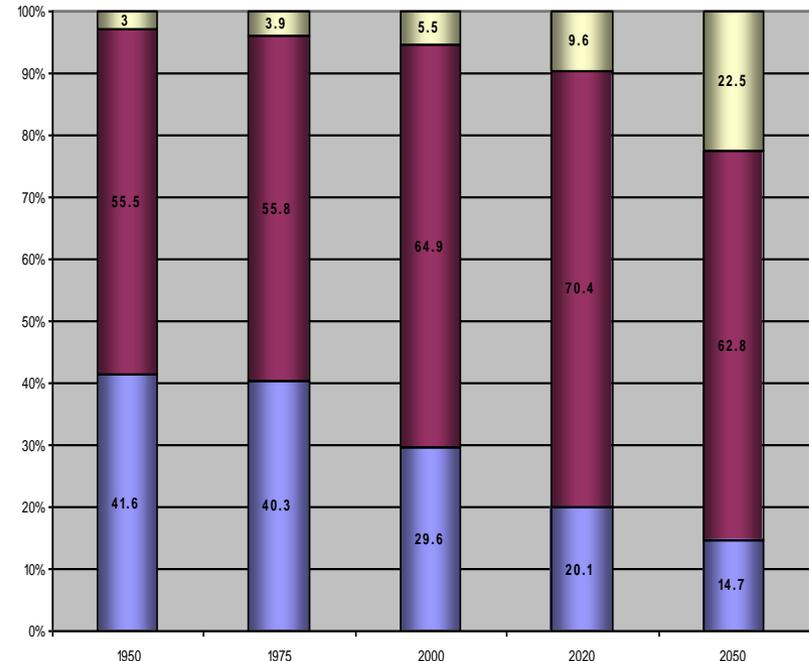
- A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA
- TRANSIÇÃO NUTRICIONAL
- A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL



BRASIL: Distribuição da população por grupos etários (%), 1950-2050



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

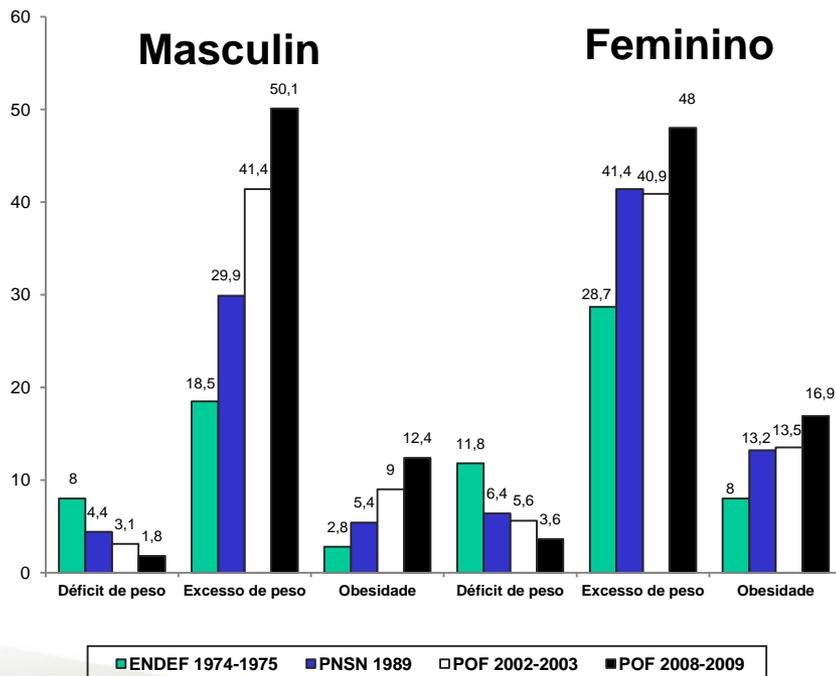
FONTES:

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2004
Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília, SVS/Ministério da Saúde, 2011

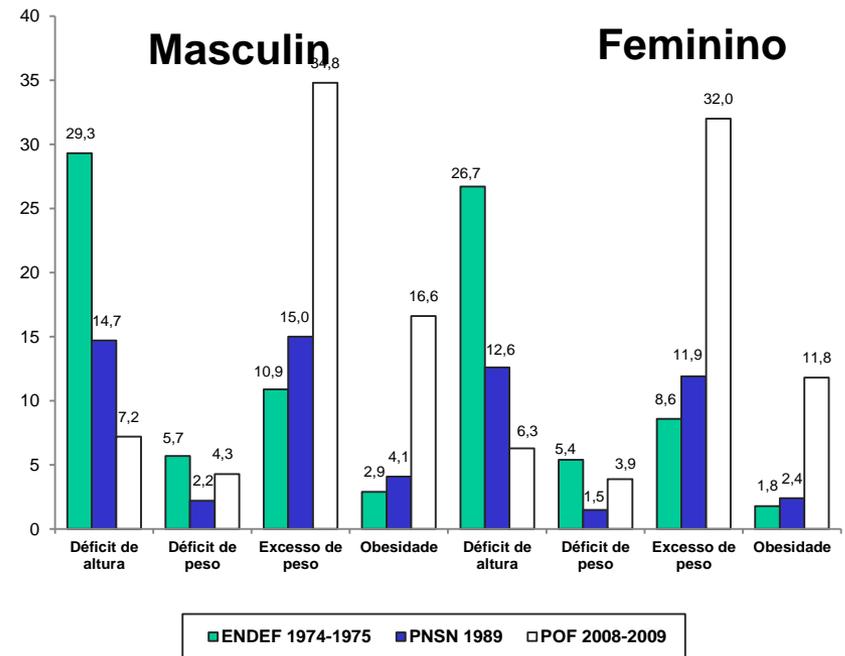


A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL 1974-2009

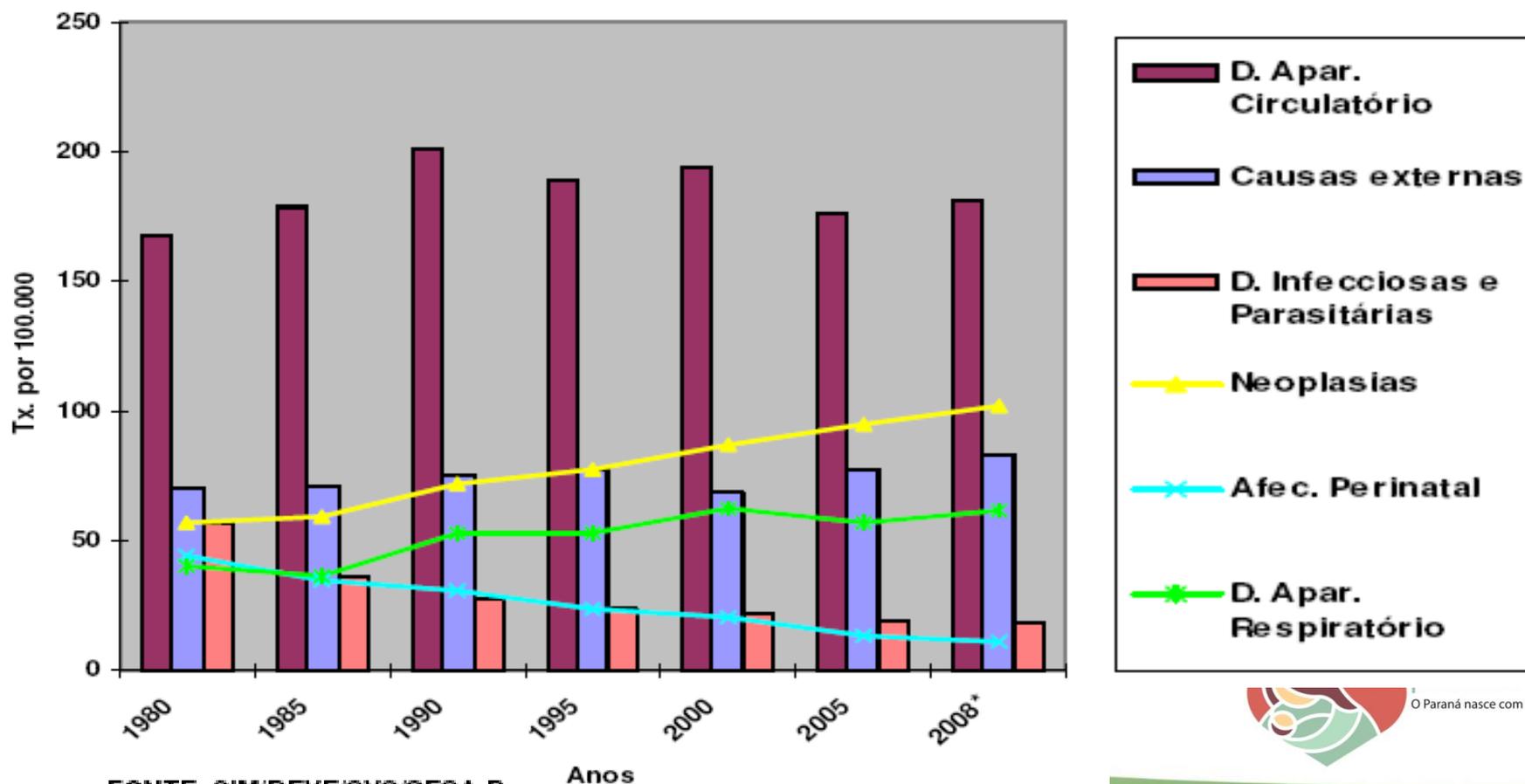
POPULAÇÃO ADULTA



POPULAÇÃO DE 5 A 9 ANOS



A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO PARANÁ - MORTALIDADE 1980/2008



FONTE: SIM/DEVE/SVS/SESA-Pr
*Dados preliminares – março/2011

A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO PARANÁ: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS

- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **O CRESCIMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS**
- **A FORTE PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**



PARANÁ

FONTES:

GOVERNHO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

FRENK J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011



O POSTULADO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE E O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

- OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO RESPOSTAS SOCIAIS DELIBERADAS EFETIVAS, EFICIENTES, DE QUALIDADE E EQUITATIVAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
- LOGO DEVE HAVER UMA COERÊNCIA ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE EXPRESSAS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE E O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE SE PRÁTICA SOCIALMENTE



OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- OS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- OS SISTEMAS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

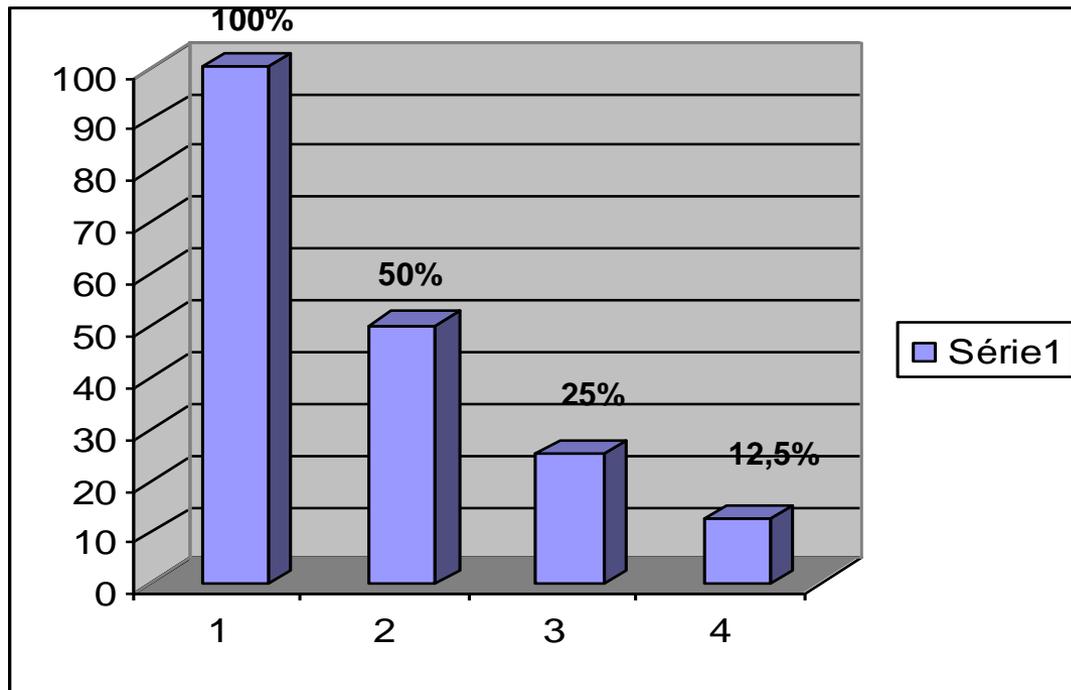


AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS
- ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS
- ORIENTADO PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E AOS EVENTOS AGUDOS DECORRENTES DE AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS
- VOLTADO PARA INDIVÍDUOS
- O SUJEITO É PACIENTE
- O SISTEMA É REATIVO
- ÊNFASE EM AÇÕES CURATIVAS E REABILITADORAS
- ÊNFASE NO CUIDADO PROFISSIONAL DO MÉDICO
- GESTÃO DA OFERTA
- PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS



A REGRA DA METADE NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS



- CASOS TOTAIS
- CASOS DIAGNOSTICADOS
- CASOS CONTROLADOS
- CASOS COM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



FONTE: Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. British Medical Journal. 42: 116-119, 1992.

O CONTROLE DO DIABETES

NO BRASIL

- APENAS 10% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- APENAS 27% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 45% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 44% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 16% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM ALTERAÇÕES RENAIS
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAÚDE: US 721,00

NOS ESTADOS UNIDOS

- 17,9 MILHÕES DE PORTADORES DE DIABETES, 5,7% MILHÕES SEM DIAGNÓSTICO (32%)
- APENAS 37% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 35% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 58% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- 30% A 70% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 15% DOS PORTADORES DE DIABETES SUBMETERAM-SE A AMPUTAÇÕES
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAÚDE: US 7.164,00



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO



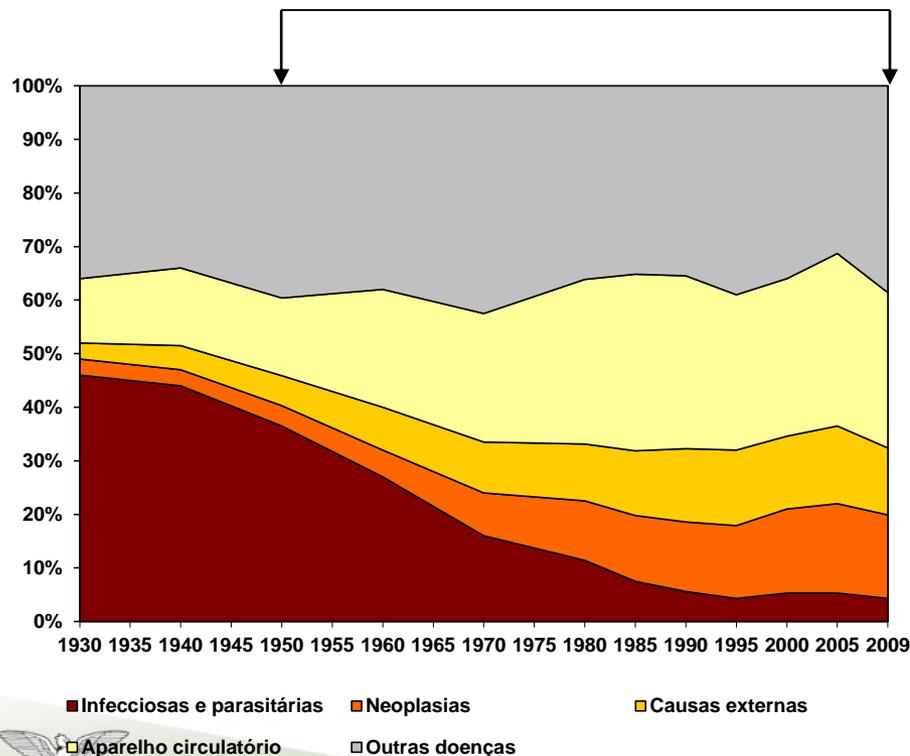
O PROBLEMA CRÍTICO DO SUS: A RUPTURA DO POSTULADO DA COERÊNCIA

A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL ACELERADAS E TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM FORTE PREDOMINÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA EPISÓDICA E REATIVA E QUE É VOLTADO PRINCIPALMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E ÀS AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS



A EXPLICAÇÃO PARA O PROBLEMA CRÍTICO DO SUS

BRECHA



UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA METADE DO SÉCULO XX

POR QUÊ?

O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



A SOLUÇÃO DO PROBLEMA CRÍTICO DO SUS: O RESTABELECIMENTO DO POSTULADO DA COERÊNCIA POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE COM TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇA COM PREDOMÍNIO RELATIVO FORTE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA CONTÍNUA E PROATIVA E VOLTADO EQUILIBRADAMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS



AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À 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
- GESTÃO 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 SAÚDE
- PROATIVO
- ATENÇÃO INTEGRAL
- CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
- GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
- FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR UM CICLO COMPLETO DE ATENDIMENTO A UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE



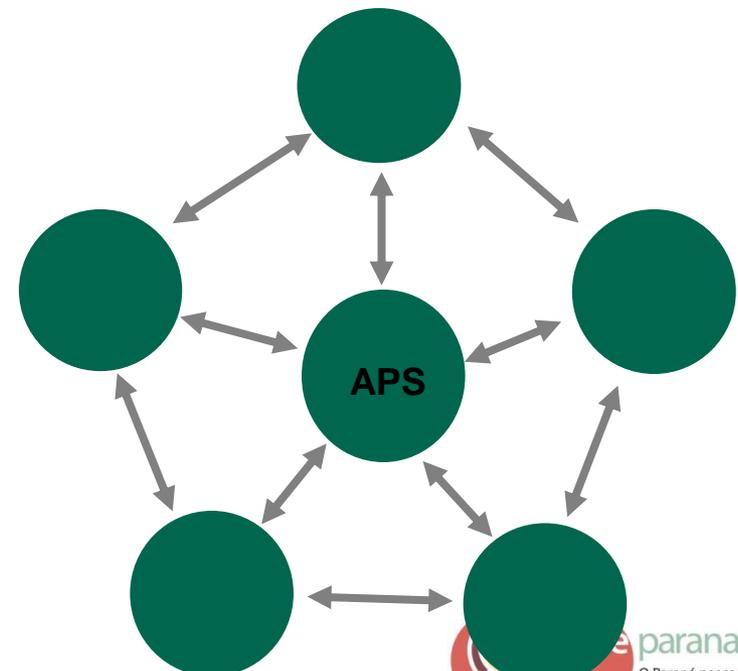
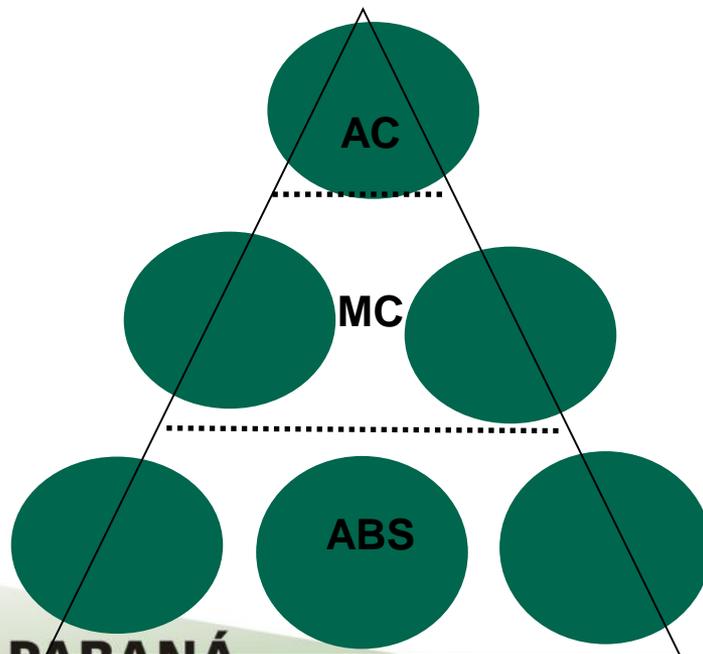
PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO
E HIERARQUIZADO

REDES POLIÁRQUICAS
DE ATENÇÃO À SAÚDE



O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO ARRANJOS ORGANIZATIVOS DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DE DIFERENTES DENSIDADES TECNOLÓGICAS, QUE INTEGRADAS POR MEIO DE SISTEMAS DE APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO E DE GESTÃO, BUSCAM GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO



AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- MELHORAM OS RESULTADOS SANITÁRIOS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
- DIMINUEM AS REFERÊNCIAS A ESPECIALISTAS E A HOSPITAIS
- AUMENTAM A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- PRODUZEM SERVIÇOS MAIS CUSTO/EFETIVOS
- AUMENTAM A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: AGORA É LEI!

- **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, ART. 7º:
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ESTARÃO
COMPREENDIDAS NO ÂMBITO DE UMA REGIÃO DE SAÚDE,
OU DE VÁRIAS DELAS, EM CONSONÂNCIA COM DIRETRIZES
PACTUADAS NAS COMISSÕES INTERGESTORES**
- **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DEZEMBRO DE 2010 QUE
ESTABELECE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**



OS ELEMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **UMA POPULAÇÃO:**
A POPULAÇÃO ADSCRITA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UM MODELO LÓGICO:**
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UMA ESTRUTURA OPERACIONAL:**
OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

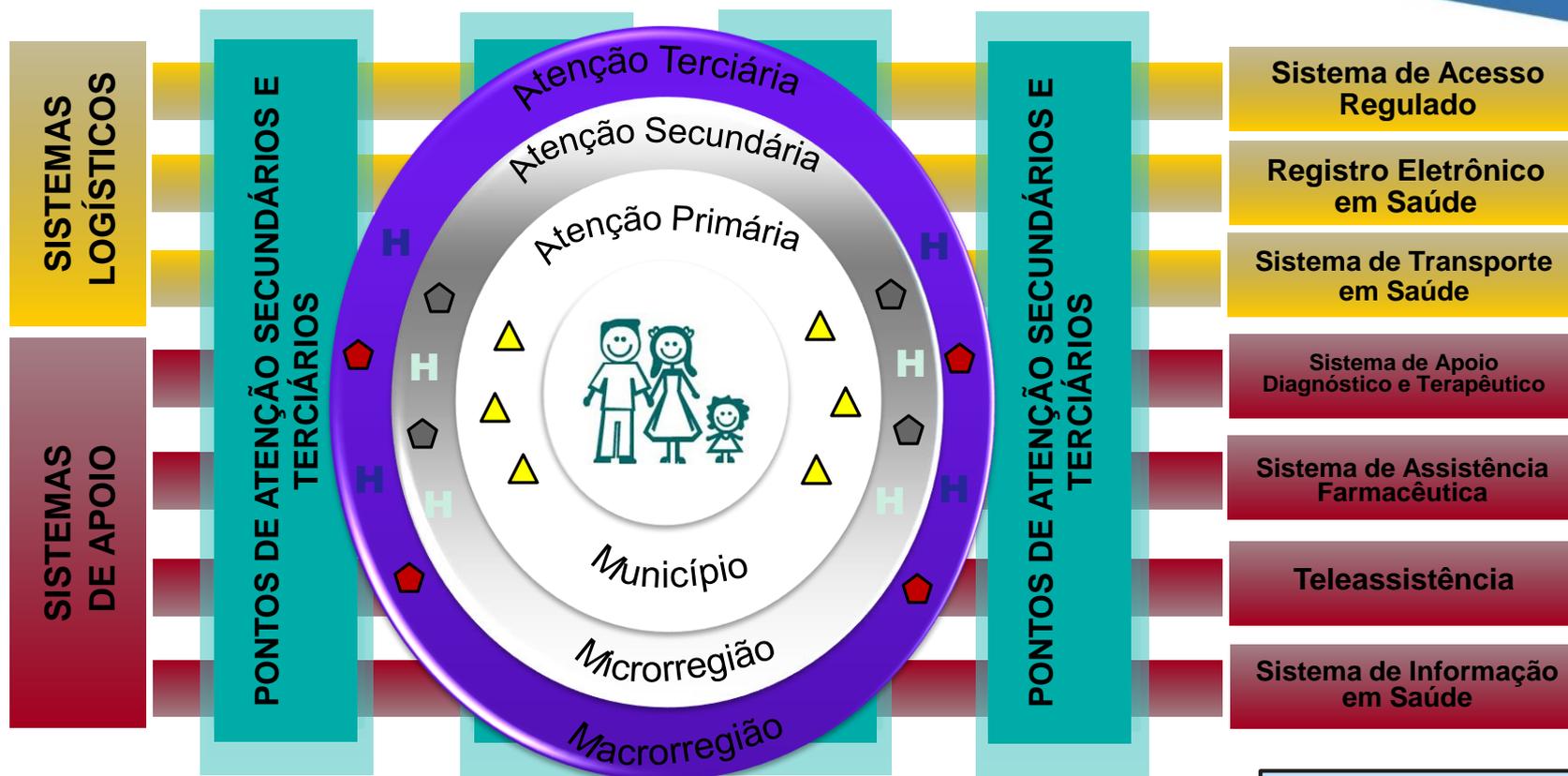
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RT 1

RT 2

RT 3

RT 4



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

POPULAÇÃO

APS E PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Unid. de Atenção Primária à Saúde - UAPs
- Ambulatório Especializado Microrregional
- Ambulatório Especializado Macroregional
- Hospital Microrregional
- Hospital Macroregional

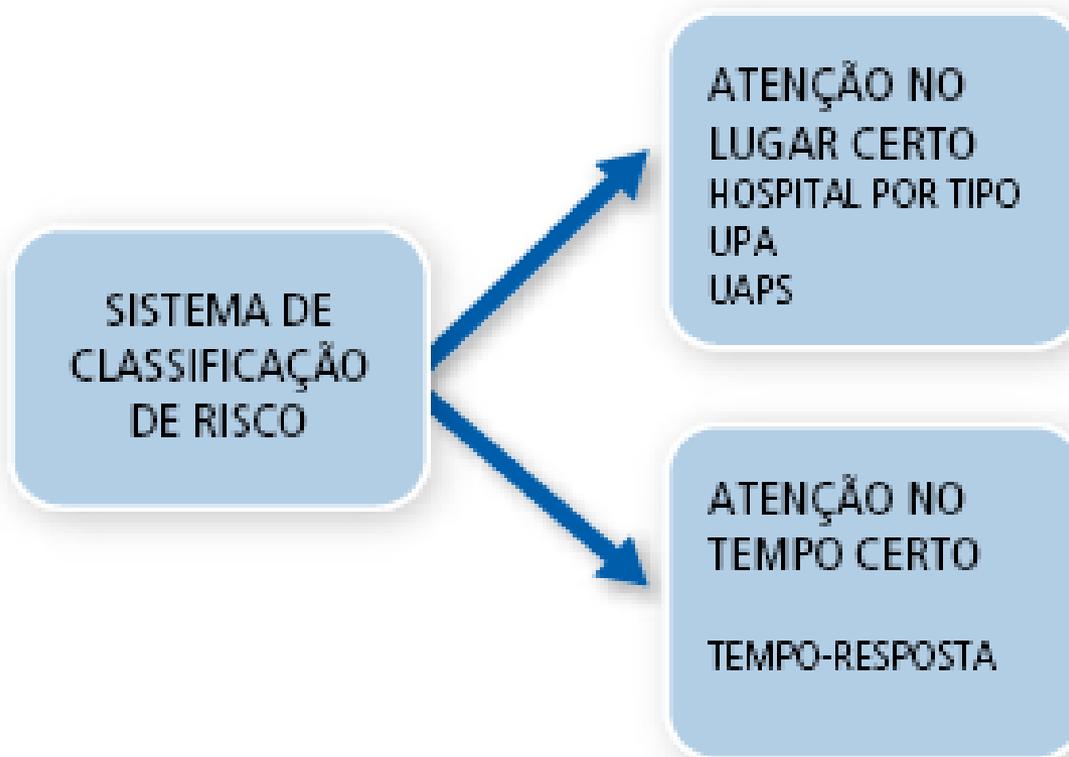


OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS
- O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



A LÓGICA DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS



UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

O Sistema Manchester de
Classificação de Risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240



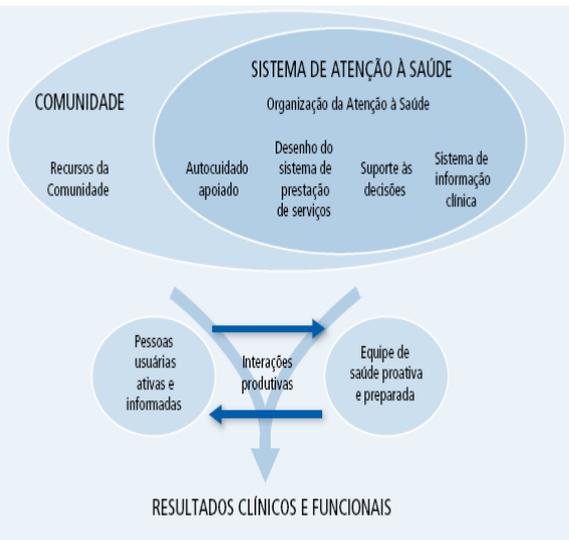
PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



Nível 3

1-5% de pessoas com condições altamente complexas

Nível 2

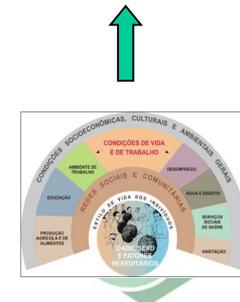
20-30% de pessoas com condições complexas

Nível 1

70-80% de pessoas com condições simples



UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS



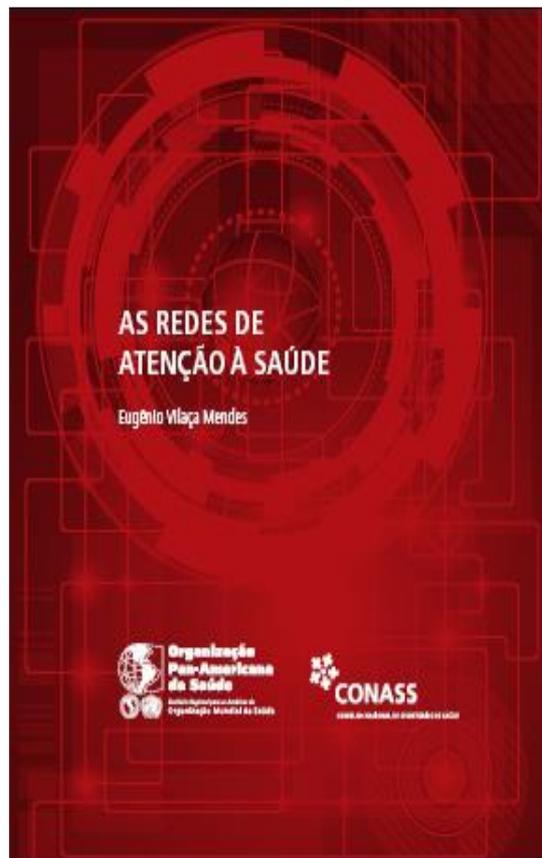
Paranaense
Paraná nasce com saúde

REFLEXÃO FINAL:



“OS SISTEMAS DE SAÚDE PREDOMINANTES EM TODO MUNDO ESTÃO FALHANDO POIS NÃO ESTÃO CONSEGUINDO ACOMPANHAR A TENDÊNCIA DE DECLÍNIO DOS PROBLEMAS AGUDOS E DE ASCENSÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS. QUANDO OS PROBLEMAS SÃO CRÔNICOS, O MODELO DE TRATAMENTO AGUDO NÃO FUNCIONA”





DISPONÍVEIS PARA DOWNLOAD GRATUIDO EM:
<https://apsredes.org>



EXPOSIÇÃO 3

A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

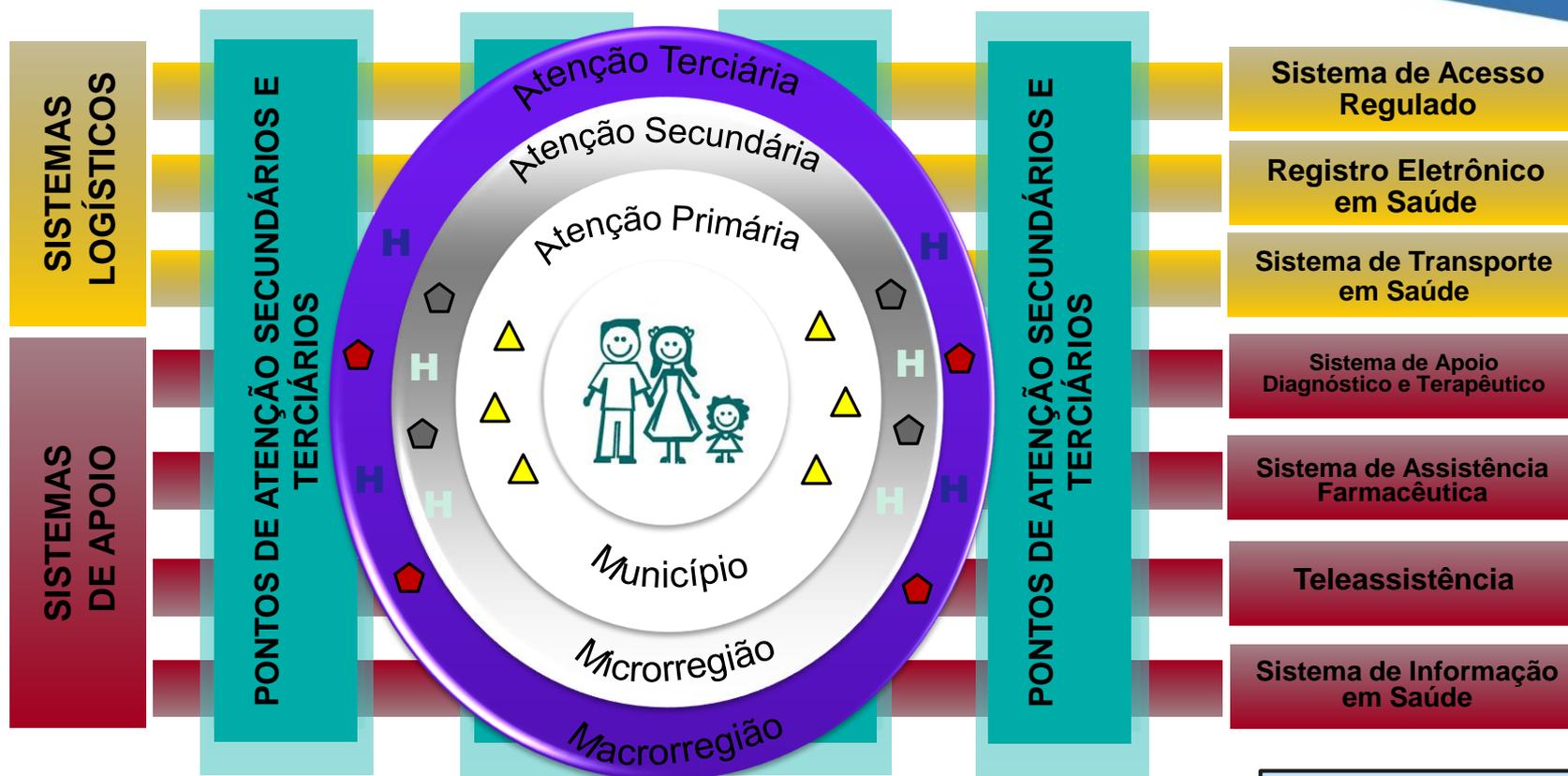
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RT 1

RT 2

RT 3

RT 4



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

POPULAÇÃO

APS E PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

-  Unid. de Atenção Primária à Saúde - UAPs
-  Ambulatório Especializado Microrregional
-  Ambulatório Especializado Macrorregional
-  Hospital Microrregional
-  Hospital Macrorregional



A POPULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **O QUE NÃO É:**

A POPULAÇÃO IBGE

O SOMATÓRIO DE INDIVÍDUOS QUE DEMANDAM O SUS

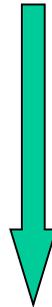
- **O QUE É:**

A POPULAÇÃO EFETIVAMENTE CADASTRADA E VINCULADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIVENDO EM TERRITÓRIOS DE ABRANGÊNCIA DA UBS OU DA EQUIPE DE ESF



A MUDANÇA NA GESTÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

DA GESTÃO COM BASE NA OFERTA



PARA A GESTÃO COM BASE NA POPULAÇÃO



A GESTÃO COM BASE NA OFERTA

A GESTÃO COM BASE NA OFERTA É UM SISTEMA DE GESTÃO QUE OPERA COM UMA POPULAÇÃO GENÉRICA, NÃO DIVIDIDA EM SUBPOPULAÇÕES PORTADORAS DE RISCOS DIFERENCIADOS E ESTRUTURADA POR PARÂMETROS DE OFERTA, CONSTRUÍDOS, EM GERAL, POR SÉRIES HISTÓRICAS QUE REFLETEM MAIS OS MECANISMOS POLÍTICOS DE CONFORMAÇÃO DOS PADRÕES DE CAPACIDADE INSTALADA AO LONGO DO TEMPO DO QUE AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO



TIPOS DE PARÂMETROS DE OFERTA

- **NÚMERO DE LEITOS POR MIL HABITANTES**
- **PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES**
- **NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS HABITANTE/ANO**
- **NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM HABITANTE/ANO**
- **NÚMERO DE EXAMES HABITANTE/ANO**
- **NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES HABITANTE/ANO**



UM CASO TÍPICO DE PARÂMETRO DE OFERTA

A PORTARIA 1.101/2002:

CONSULTAS NA APS:	63%
CONSULTAS ESPECIALIZADAS:	22%
CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:	15%



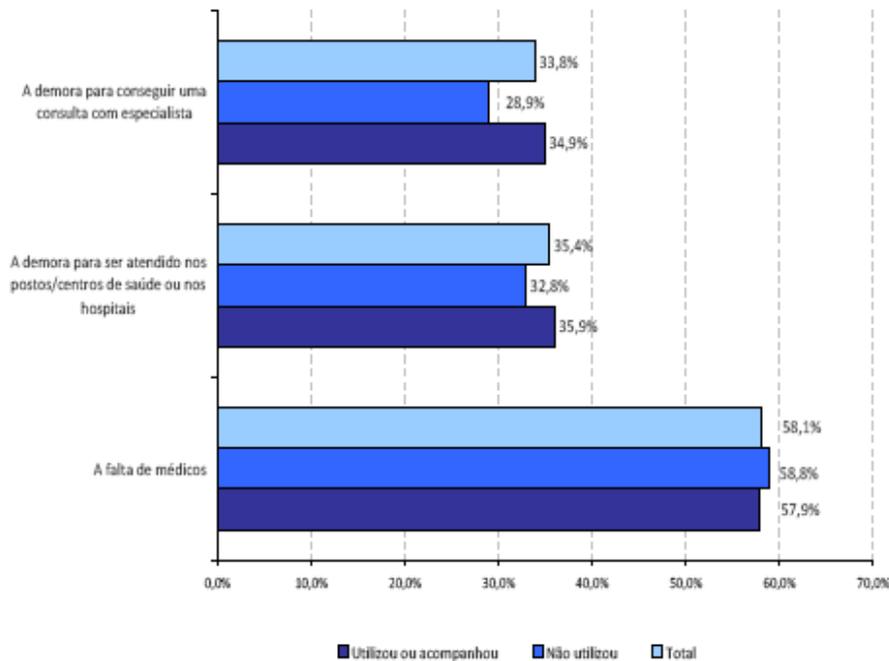
QUAL É A FORMA HEGEMÔNICA DE GESTÃO DO SUS?

- O INSTRUMENTO ÂNCORA DE GESTÃO DO SUS É A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI)
- EM GERAL OPERA COM PARÂMETROS DE OFERTA QUE NÃO EXPRESSAM NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

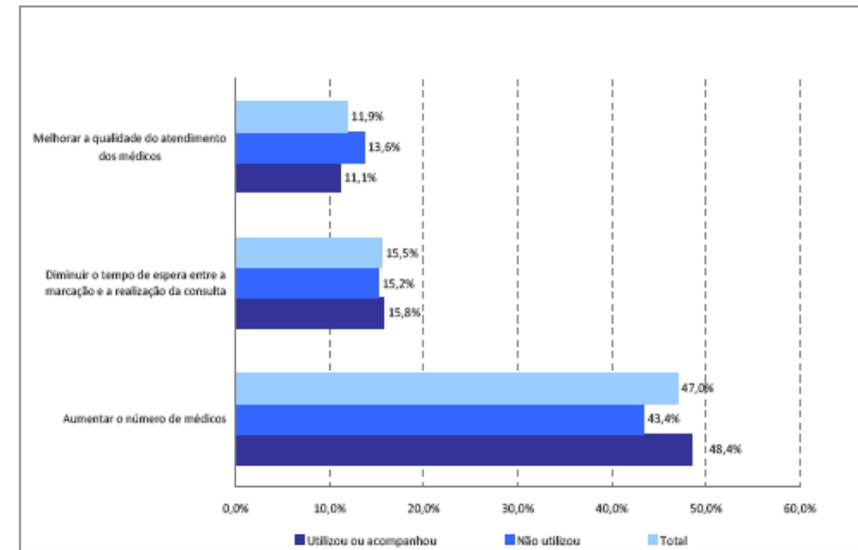


OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DO SUS NA PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO

OS PROBLEMAS



AS SOLUÇÕES



Fonte: Ipea. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2010.



OS PROBLEMAS DO SUS E AS SOLUÇÕES NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DA OFERTA (MÍDIA E GESTORES)

- OS PROBLEMAS
 - TEMPOS DE ESPERA LONGOS E FILAS PARA ATENDIMENTO EM CENTROS DE SAÚDE, HOSPITAIS E ESPECIALISTAS
 - CARÊNCIA DE MÉDICOS
- AS SOLUÇÕES
 - DIMINUIR O TEMPO DE ESPERA E ACABAR COM AS FILAS
 - CONTRATAR MAIS MÉDICOS
 - CONSTRUIR MAIS UNIDADES DE SAÚDE



O CONCEITO DE GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL CONSISTE NUM SISTEMA DE GESTÃO CAPAZ DE CONHECER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ESPECÍFICA, VINCULADA A UMA EQUIPE DA APS, SEGUNDO SEU CONTEXTO ECONÔMICO, SOCIAL, CULTURAL, GEOGRÁFICO E FAMILIAR E SEUS RISCOS PROXIMAIS E INDIVIDUAIS A FIM DE IMPLEMENTAR, MONITORAR E AVALIAR AS INTERVENÇÕES SANITÁRIAS RELATIVAS A ESTA POPULAÇÃO E DE PROVER O CUIDADO PARA AS PESSOAS E FAMÍLIAS NO CONTEXTO DE SEUS VALORES E DE SUAS PREFERÊNCIAS



O CONHECIMENTO E A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO NA APS

- O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO
- O CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS
- A CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS FAMILIARES
- A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: OS TERRITÓRIOS ÁREA DE ABRANGÊNCIA E MICRO-ÁREA
- A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM FATORES DE RISCO
- A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS POR ESTRATOS DE RISCOS



QUAL É A POPULAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE?

- **GESTANTES CADASTRADAS NA APS POR ESTRATOS DE RISCO:**

GESTANTES DE ALTO RISCO:	15%
GESTANTES DE RISCO INTERMEDIÁRIO:	15%
GESTANTES DE RISCO HABITUAL:	70%
- **CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE POR ESTRATOS DE RISCO**



PARÂMETROS COM BASE NA POPULAÇÃO

- **PARÂMETROS DEFINIDOS COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS**
- **ALGUNS EXEMPLOS NO DIABETES:**
 - 90% DOS PORTADORES DE DIABETES CADASTRADOS NA APS COM DOIS EXAMES DE HEMOGLOBINA GLICADA REALIZADOS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES**
 - 70% DOS PORTADORES DE DIABETES CADASTRADOS NA APS COM HEMOGLOBINA GLICADA IGUAL OU INFERIOR A 7% NOS ÚLTIMOS DOZE MESES**
 - 50% DOS PORTADORES DE DIABETES CADASTRADOS NA APS COM PRESSÃO ARTERIAL INFERIOR A 130/80 NOS ÚLTIMOS DOZE MESES**
 - 70% DOS PORTADORES DE DIABETES CADASTRADOS NA APS COM PLANO DE AUTOCUIDADO REALIZADO E MONITORADO REGULARMENTE**



ELEMENTOS ESSENCIAIS DA GESTÃO COM BASE NA POPULAÇÃO

- ELABORAR DIRETRIZES CLÍNICAS DEFININDO AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
- ELABORAR A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO E MONITORAMENTO COM PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS CONSTRUÍDOS COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
- CADASTRAR A POPULAÇÃO ADSCRITA A UMA EQUIPE DA APS
- ESTRATIFICAR OS RISCOS DA POPULAÇÃO CADASTRADA
- TER O REGISTRO DAS DIFERENTES SUBPOPULAÇÕES NO PRONTUÁRIO CLÍNICO
- DESENHAR E IMPLEMENTAR UM SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, COM INDICADORES QUE EXPRESSEM AS DIFERENTES PERSPECTIVAS DO MAPA ESTRATÉGICO E QUE CONSTITUEM O PAINEL DE BORDO, MEDIDOS REGULARMENTE A PARTIR DE UMA LINHA DE BASE



DUAS REFLEXÕES:

“A REVOLUÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE SÓ SERÁ POSSÍVEL QUANDO O CERNE DA DISCUSSÃO SE DESLOCAR DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA O VALOR GERADO PARA AS PESSOAS USUÁRIAS DESSES SISTEMAS”

Porter & Teisberg

“QUANDO SE INICIA ALGO QUE VAI AO ENCONTRO DE UMA NECESSIDADE, A PERSPECTIVA DE SUCESSO É MAIOR. E ISSO NÃO TEM FRONTEIRA”

Dra. Zilda Arns



EXPOSIÇÃO 4

A APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

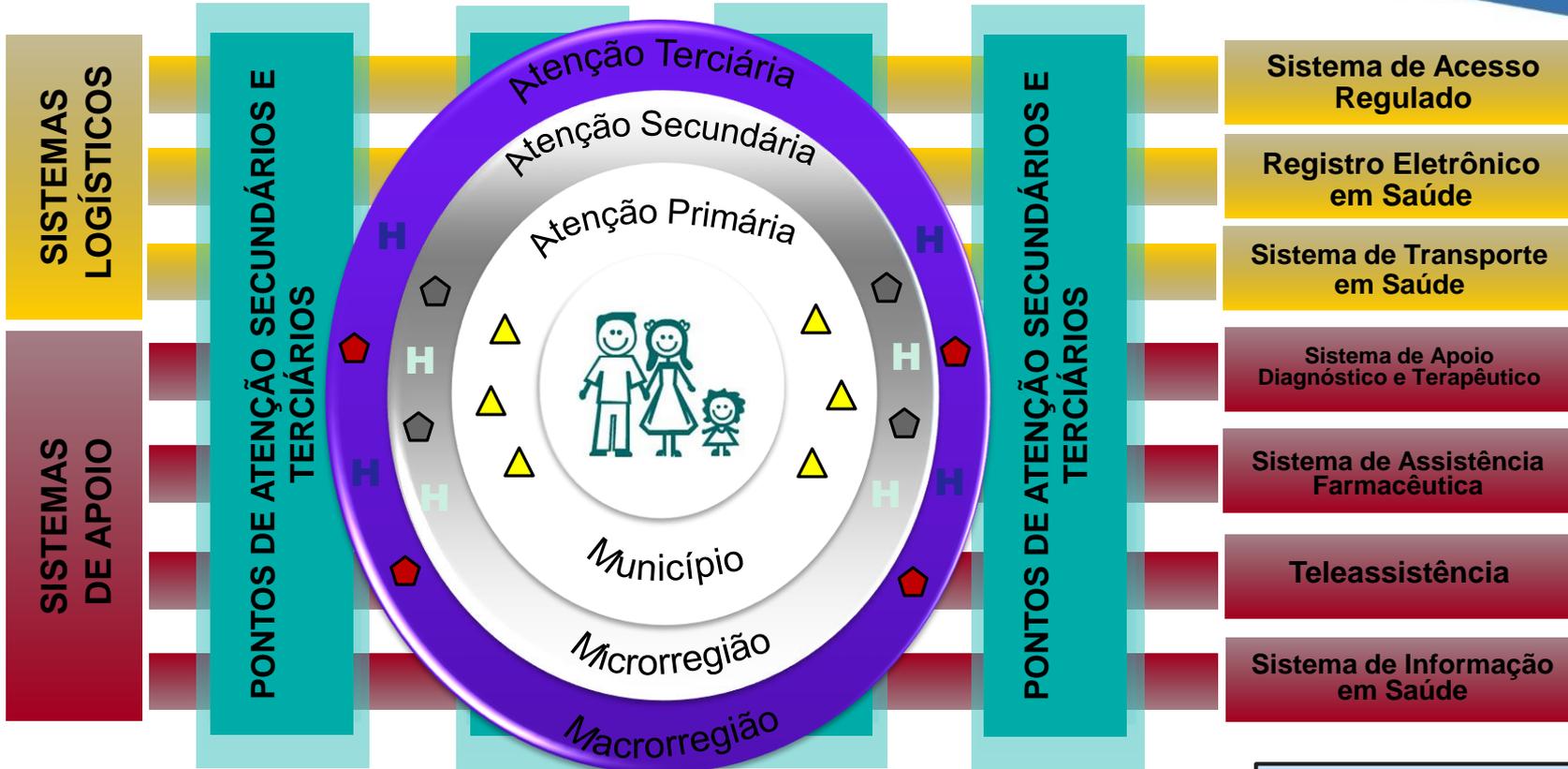
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RT 1

RT 2

RT 3

RT 4



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

POPULAÇÃO

APS E PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Unid. de Atenção Primária à Saúde - UAPs
- Ambulatório Especializado Microrregional
- Ambulatório Especializado Macrorregional
- Hospital Microrregional
- Hospital Macrorregional



APS: POR QUE SIM?

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO PARA A APS EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FRACA ORIENTAÇÃO APRESENTAM:

- **DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE**
- **REDUÇÃO DO FLUXO DE PESSOAS USUÁRIAS PARA OS SERVIÇOS SECUNDÁRIOS E PARA OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- **REDUÇÃO DOS CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MAIOR ACESSO A SERVIÇOS PREVENTIVOS**
- **REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL E DAS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MELHORIA DA EQUIDADE**

FONTES: STARFIELD (1994); SHI (1994); INSTITUTE OF MEDICINE (1994); BINDMAN et al (1995); STARFIELD (1996); REYES et al (1997); SALTMAN & FIGUERAS (1997); BOJALIL et al (1998); RAJMIL et al (1998); ROBINSON & STEINER (1998); BILLINGS et al (2000); COLIN-THOME (2001); ENGSTRON et al (2001); GRUMBACK (2002); STARFIELD (2002); ANSARY et al (2003); MACINKO, STARFIELD & SHI (2003); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003); ATUN (2004); CAMINAL et al (2004); DOCTEUR & OXLEY (2004); GREB et al (2004); GWATKIN et al (2004); HEALTH COUNCIL OF NETHERLANDS (2004); HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004); JONES et al (2004); PALMER et al (2004); ROSERO (2004); SILVA & VALENTINE (2004); PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005); STARFIELD, SHI & MACINKO (2005); MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008); MENDES (2008)



PARANÁ



A APS: POR QUE NÃO? A DIMENSÃO POLÍTICA DA APS

- UTILIZA TECNOLOGIAS DE MENOR DENSIDADE TECNOLÓGICA, MAIS INTENSIVAS EM COGNIÇÃO
- TENDE A SER DESVALORIZADA NUM SISTEMA DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS QUE PRIVILEGIA OS DE MAIOR DENSIDADE TECNOLÓGICA E QUE OFERTA MAIS SERVIÇOS E NÃO OS SERVIÇOS MAIS NECESSÁRIOS À POPULAÇÃO
- NÃO É DE INTERESSE DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E DE EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS
- NÃO É DE INTERESSE DOS PRESTADORES MAIS ORGANIZADOS E MELHOR POSICIONADOS NA ARENA POLÍTICA DA SAÚDE
- NÃO É DEVIDAMENTE VALORIZADA PELAS PESSOAS USUÁRIAS, ESPECIALMENTE AQUELAS MAIS BEM SITUADAS NA HIERARQUIA SOCIAL
- NÃO É PRATICADA PELO SETOR PRIVADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
- NÃO É CONHECIDA E VALORIZADA PELA MÍDIA
- ROMPE COM ALGUNS ELEMENTOS ESSENCIAIS DO PARADIGMA FLEXNERIANO (BIOLOGISMO, ESPECIALISMO, INDIVIDUALISMO, ÊNFASE NO CURATIVO)
- APRESENTA MENOR VISIBILIDADE, TANTO MATERIAL QUANTO SIMBÓLICA, AOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS, INCLUINDO A POPULAÇÃO



AS INTERPRETAÇÕES DA APS NA PRÁTICA SOCIAL

- A APS COMO ATENÇÃO PRIMÁRIA SELETIVA
- A APS COMO NÍVEL PRIMÁRIO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE
- A APS COMO UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

FONTES:

Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. Social Sciences and Medicine.22:1001-1013, 1986

Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas.

Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2007



OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ATRIBUTOS

- Primeiro Contato
- Longitudinalidade
- Integralidade
- Coordenação
- Focalização na família
- Orientação comunitária
- Competência cultural

Fontes:

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002
Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

FUNÇÕES

- Resolubilidade
- Comunicação
- Responsabilização



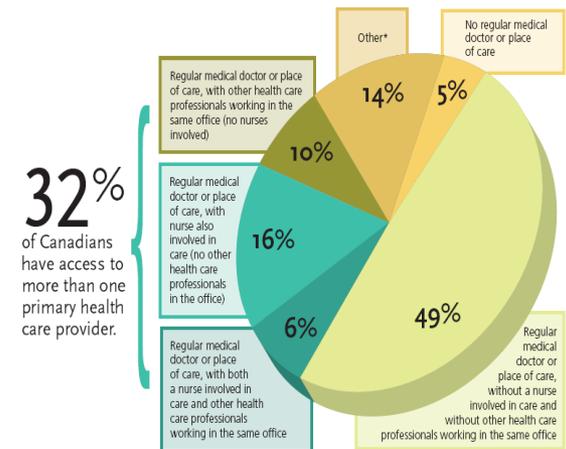
OS MODELOS DA APS NO SUS

- O MODELO DE SEMACHKO
- O MODELO TRADICIONAL
- O MODELO DA MEDICINA FAMILIAR
- O MODELO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
- OS MODELOS MISTOS



AS CARACTERÍSTICAS DO SINGULARES MODELO BRASILEIRO DA ESF

- VAI ALÉM DA MEDICINA FAMILIAR
- INTEGRA INTERVENÇÕES SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE INTERMEDIÁRIOS, PROXIMAIS E INDIVIDUAIS
- TEM SEU FOCO NUMA POPULAÇÃO ORGANIZADA SOCIALMENTE EM FAMÍLIAS
- INCORPORA O TRABALHO EM EQUIPE
- INCLUI A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
- INSTITUI O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE QUE ESTÁ EM SUA ORIGEM
- OPERA NUMA DIMENSÃO POPULACIONAL/TERRITORIAL



*Refusals and responses that did not fit into other categories
 "Other health care professionals" means providers other than doctors or nurses, such as dietitians
 Source: 2008 Canadian Survey of Experiences with Primary Health Care

19



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



AS EVIDÊNCIAS SOBRE A ESF NO SUS

**O PSF TEM SIDO UMA POLÍTICA PÚBLICA BEM SUCEDIDA:
REDUZIU A MORTALIDADE INFANTIL E EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
TEVE IMPACTO NA MORBIDADE
PROMOVEU A MELHORIA DO ACESSO E DA UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
MELHOROU A EQUIDADE NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
CUMPRIU MELHOR OS ATRIBUTOS DA APS QUE O MODELO TRADICIONAL
DETERMINOU IMPACTOS NOS SETORES DE EDUCAÇÃO, DEMOGRAFIA E TRABALHO
RENASCIMENTO DO INTERESSE INTERNACIONAL PELA APS**



OS PAPÉIS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **O ESTABELECIMENTO E A MANUTENÇÃO DA BASE POPULACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:**
CADASTRAR E VINCULAR, ÀS EQUIPES DA APS, AS PESSOAS E FAMÍLIAS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA
PROMOVER A MUDANÇA DA GESTÃO DA OFERTA PARA A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
- **A RESOLUTIVIDADE:**
ATENDER A GRANDE MAIORIA DAS DEMANDAS QUE SE APRESENTAM NA APS
- **A COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:**
ELABORAR E EXECUTAR O PLANEJAMENTO E O MONITORAMENTO DE BASE POPULACIONAL PARA TODA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
OPERAR INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO EFETIVOS PARA GARANTIR A ORGANIZAÇÃO RACIONAL DOS FLUXOS DE PESSOAS, PRODUTOS E INFORMAÇÕES AO LONGO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
OPERAR DIRETAMENTE A REGULAÇÃO DOS EVENTOS ELETIVOS PRESENTES NA APS



A RESOLUTIVIDADE DA APS

- O ATENDIMENTO A 85% DOS PROBLEMAS SEM REFERÊNCIA A OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO
- O ATENDIMENTO AOS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES
- PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NÃO SIGNIFICAM PROBLEMAS SIMPLES OU DE BAIXA COMPLEXIDADE

Fontes:

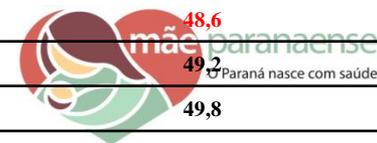
Mendonça C. Atenção primária à saúde. Brasília, MS/SAS/DAB, 2010

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



PROBLEMA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM CUMULATIVA
HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÃO	9,8	9,8
SEM DOENÇA	5,5	15,4
INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	3,8	18,1
GRAVIDEZ	3,5	22,8
DIABETES NÃO INSULINODEPENDENTE	3,0	25,6
DEPRESSÃO	2,7	28,3
CONTRACEPÇÕES/OUTROS	1,7	30,0
PREVENÇÃO A MANUTENÇÃO DA SAÚDE	1,5	31,5
SINAIS E SINTOMAS NA REGIÃO LOMBAR	1,4	32,9
TRANSTORNO/ESTADO DE ANSIEDADE	1,3	34,2
HIPOTIROIDISMO	1,3	35,4
GASTRENERITE	1,2	36,7
ALTERAÇÃO NO METABOLISMO DOS LIPÍDEOS	1,2	37,9
DERMATOFITOSE	1,1	39,0
AMIGDALITE AGUDA	1,1	40,1
CISTITE/INFECÇÃO URINÁRIA	1,1	41,2
ASMA	0,9	42,1
DOR ABDOMINAL/CÓLICAS	0,9	43,0
DISPEPSIA/INDIGESTÃO	0,9	43,9
ABUSO DE TABACO	0,9	44,7
OBESIDADE	0,9	45,6
DORES MUSCULARES	0,8	46,4
CEFALEIA	0,8	47,2
VAGINITE/VULVITE NE	0,7	47,9
EXAME MÉDICO/AVALIAÇÃO DE SAÚDE	0,7	48,6
OTITE MÉDIA AGUDA/MENINGITE	0,6	49,2
BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE	0,6	49,8
RINITE ALÉRGICA	0,6	50,4

**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE**

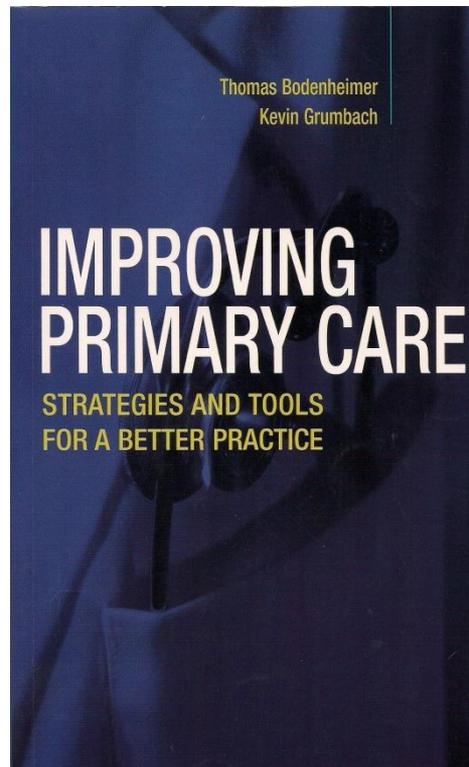


AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES NA DEMANDA DA APS

- DOS 28 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES QUE RESPONDEM POR 50,4% DA DEMANDA, 18 SÃO POR CONDIÇÕES CRÔNICAS QUE RESPONDEM POR 38,9% DA DEMANDA
- DOS 6 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES QUE RESPONDEM POR 28,3% DA DEMANDA, 5 SÃO POR CONDIÇÕES CRÔNICAS QUE RESPONDEM POR 24,5% DA DEMANDA
- DOS 28 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES QUE RESPONDEM POR 50,4% DA DEMANDA, 9 SÃO CONDIÇÕES AGUDAS QUE RESPONDEM POR 9,9% DA DEMANDA
- AS ENFERMIDADES (NÃO DOENÇAS) RESPONDEM POR 5,5% DA DEMANDA, SENDO A SEGUNDA CAUSA PRINCIPAL DE PROCURA DA APS



A CRISE DA APS CENTRADA NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

Fonte: Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007



A NATUREZA DA CRISE

- **A CENTRALIDADE DA CONSULTA MÉDICA NA APS E SUA LIMITAÇÃO DE TEMPO**
ESTADOS UNIDOS: 15 MINUTOS
REINO UNIDO: 8 MINUTOS
- **A RESPOSTA SINGULAR QUE AS CONDIÇÕES CRÔNICAS EXIGEM DA APS**
- **A INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA CRESCENTE NA APS**
- **A INCONSISTÊNCIA ESTRUTURAL ENTRE O TEMPO CURTO DAS CONSULTAS MÉDICAS E O CRESCIMENTO DAS TAREFAS RELATIVAS AO CUIDADO**
- **A DURAÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS É UM PREDITOR FORTE DA PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS NAS DECISÕES CLÍNICAS REFERENTES À SUA SAÚDE**
- **A LIMITAÇÃO DA OFERTA NA APS FRENTE A DEMANDAS DIFERENCIADAS**



Fontes: Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books, 2007

Kaplan SH et al. Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. *Med. Care* 33: 1176-1187, 1995

Deveugele M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ. Couns.*

54: 227-233, 2004



A MANIFESTAÇÃO DA CRISE

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHESS DISSERAM**
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS**
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS**
- **O MÉDICO INTERROMPE O PACIENTE 23 SEGUNDOS DEPOIS O INÍCIO DE SUA FALA**
- **60 A 65% DOS PORTADORES DE DIABETES, HIPERTENSÃO E COLESTEROL ELEVADO NÃO ESTÃO CONTROLADOS O QUE É FUNDAMENTAL PARA A ATENÇÃO DE QUALIDADE ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Fontes: Rother DL & Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health. 10: 163-180, 1989

Marvel MK. Et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287, 1999

Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch. Intern. Med. 163: 83-90, 2003

Schillinger D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Health Care Research and Quality. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Health Care Research and Quality, 2005.

Roumie CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann. Intern. Med. 145: 165-175, 2006

Bodenheimer T & Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007



AS RAZÕES DA CRISE

- **ESTIMOU-SE QUE UM MÉDICO DE APS COM UM PAINEL DE 2.500 PESSOAS, GASTARIA POR DIA PARA APLICAR AS DIRETRIZES CLÍNICAS:
7,4 HORAS PARA OS CUIDADOS PREVENTIVOS
10,6 HORAS PARA OS CUIDADOS DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **A “TIRANIA DO URGENTE” EM QUE A ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA AOS EVENTOS AGUDOS SOBREPÕE-SE À ATENÇÃO PROGRAMADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **CADA PLANO DE CUIDADO DEMANDARIA 6,9 MINUTOS**
- **OS MÉDICOS DESPENDERAM APENAS 1,3 MINUTOS EM ORIENTAÇÕES A PESSOAS COM DIABETES QUANDO SERIAM NECESSÁRIOS 9 MINUTOS PARA ESSA ATIVIDADE**
- **42% DOS MÉDICOS DA APS MANIFESTARAM NÃO DISPOR DE TEMPO SUFICIENTE PARA ATENDER BEM ÀS PESSOAS**

Fontes: Yarnall KSH et al. Primary care: is there enough time for prevention? Am. J. Public Health. 93: 635-541, 2003

Ostbye T et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Ann. Fa. Med. 3: 209-214, 2005

Bodenheimer T. A 63 year old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. JAMA. 298: 2049-2055, 2007

EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 74: 511-544, 1996

Studying Health System Change. Physician Survey. 2008

Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA. 252: 2441-2446, 1984



ESTRUTURA DA DEMANDA NA APS

SECRETARIA DE ESTADO

BARREIRAS AO ACESSO

- COBERTURA POPULACIONAL
- CARTEIRA DE SERVIÇOS
- CUSTOS DE OPORTUNIDADE
- BARREIRAS FINANCEIRAS
- BARREIRAS CULTURAIS
- BARREIRAS GEOGRÁFICAS
- BARREIRAS ORGANIZACIONAIS

POPULAÇÃO
COM
NECESSIDADES

POPULAÇÃO
COM
DEMANDAS

ACOLHIMENTO/
DIAGNÓSTICO

CONDIÇÕES AGUDAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS
AGUDIZADAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS
ESTABILIZADAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS /
ENFERMIDADES

ATENÇÃO PREVENTIVA

ATENÇÃO PALIATIVA

DEMANDAS
ADMINISTRATIVAS

PESSOAS QUE
CONSULTAM
FREQUENTEMENTE

ATENÇÃO DOMICILIAR



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

A INCOERÊNCIA ENTRE AS ESTRUTURAS DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS

• ESTRUTURA DA DEMANDA

- POR CONDIÇÕES AGUDAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS/ENFERMIDADES
- POR PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS
- POR CUIDADOS PALIATIVOS
- POR DEMANDAS ADMINISTRATIVAS
- POR DEMANDAS DE PESSOAS QUE CONSULTAM FREQUENTEMENTE
- POR ATENÇÃO DOMICILIAR

• ESTRUTURA DA OFERTA

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM
- TRABALHOS EM GRUPOS
- IMUNIZAÇÕES
- EXAME PAPANICOLAU
- VISITAS DOMICILIARES
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA DE EXAMES COMPLEMENTARES



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



A AMPLIAÇÃO DA ESTRUTURA DA OFERTA EM COERÊNCIA COM O ESTRUTURA DA DEMANDA NA APS

• ESTRUTURA DA DEMANDA

- POR CONDIÇÕES AGUDAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS/ENFERMIDADES
- POR CUIDADOS PREVENTIVOS
- POR CUIDADOS PALIATIVOS
- POR DEMANDAS ADMINISTRATIVAS
- POR DEMANDAS DE PESSOAS QUE CONSULTAM FREQUENTEMENTE
- POR ATENÇÃO DOMICILIAR

• ESTRUTURA DA OFERTA

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM
- CONSULTAS INDIVIDUAIS COM OUTROS PROFISSIONAIS
- GRUPOS OPERATIVOS
- GRUPOS TERAPÊUTICOS
- IMUNIZAÇÕES
- EXAME PAPANICOLAU
- VISITAS DOMICILIARES
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA DE EXAMES COMPLEMENTARES
- ATENDIMENTOS DOMICILIARES COM APOIO TECNOLÓGICO
- ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS A GRUPOS
- ATENDIMENTOS CONJUNTOS DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS
- ATENDIMENTOS CONTÍNUOS
- ATENDIMENTOS À DISTÂNCIA
- ATENDIMENTOS POR PARES
- APOIO AO AUTOCUIDADO
- GESTÃO DE CASOS
- ACESSO A SEGUNDA OPINIÃO
- ACESSO A SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

Fontes:

Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: Strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007.

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 MUDANÇAS NA APS EM FUNÇÃO DO ADENSAMENTO DA ESTRUTURA DE OFERTA

- **MUDANÇAS NA ESTRUTURA**
A AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DA APS
A NOVA CONCEPÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA
- **MUDANÇAS NOS PROCESSOS**
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS
E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS CONDIÇÕES
CRÔNICAS:
CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
AS ENFERMIDADES E AS PESSOAS QUE CONSULTAM FREQUENTEMENTE
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA OS CUIDADOS
PREVENTIVOS
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA OS CUIDADOS
PALIATIVOS
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS DEMANDAS
ADMINISTRATIVAS



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

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 MUDANÇAS NA APS EM FUNÇÃO DO ADENSAMENTO DA ESTRUTURA DE OFERTA

- **MUDANÇAS NA ESTRUTURA**
A AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DA APS
A NOVA CONCEPÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA
- **MUDANÇAS NOS PROCESSOS**
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS
PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS E AS
CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS
CONDIÇÕES CRÔNICAS:
CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
AS ENFERMIDADES E AS PESSOAS QUE CONSULTAM FREQUENTEMENTE
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA OS
CUIDADOS PREVENTIVOS
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA A ATENÇÃO
DOMICILIAR
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA OS
CUIDADOS PALIATIVOS



UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF

- DA CURA PARA O CUIDADO
- DA QUEIXA-PROBLEMA PARA O PLANO DE CUIDADO
- DA ATENÇÃO PRESCRITIVA E CENTRADA NA DOENÇA PARA A ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA
- DA ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROGRAMADA E A ATENÇÃO À DEMANDA NÃO ESPONTÂNEA
- DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL
- A INTRODUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO PROFISSIONAL
- O ESTABELECIMENTO DE NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO ENTRE A ESF E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROFISSIONAL E A ATENÇÃO POR PARES

O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



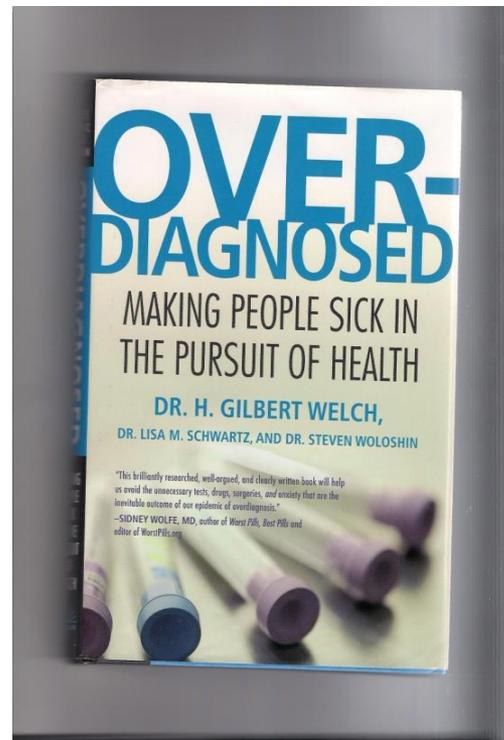
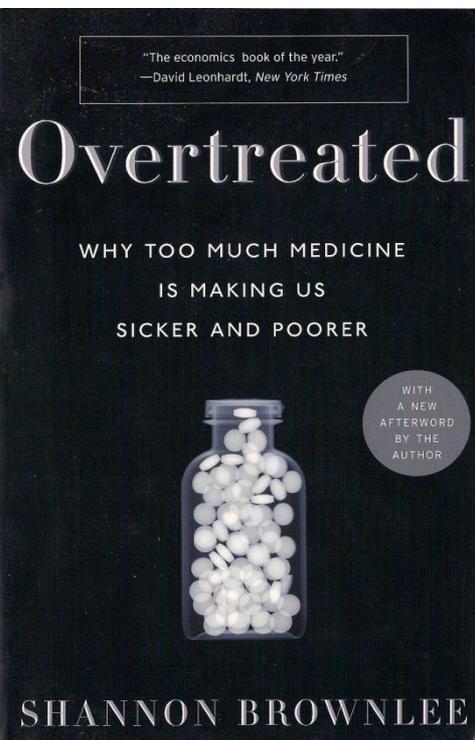
FONTE: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

A APS COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O PROBLEMA DA AUSÊNCIA DE COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE : A NECESSIDADE DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA
- OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES
- OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS



A AUSÊNCIA DA COORDENAÇÃO NO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS



“OS ESTADOS UNIDOS GASTAM COM INTERVENÇÕES MÉDICAS DESNECESSÁRIAS 30% A 50% DO GASTO TOTAL EM SAÚDE, O QUE SIGNIFICA ENTRE 500 A 700 BILHÕES DE DÓLARES ANUAIS E ESSES PROCEDIMENTOS INJUSTIFICADOS SÃO RESPONSÁVEIS POR 30 MIL MORTES A CADA ANO” (Brownlee, 2008).

“UM QUARTO DOS BENEFICIÁRIOS DO *MEDICARE* TEM CINCO OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS E, POR ANO, VISITA UMA MÉDIA DE 13 MÉDICOS E RECEBE 50 PRESCRIÇÕES” (Christensen, 2009)

OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

- **MECANISMOS DE NORMALIZAÇÃO**
NORMALIZAÇÃO DE HABILIDADES
NORMALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO
NORMALIZAÇÃO DE RESULTADOS
- **MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO MÚTUA**
SUPERVISÃO DIRETA
COMUNICAÇÃO INFORMAL
DISPOSITIVOS DE ENLAÇAMENTO
SISTEMA DE INFORMAÇÃO VERTICAL



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

Fonte: Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estruturas com cinco configurações. São Paulo, Ed. Atlas, 2ª ed., 2003



OS MECANISMOS DE NORMALIZAÇÃO NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS

- **NORMALIZAÇÃO DE HABILIDADES**
SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
- **NORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO**
LINHAS-GUIA BASEADAS EM EVIDÊNCIA
PLANEJAMENTO DE BASE POPULACIONAL FEITO NA APS PARA OS
PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS, PARA OS
SISTEMAS DE APOIO E PARA OS SISTEMAS LOGÍSTICOS
- **NORMALIZAÇÃO DOS RESULTADOS**
MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA APS

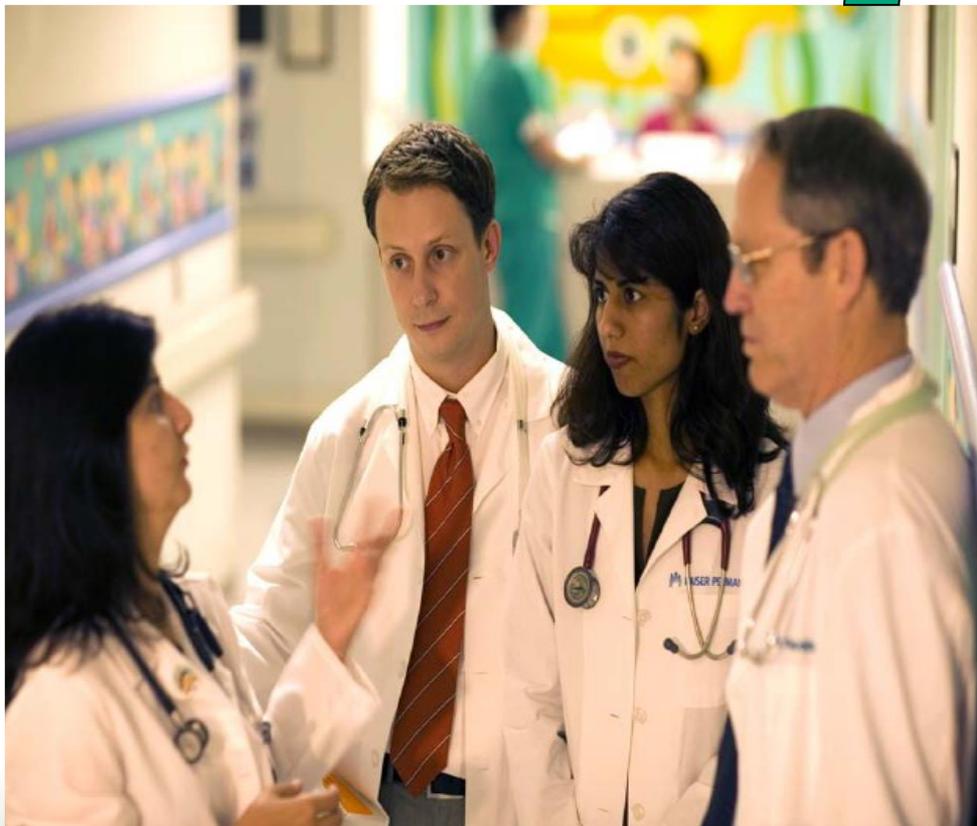


OS MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO MÚTUA NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS

- **SUPERVISÃO DIRETA**
GESTOR DE REDE TEMÁTICA
- **COMUNICAÇÃO INFORMAL**
CORREIO ELETRÔNICO
TELEFONE
INTERNET
- **DISPOSITIVOS DE ENLAÇAMENTO**
GRUPOS DE TRABALHOS MULTIDISCIPLINARES
INFOVIA DE CENTRAL DE REGULAÇÃO
GESTOR DE CASO
COMITÊS DE GESTÃO
GRUPOS DE MATRICIAMENTO
- **SISTEMA DE INFORMAÇÃO VERTICAL**
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO INTEGRADO APS/PONTOS DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS/SISTEMAS DE APOIO/ SISTEMAS
LOGÍSTICOS/SISTEMA DE GOVERNANÇA
SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA INTEGRADO



A MUDANÇA NAS EQUIPES DA APS



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



Fonte: Kellogg MA. Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care.

Quero Preto. Federação das UNIMED's de Minas Gerais. 2007

UMA REFLEXÃO FINAL:

**“A ESF NÃO É UM PROBLEMA SEM
SOLUÇÃO.**

É UMA SOLUÇÃO COM PROBLEMAS”



**O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**
O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Branche Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Disponível para download gratuito em:
<http://apsredes.org>

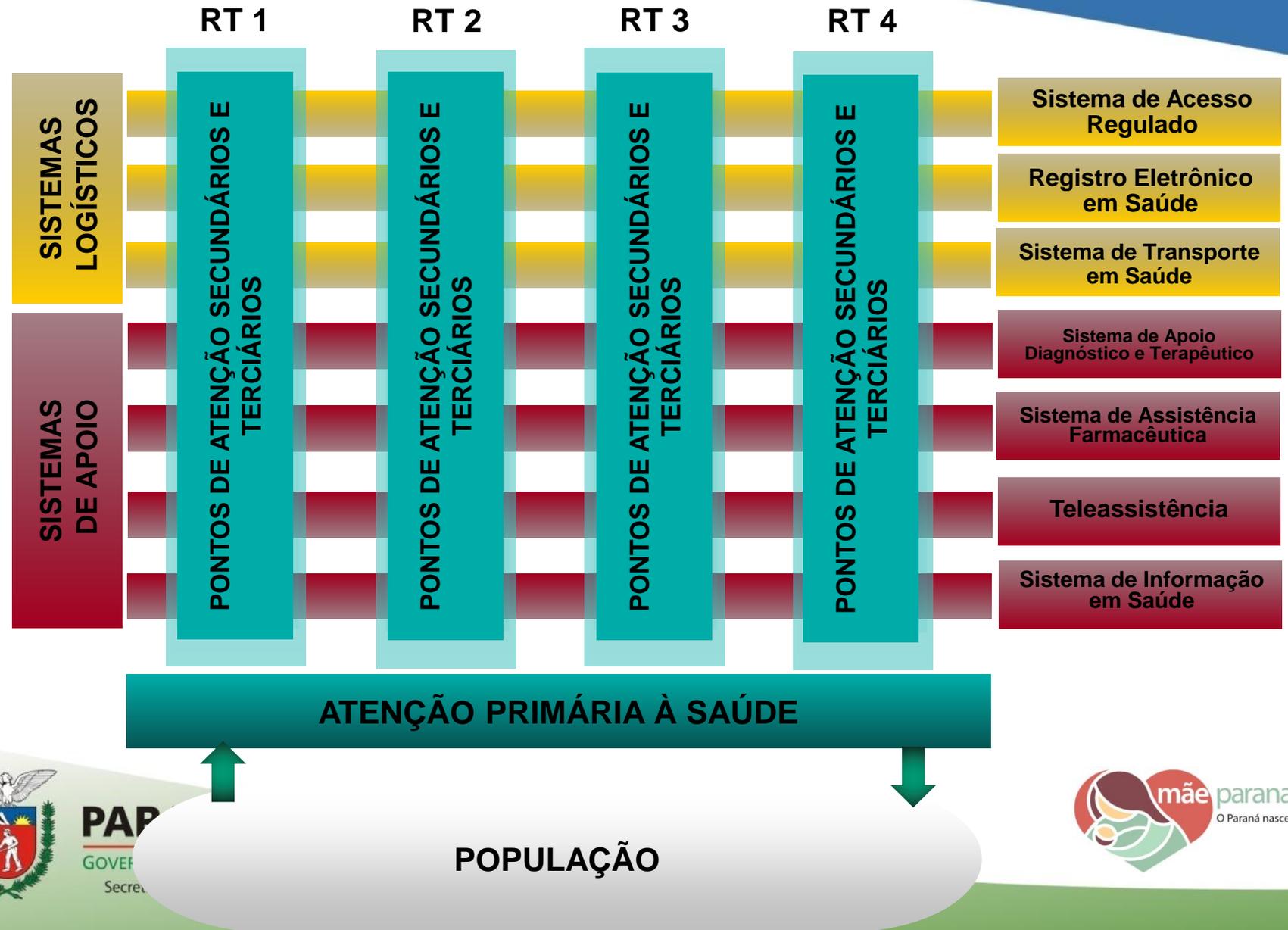


EXPOSIÇÃO 5

A ATENÇÃO SECUNDÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



A MÉDIA COMPLEXIDADE NO SUS: VAZIO ASSISTENCIAL OU COGNITIVO?

**BOA PARTE DA PERCEPÇÃO DE VAZIO ASSISTENCIAL
REFLETE UM VAZIO COGNITIVO SOBRE COMO
ORGANIZAR AS RELAÇÕES ENTRE A APS E A ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da 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

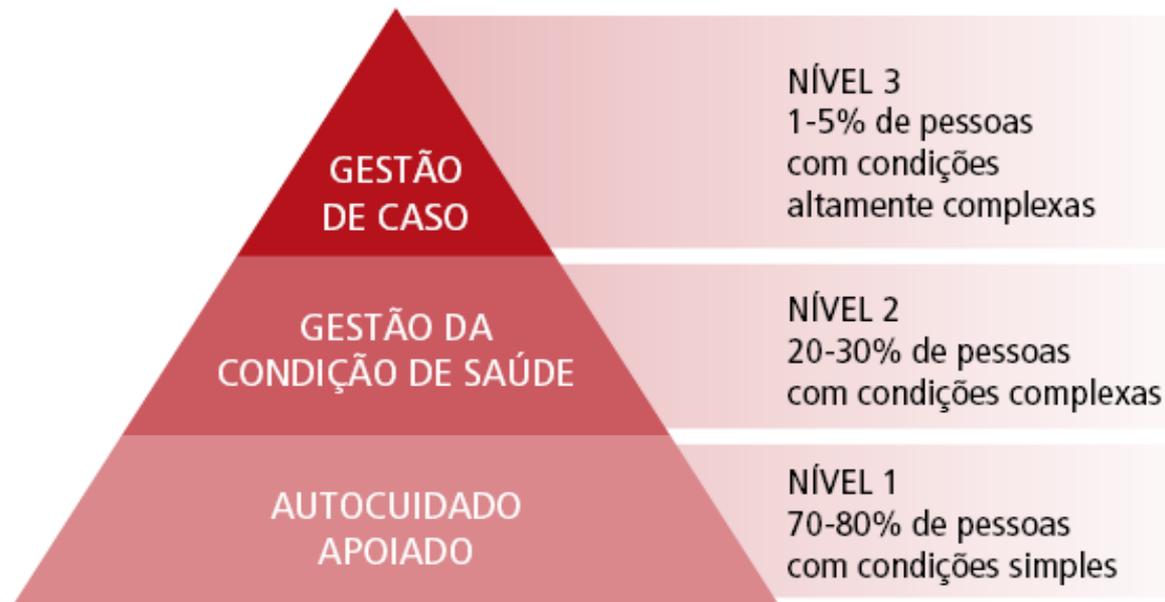


OS REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA AAE

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



QUEM SE BENEFICIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA? A PIRÂMIDE DE RISCOS



Fontes:

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
2005
Secretaria da Saúde

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,

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 telefônica	Consulta enfermeira AP	Consulta médico AP	Consulta especialista	Gestão 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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



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



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



PARANÁ

Fontes:

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

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



FORMAS DE CEMs NA PRÁTICA SOCIAL

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



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



PARANÁ

Fontes:

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

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 ATUAM 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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Fonte: Mendes, EV. Relatório de observação à AMA/Especialidade de Cidade Ademar. São Paulo, OS
Santa Catarina, 16 de outubro de 2012



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

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



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



A BASE DO MODELO PASA: A 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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

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



O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO



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



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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de 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

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 SAÚDE • 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



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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

• ESTRUTURA DA DEMANDA

- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO ESTABILIZADAS

• ESTRUTURA DA OFERTA

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA
- CONSULTAS COM OUTROS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS
- GRUPOS OPERATIVOS
- GRUPOS TERAPÊUTICOS
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA E OFERTA DE EXAMES COMPLEMENTARES
- 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



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



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

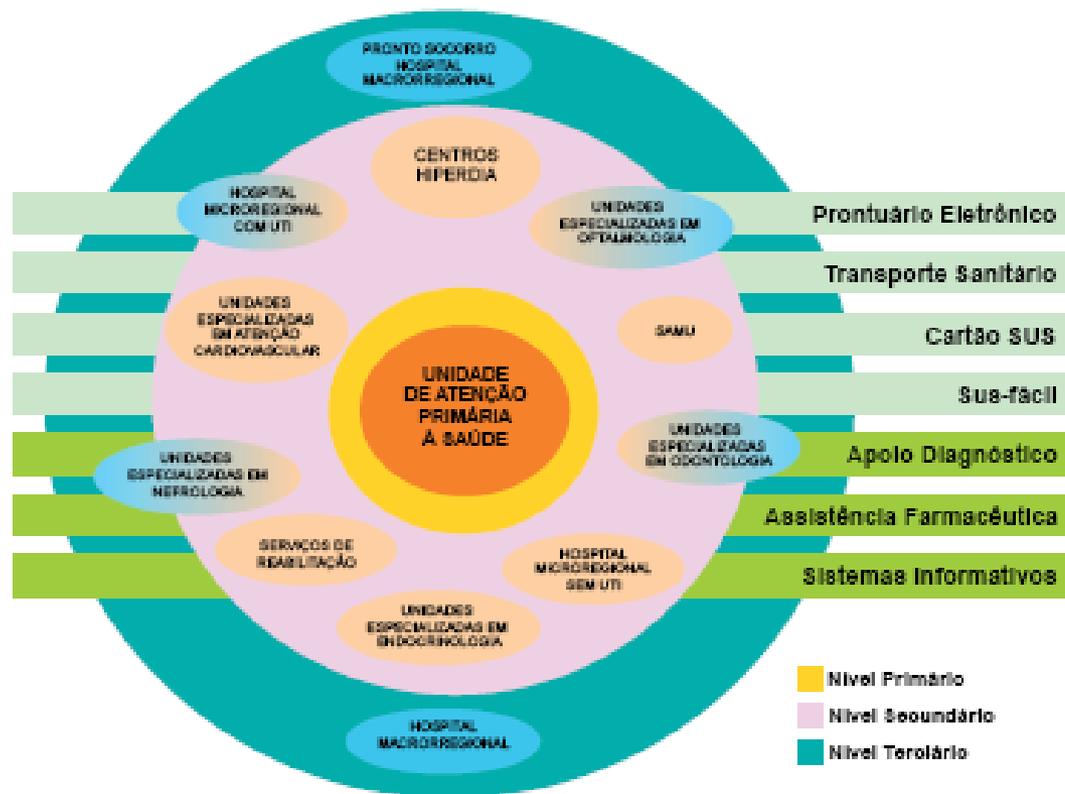


UM CASO DE AEE NO MODELO PASA: O CENTRO HIPERDIA NA MICRORREGIÃO DE SANTO ANTONIO DO MONTE

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



A REDE HIPERDIA



Sistemas de Apoio e Logístico



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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



Visita e coleta de dados

Estratificação
Hipertensos e
Diabéticos



Baixo Risco

Médio Risco

Alto Risco

Muito Alto Risco



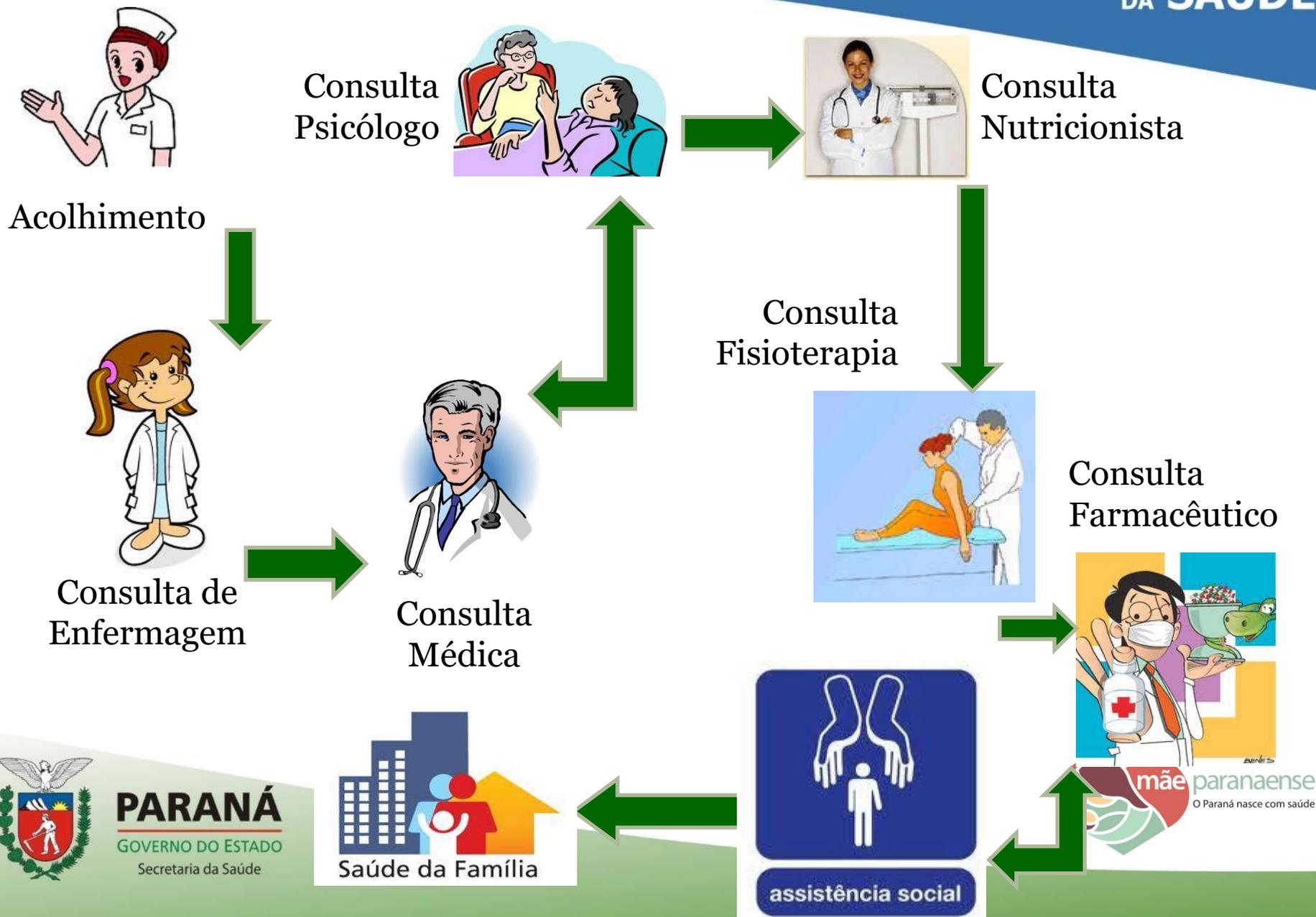
Muito Alto Risco

Alto Risco

Encaminhados ao
Centro Hiperdia



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>



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

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



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%*.



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

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



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



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

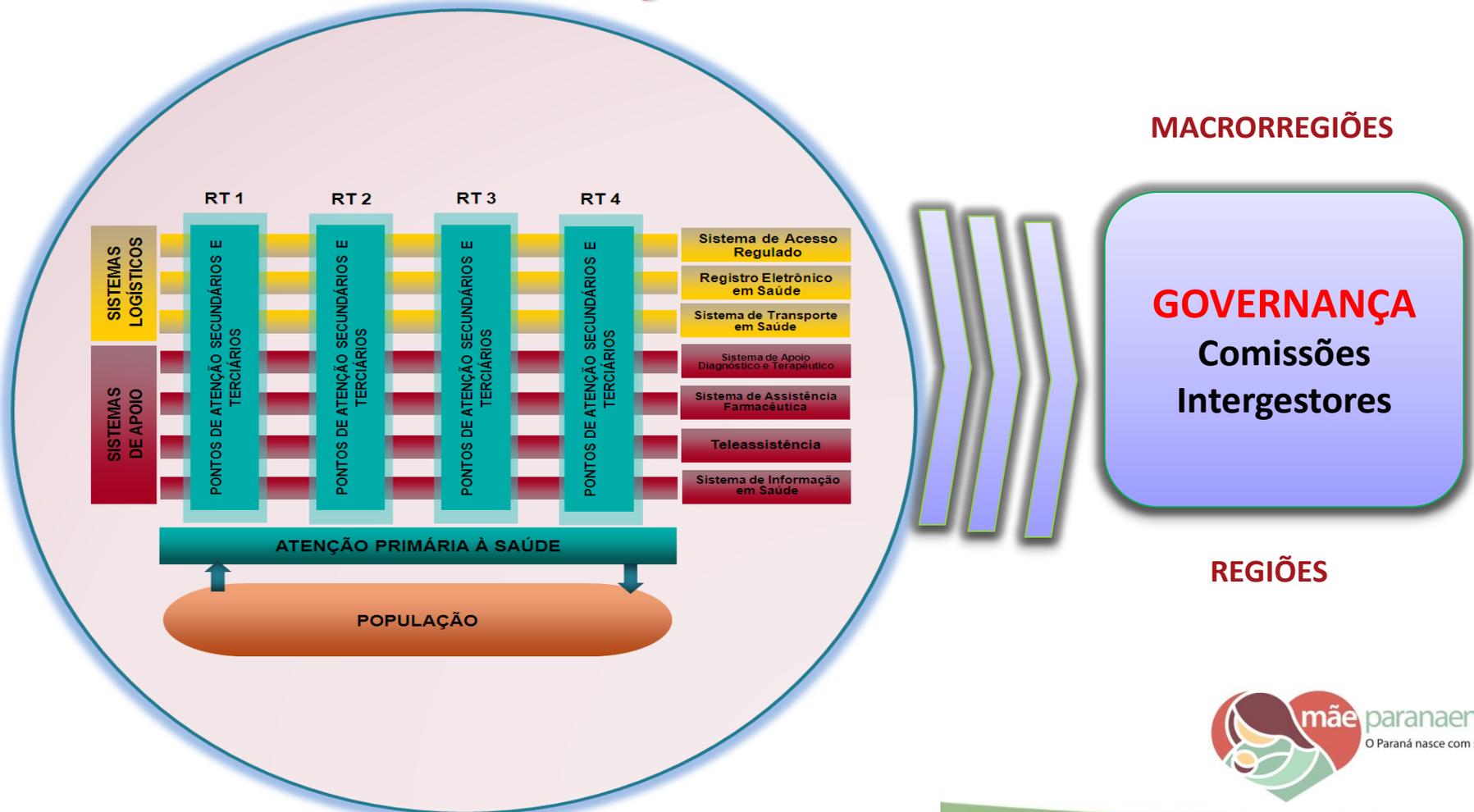


EXPOSIÇÃO 6

A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



O CONCEITO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE É O ARRANJO ORGANIZATIVO QUE PERMITE A GESTÃO DE TODOS OS COMPONENTES DESSAS REDES, DE FORMA A GERAR UM EXCEDENTE COOPERATIVO ENTRE OS ATORES SOCIAIS EM SITUAÇÃO, A AUMENTAR A INTERDEPENDÊNCIA ENTRE ELES E A OBTER RESULTADOS SANITÁRIOS E ECONÔMICOS PARA A POPULAÇÃO ADSCRITA



AS DIFERENÇAS ENTRE A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE

- A GOVERNANÇA É A GESTÃO DAS RELAÇÕES ENTRE A APS, OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS À SAÚDE, OS SISTEMAS DE APOIO E OS SISTEMAS LOGÍSTICOS
- A GERÊNCIA É A GESTÃO DE UMA ESTRUTURA ISOLADA: DA APS, DE CADA PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO À SAÚDE, DE CADA SISTEMA DE APOIO E DE CADA SISTEMA LOGÍSTICO



AS FUNÇÕES DAS REGIÕES DE SAÚDE NO SUS

- FORTALECER OS MECANISMOS DE COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA
- SUSTENTAR UM SISTEMA DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
- CRIAR UMA BASE TERRITORIAL PARA A ALOCAÇÃO RACIONAL DOS EQUIPAMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DIMENSÕES DA EFICIÊNCIA E DA QUALIDADE
- SUPERAR OS DÉFICITS DA ATENÇÃO À SAÚDE: DIMENSÃO DA EQUIDADE



AS REGIÕES DE SAÚDE

- **AS CONDIÇÕES PARA INSTITUIÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE:**
EXISTÊNCIA DE SERVIÇOS DE APS, DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- **OS ELEMENTOS DAS REGIÕES DE SAÚDE:**
LIMITES GEOGRÁFICOS, POPULAÇÃO USUÁRIA, ROL DE AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM OFERTADOS, RESPONSABILIDADES DE CADA ENTE FEDERATIVO, CRITÉRIOS DE ACESSIBILIDADE E ESCALA PARA A CONFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS



AS TRÊS DIMENSÕES FUNDAMENTAIS DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- A INSTITUCIONALIDADE
- O SISTEMA GERENCIAL
- O SISTEMA DE FINANCIAMENTO



A INSTITUCIONALIDADE DA GOVERNANÇA DO SUS: AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE

- **NO ÂMBITO NACIONAL:**
A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
- **NO ÂMBITO ESTADUAL:**
A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL
- **NO ÂMBITO REGIONAL:**
AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE REGIONAIS



A INSTITUCIONALIDADE DA GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- A CIB ESTADUAL
- AS CIB´S REGIONAIS
- O COMITÊ EXECUTIVO
- O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE



AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE REGIONAIS

AS CIB`S REGIONAIS CONSTITUEM ESPAÇOS DE DECISÃO ATRAVÉS DA IDENTIFICAÇÃO, DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E DE PACTUAÇÃO DE SOLUÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE REGIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, INTEGRADA E RESOLUTIVA.



ONDE EXERCITAR A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

- A GOVERNANÇA DAS RAS`S ENVOLVE GOVERNAR AS RELAÇÕES ENTRE A APS, OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS, OS SISTEMAS DE APOIO E OS SISTEMAS LOGÍSTICOS
- ESSE CONJUNTO DE ELEMENTOS SÓ ESTÁ PRESENTE, EM SUA COMPLETUDE, NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE



A INSTITUIÇÃO DE UM COMITÊ EXECUTIVO MACRORREGIONAL

- ENTE DE CARÁTER TÉCNICO-POLÍTICO
- ENTE COM FUNÇÃO ASSESSORA DA CIB ESTADUAL
- ENTE TEMÁTICO PARA CADA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- ENTE COMPOSTO PELO CRITÉRIO DE CONHECIMENTO ESPECÍFICO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE TEMÁTICO
- ENTE COM COMPOSIÇÃO DE TÉCNICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E DOS PRESTADORES MAIS SIGNIFICATIVOS PRESENTES NA MACRORREGIÃO



UM CASO: O COMITÊ GESTOR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NORTE DE MINAS

“ENTÃO, FOI UM AVANÇO MUITO GRANDE PORQUE NÓS TEMOS RESULTADO MUITO BOM QUE É UMA DISCUSSÃO QUE ESTÁ LONGE DO QUE A GENTE VIA ANTES. HOJE NÓS TEMOS ESSA INSTÂNCIA DE NEGOCIAÇÃO, NÓS TEMOS UM DIÁLOGO MAIS TÉCNICO. O DIÁLOGO, A QUESTÃO DA SAÚDE ERA MUITO ENVOLVIDA COM AS QUESTÕES POLÍTICAS. HOJE, ESTÁ MAIS SE PREOCUPANDO COM A QUESTÃO TÉCNICA, COM O PACIENTE, COM O BEM-ESTAR DOS PACIENTES”



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

Fonte: Sousa SF. A rede de urgência e emergência da macrorregião Norte de Minas Gerais. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012



O PAPEL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O PAPEL: ENTES GERENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- A ADEQUAÇÃO AOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS REGIONAIS
- A PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO
- A OBEDIÊNCIA AOS REGRAMENTOS DO SUS
- A ATUAÇÃO CONTRATUALIZADA COM OS ENTES ESTATAIS (SES E SMS`s)



AS PRIORIDADES DO COMSUS NA REDE MÃE PARANAENSE

- REALIZAR ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO PARA GESTANTES E CRIANÇAS DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO, CONFORME CÂRTEIRA DE SERVIÇO PRECONIZADA PELA SESA, COM VISTAS A ATENDER O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E INTERMEDIÁRIO, BEM COMO O SEGUIMENTO ESPECIALIZADO PARA CRIANÇAS DE ALTO RISCO E INTERMEDIÁRIO
- DISPONIBILIZAR OS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICOS PADRONIZADOS NA LINHA-GUIA E PACTUADOS COM A SESA, PARA AS GESTANTES E CRIANÇAS DE ALTO RISCO E INTERMEDIÁRIO
- IMPLEMENTAR AS CASAS DE APOIO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS E BEBÊS NOS MUNICÍPIOS SEDE DE HOSPITAIS OU MATERNIDADES DE REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO E INTERMEDIÁRIO
- ESTABELECEER VÍNCULO COM O SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA PARTO DE ALTO RISCO



O SISTEMA GERENCIAL DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR
- O MAPA DA SAÚDE
- O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
- O PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTOS – PDI
- O SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO



O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)

- É O PLANO QUE DEFINE OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS QUE ENVOLVEM OS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS GRANDES FLUXOS DAS PESSOAS USUÁRIAS DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL

- O PDR DEVE SER ELABORADO COM OS SEGUINTE CRITÉRIOS:

CONTIGUIDADE INTERMUNICIPAL

SENTIMENTO DE PERTENCIMENTO REGIONAL

REGIONAIS ECONÔMICAS E SOCIAIS EXISTENTES

VIÁRIOS

ATENÇÃO À SAÚDE

ESCALA ECONÔMICA E DE ACESSO AOS

SERVIÇOS DE

PARÂMETROS DE

SAÚDE

REDES
FLUXOS

FLUXOS DA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



O MAPA DA SAÚDE

DESCRIÇÃO GEOGRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELO SUS E PELA INICIATIVA PRIVADA, CONSIDERANDO-SE A CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE, OS INVESTIMENTOS E O DESEMPENHO AFERIDO A PARTIR DOS INDICADORES DE SAÚDE DO SISTEMA

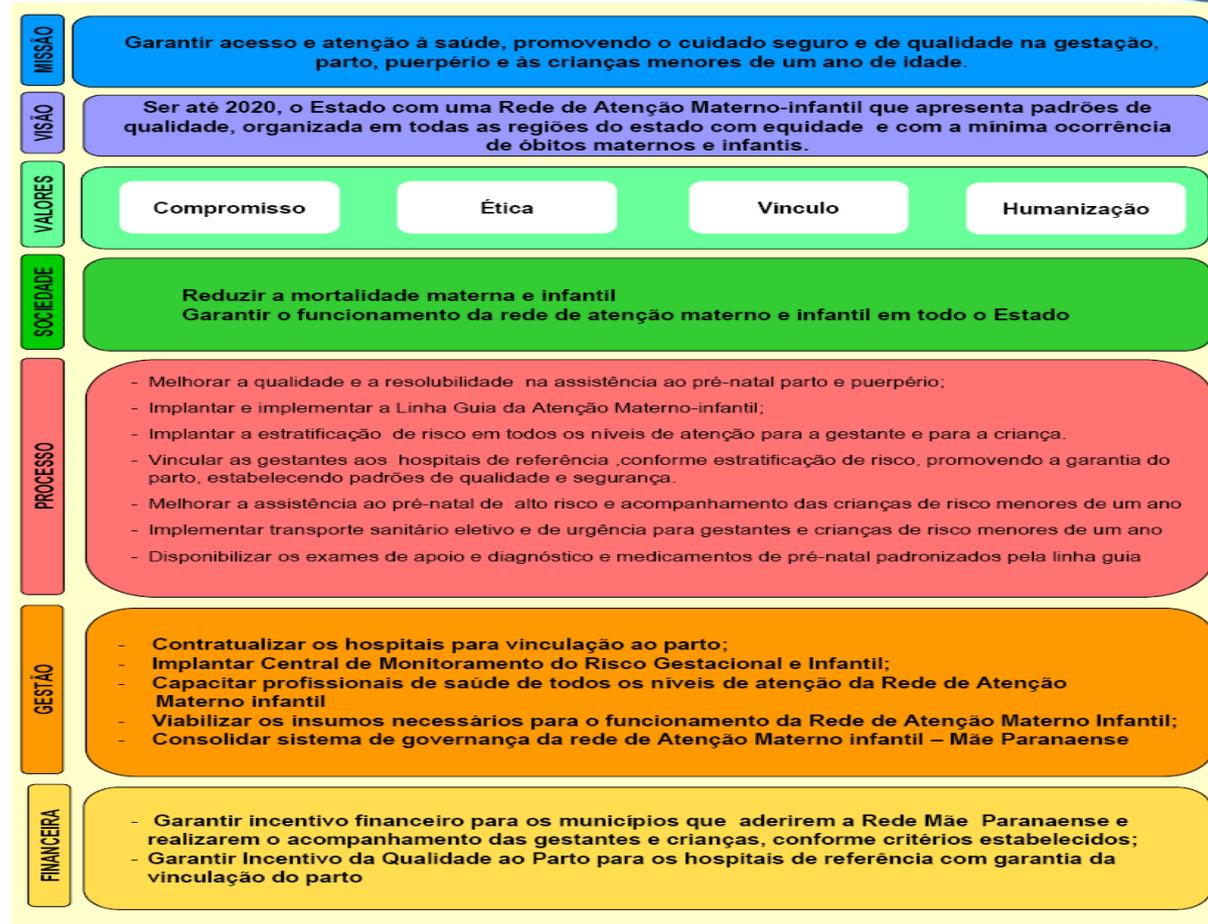


O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: A METODOLOGIA DO BSC (*BALANCED SCORE CARD*)

- OBSC É A REPRESENTAÇÃO VISUAL DOS OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO, AS MEDIDAS QUE ELA ADOTARÁ PARA ALCANÇÁ-LOS E AS RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE ELES.
- O BSC PERMITE DESCREVER A ESTRATÉGIA DE FORMA CLARA, POR MEIO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS BALANCEADOS EM QUATRO PERSPECTIVAS DE ANÁLISE (SOCIEDADE, PROCESSOS, GESTÃO E FINANCIAMENTO)
- O BSC ESTÁ ANCORADO NUM PRINCÍPIO FUNDAMENTAL: O QUE SE PODE MEDIR, SE PODE GERENCIAR



O MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE CURITIBANA



O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO

- DEFINIÇÃO DE INDICADORES BALANCEADOS PARA AS DIFERENTES PERSPECTIVAS QUE TENHAM EVIDÊNCIA DE QUE MEDEM O QUE SE QUER MEDIR
- DEFINIÇÃO DE COMO CALCULAR O INDICADOR, FONTES DE INFORMAÇÃO, PERIODICIDADE DE MEDIDA, ÂMBITO TERRITORIAL DE MEDIDA E PONDERAÇÃO
- ESTABELECIMENTO DE LINHA DE BASE ANTES DA IMPLANTAÇÃO DA REDE
- MONITORAMENTO PERIÓDICO DOS INDICADORES
- REALIZAÇÃO DE ESTUDOS AVALIATIVOS
- ANÁLISE ROTINEIRA DOS INDICADORES NAS REUNIÕES DAS CIB'S REGIONAIS, DOS COMITÊS EXECUTIVOS MACRORREGIONAIS E NA CIB ESTADUAL



COMO FICA A PPI?

- É UM PLANEJAMENTO DA OFERTA
- É UM PLANEJAMENTO DE CURTO PRAZO
- É UM PLANEJAMENTO EXCLUSIVO DOS RECURSOS FEDERAIS
- OS INCENTIVOS FINANCEIROS ESTÃO DESALINHADOS COM A PROPOSTAS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
- É UM PLANEJAMENTO EXCLUSIVO DOS RECURSOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES
- É UM PLANEJAMENTO FOCADO NAS AÇÕES ASSISTENCIAIS
- É UM PLANEJAMENTO FOCADO NA DEFINIÇÃO DE TETOS FINANCEIROS



O SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO

O CONTRATO PODE SER DEFINIDO COMO O ACORDO ENTRE DOIS OU MAIS AGENTES ECONÔMICOS ATRAVÉS DO QUAL ELES SE COMPROMETEM A ASSUMIR OU A RENUNCIAR, OU A FAZER OU A NÃO FAZER, DETERMINADAS COISAS

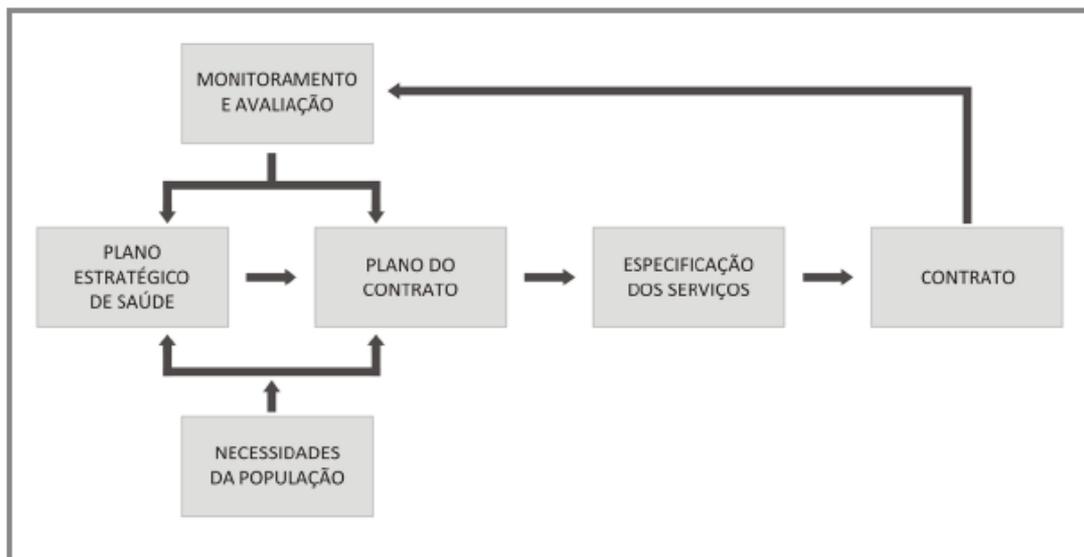


POR QUE CONTRATOS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

- ESTIMULAM A DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DANDO MAIS RESPONSABILIDADES AOS GERENTES LOCAIS
- PERMITEM UM MELHOR CONTROLE SOBRE O DESEMPENHO QUANTITATIVO E QUALITATIVO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
- DÃO MAIOR CONSEQUÊNCIA AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS INSTITUIÇÕES AO EXIGIR UM MAIOR EMPENHO EM ATINGIR OS PRODUTOS CONTRATADOS
- INCENTIVAM A CRIAÇÃO E A UTILIZAÇÃO COTIDIANA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GERENCIAIS
- PERMITEM UMA MELHOR FOCALIZAÇÃO NOS INTERESSES DA POPULAÇÃO
- TORNAM AS INSTITUIÇÕES MAIS TRANSPARENTES E MAIS PERMEÁVEIS AO CONTROLE SOCIAL



O CICLO DA CONTRATUALIZAÇÃO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011



O CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

ACORDO DE COLABORAÇÃO FIRMADO ENTRE ENTES FEDERATIVOS COM A FINALIDADE DE ORGANIZAR E INTEGRAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA, COM DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES, INDICADORES E METAS DE SAÚDE, CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, RECURSOS FINANCEIROS QUE SERÃO DISPONIBILIZADOS, FORMA DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SUA EXECUÇÃO E DEMAIS ELEMENTOS NECESSÁRIOS À IMPLEMENTAÇÃO INTEGRADA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

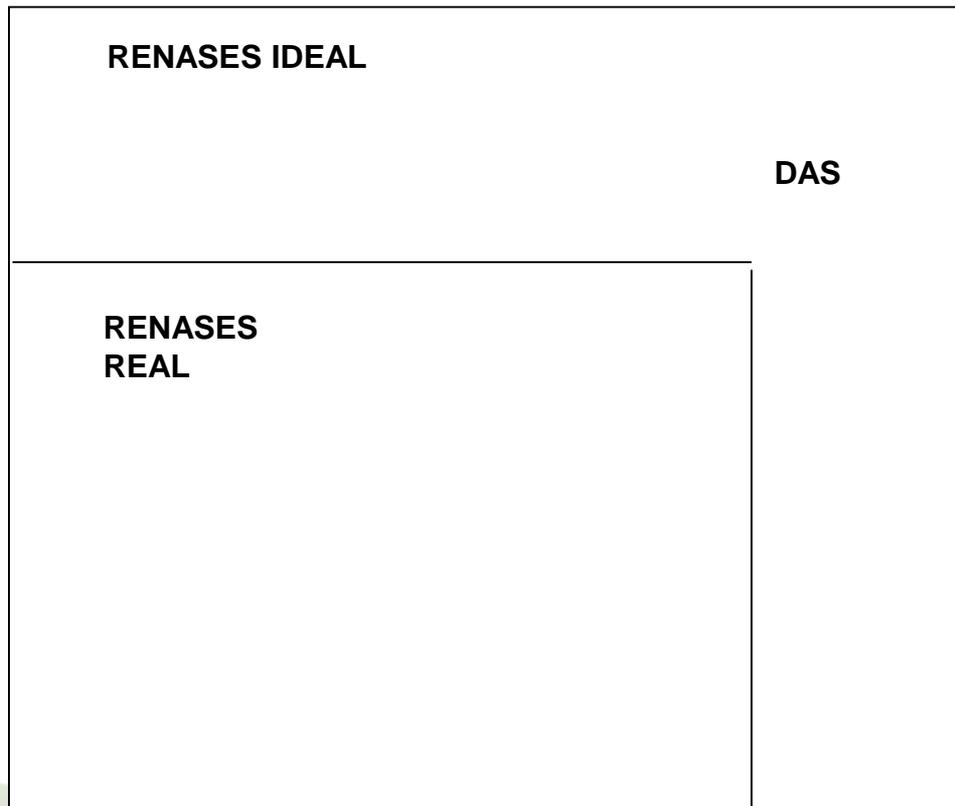


O PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTOS (PDI)

É O PLANO QUE OBJETIVA SUPERAR OS DÉFICITS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DIAGNOSTICADOS NOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS, SEGUNDO UMA ALOCAÇÃO ESPACIAL BASEADA NAS NECESSIDADES DE SAÚDE E EM PARÂMETROS DE ESCALA E DE ACESSO, NAS SITUAÇÕES EM QUE HÁ UMA INSUFICIENTE CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, COM OS OBJETIVOS DE OFERTAR UMA ATENÇÃO OPORTUNA, EFICIENTE, EFETIVA E DE QUALIDADE ÀS PESSOAS USUÁRIAS



UM INSTRUMENTO PARA A ELABORAÇÃO DO PDI: O DÉFICIT DE ATENÇÃO À SAÚDE



DAS: DÉFICIT DA ATENÇÃO À SAÚDE
 $DAS = RENASES IDEAL - RENASES REAL$



OS OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE FINANCIAMENTO NA SAÚDE

- AUMENTAR A EQUIDADE FINANCEIRA
- AUMENTAR A EFICIÊNCIA DOS RECURSOS
- AUMENTAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS
- GERAR VALOR PARA AS PESSOAS



O SISTEMA DE FINANCIAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- O ALINHAMENTO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS OBJETIVOS DAS RAS`S
- OS SISTEMAS DE PAGAMENTO:
UNIDADE DE SERVIÇO
GRUPOS AFINS DE DIAGNÓSTICO
ITEM DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA
ORÇAMENTO GLOBAL
CAPITAÇÃO AJUSTADA
- PRIORIDADE PARA ORÇAMENTO GLOBAL OU CAPITAÇÃO AJUSTADA



UMA REFLEXÃO FINAL:

“A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DEVE SER ESTRUTURADA A PARTIR DAS NECESSIDADES REAIS DO Sr. JOÃO E DA Da. MARIA E DE SUA FAMÍLIA QUE ESTÃO ADSCRITOS A UMA EQUIPE DA APS QUE PRESTA OS CUIDADOS PRIMÁRIOS E ORDENA OS FLUXOS E CONTRAFLUXOS AO LONGO DESSAS REDES”



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da 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.

