ENCONTRO PARANAENSE DOS GESTORES MUNICIPAIS DO SUS

25 ANOS CONASEMS
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

REDE DE ATENÇÃO NO SUS

2 DE ABRIL DE 2013, CURITIBA, PARANÁ

Relatório Dawson - 1920

- Dawson tem o crédito de ter proposto **pela primeira vez** o esquema de rede
- Médico que trabalhou na **organização de serviços de emergência na I guerra**
- O primeiro Ministro da Saúde o nomeou coordenador de uma comissão para definir "***esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada***"

Relatório Dawson – 1920

- Apresentou, entre outros, os **conceitos** de:
- **Território**
- **Populações adscritas,**
- **Porta de entrada**
- **Vínculo/ acolhimento**
- **Referência**
- **Atenção primária como coordenadora do cuidado**

Relatório Dawson - 1920

- Introdução/ Justificativa

"...só pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica"

Relatório Dawson - 1920

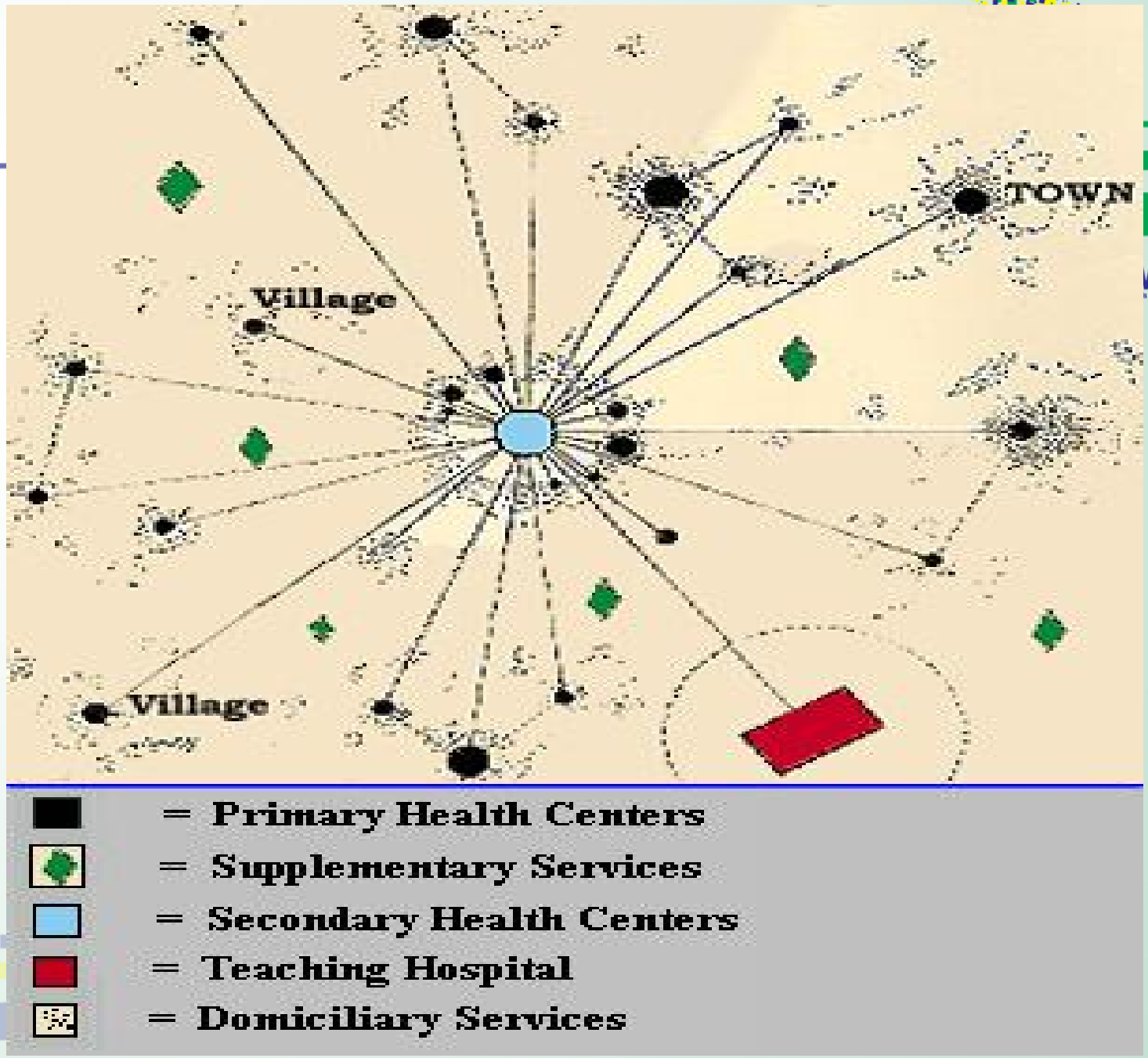
- *"Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e as enfermidades se tornam mais complexas, reduzindo-se o âmbito da ação individual e exigindo, ao contrário, esforços combinados"*
- *"A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente"*

Relatório Dawson – 1920

- Serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e acomodação para internação
- Nas cidades maiores, centro de saúde secundários, com serviços especializados no mínimo, clínica, cirurgia, gineco, oftalmo, otorrino
- Localização “*de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte*” e com “*as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego*” , variando “*em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias*”

Relatório Dawson – 1920

- *"os centros secundários vinculam-se a um hospital docente...Isto é conveniente, primeiro, em benefício do paciente... e, segundo, em benefício do pessoal adscrito aos centros de saúde, que poderiam assim acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar"*
- **Considerando-se uma grande região, outros serviços especializados – saúde mental, p.ex- se relacionariam com os centros de saúde primários e secundários**


TOWN
Village
Village
= Primary Health Centers
= Supplementary Services
= Secondary Health Centers
= Teaching Hospital
= Domiciliary Services

Relatório Dawson – 1920

- *"uma vantagem seria o aperfeiçoamento profissional...hoje o médico sai da universidade e observa a enorme discrepância entre sua preparação e as necessidades dos pacientes que deve atender"*
- *"o centro primário seria a sede da organização da saúde e da vida intelectual dos médicos...os profissionais não estariam isolados, como agora, mas poderiam reunir-se e relacionar-se com consultores e especialistas; se fomentaria assim uma corrente intelectual e uma camaradagem de grande proveito para o serviço"*

Relatório Dawson – 1920

- ***"para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica"***

Relatório Dawson – 1920

- ***"Todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de idéias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade"***

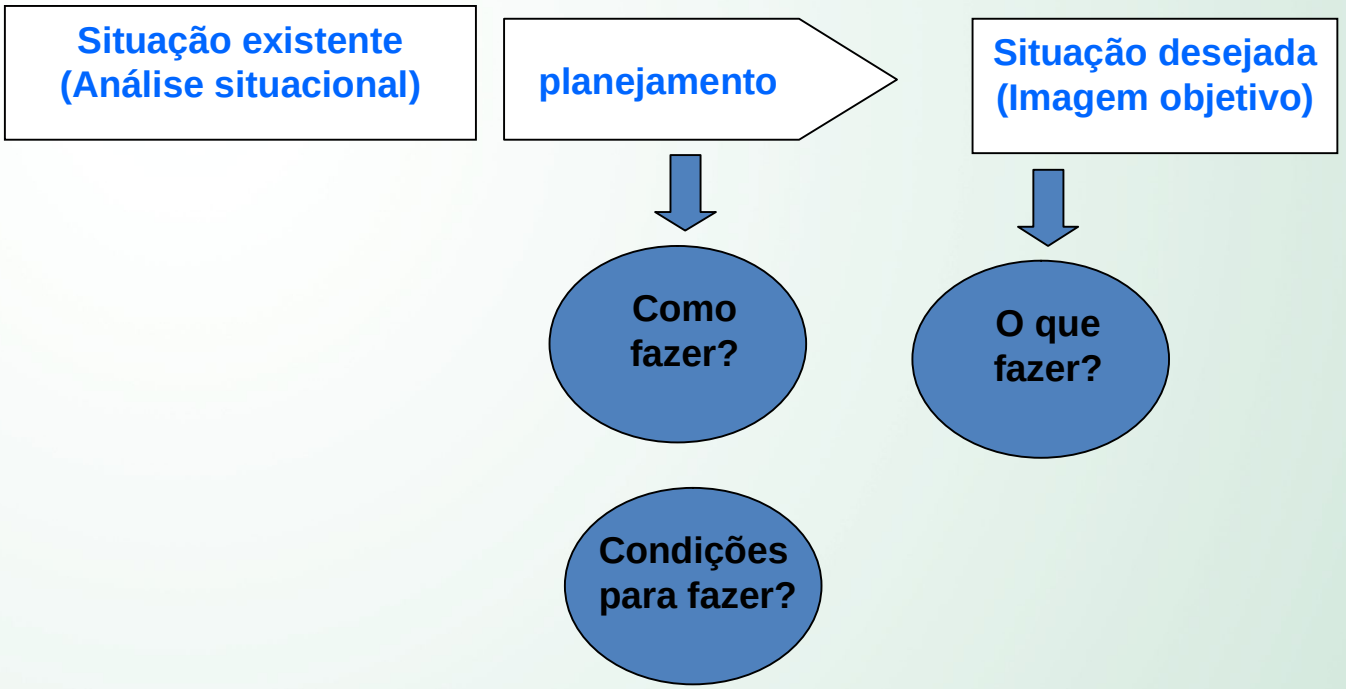
Debate do Relatório Dawson

- Relatório inerentemente **controverso**:
  - **Hospitais filantrópicos desapareceriam** como sistema autônomo
  - A idéia de serviços com **cobertura de grandes territórios** era um desafio ao conceito de governo local
  - autoridades de saúde: **colegiado de autoridades locais**
  - **Custos muito altos**
- Não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório **foi engavetado**

Relatório Dawson – 1920

- **Modelo** proposto por Dawson **foi adotado, com adaptações por todos** os sistemas nacionais de saúde
- Preconizado pela **OMS/ OPS**

REDE DE ATENÇÃO



- **Consensos** sobre o que fazer
- **Desafios** do como fazer

Pressupostos

É possível **superar os desafios do COMO FAZER?**

- **REDES ATUAIS são resultantes** dos acordos, dificuldades, avanços, contradições e adaptações do **SUS REAL**

- A **"utopia" de REDE INTEGRADAS E HARMÔNICAS** deve ser perseguida por aproximações sucessivas e, obrigatoriamente, com participação dos distintos **sujeitos e atores "regionais"**

- A **Rede Interfederativa** deve ser considerada, estrategicamente, o **eixo estruturante** que permite **direcionalidade no processo de construção** das Redes de Atenção

Pressupostos

ATENÇÃO BÁSICA – expressão brasileira da atenção primária

PORTARIA 4279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 – CONSENSO TRIPARTITE - ATENÇÃO BÁSICA COORDENA O CUIDADO E ORDENA A REDE

REDE OU REDES – ART 198 CF 88 E LEI 8080 – REDE E REDES LOCO-REGIONAIS

Diretrizes para apoio à implementação

- **Fortalecimento da Atenção Básica** como **coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede**

- **Organização da Atenção Especializada em função do fortalecimento da atenção básica**

- Implementação da **política de regulação a partir da AB**

- Fortalecimento da **gestão regional**

Atenção Básica na Rede

- As **expectativas:**

– Resolver **maioria dos problemas de saúde** da população
– **Porta de entrada** do sistema
– Garantir **acesso**
– Garantir **vínculo/ responsabilização**
– **Acolhimento/ acompanhamento**
– **Coordenação do cuidado**
– Ações de **saúde coletiva/ intersetoriais**/ ação sobre os **determinantes sociais**

Atenção Básica na Rede

- Resolver maioria dos problemas
  - Resolutividade **não é um conceito abstrato**
  - "Maioria dos problemas" **varia de acordo com as características de ocupação do território e o perfil epidemiológico**
  - Qualquer serviço/ nível de atenção resolverá apenas aqueles problemas para os quais está **preparado**

Atenção Básica Rede

- **Para uma AB resolutiva**
  - Clarear **até onde vai** a resolutividade da atenção primária
  - Definir os **tipos de casos/ situaçõe**s que devem ser cuidados e com que **recursos** e dotar a AB dos recursos necessários
  - **Formação dos profissionais** – sem formação clínica específica e de peso, pode ficar restrita a triagem/encaminhamento

Atenção Básica Rede

- **Para uma AB resolutiva**
  - **Desprecarização dos vínculos/ estratégias** para enfrentar a competição predatória
  - **Garantia dos recursos necessários** : instalações físicas/ condições de trabalho/ equipamentos/ medicamentos
  - Garantia **de acesso e articulação com outros níveis** de atenção

Atenção Básica na Rede

- **Porta de entrada/ vínculo/ responsabilização**
  - Porta **entrada não pode ser compreendida/ pensada como porta giratória/ restritiva**
  - Não é apenas o lugar onde o usuário acessa o sistema, mas **onde mantém o vínculo**
  - **Coordena e orienta as estratégias de cuidado**
  - Em conjunto com centrais de regulação, responsável pelo **caminhar ao longo da rede, gerencia os itinerários (necessariamente pré-definidos)**

Atenção Básica na Rede

- **Garantia de acesso**
  - Além de cobertura, entrada no momento em que o **usuário sente a necessidade**
  - Enfrentar a questão da **demanda programada X demanda espontânea**

Implementação da Política de Regulação

O que fazer?

Diretrizes:

- **Identificação de necessidades e disponibilizar oferta assistencial compatível**
- **Unidades** que compõe a rede **cadastradas e contratualizadas** na perspectiva de integração e harmonia entre os pontos da rede
- **Equipes** técnicas **preparadas**, dispondo de **instrumentos e processos adequados**
- **Autonomia** de **gestão e gerencial**
- Operar os **Complexos reguladores** (⇒ centrais de regulação de urgência ⇒ centrais de regulação de leitos ⇒ centrais de regulação de consultas e exames ⇒ centrais de regulação da alta complexidade)

Como fazer?

Implementação da Política de Regulação

Nós críticos:

- Muitos **gestores**, por não terem o desenho adequado da rede de atenção, têm **dificuldade de visualizar novas formas de contratação e inserção dos prestadores, monitoramento e avaliação**

- **Gestores, gerentes ou técnicos** freqüentemente não compreendem ou/e não utilizam adequadamente os **sistemas de controle, avaliação e auditoria na perspectiva da AB**

- As **equipes técnicas responsáveis** pela atividades de regulação são **insuficientes** para implementar os processos de mudança, necessitando **ampliação, qualificação e condições de trabalho** mais adequadas

Fortalecimento da Gestão Regional

O que fazer?

Diretrizes:

- Fortalecer as **CIR – Planejamento Regional Integrado: DIRECIONALIDADE, COMPARTILHAMENTO, RESPONSABILIZAÇÃO**
- Oferecer **suporte logístico às redes**
- **Investimentos para qualificação** das Redes de Atenção
- Implementar e qualificar as **linhas de cuidado**
- **Reestruturar os serviços** de apoio diagnostico, atenção especializada e hospitalar

Fortalecimento da Gestão Regional

Como fazer?

Nós críticos:

- CIR **como instância decisória E NÃO PARA REALOCAÇÃO DE DEMANDA**

- Limitação quantitativa e/ou qualitativa de **equipamentos de informática, redes (conectividade) e sistemas** (aplicativos) e baixa capacidade de manutenção de redes e sistemas informatizados

- Fragilidade ou inexistência de **contratos dificultam implementação das Pactuações** regionais entre gestores e destes com prestadores

Redes de atenção – nós críticos

Dificuldades conjunturais e estruturais amplas:

- **Legislação** vigente (na área do direito administrativo, por exemplo) contribui para **gestões burocráticas e para dificuldades administrativas**

- **identificar o usuário (cartão nacional de saúde)** - **orientar o usuário no "caminhar" entre os pontos da rede**

Rede de atenção e as prioridades

PRIORIDADES : “Redinhas”

Rede Cegonha
Urgência e Emergência
Saúde Mental
Rede de Crônicos
Cuidado ao Cancer
Atenção à pessoa com deficiência

PRIORIDADES

CONVITE À TODOS OS GESTORES MUNICIPAIS PARA O XXIX CONGRESSO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM BRASÍLIA DE 07 À 10 DE JULHO DE 2013- Tema: Responsabilidade interfederativa no SUS: Desafios e agenda dos munícipios

OBRIGADO !

www.conasems.org.br

Nilo Brêtas Júnior
Coordenador da Assessoria Técnica
nilo@conasems.org.br

Tel: 061 3223 0155
061 91005908