

APS E A INTEGRAÇÃO COM A REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

QUAL O POTENCIAL DAAPS?

TIAGO SOUSA NEIVA

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (2004)

Mestrando em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília

Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela SBMFC

Pós-Graduado em Medicina do Trabalho e Gestão de Serviços e Sistemas de
Saúde, UNB

Pós-Graduado em Saúde da Família e Comunidade, FEPECS

MFC (40h) e Clínico Médico (20h) da SESDF

“Sem crise não há desafios; sem desafios, a vida é uma rotina, uma lenta agonia. Sem crise não há mérito. É na crise que se aflora o melhor de cada um...”

Einstein

Modelos assistenciais em saúde

» TIAGO SOUSA NEIVA

Médico de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do DF e Conselheiro de Saúde do DF

A assistência à saúde do Distrito Federal mostra sinais de que seu modelo de gestão, a maneira de organizar os recursos humanos, materiais e financeiros para prestar todos os serviços, não é capaz de responder às ne-

FAÇAMOS UM PACTO?

1. O nome da PORTA DE ENTRADA **PREFERENCIAL** ao sistema de saúde é **ATENÇÃO PRIMÁRIA**, NÃO atenção básica;
2. **APS** não é "simples", mas **MUITO COMPLEXA**;
3. Na **APS FAZ-SE ASSISTÊNCIA** em saúde, muito mais que P-P-P;
4. **MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE** é médico **ESPECIALISTA GENERALISTA**;
5. **MFC**, no Brasil, (ainda) não é o médico da ESF/UBS/APS.

DÚVIDAS

- Quais as principais demandas, problemas e necessidades das pessoas e dos Sistemas de Saúde?
- Nossa organização (SUS) é capaz de responder adequadamente a elas?
- Se não, como nos dirigirmos ao aprimoramento?
- Aliás, APS funciona mesmo?

RETRATOS DO SUS - HOSPITAIS



RETRATOS DO SUS - APS



O QUE DETERMINA NOSSA SAÚDE?

Genética^A + Ambiente Físico-Social^B +
Comportamentos^C



The diagram features a cluster of teal circles of various sizes on the left, representing the components of health. Two large, light-blue chevrons point from this cluster towards a large teal circle on the right labeled 'Saúde'. Below the chevrons, the text 'Atenção em Saúde' is written in yellow.

Atenção em Saúde

NOSSA META: OTIMIZAR/MAXIMIZAR A SAÚDE DAS POPULAÇÕES

- META ZERO - alcance de um ótimo nível de saúde entre grupos populacionais
- CONHECER - Mais avançado conhecimento acerca das enfermidades
- REALIZAR - Minimizar disparidades de acessibilidade

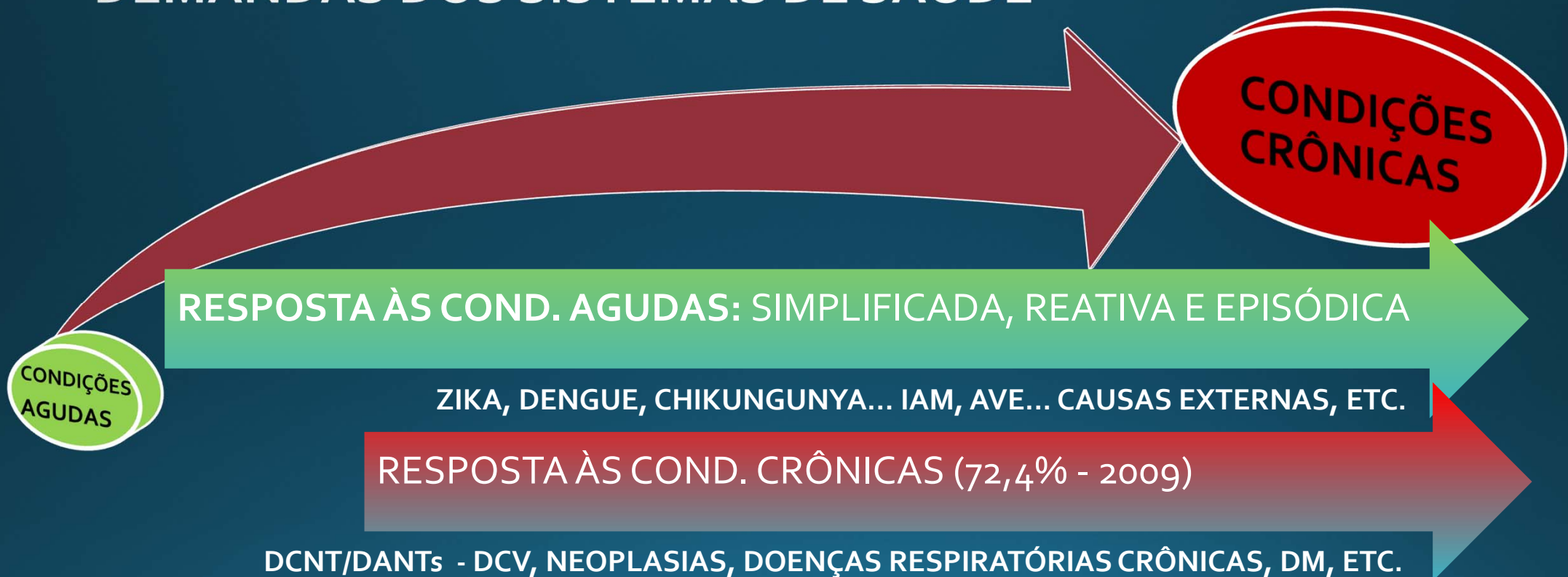
STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ATENÇÃO À SAÚDE – PRESTADA PELOS SISTEMAS DE SAÚDE

- **O SUS:** conjunto de **TODAS AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS** por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar complementarmente.

- **O SUS ACONTECE MEDIANTE UM MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE:** a **MANEIRA DE ORGANIZAR OS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS PARA PRESTAR OS SERVIÇOS** de saúde.

CARGA DA DOENÇAS ("TRIPLA TUPINIQUIM") DEMANDAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE



SISTEMAS DE SAÚDE FRAGMENTADOS

PONTOS DE ATENÇÃO ISOLADOS E INCOMUNICADOS

INCAPAZES DE ATENÇÃO CONTÍNUA

NÃO CONTEMPLAM UMA POP. ADSCRITA DE RESPONSABILIZAÇÃO

APS DESVINCULADA DOS SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS, NÃO SE COMUNICA FLUIDAMENTE COM OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO

ASSISTÊNCIA É REATIVA, EPISÓDICA E CENTRADA NA DOENÇA

ONDE A POPULAÇÃO CONSULTA?

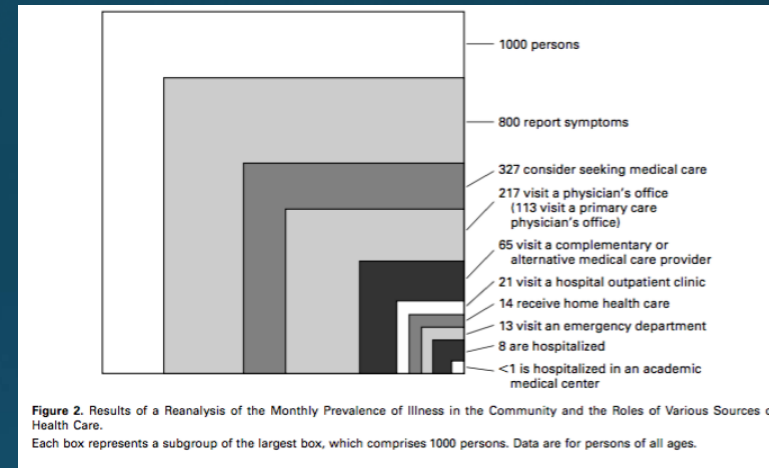
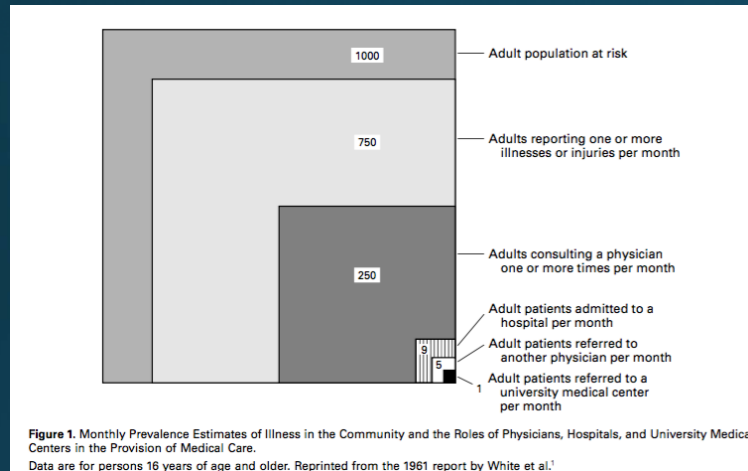


TABLE 1. MEDICAL ECOLOGY IN TERMS OF TYPE OF CARE ACCORDING TO AGE, SEX, AND RACE.*

VARIABLE	OFFICE VISIT	OUTPATIENT CLINIC VISIT	HOME HEALTH CARE VISIT	EMERGENCY DEPARTMENT VISIT	HOSPITAL STAY
Age†					
<18 Yr	167.3 (161.0–173.6)	8.2 (7.0–9.4)	2.2 (1.4–3.0)	12.8 (11.7–13.9)	3.5 (2.7–4.3)
≥18 Yr	234.8 (229.0–240.6)	25.8 (24.0–27.6)	17.7 (15.6–19.8)	13.0 (12.2–13.8)	10.3 (9.6–11.0)
Sex‡					
Male	179.3 (173.4–185.2)	17.5 (16.0–19.0)	8.7 (7.0–10.4)	12.5 (11.6–13.4)	7.5 (6.7–8.3)
Female	252.6 (246.1–259.2)	24.6 (22.5–26.7)	18.1 (15.7–20.5)	13.3 (12.4–14.2)	9.5 (8.7–10.3)
Race§					
Black	150.7 (142.3–159.1)	15.5 (12.5–18.5)	14.9 (10.8–19.0)	13.0 (11.3–14.7)	7.9 (6.3–9.5)
White	230.9 (225.0–236.8)	22.7 (21.1–24.3)	13.6 (11.8–15.4)	13.1 (12.3–13.9)	8.7 (8.0–9.4)

PORQUÊ A POPULAÇÃO CONSULTA?

- Os dez sintomas mais frequentes endossados pelos pacientes:
 - 1. SENTINDO-SE CANSADO,
 - 2. CEFALÉIA,
 - 3. DOR ARTICULAR,
 - 4. DOR COSTAS,
 - 5. DIFICULDADE DORMIR,
 - 6. DOR GARGANTA,
 - 7. NERVOSISMO/ANSIEDADE,
 - 8. INDIGESTÃO/PIROSE GÁSTRICA,
 - 9. TOSSE,
 - 10. SENTINDO-SE DEPRIMIDO.

PORQUÊ A POPULAÇÃO CONSULTA?

Table 5.3. MOST FREQUENTLY MANAGED PROBLEMS

Problem Managed	Number	Percent of Total Problems (n = 152,517)	Rate per 100 Encounters (n = 98,564)	95% LCL	95% UCL	New as Percent of all Problems ^a
Hypertension*	8482	5.6	8.6	8.1	9.1	5.0
Check-up (air)*	6304	4.1	6.4	6.0	6.8	45.1
Upper respiratory tract infection	5716	3.7	5.8	5.3	6.3	77.4
Immunization/vaccination (all)*	4922	3.2	5.0	4.5	5.5	61.3
Diabetes (all)*	4186	2.7	4.2	4.0	4.5	5.3
Depression*	4084	2.7	4.1	3.9	4.4	14.6
Arthritis (all)*	3743	2.5	3.8	3.6	4.0	18.2
Lipid disorder	3292	2.2	3.3	3.1	3.6	10.9
Back complaint*	2906	1.9	2.9	2.8	3.1	23.3
Prescription (all)*	2677	1.8	2.7	2.4	3.0	5.8
Gastro-oesophageal reflux disease*	2538	1.7	2.6	2.4	2.8	15.8
Acute bronchitis/bronchiolitis	2306	1.5	2.3	2.1	2.5	70.9
Asthma	2124	1.4	2.2	2.0	2.3	17.1
Anxiety*	2085	1.4	2.1	1.9	2.3	16.3
Test results*	2019	1.3	2.0	1.8	2.2	29.4
Contact dermatitis	1764	1.2	1.8	1.7	1.9	48.0
Urinary tract infection*	1678	1.1	1.7	1.6	1.8	63.7
Sleep disturbance	1534	1.0	1.6	1.4	1.7	18.8
Vitamin/nutritional deficiency	1466	1.0	1.5	1.3	1.6	32.5
Administrative procedure (all)*	1414	0.9	1.4	1.3	1.6	42.2

Reprinted with permission from Britt H, Miller GC, Henderson J, et al. *General Practice Activity in Australia; 2012–13. BEACH: Bettering the Evaluation and Care of Health*. Sydney: Sydney University Press, University of Sydney Library. 2013.

PORQUÊ A POPULAÇÃO CONSULTA?

Table 5.4. MOST FREQUENTLY MANAGED CHRONIC PROBLEMS

Chronic Problem Managed	Number	Percent of Total Chronic Problems (n = 54,944)	Rate per 100 Encounters (n = 98,564)	95% LCL	95% UCL
→ Hypertension (non-gestational)**	8474	15.4	8.6	8.1	9.1
→ Diabetes (non-gestational)**	4157	7.6	4.2	3.9	4.5
→ Depressive disorder	4038	7.3	4.1	3.9	4.3
→ Chronic arthritis**	3728	6.8	3.8	3.5	4.0
→ Lipid disorder	3292	6.0	3.3	3.1	3.6
→ Oesophageal disease	2568	4.7	2.6	2.4	2.8
→ Asthma	2124	3.9	2.2	2.0	2.3

Reprinted with permission from Britt H, Miller GC, Henderson J, et al. *General Practice Activity in Australia; 2012–13. BEACH: Bettering the Evaluation and Care of Health*. Sydney: Sydney University Press, University of Sydney Library. 2013.

Table 5.2. TWENTY LEADING PRIMARY DIAGNOSIS GROUPS FOR OFFICE VISITS: UNITED STATES, 2015

Primary Diagnosis Group and ICD-9-CM Code(s) ¹	Number of Visits in Thousands (standard error in thousands)		Percent Distribution (standard error of percent)		Female ² Percent Distribution (standard error of percent)		Male ³ Percent Distribution (standard error of percent)	
All visits		1,008,802 (46,471)	100.0	...	100.0	...	100.0	...
Routine infant or child health check	V20.0-V20.2	44,634 (4,724)	4.4	(0.4)	4.7	(0.4)	5.4	(0.6)
Essential hypertension	401	38,916 (3,845)	3.9	(0.3)	3.5	(0.4)	4.4	(0.4)
Arthropathies and related disorders	710-719	36,130 (3,999)	3.6	(0.4)	3.7	(0.4)	3.4	(0.3)
Acute upper respiratory infections, excluding pharyngitis	460-461, 463-466	32,207 (3,102)	3.2	(0.3)	3.2	(0.3)	3.3	(0.3)
Spinal disorders	720-724	31,593 (4,165)	3.1	(0.4)	2.9	(0.4)	3.5	(0.4)
Diabetes mellitus	249-250	30,560 (4,369)	3.0	(0.4)	2.5	(0.4)	3.8	(0.5)
Malignant neoplasms	140-208, 209-209.36, 209.7-209.79, 230-234	29,155 (4,310)	2.9	(0.4)	2.5	(0.4)	3.4	(0.4)
Rheumatism, excluding back	725-729	21,835 (2,282)	2.2	(0.2)	2.4	(0.3)	1.9	(0.2)
Normal pregnancy	V22	20,879 (2,595)	2.1	(0.2)	1.6	(0.4)
General medical examination	V70	19,705 (1,968)	2.0	(0.2)	2.5	(0.2)	2.5	(0.3)
Gynecological examination	V72.3	16,345 (2,402)	1.6	(0.2)	1.8	(0.4)
Follow-up examination	V67	15,603 (2,132)	1.5	(0.2)	1.6	(0.2)	1.4	(0.2)
Otitis media and eustachian tube disorders	381-382	14,650 (1,545)	1.5	(0.1)	1.1	(0.1)	1.9	(0.2)
Specific procedures and aftercare	V50-V59.9	14,286 (1,836)	1.4	(0.2)	1.3	(0.3)	1.6	(0.2)
Asthma	493	14,232 (2,195)	1.4	(0.2)	1.4	(0.3)	1.5	(0.2)
Heart disease, excluding ischemic	391-392.0, 393-398, 402, 404, 415-416, 420-429	12,405 (1,156)	1.2	(0.1)	1.2	(0.1)	1.3	(0.1)
Disorders of lipid metabolism	272	12,350 (1,777)	1.2	(0.2)	0.9	(0.2)	1.6	(0.2)
Cataract	366	11,266 (1,990)	1.1	(0.2)	1.2	(0.2)	1.0	(0.2)
Allergic rhinitis	477	11,057 (2,252)	1.1	(0.2)	1.0	(0.2)	1.2	(0.3)
Benign neoplasms	210-229, 209.4-209.69, 235-239	10,663 (1,131)	1.1	(0.1)	1.1	(0.1)	1.0	(0.1)
All other diagnoses ⁴		570,331 (27,399)	56.5	(0.9)	56.5	(1.0)	56.5	(1.1)

PORQUÊ A POPULAÇÃO CONSULTA?

Tabela 1 - Número e proporção (%) de problemas de saúde e procedimentos utilizados pelos usuários das UBSs completa ou parcialmente cobertas pela Estratégia Saúde da Família, e das UPAs de Belo Horizonte, dezembro de 2008

Problema de Saúde	UBS Parcial PSF		UBS-PSF		UPA	
	N	%	N	%	N	%
Consultas de retorno	50	40,3	134	33,5	1	0,3
Afecções leves*	34	27,4	170	30,9	174	57,4
Ações programáticas/ Controle de agravos**	28	22,6	157	28,5	1	0,3
Afecções moderadas a graves***	8	6,5	19	3,5	66	21,8
Acidente/ lesão/ gravidez alto risco	3	2,4	12	2,2	54	17,8
Outros	1	0,8	8	1,5	7	2,3
Procedimentos Realizados	UBS Parcial PSF		UBS-PSF		UPA	
	N	%	N	%	N	%
Consulta médica	82	66,1	341	62	204	67,3
Classificação de risco/ Acolhimento	22	17,7	123	22,4	124	40,9
Procedimentos de enfermagem	84	27,4	159	28,9	94	31
Consultas de enfermagem	3	2,4	33	6	21	6,9
Consulta odontológica/ Procedimentos odontológicos	9	7,3	20	3,6	3	1

*Afecções leves: gripes, amigdalites, dermatite, bronquites leves, tosse, febre, conjuntivite, dor lombar, vômito, diarreia, dor de estômago, dor no corpo, dor de dente, distúrbio nutricional, DST;

**Ações programáticas/controle de agravos: vacinação, pré-natal, puericultura, ação educativa, tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, doença de chagas, prevenção de câncer, hipertensão, outras

***Afecções moderadas a graves: crise asmática, pico hipertensivo, cardiopatias, infecção urinária, cólica renal, sintomatologia do infarto, abscesso dentário, DPOC, tumor/câncer

ACESSO DA POPULAÇÃO À CONSULTA?

Tabela 4 - Número e proporção (%) de motivos da procura pela UBS ou pela UPA, referido pelo usuário, Belo Horizonte, dezembro de 2008

Motivos da procura	UBS Parcial ESF		UBS-ESF		UPA	
	N	%	N	%	N	%
E mais próximo da minha residência	80	64,5	354	64,4	134	44,2
E cadastrado nesse serviço	17	3,7	85	15,5	1	0,3
É o único existente	14	11,3	52	9,5	3	1
O serviço é melhor que o existente próximo à minha residência	11	8,9	36	6,5	28	9,2
Foi encaminhado formalmente do CS / UPA	0	0	7	1,3	12	4
Foi indicação / solicitação de outros serviços de saúde	0	0	6	1,1	37	12,2
Por decisão própria, da família ou de terceiros	0	0	4	0,7	11	3,6
Atendimento mais rápido	0	0	1	0,2	21	6,9
Porque o CS não resolve o problema de saúde	0	0	0	0	28	9,2

ACESSO DA POPULAÇÃO À CONSULTA?

Tabela 5 - Número e proporção (%) de usuários segundo situações de procura a UPA e UBS, por locais de coleta, Belo Horizonte, dezembro de 2008

Situações em que procura as urgências	UBS Parcial		Completamente		UPA	
	N	%	N	%	N	%
Quando o problema de saúde é grave	44	35,5	208	37,8	140	46,2
Quando fica doente e o CS não está aberto	10	8,1	69	12,5	10	3,3
Quando avalia que o CS não vai resolver o problema	14	11,3	61	11,1	54	17,8
Para qualquer situação de doença, porque tem mais equipamentos e já faz os exames	1	0,8	11	2	18	5,9
Para qualquer problema de saúde	4	3,2	7	1,3	41	13,5
Pois confia no desempenho técnico dos profissionais	0	0	3	0,5	4	1,3
Situações em que procura a UBS	UBS Parcial		UBS		UPA	
	N	%	N	%	N	%
Consultas e exames de rotina	112	90,3	463	84,2	153	50,5
Para pegar medicação prescrita	90	72,6	334	68	105	34,7
Vacinação	76	61,3	349	63,5	93	30,7
Realizar preventivo do CA ginecológico	22	17,7	122	22,2	26	8,6
Acompanhamento de hipertensão e diabetes	24	19,4	100	18,2	28	9,2
Solicitar encaminhamento para outro serviço e, ou especialidade	19	15,3	100	18,2	27	8,9
Para tratamento odontológico	26	21	53	9,6	14	4,6
Acompanhamento do CD das crianças	15	12,1	47	8,5	24	7,9
Participar de atividades educativas	6	4,8	43	7,8	11	3,6
Para acompanhamento pré-natal	13	10,5	32	1,8	4	1,3
Reuniões do conselho de saúde local	1	0,8	3	0,5	1	0,3

A CRISE DO SISTEMA DE SAÚDE NO DF

- “Em relação à política de APS, partiu-se da concepção que o **MODELO DE SISTEMA DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL, hoje, é predominantemente HOSPITALOCÊNTRICO (*VERSUS* APS CENTRADO) e BIOMÉDICO (*VERSUS* BIOPSISSOCIAL)...”**

A CRISE DO SISTEMA DE SAÚDE NO DF

- “A evolução dessa política ocorreu de forma **DESCONTÍNUA e FRAGMENTADA** e, atualmente, caracteriza-se pelo **BAIXO POTENCIAL RESOLUTIVO** para os problemas de saúde da população; está **SUBMISSA E ACESSÓRIA AO MODELO HOSPITALAR, COM FRÁGIL CAPACIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO** dos princípios de coordenação do sistema, longitudinalidade, abordagem familiar, orientação comunitária, e não se impõe como porta de entrada ao sistema e à atenção integral (STARFIELD, 2002).”

O SISTEMA DE SAÚDE DO DF É FRAGMENTADO?



O SISTEMA DE SAÚDE DO DF É FRAGMENTADO?



HÁ SOLUÇÃO?

- Em 2010, em face a REFORMAS NOS MODELOS ASSISTENCIAIS dos ESTADOS UNIDOS, NA ESPANHA, REINO UNIDO E CANADÁ, a OPAS PROPÔS AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE como ALTERNATIVA PARA A FRAGMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE, definindo seus 14 atributos (OPAS, 2011).

A SOLUÇÃO

- As REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE seriam: *“uma REDE DE ORGANIZAÇÕES que presta, ou faz arranjos para prestar, SERVIÇOS DE SAÚDE EQUITATIVOS E INTEGRAIS A UMA POPULAÇÃO DEFINIDA E QUE ESTÁ DISPOSTA A PRESTAR CONTAS POR SEUS RESULTADOS clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”*.

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

1. MODELO ASSISTENCIAL:

- **ATRIBUTO 1:** POPULAÇÃO E TERRITÓRIOS DEFINIDOS + AMPLO CONHECIMENTO DE SUAS NECESSIDADES e preferências nas questões de saúde

-> OFERTA A DEMANDA ESCLARECIDA.

- **ATRIBUTO 2:** Extensa REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE PRESTAM SERVIÇOS DE PROMOÇÃO (a), PREVENÇÃO (b), DIAGNÓSTICO (c), TRATAMENTO (d), GESTÃO DE ENFERMIDADES (e), REABILITAÇÃO (f) E CUIDADOS PALIATIVOS (g)

-> ASSISTÊNCIA ABRANGENTE/INTEGRAL.

- **ATRIBUTO 3:** Um PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR QUE COBRE TODA A POPULAÇÃO (A) E QUE SERVE COMO PORTA DE ENTRADA AO SISTEMA (B), QUE INTEGRA E COORDENA A ATENÇÃO À SAÚDE (C), ALÉM DE SATISFAZER A MAIOR PARTE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO (D)

-> APS NO CENTRO DA REDE.

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

1. MODELO ASSISTENCIAL:

- **ATRIBUTO 4:** Prestação de SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NOS LUGARES MAIS APROPRIADOS, preferencialmente em ambientes EXTRA-HOSPITALARES

-> CADA ENTE DA REDE EXERCENDO VOCAÇÃO PRIMORDIAL.

- **ATRIBUTO 5:** Mecanismos de COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL AO LONGO DE TODO o contínuo dos serviços de saúde

-> COORDENAÇÃO/RESPONSABILIZAÇÃO FLUXO ASSISTENCIAL.?

- **ATRIBUTO 6:** Atenção à SAÚDE CENTRADA NA PESSOA, na família e na comunidade

-> MCCP/ACP - PARTICULARIDADES CULTURAIS E DE GÊNERO.

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

2. GOVERNANÇA E ESTRATÉGIA:

- **ATRIBUTO 7:** Um SISTEMA DE GOVERNANÇA ÚNICO PARA TODA REDE.?
- **ATRIBUTO 8:** PARTICIPAÇÃO SOCIAL AMPLA.?
- **ATRIBUTO 9:** AÇÃO INTERSETORIAL E ABORDAGEM DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA EQUIDADE EM SAÚDE.

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

3. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

- **ATRIBUTO 10: GESTÃO INTEGRADA DOS SISTEMAS DE APOIO CLÍNICO, ADMINISTRATIVO E LOGÍSTICO.**
- **ATRIBUTO 11: RH SUFICIENTES, COMPETENTES, COMPROMETIDOS E VALORIZADOS** pela rede.
- **ATRIBUTO 12: SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO** que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.
- **ATRIBUTO 13: GESTÃO BASEADA EM RESULTADOS – P4P.**

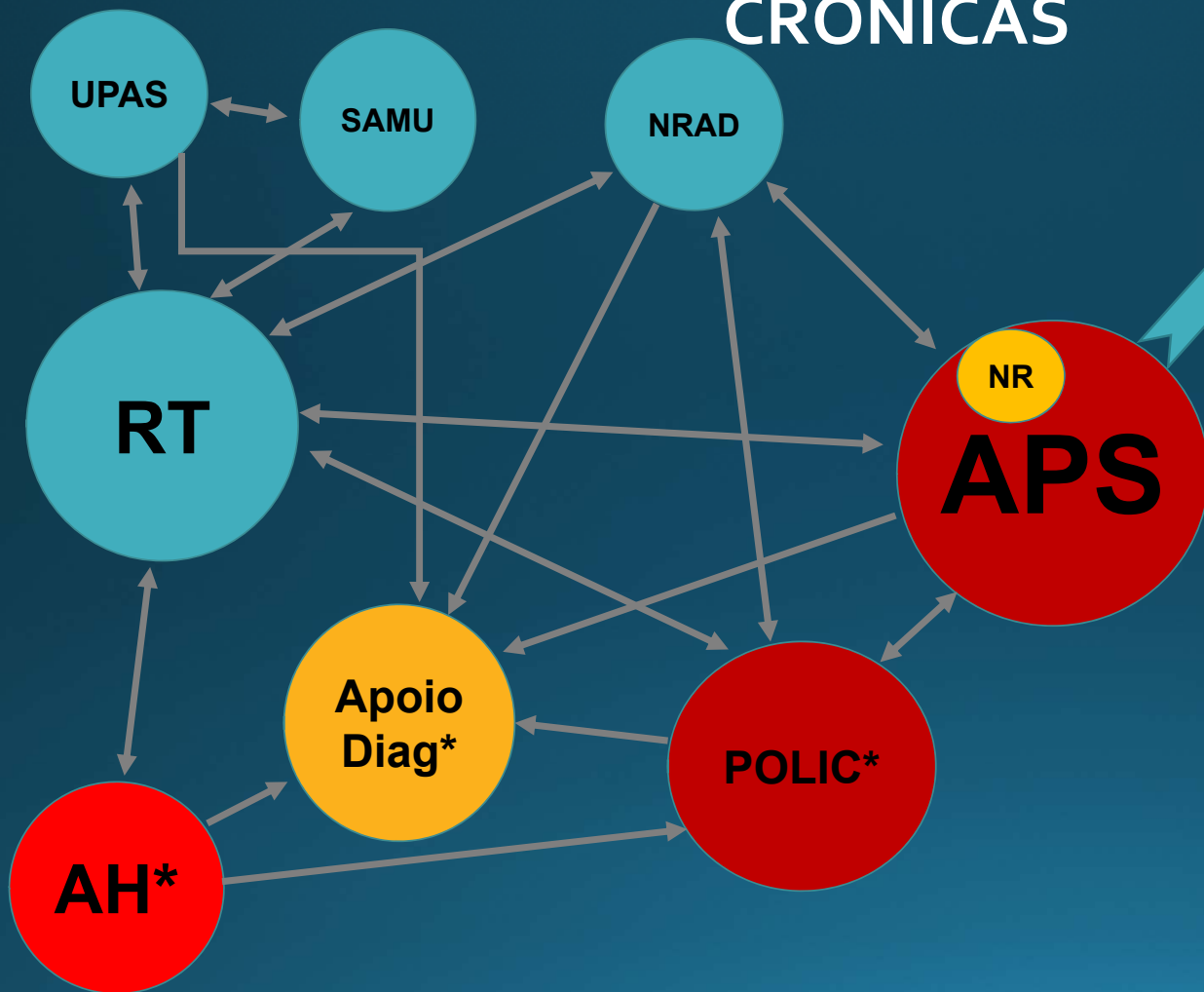
OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

4. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS E INCENTIVOS:

- **ATRIBUTO 14: FINANCIAMENTO ADEQUADO E INCENTIVOS FINANCEIROS ALINHADOS COM AS METAS DA REDE.**

CONDIÇÕES AGUDAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS



REQUISITOS BÁSICOS EFETIVIDADE:

1. Educação C/P – Processos Trabalho/Gestão Clínica;
2. Infraestrutura (física + lógica + logística + pessoal);
3. Tecnologia Informação (PEP);
4. Telemedicina/Telessaúde;
5. Monitoramento e Avaliação;
6. P4P;
7. Cogestão IES – COAPES – RMSF.

MZero - Oficinas de Planificação da APS (Curitiba):

- Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde e a Análise da Atenção Primária à Saúde no Município;
- Oficina 2 – O Diagnóstico Local e a Programação Local e Municipal;
- Oficina 3 – Organizando a Atenção para a Condição Crônica – Rede Mãe Paranaense;
- Oficina 4 – Organizando a Atenção para a Condição Aguda – Acolhimento e Classificação de Risco;
- Oficina 5 – A Abordagem Familiar: risco familiar, prontuário familiar, Ficha de Saúde da Família;
- Oficina 6 – O Monitoramento e o Contrato de Gestão.

ESF REALMENTE FUNCIONA?

- **Objetivo:** avaliar a tendência das taxas de *internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)* no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 2001 a 2011, e verificar sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF).
 - **ICSAP:** um indicador da qualidade de assistência à saúde.
 - Estas CSAP são situações de saúde para as quais cuidados adequados, no momento oportuno, podem reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações, prevenir o surgimento de doenças ou permitir seu manejo adequado.

ESF REALMENTE FUNCIONA?

- **Resultados:** os investimentos per capita em saúde e a cobertura populacional pela ESF foram negativamente correlacionados com a taxa de internações por **ICSAP**.
 - Principais ICSAP - pneumonias, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes melito.
 - Observaram-se quatro agravos, entre os cinco mais prevalentes, que apresentaram comportamento de queda contínua nas internações ao longo dos anos estudados.

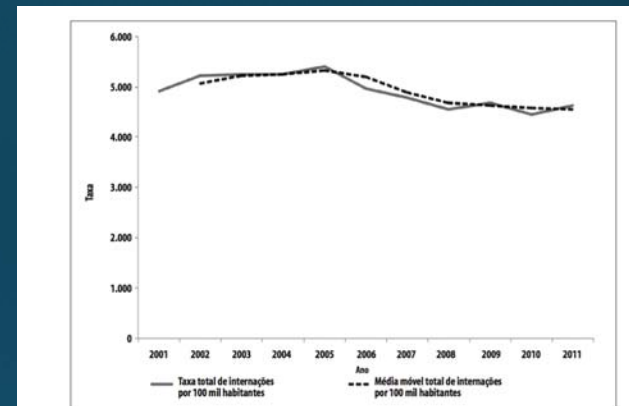
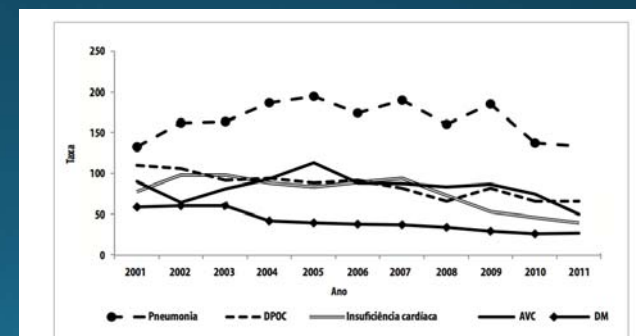


Figura 2 – Taxas de internações por todas as causas (por 100 mil habitantes) e médias móveis das taxas a cada dois anos no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2001 a 2011



DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica
AVC: acidente vascular cerebral
DM: diabetes Mellitus

Figura 3 – Taxas de internação (por 100 mil habitantes) por causas mais prevalentes de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2001 a 2011

ESF REALMENTE FUNCIONA?

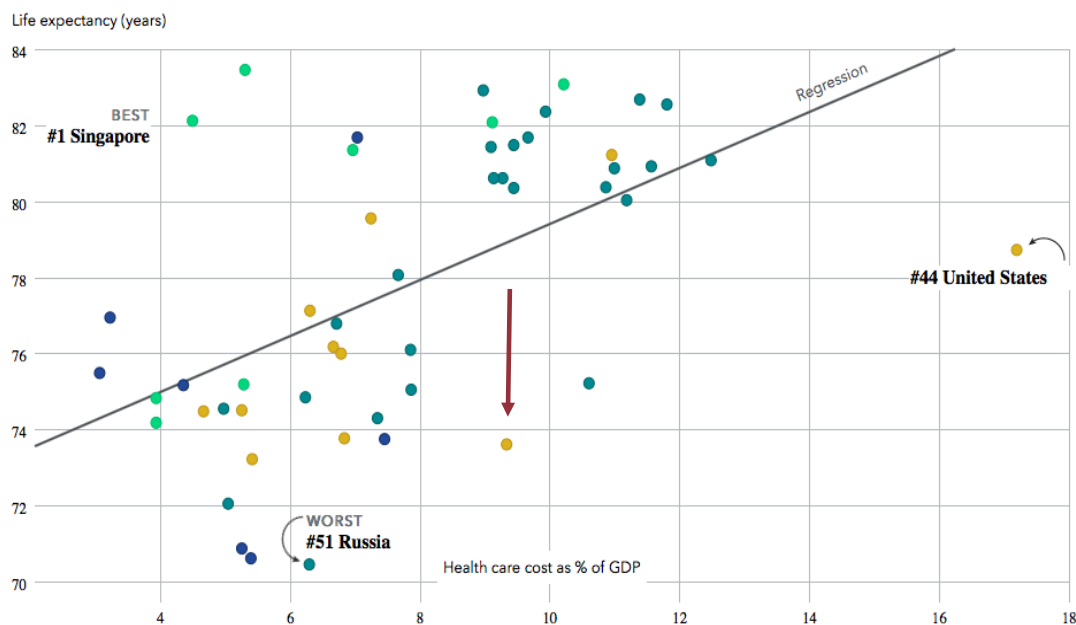
▪ Outros estudos:

- Realizado no município de BH, onde a cobertura de ESF atingiu 75,5%, mostrou redução de ICSAP no período de quatro anos¹;
- Estudo transversal realizado em Montes Claros (MG), com cobertura da ESF ao redor de 50,0%, apontou, entre outros fatores associados, que o controle de saúde realizado fora da ESF aumentava em mais de duas vezes a prevalência de ICSAP².
- Outro estudo ecológico, ao estimar a tendência de ICSAP entre 1999 e 2007, levando em consideração todas as regiões brasileiras, revelou que quanto maior a cobertura de ESF, menores são as taxas de internações³.

1. MENDONÇA CS, HARZHEIM E, DUNCAN BB, NUNES LN, LEYH W. TRENDS IN HOSPITALIZATIONS FOR PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS FOLLOWING THE IMPLEMENTATION OF FAMILY HEALTH TEAMS IN BELO HORIZONTE, BRAZIL. HEALTH POLICY PLAN. 2011 JUN; 27(4):348-55.
2. FERNANDES VBL, CALDEIRA AP, FARIA AA, RODRIGUES NETO JF. INTERNAÇÕES SENSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. REV SAUDE PUBLICA. 2009 DEZ; 43(6):928-36.
3. DOURADO I, OLIVEIRA VB, AQUINO R, BONOLO P, LIMA- COSTA MF, MEDINA MG, ET AL. TRENDS IN PRIMARY HEALTH CARE-SENSITIVE CONDITIONS IN BRAZIL: THE ROLE OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM (PROJECT ICSAP-BRAZIL). MED CARE. 2011 JUN;49(6):577-84.

Bloomberg

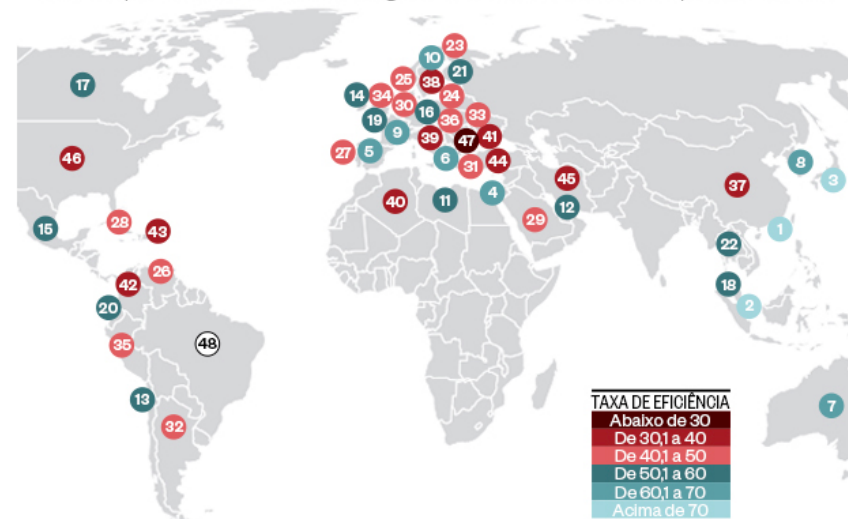
● Europe ● Americas ● Middle East & Africa ● Asia



Sources: World Bank, International Monetary Fund, World Health Organization, Hong Kong Department of Health
GRAPHIC: CHLOE WHITEAKER / BLOOMBERG VISUAL DATA; EDITORIAL: WEI LU / BLOOMBERG RANKINGS & ANNA EDNEY / BLOOMBERG NEWS

A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE PELO MUNDO

Brasil ficou em último lugar em ranking com 48 países feito pela consultoria Bloomberg. Entre os países desenvolvidos, os EUA gastam mais com saúde e têm os piores resultados



48 BRASIL

Taxa de eficiência: **17.4**
Expectativa de vida: **73.4**
Investimentos em saúde - % do PIB *per capita*: **9.9%**
Investimentos em saúde *per capita*: **US\$ 1.121**

O levantamento leva em consideração três critérios: **expectativas de vida** (com peso de 60% da taxa de eficiência), **custo relativo da saúde per capita** (30%) - porcentagem do PIB per capita investido na área -, e **custo absoluto per capita da saúde** (10%). Foram escolhidos apenas 48 países, porque são os com população de ao menos 5 milhões, PIB per capita de ao menos US\$ 5.000 e expectativa de vida de ao menos 70 anos.

Fonte: Agência Bloomberg, com informações do Banco Mundial, FMI, Organização Mundial da Saúde e Departamento de Saúde de Hong Kong. Dados atualizados em 19 de agosto de 2013

CINCO PRINCÍPIOS POR TRÁS DOS SISTEMAS DE SAÚDE MAIS EFICIENTES DO MUNDO

Mark Britnell – Head of Healthcare, UK and Europe, at KPMG

1. **ATENÇÃO INTEGRADA:** + criar um **FORTE INCENTIVO PARA MANTER OS PACIENTES BEM E FORA DE HOSPITAIS.**
2. **HOSPITAIS COMO SISTEMAS DE SAÚDE:** **INCENTIVOS DESALINHADOS E FALTA DE COORDENAÇÃO PODEM INIBIR A CAPACIDADE** dos sistemas de saúde para implementar melhorias em grande escala.
3. **PADRONIZAR E SIMPLIFICAR:**
 - a. **PADRONIZAR OS FLUXOS DE TRABALHOS CLÍNICOS**, definindo as **MELHORES PRÁTICAS.**
 - b. Desenvolver **SISTEMAS DE TI QUE CIMENTAM ESTAS PRÁTICAS NO TRABALHO DIÁRIO DO PESSOAL.**
 - c. Os **PROFISSIONAIS MAIS ALTAMENTE DOTADOS DE HABILIDADES ATUEM UNICAMENTE EM SUA EXPERTISE.**
4. **LEVAR ASSISTÊNCIA SOCIAL A SÉRIO.**
5. **O PODER DO PAGADOR:** os sistemas mais eficientes do mundo, todos têm um **PAGAMENTO ÚNICO OU DOMINANTE NO CENTRO.**

OU SEJA, NOSSA SOLUÇÃO PASSA POR...

- **OPAS/OMS:**

- Sistemas integrados em rede assistencial onde cada ente exerça sua vocação prioritária, cujo centro assistencial e regulador seja a **APS COM ALTA CAPACIDADE DE RESPOSTA.**

- **QUAL A SOLUÇÃO EM TEMPOS DE CRISE?**

- **EFICIÊNCIA (FAZER CERTO um PROCESSO CORRETO DE BOA QUALIDADE, em CURTO PRAZO, com o MENOR NUMERO DE ERROS) OPERACIONAL:** tecnologia da informação, reestruturação de processos de gestão e trabalho, gestão de pessoas.

A solução de problemas apenas restura a normalidade. Aproveitar oportunidades significa explorar novos caminhos.

Peter Drucker