

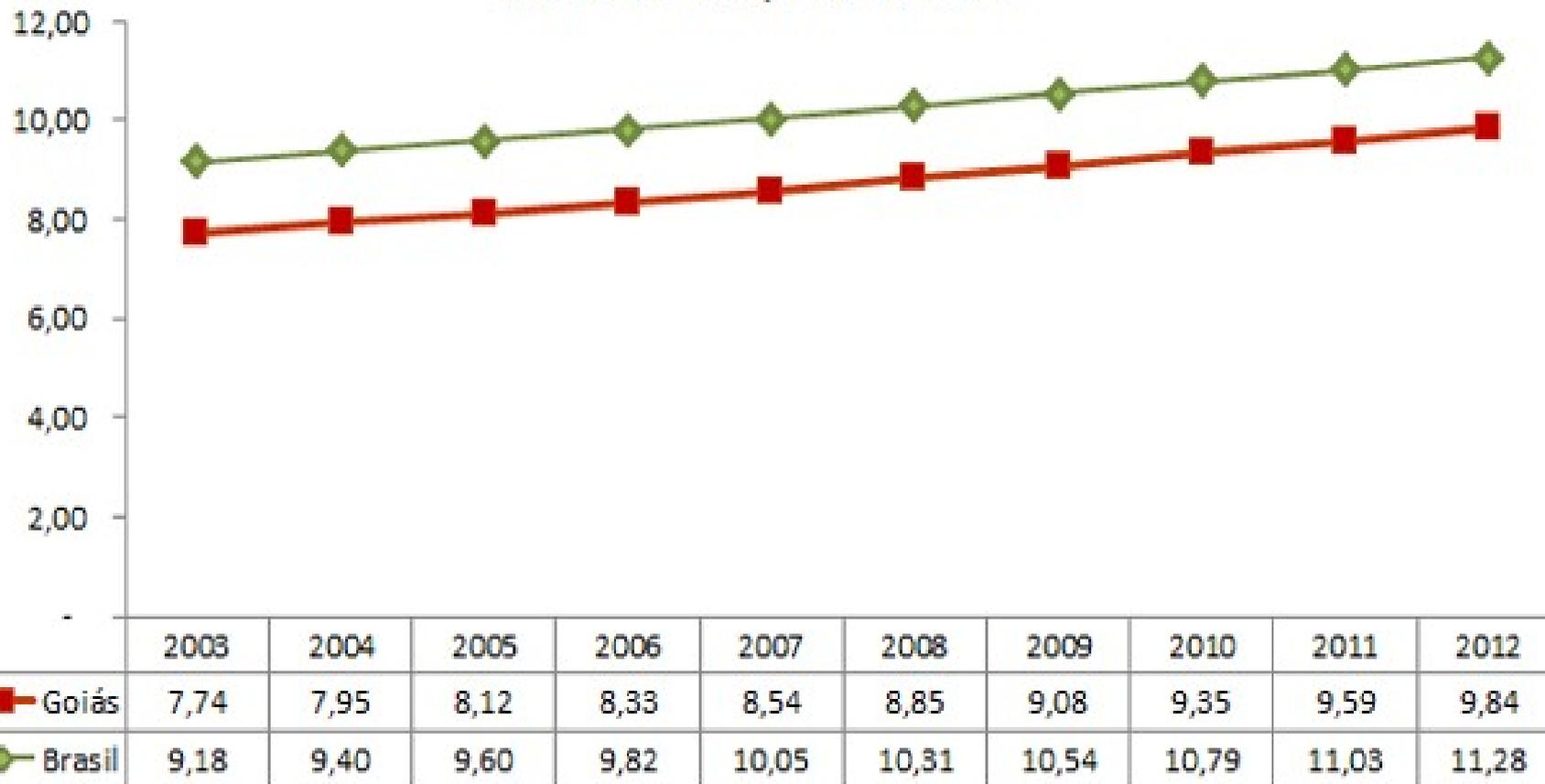
As Redes de Atenção à Saúde

Eugênio Vilaça Mendes

A transição das condições de saúde

- **Elas se dão no contexto dos sistemas de atenção à saúde por meio de quatro movimentos de transição concomitantes:**
 - A transição demográfica**
 - A transição nutricional**
 - A transição epidemiológica**
 - A transição tecnológica**
- **Elas sinalizam propectivamente para uma situação de saúde com participação relativa crescente das condições crônicas, especialmente das doenças crônicas, na situação epidemiológica**
- **Elas suscitam novas formas de organização dos sistemas de atenção à saúde**

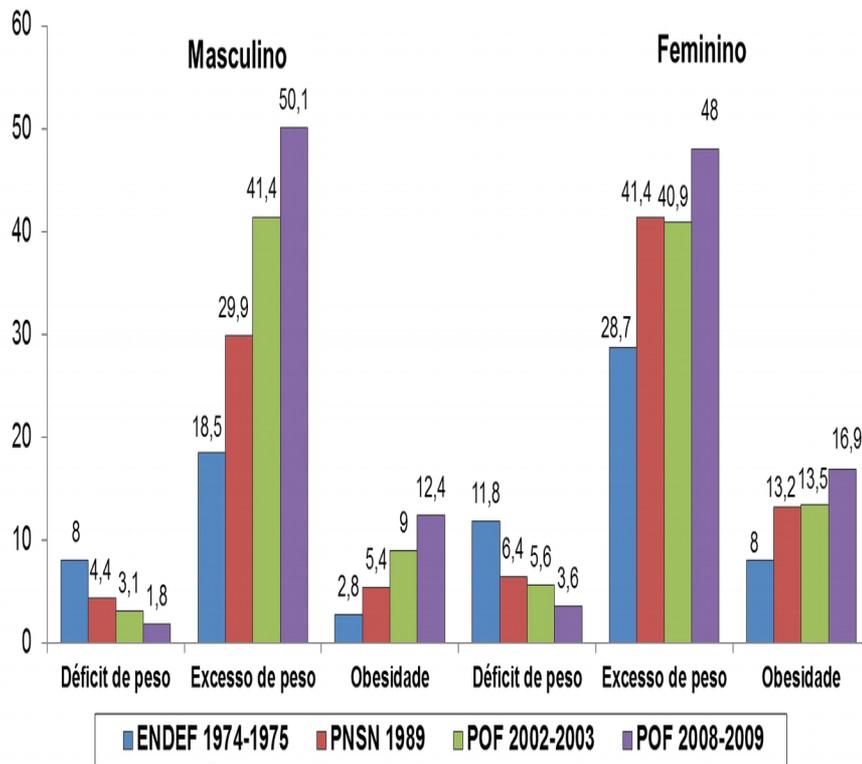
Proporção de idosos na população. Goiás e Brasil, 2003 a 2012



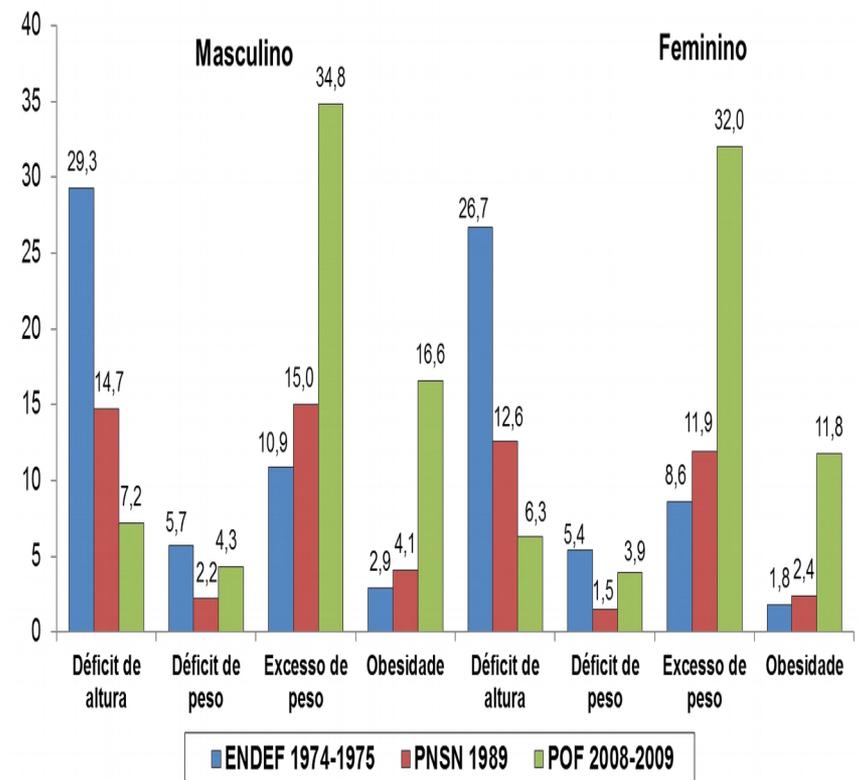
Fonte: Elaboração própria a partir das estimativas populacionais utilizadas na publicação "Saúde Brasil 2012", disponíveis no site do DATASUS. Acesso em dezembro/2014

A transição nutricional no Brasil 1974-2009

POPULAÇÃO ADULTA



POPULAÇÃO DE 5 A 9 ANOS



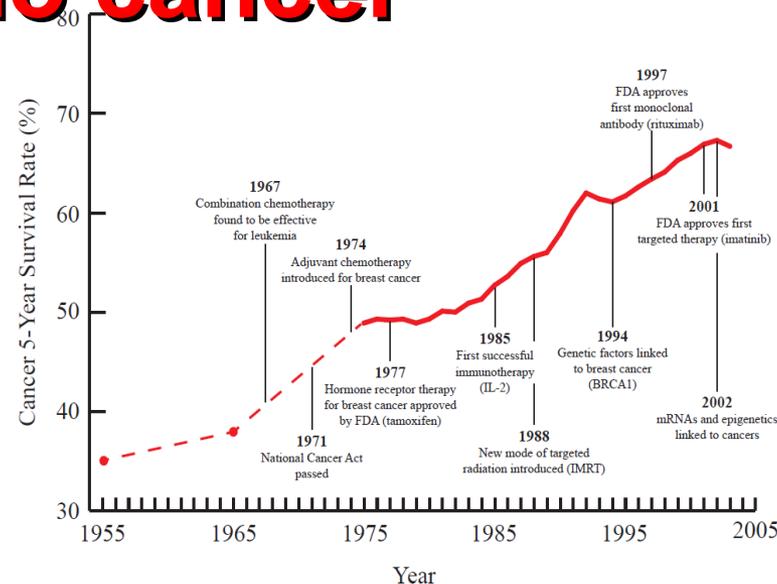
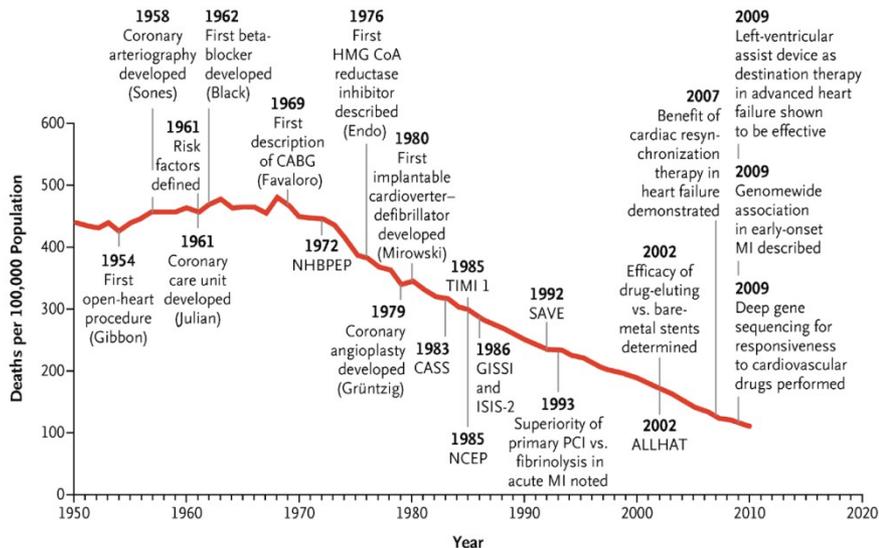
A transição tecnológica: o paradoxo da tecnologia médica

Os avanços na ciência e tecnologia têm melhorado a habilidade dos sistemas de atenção à saúde em diagnosticar e tratar as condições de saúde, mas o alto volume das tecnologias desenvolvidas supera a capacidade dos sistemas em aplicá-las de forma racional

O lado positivo da tecnologia médica:

a

incorporação tecnológica no tratamento do infarto agudo do miocárdio e do câncer

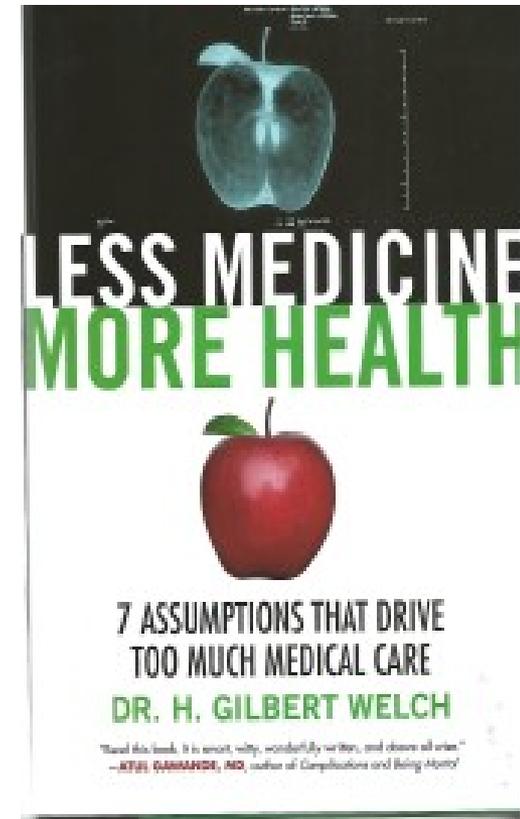
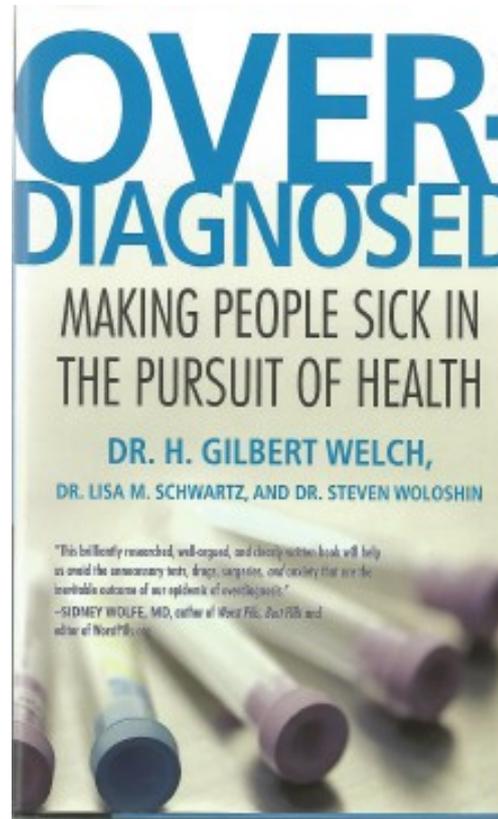
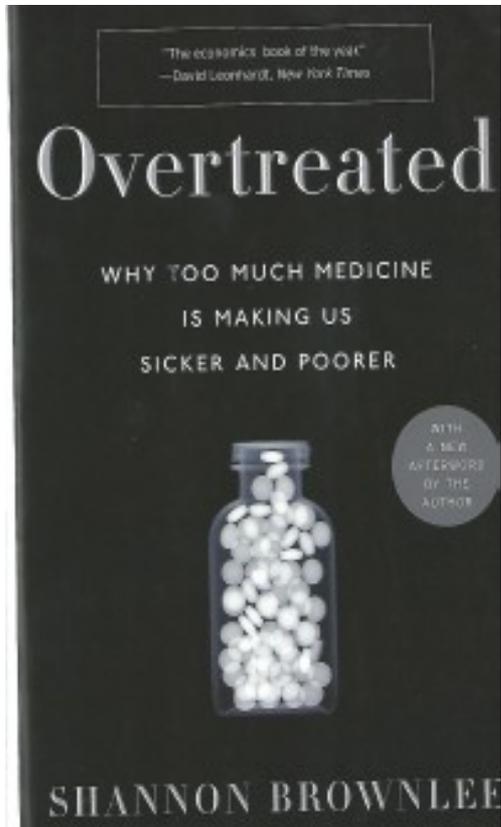


Fontes:

Nabel EG, Braunwald E. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 366: 54-63, 2012

DeVita Jr VT, Rosenberg AS. Two hundred years of cancer research. *New England Journal of Medicine*, 366:2207-2214, 2012

O lado negativo da tecnologia médica



“Os Estados Unidos gastam com intervenções médicas desnecessárias 30% a 50% do gasto total em saúde e esses procedimentos injustificados são responsáveis por 30 mil mortes a cada ano

Fontes:

Brownlee S. Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York,

Bloomsbury USA, 2007

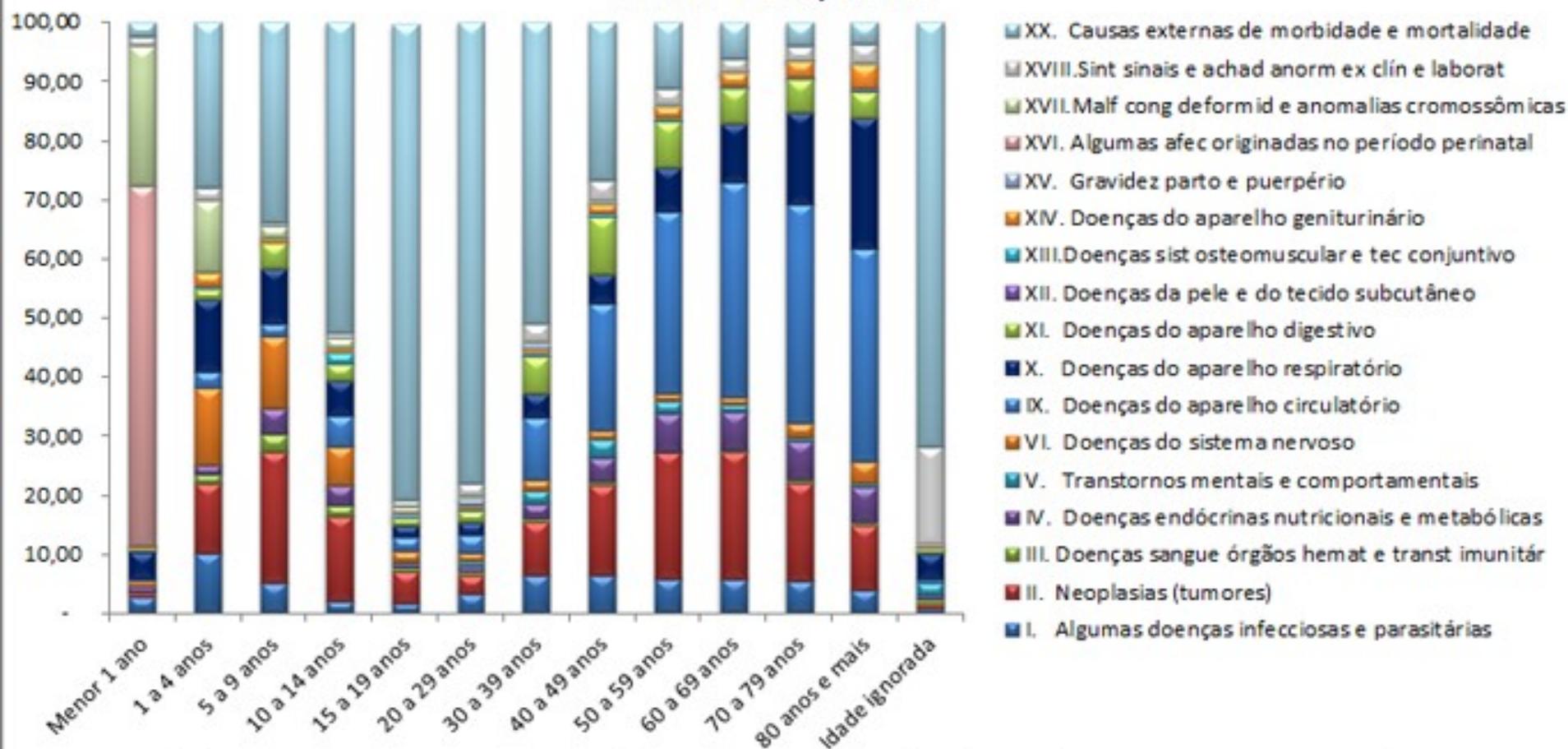
Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: making people

sick in the pursuit of health. Boston, Beacon Press, 2011

Welch HG. Less medicine, more health: 7 assumptions that drive too

A transição epidemiológica em Goiás

Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas - CID-10, segundo Faixa Etária. Goiás, 2012



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / SVS / Ministério da Saúde. Dados obtidos no site do DATASUS / MS

A situação epidemiológica no Ceará:

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

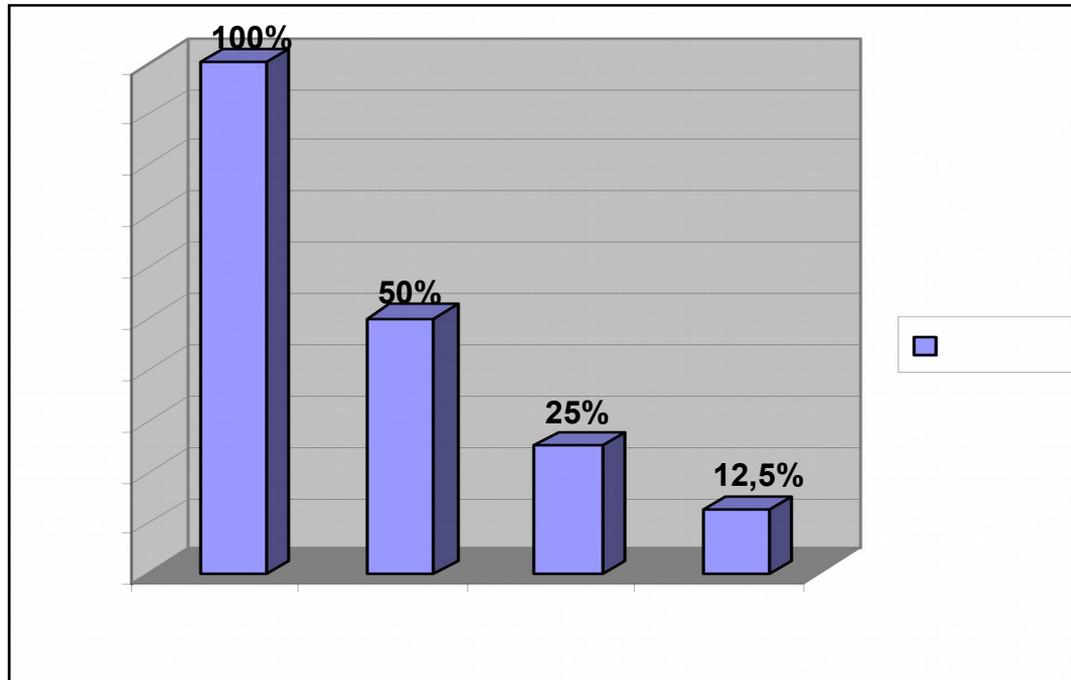
A transição dos sistemas de atenção à saúde

- **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

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.

A organização das respostas sociais às condições agudas e crônicas pelos sistemas de atenção à saúde

Condições agudas	Condições crônicas
Episódicas	Contínuas
Reativas	Proativas
Integradas	Integradas

Fontes:

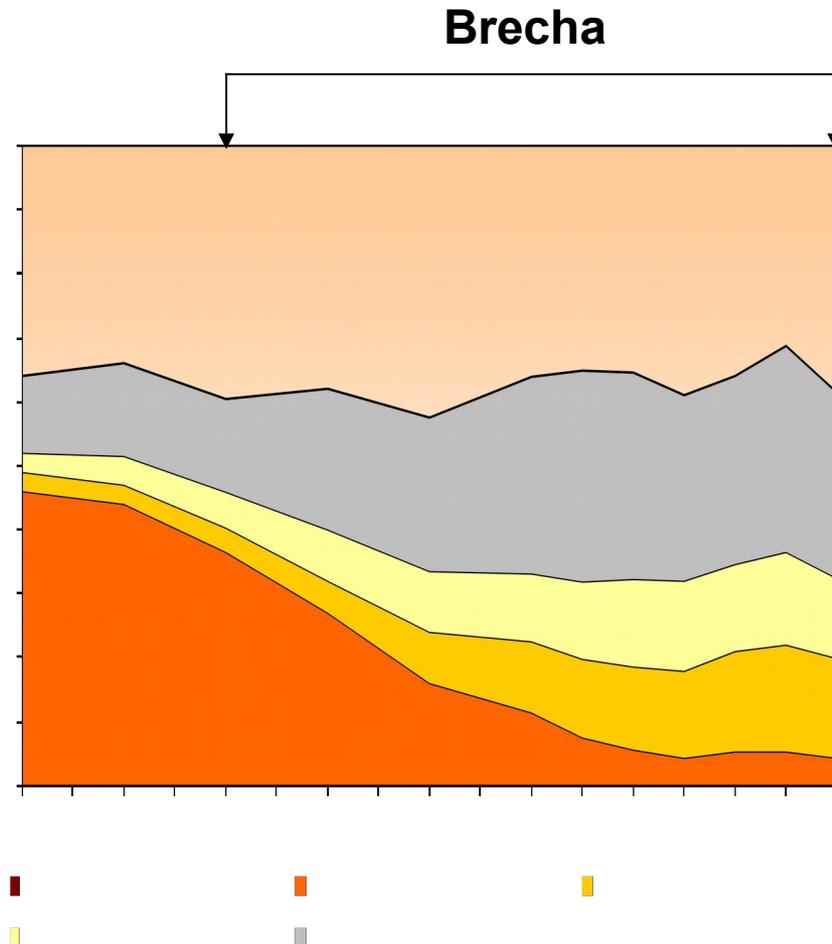
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003

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

O problema

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 da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde



Uma situação de saúde do século xxi, com predominância relativa de condições crônicas, sendo respondida socialmente por um modelo de atenção à saúde desenvolvido na primeira metade do século xx quando predominavam as condições agudas

Por quê?

O descompasso entre os fatores contingenciais que evoluem rapidamente (transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica) e os fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estilos de liderança, modelos de atenção e arranjos organizativos)

A solução do problema

**A situação de tripla carga de doença com predomínio relativo forte de condições crônicas exige um sistema integrado de saúde que opera de forma contínua e proativa e voltado equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas:
as redes de atenção à saúde**

As diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde

Sistema fragmentado	Rede de atenção à saúde
<ul style="list-style-type: none">▪ Organizado por componentes isolados	<ul style="list-style-type: none">▪ Organizado por um contínuo de atenção
<ul style="list-style-type: none">▪ Organizado por níveis hierárquicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Organizado por uma rede poliárquica
<ul style="list-style-type: none">▪ Orientado para a atenção a condições agudas	<ul style="list-style-type: none">▪ Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas
<ul style="list-style-type: none">▪ Voltado para indivíduos	<ul style="list-style-type: none">▪ Voltado para uma população
<ul style="list-style-type: none">▪ O sujeito é o paciente	<ul style="list-style-type: none">▪ O sujeito é agente de saúde
<ul style="list-style-type: none">▪ Reativo	<ul style="list-style-type: none">▪ Proativo
<ul style="list-style-type: none">▪ Ênfase nas ações curativas	<ul style="list-style-type: none">▪ Atenção integral
<ul style="list-style-type: none">▪ Ênfase no cuidado profissional	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidado interdisciplinar
<ul style="list-style-type: none">▪ Gestão da oferta	<ul style="list-style-type: none">▪ Gestão de base populacional
<ul style="list-style-type: none">▪ Financiamento por procedimentos	<ul style="list-style-type: none">▪ Financiamento por capitação ou por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde

O conceito de redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população

Os elementos das redes de atenção à saúde

- **A população**
- **Os modelos de atenção à saúde**
- **A estrutura operacional**

Os modelos de atenção à saúde

- **Os modelos de atenção aos eventos agudos**
- **Os modelos de atenção às condições crônicas**

Um modelo de base: o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



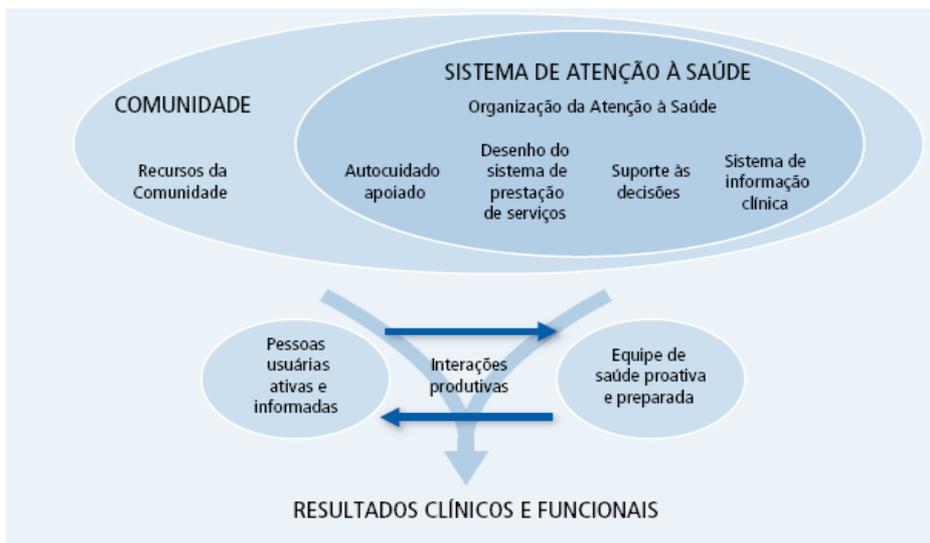
Fonte: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

O modelo de atenção aos eventos agudos

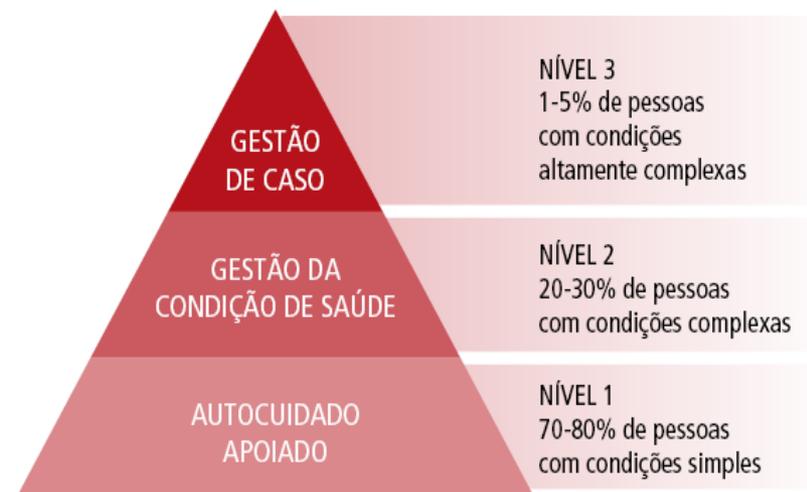


Os modelos de atenção às condições crônicas

O modelo de atenção crônica



O modelo da pirâmide de risco



Fontes:

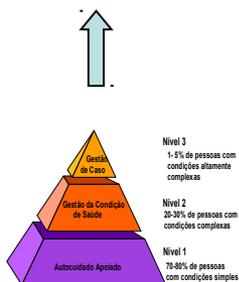
Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998 (Direito de uso de imagem concedido pelo American College of Physicians)

Department of Health.

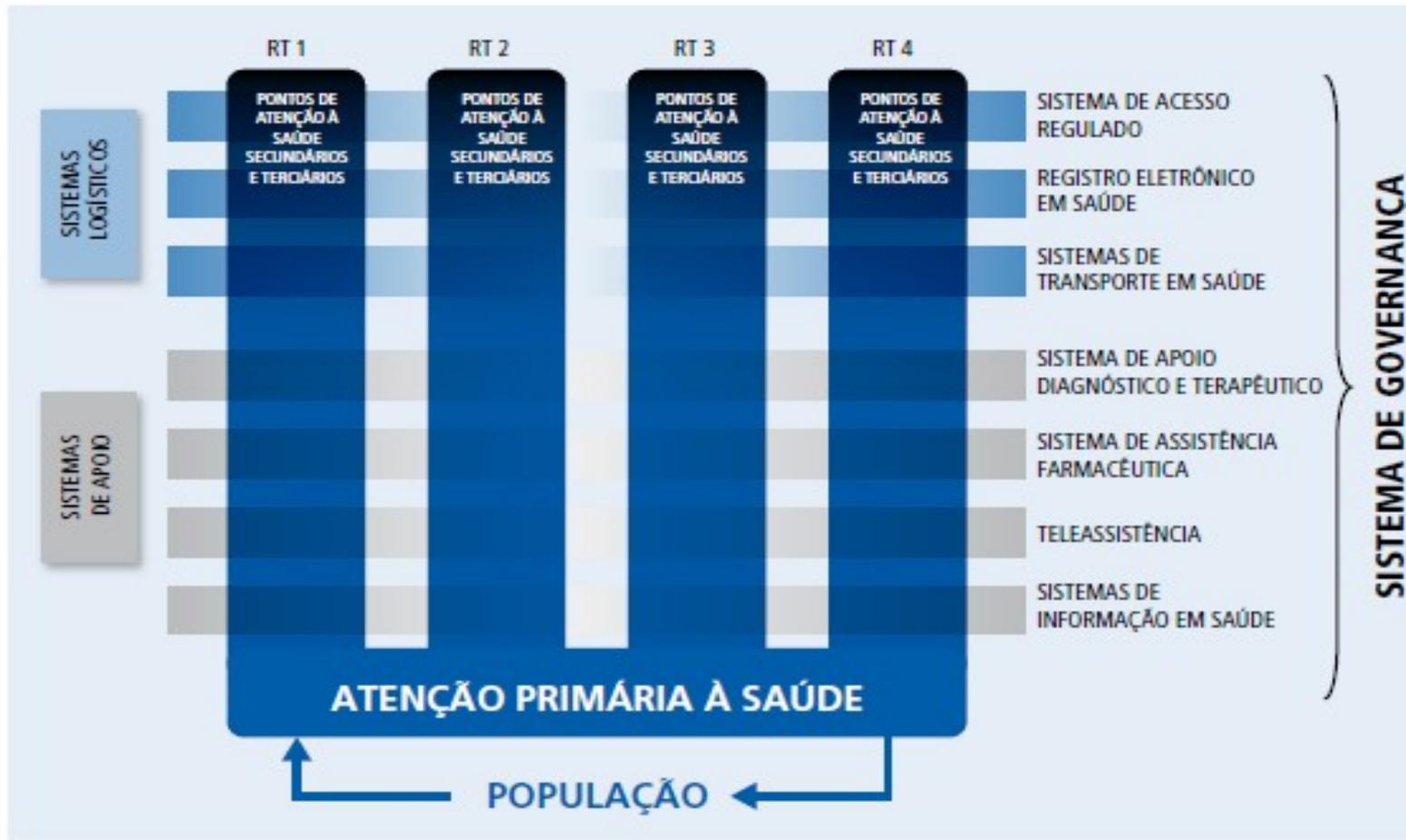
Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration.

Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005

Um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS

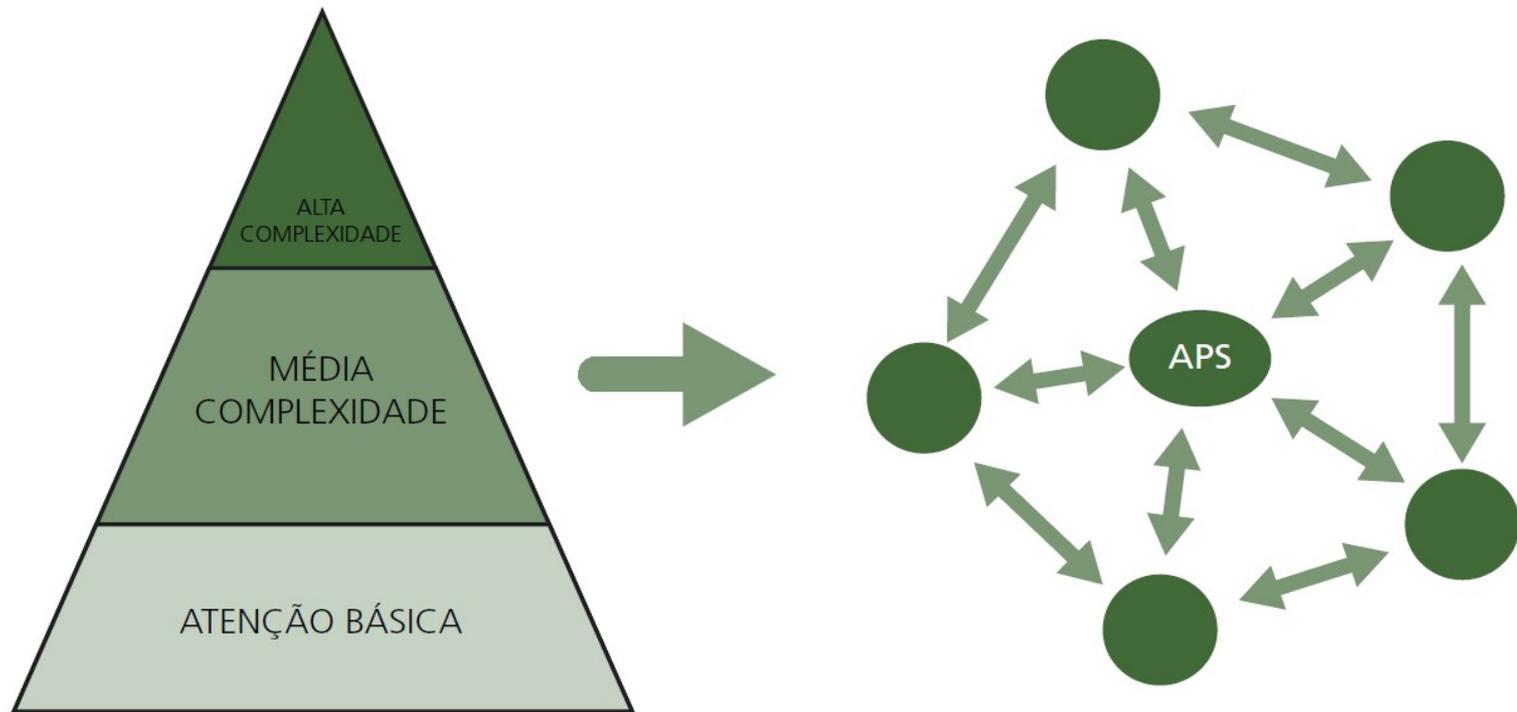


A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Rede Temática 1,2,3...n

A APS nos sistemas fragmentados e nas redes de atenção à saúde



Os atributos e os papéis da APS nas redes de atenção à saúde

ATRIBUTOS

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

FUNÇÕES

- Resolubilidade
- Comunicação
- Responsabilização



Fontes:

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil, UNECO/Ministério da Saúde, 2002

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, 2013.

A resolutividade da APS

- **A APS é capaz de atender em torno de 90% dos problemas que demandam cuidados primários**
 - Em Florianópolis, 87,5%**
 - Em Porto Alegre, 91%**
 - Em determinados países europeus, 95%**
- **Os problemas que chegam à APS não são necessariamente os problemas mais simples**
- **Os problemas que chegam à APS estruturam-se em diferentes perfis de demanda que convocam diversos perfis de oferta**

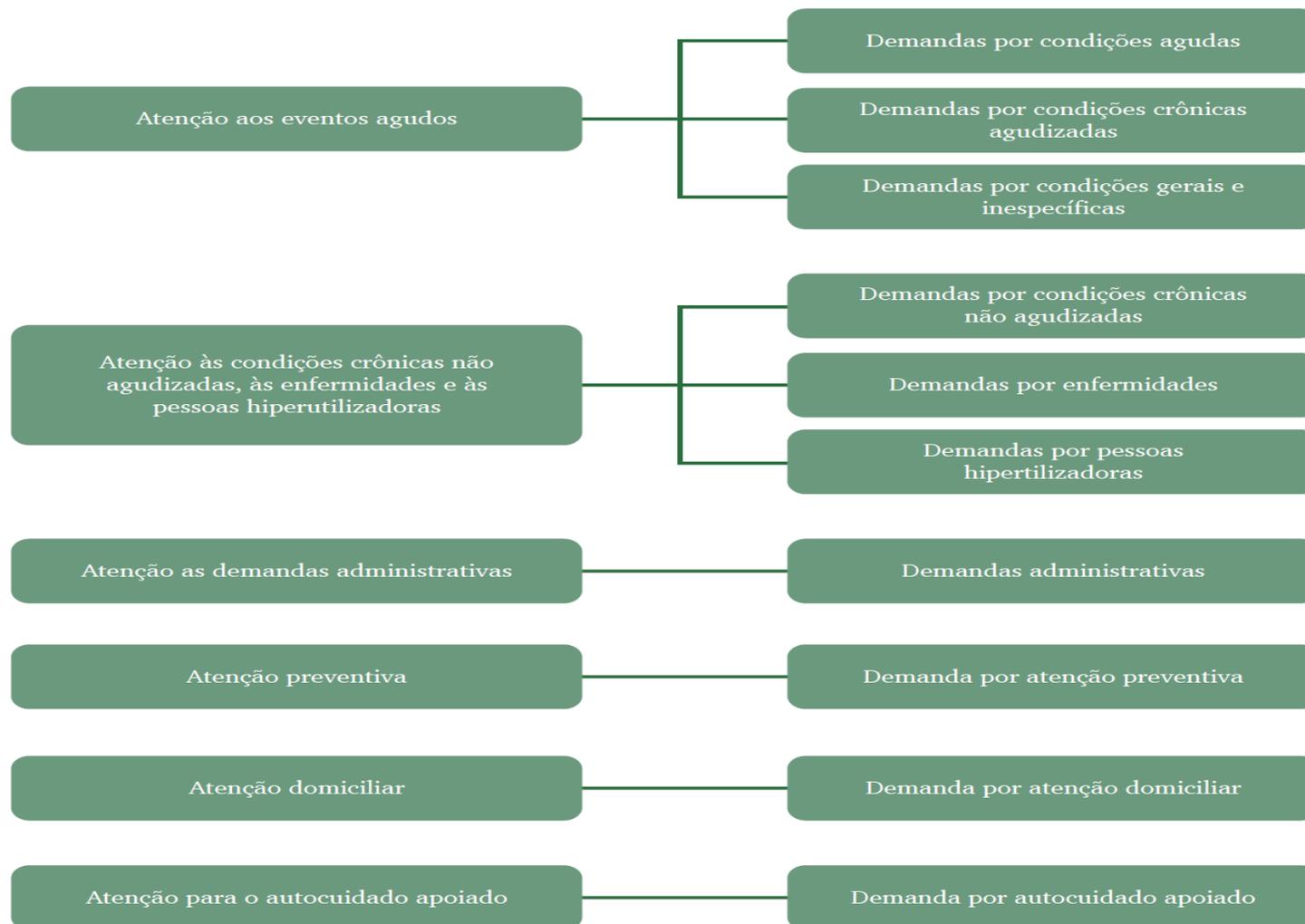
Fontes:

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

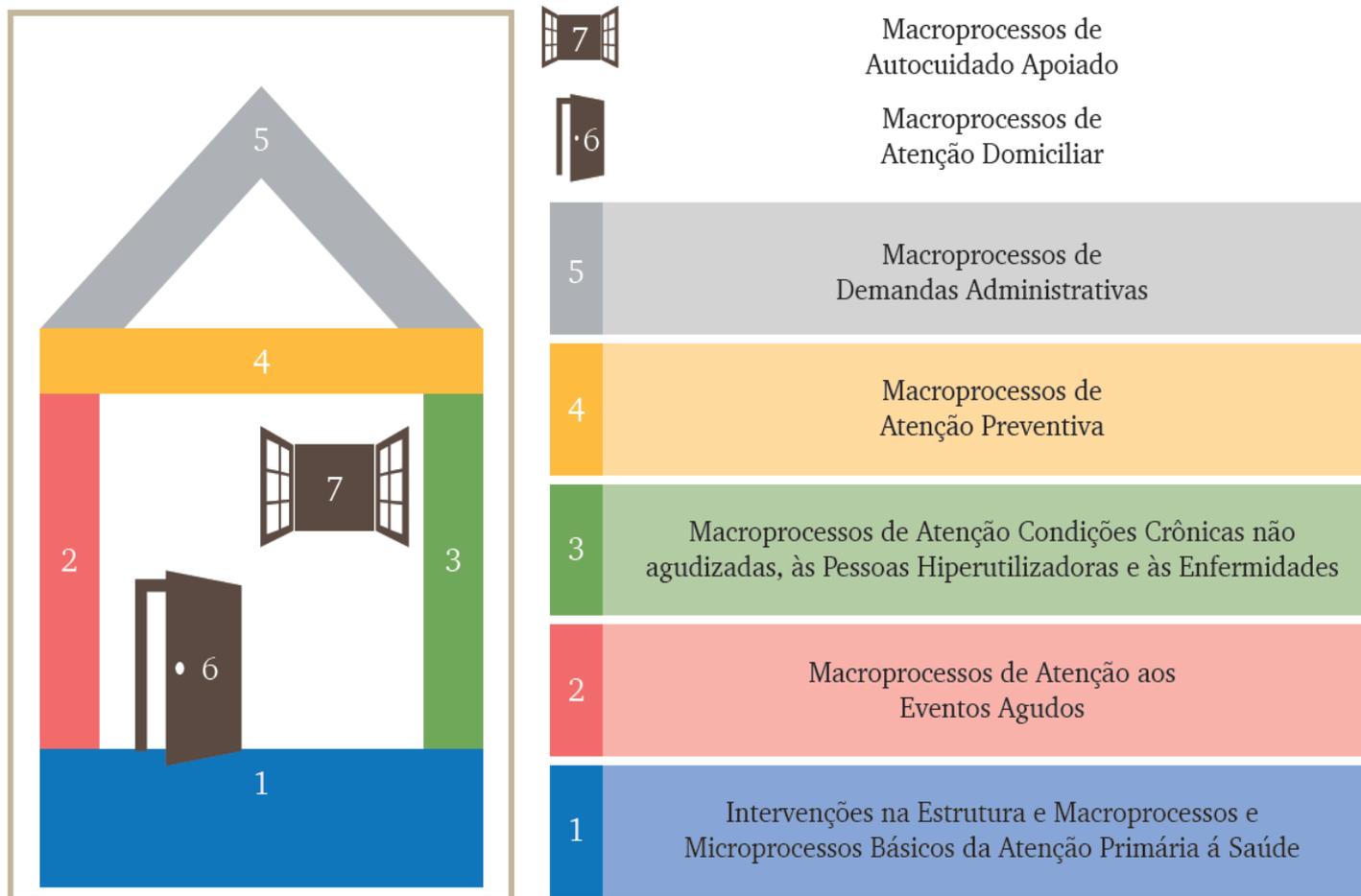
Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

A complexidade da APS



A construção social da APS



A mudança no financiamento das redes de atenção à saúde



Pagamento por procedimentos

“O pagamento por procedimentos é um reator descontrolado que abastece os custos dos sistemas de saúde já que metade dos serviços consumidos são resultado de orientação de médicos e fornecedores e não das necessidades de saúde da população”

Pagamento por pacotes **Orçamento global** **Capitação ajustada**

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**

Um caso: a Rede Mãe Paranaense no estado do Paraná, Brasil



- **Localização na região sul do Brasil**
- **População: 11.081.692 habitantes**
- **Área: 199.307 km²**

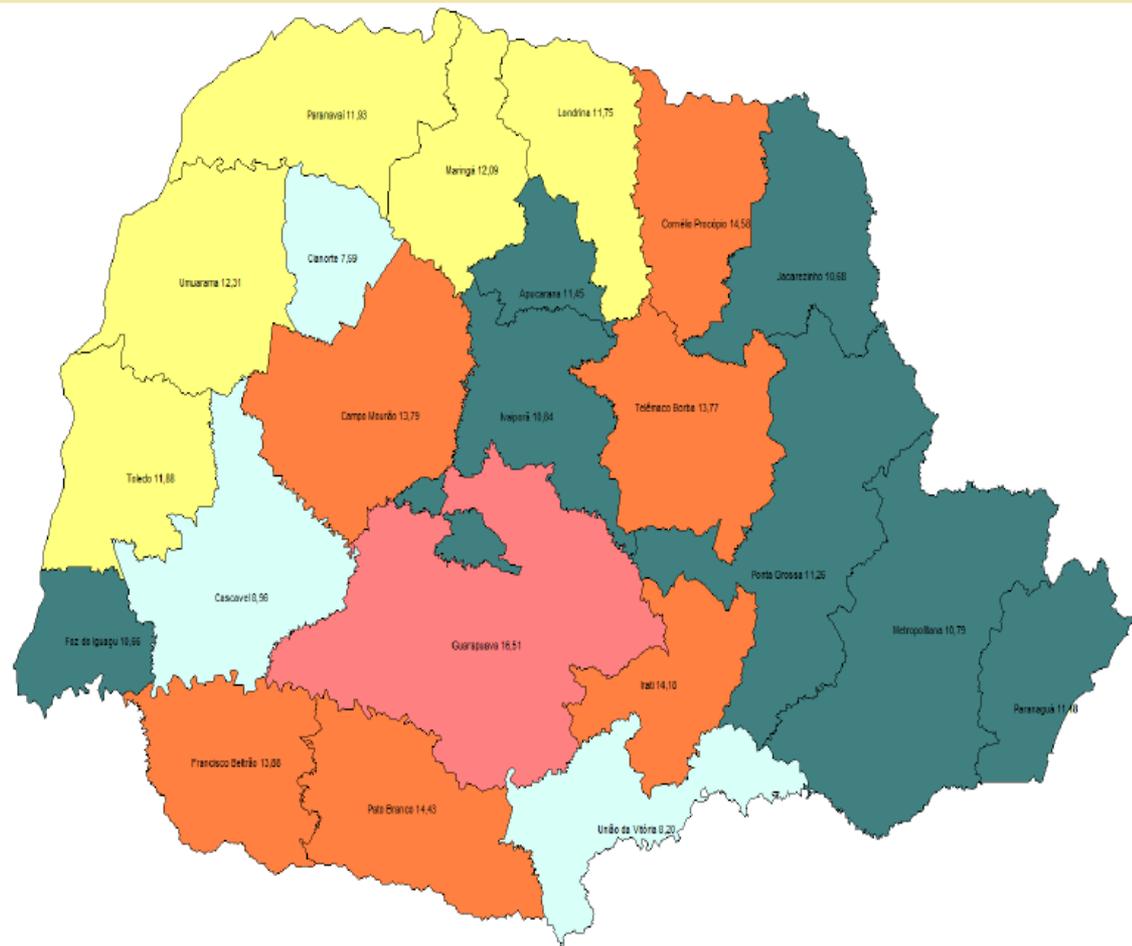


A territorialização sanitária do estado do Paraná

399 municípios

22 regiões de saúde

4 macrorregiões de saúde



O mapa estratégico da Rede Mãe Paranaense

MISSÃO

Garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade.

VISÃO

Ser até 2020, o Estado com uma Rede de Atenção Materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões do estado com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.

VALORES

Compromisso

Ética

Vínculo

Humanização

SOCIEDADE

- Reduzir a mortalidade materna e infantil;
- Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado;

A linha-guia da Rede Mãe Paranaense



Estratificação de risco e níveis de atenção às gestantes

Risco Habitual	Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.	<ul style="list-style-type: none">❖ Atenção primária à Saúde❖ Hospitais de Risco Habitual.
Risco Intermediário	<ul style="list-style-type: none">- Gestantes negras ou indígenas;- Gestantes com menos de 15 anos e mais de 40 anos;- Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;- Gestantes com menos de 20 anos com um filho morto, ou com mais de três filhos, anteriormente.	<ul style="list-style-type: none">❖ Atenção primária à Saúde e Atenção Secundária ambulatorial❖ Hospitais de Risco Intermediário
Alto Risco	Patologias pré existentes e específicas do período gestacional	<ul style="list-style-type: none">❖ Atenção primária a Saúde e Atenção Secundária ambulatorial e Hospitais de Alto Risco

Fonte: Huçulak M. Rede Mãe Paranaense. Curitiba, Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2014 .

Matriz dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense

Nível de Atenção	Pontos de Atenção			Território Sanitário
Atenção Terciária	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Macrorregião de Saúde
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica	
Atenção Secundária	Hospital/ Maternidade de Risco Intermediário	Ambulatorial Centro Mãe Paranaense (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde
			UTI Pediátrica UTI/UCI Neonatal	
	Hospital / Maternidade de Risco Habitual			
Atenção Primária	Núcleo de Apoio à Saúde ad Família - NASF			Município
	Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Atenção Primária Saúde da			Micro-Área
	Domicílio (ACS)			Área de abrangência

Município

A atenção primária à saúde na Rede Mãe Paranaense

- **A captação das gestantes e das crianças**
- **A estratificação de risco das gestantes e das crianças**
- **A vinculação das gestantes e das crianças a uma equipe da Estratégia da Saúde da Família**
- **O manejo exclusivo das gestantes e crianças de baixo e moderado riscos, segundo as diretrizes clínicas baseadas em evidência**
- **O comanejo das gestantes e crianças de alto risco, segundo as diretrizes clínicas baseadas em evidência**
- **A programação de todos os pontos de atenção à saúde da Rede Mãe Paranaense**
- **A coordenação da Rede Mãe Paranaense**

Tipologia dos hospitais da Rede Mãe Paranaense

Critérios	Hospital Risco Habitual	Hospital Risco Intermediário	Hospital Alto Risco
Território Sanitário	Local/Regional	Regional	Macrorregional
Número de partos/ano ou 50% dos partos de NV do município	120	250	500
Composição da equipe mínima	plantonista e enfermeira 24 horas	Obstetra, pediatra, anestesista e enfermeira 24 horas	Obstetra, pediatra, anestesista, enfermeira e intensivista
UTI adulto	Não	Não	Sim
UTI neonatal	Não	Não	Sim
UCI neonatal e Unidade Método Canguru	Não	Sim	Sim
Alojamento conjunto	Sim	Sim	Sim
Comissão interna de prevenção mortalidade materna e infantil	Sim	Sim	Sim
Garantia de acompanhante no pré-parto, parto e puerpério	Sim	Sim	Sim
Vinculação na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	Não	Sim	Sim

Vinculação das gestantes aos hospitais segundo a estratificação de risco

	Risco Habitual	Risco Intermediário	Alto Risco
Boa Ventura de São Roque	São Vicente – Pitanga	Hospital São Vicente de paulo de Pitanga	Hospital São Vicente de Guarapuava
Campina do Simão	São Vicente – Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Candói	Santa Clara – Candoi	Hospital São Vicente de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Cantagalo	Santo Antonio – Cantagalo	Hospital Santa Tereza de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Foz do Jordão	Santa Clara – Candoi	Hospital São Vicente de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Goioxim	Santa Tereza/ Guarapuava	Hospital Santa Tereza de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Guarapuava	Santa Tereza/ Guarapuava	Hospital São Vicente e Santa Tereza de Gua	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Laranjal	Municipal de Santa Maria	Hospital São Vicente de Paulo de Pitanga	Hospital São Vicente de Guarapuava
Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Marquinho	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Nova Laranjeiras	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Palmital	São Vicente Pitanga	Hospital São Vicente de paulo de Pitanga	Hospital São Vicente de Guarapuava
Pinhão	Santa Cruz – Pinhão	Hospital Santa Tereza de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Pitanga	São Vicente – Pitanga	Hospital São Vicente de paulo de Pitanga	Hospital São Vicente de Guarapuava
Porto Barreiro	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Prudentópolis	Santa Casa Sagrado Coração de Prudentopolis	Sagrado Coração de Jesus de Prudentopolis	Hospital São Vicente de Guarapuava
Reserva do Iguaçu	Santa Cruz de Pinhão e Santa Clara de Candoi	Hospital São Vicente de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Rio Bonito do Iguaçu	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava
Turvo	Bom Pastor de Turvo	Hospital Santa Tereza de Guarapuava	Hospital São Vicente de Guarapuava
Virmond	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	São Lucas e São José/ Laranjeiras do Sul	Hospital Santa Tereza de Guarapuava

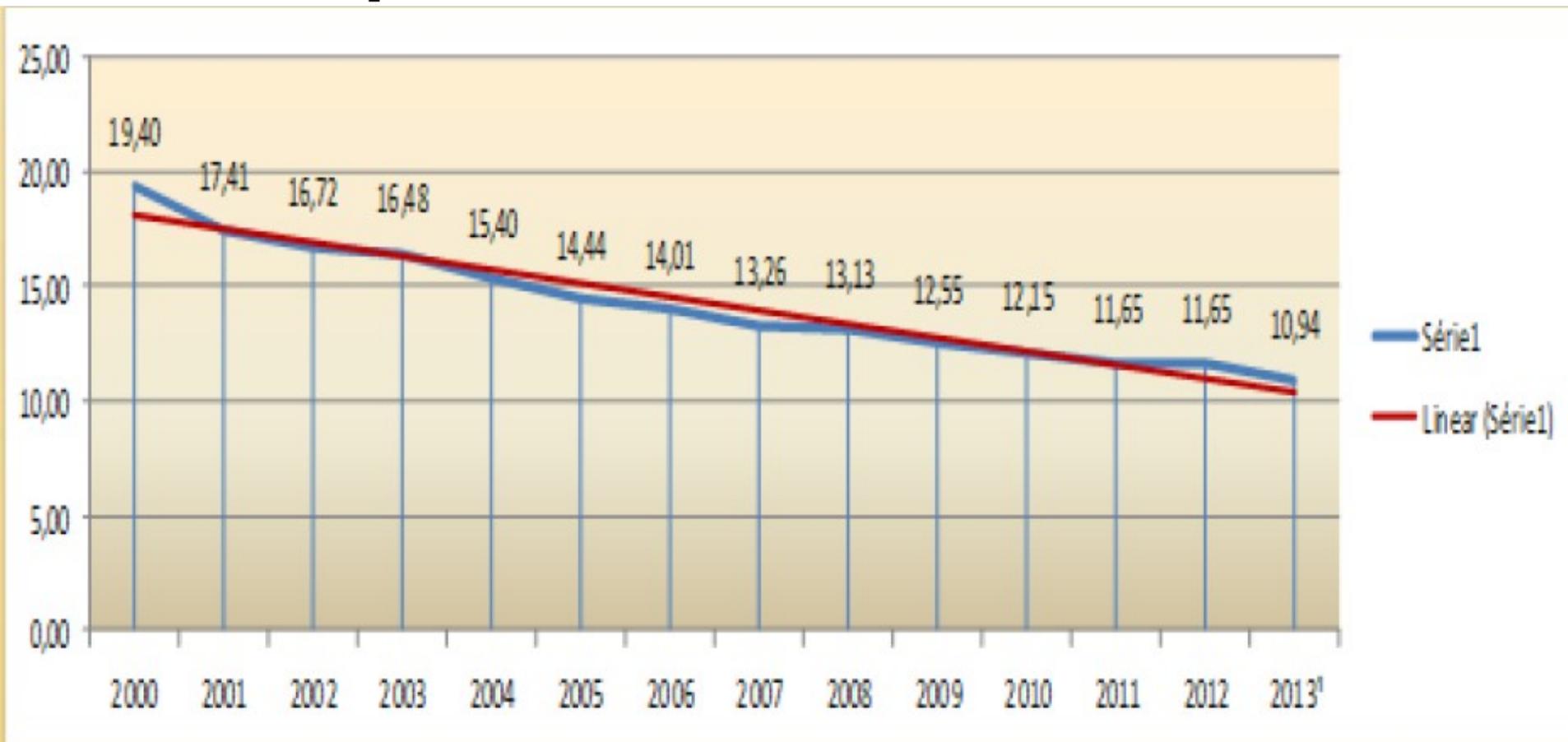
A governança da Rede Mãe Paranaense

- **Na macrorregião: o Comitê Executivo**
- **Na região: a Comissão Intergestores Bipartite Regional**
- **No município: a Secretaria Municipal de Saúde**

O painel de bordo da Rede Mãe Paranaense

	Objetivo estratégico	indicador
Resultados para a sociedade	1-Reduzir mortalidade materna e infantil	1.1. Razão de morte materna. 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil.
	2-Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede.
Processo	3-Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal parto, puerpério e puericultura.	3.1- % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação
		3.2- Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses.
		3.3- Cobertura vacinal em menores de um ano.
		3.4- Número absoluto de crianças com sífilis congênita.
		3.5- % de partos prematuros.
		3.6- Taxa de cesarianas.
	4-Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de alto risco	4.1- % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos.
		4.2- % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos.
	5-Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1- % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco.
		5.2- % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

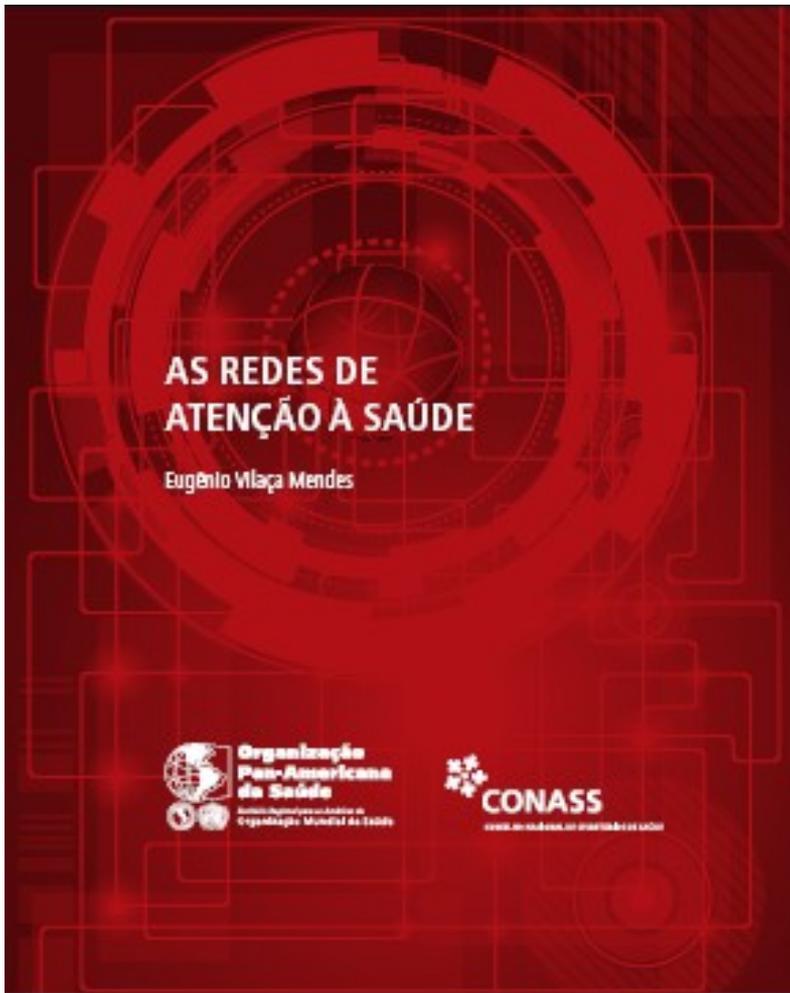
Resultados para a sociedade: a mortalidade infantil no Paraná no período de 2000 a 2013



FONTE: SIM/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR

Nota ¹: Resultados do período de 2000-2011 com fechamento do banco de dados da SESA-PR

Nota ²: Resultados preliminares, sujeitos à alteração. (DBF: 07/04/2014)



**Disponíveis para download gratuito em:
www.conass.org.br**