

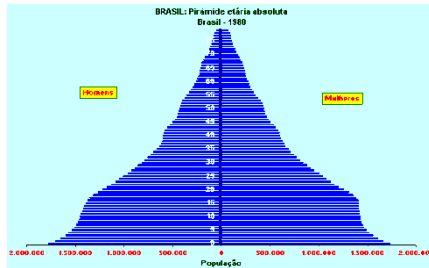
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

EUGÊNIO VILAÇA MENDES (*)
Consultor em Saúde Pública

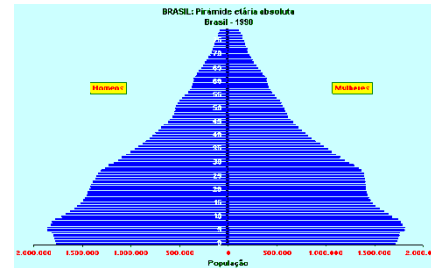
A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

- **A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**
- **A CARGA DE DOENÇAS**

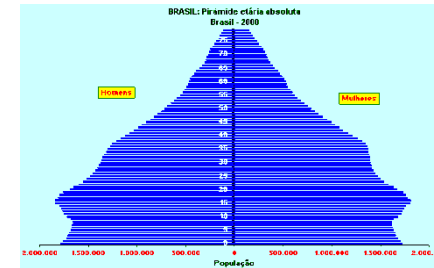
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



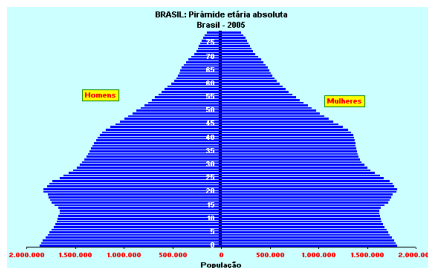
1980



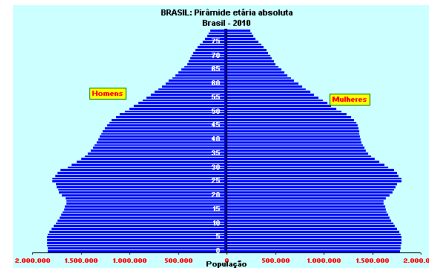
1990



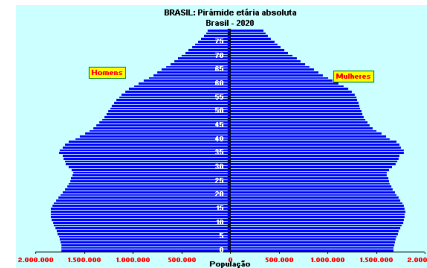
2000



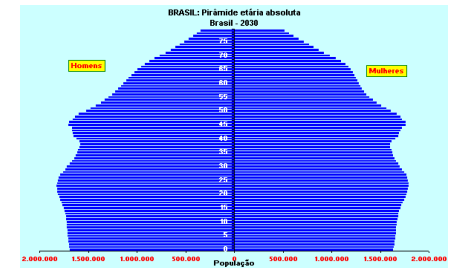
2005



2010



2020



2030

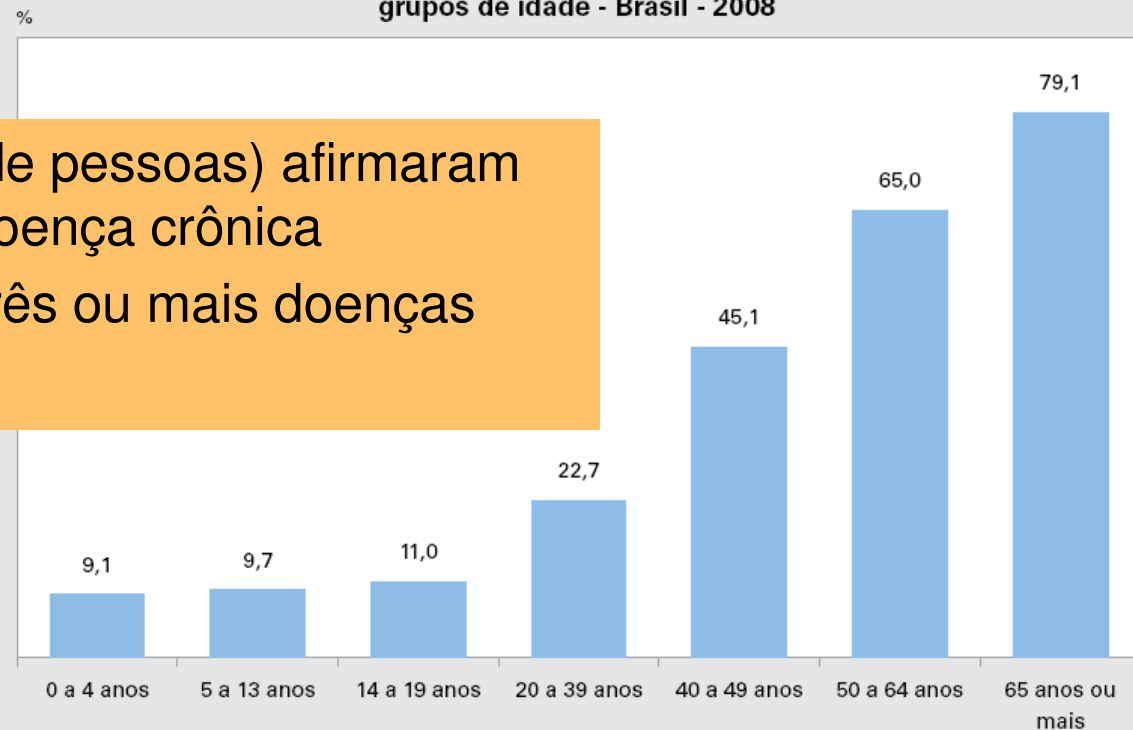
10% da população idosa
20 MILHÕES

BRASIL
2005 a 2030

15% da população idosa
MAIS DE 40 MILHÕES

AS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL

Gráfico 9 - Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade - Brasil - 2008



- 31,3% (59,5 milhões de pessoas) afirmaram ter pelo menos uma doença crônica
- 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas

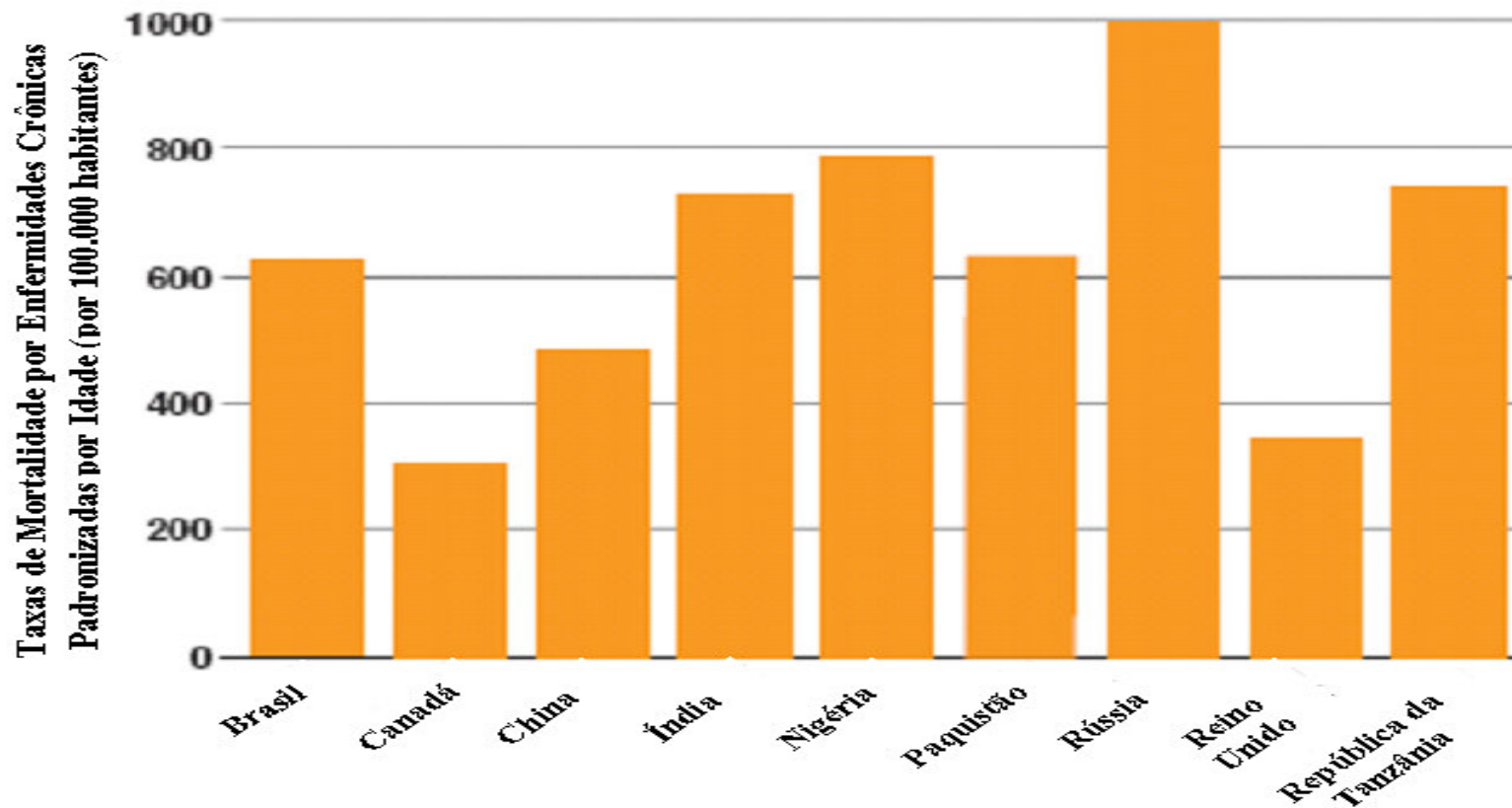
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

A CARGA DE DOENÇAS EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI'S), BRASIL, 1998

CONDIÇÕES DE SAÚDE	AVAI'S POR MIL HABITANTES	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
DOENÇAS CRÔNICAS	124	66,2
TOTAL	232	100

FONTE: SCHRAMM et alii (2004)

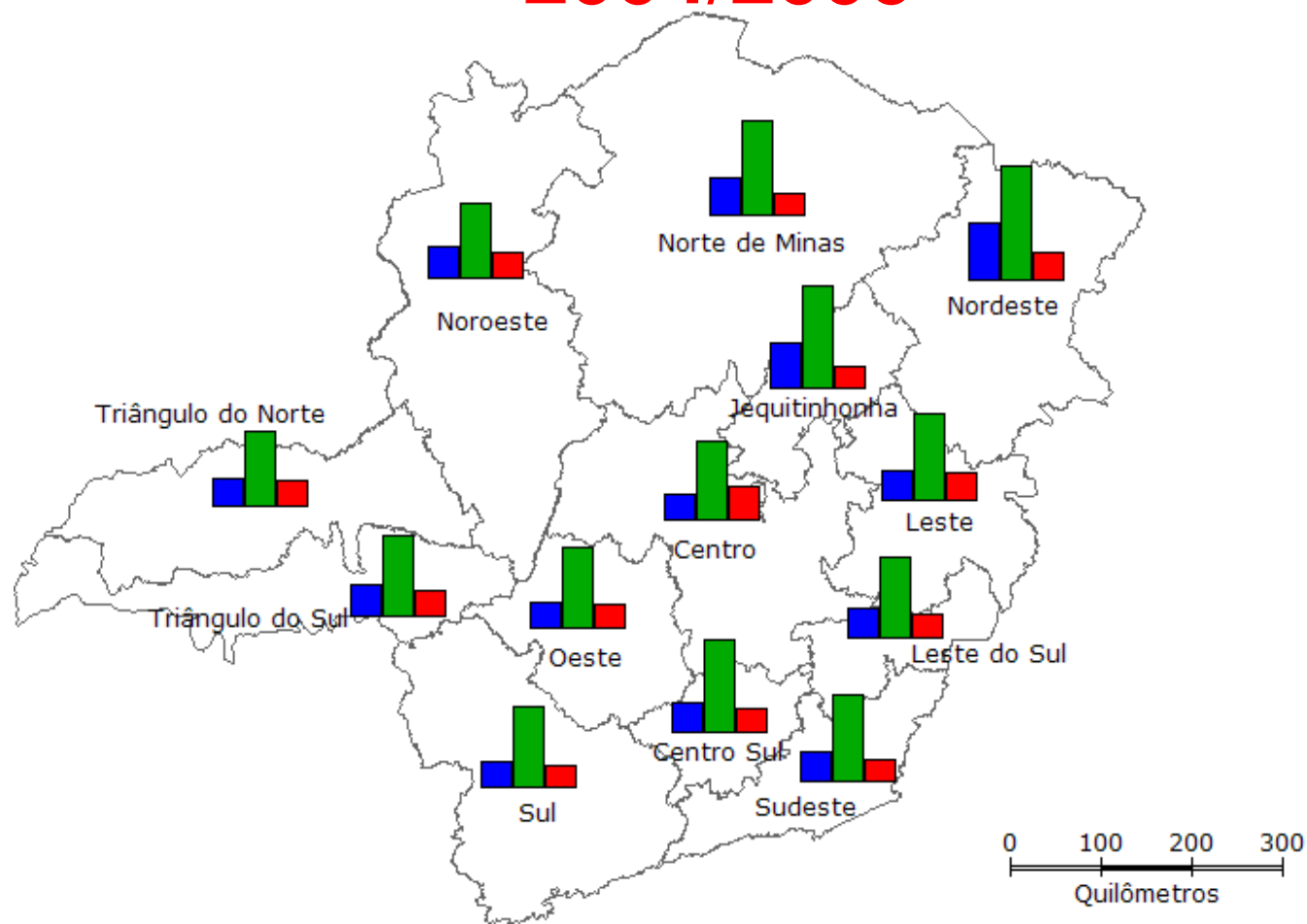
A PESTE DO SÉCULO XXI: A EPIDEMIA OCULTA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS



MORTES POR DIA POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: 480

FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005); INCA (2009)

ANOS DE VIDA PERDIDOS POR MORTES PRECOCES (YLL) POR MACRORREGIÕES DE MINAS GERAIS – 2004/2006



FONTE: ESTUDO DE CARGA DE DOENÇAS EM MINAS GERAIS (2009)

A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS

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

O PROBLEMA CRÍTICO DO SUS

A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA 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 DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

FONTE: MENDES (2009)

AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **ORGANIZADOS POR COMPONENTES ISOLADOS**
- **ORIENTADOS PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E PARA AS AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **VOLTADOS PARA INDIVÍDUOS**
- **OS SUJEITOS SÃO OS PACIENTES**
- **REATIVIDADE**
- **ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS E REABILITADORAS**
- **SISTEMAS DE ENTRADA ABERTA E SEM COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PELA APS**
- **ÊNFASE NO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **GESTÃO DA OFERTA**
- **PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS**

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 RENAIIS
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 606,00

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 SAUDE: US 7.285,00

FONTES: BARR et al. (1996); SAYDADH et al.(2004); NATIONAL DIABETES STATISTIC (2007); IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE (2008); UNIFESP/FIOCRUZ (2009); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010)

A EVOLUÇÃO DE UM CLIENTE DE UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE: O CASO DO SR. SEDENTÁRIO

IDADE	EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE
40 ANOS	OBESIDADE, ESTRESSE E HISTÓRIA FAMILIAR DE DIABETES
45 ANOS	DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
50 ANOS	DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2
60 ANOS	DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA CORONARIANA E CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO
65 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE
70 ANOS	ÚLCERA NO PÉ E AMPUTAÇÃO DE MEMBRO
75 ANOS	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM HEMIPLEGIA, SEGUIDO DE INTERNAÇÃO EM UTI E MORTE

FONTE: CAMPOS et al. (2009)

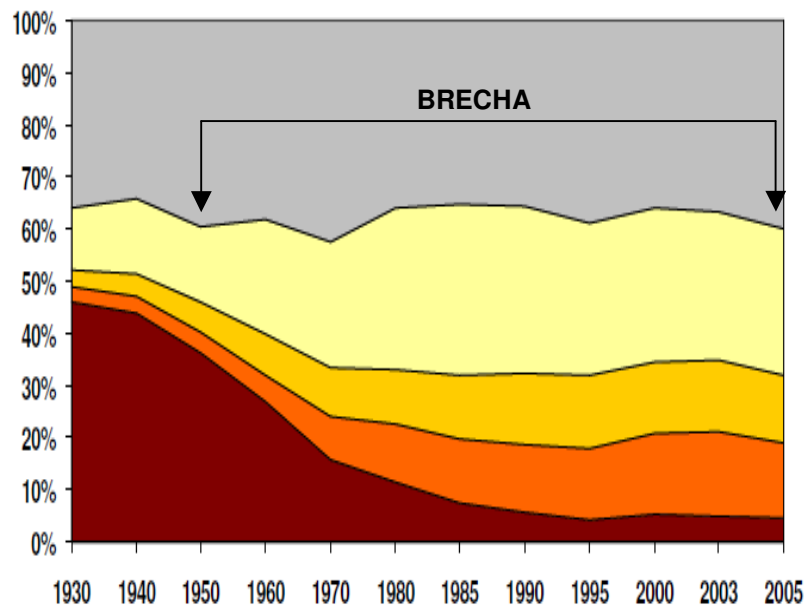
UM PRODUTO DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS: AS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE

- **SÃO PROBLEMAS EVITÁVEIS NA ATENÇÃO À SAÚDE QUE PODEM SER SOLUCIONADOS POR MEIO DA INTEGRAÇÃO DO SISTEMA E PELA OFERTA DE UMA ATENÇÃO CONTÍNUA, PROATIVA E EFICAZ NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **NOS ESTADOS UNIDOS, 40 CENTAVOS DE CADA DÓLAR GASTO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS E 20 CENTAVOS DE CADA DÓLAR GASTO COM CONDIÇÕES AGUDAS SÃO ATRIBUÍVEIS ÀS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS**

FONTE: PROMETHEUS PAYMENT (2010)

A CRISE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MACRO

Mortalidade Proporcional no Brasil, 1930 - 2005



■ Infeciosas e Parasitárias ■ Neoplasias ■ Causas Externas ■ Aparelho Circulatório ■ Outras Doenças

Fonte SVS - 2005 - Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais

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

POR QUÊ?

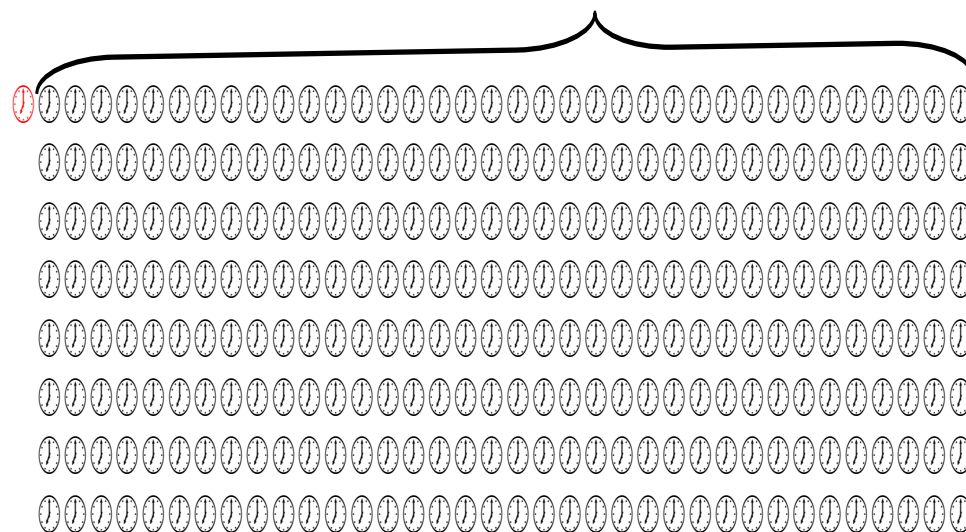
O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)

FONTE: MENDES (2009)

A ARROGÂNCIA DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- UM “PACIENTE” DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NA INGLATERRA, PORTADOR DE DIABETES, TEM, EM MÉDIA, UMA ATENÇÃO PRESTADA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE 3 HORAS.
- UM ANO TEM 8.760 HORAS, O QUE SIGNIFICA QUE UM PORTADOR DE DIABETES RELACIONA-SE, DIRETAMENTE, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, MENOS DE UM MILIONÉSIMO DAS HORAS DE UM ANO.

Os profissionais de saúde só interagem com portadores de doenças crônicas por poucas horas num ano...
o resto do ano estas pessoas cuidam de si mesmas...

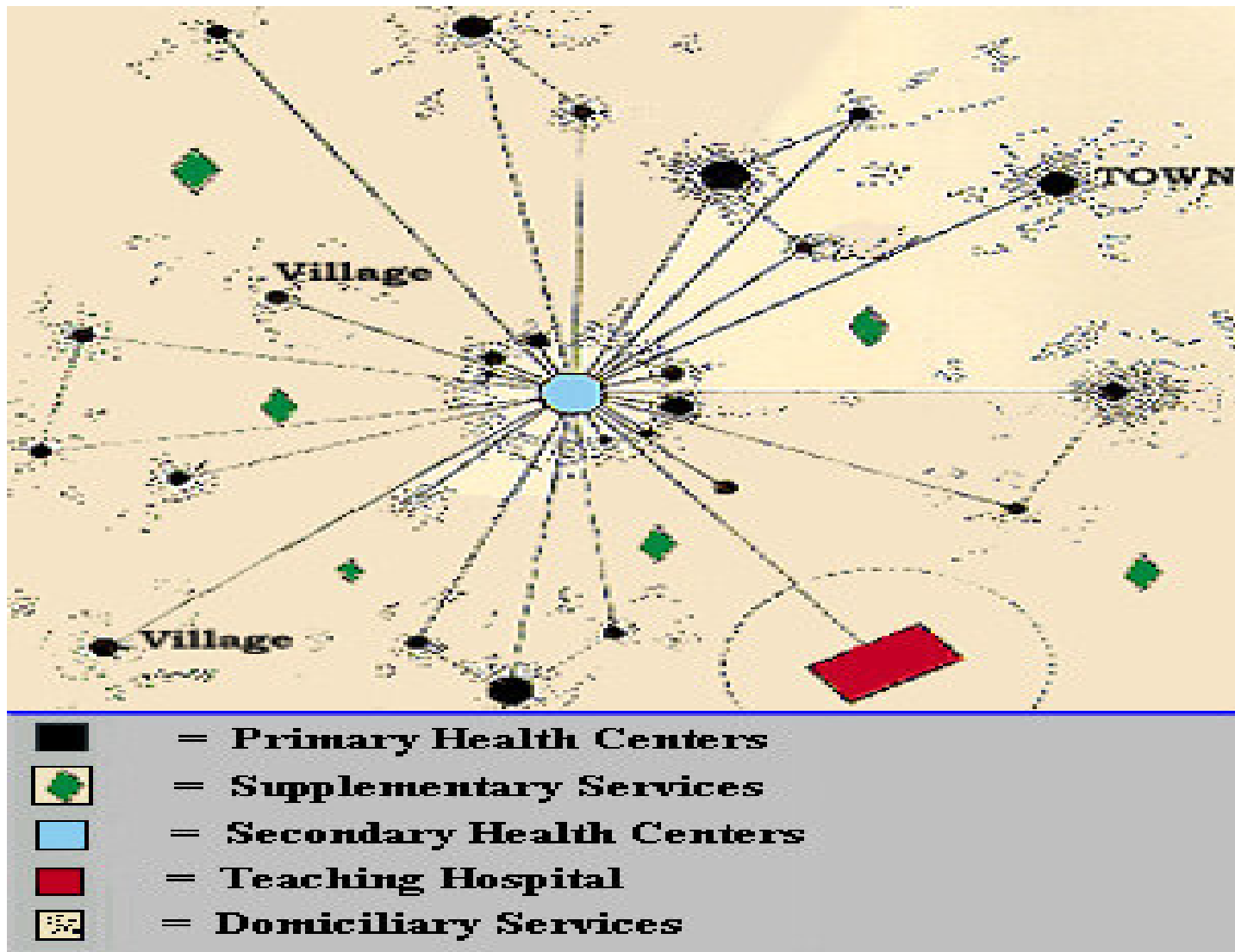


A SOLUÇÃO DO PROBLEMA CRÍTICO DO SUS

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 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

FONTE: MENDES (2009)

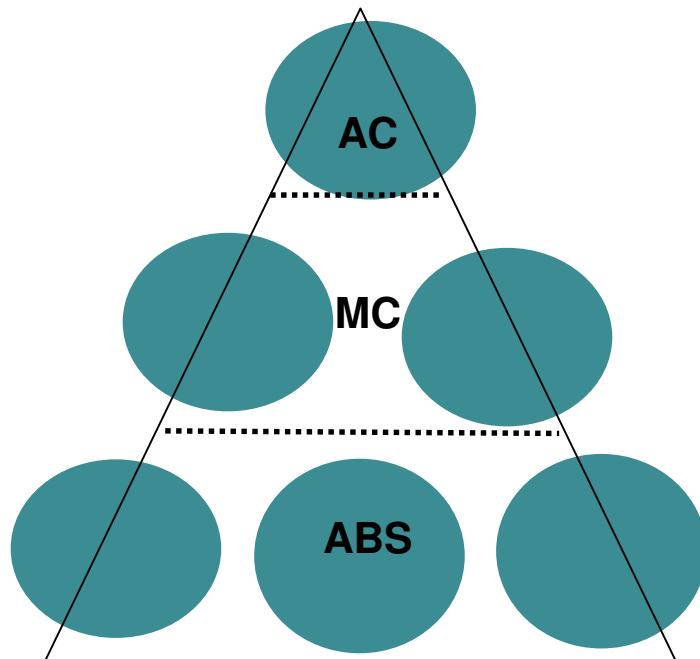
REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: UMA PROPOSTA SECULAR



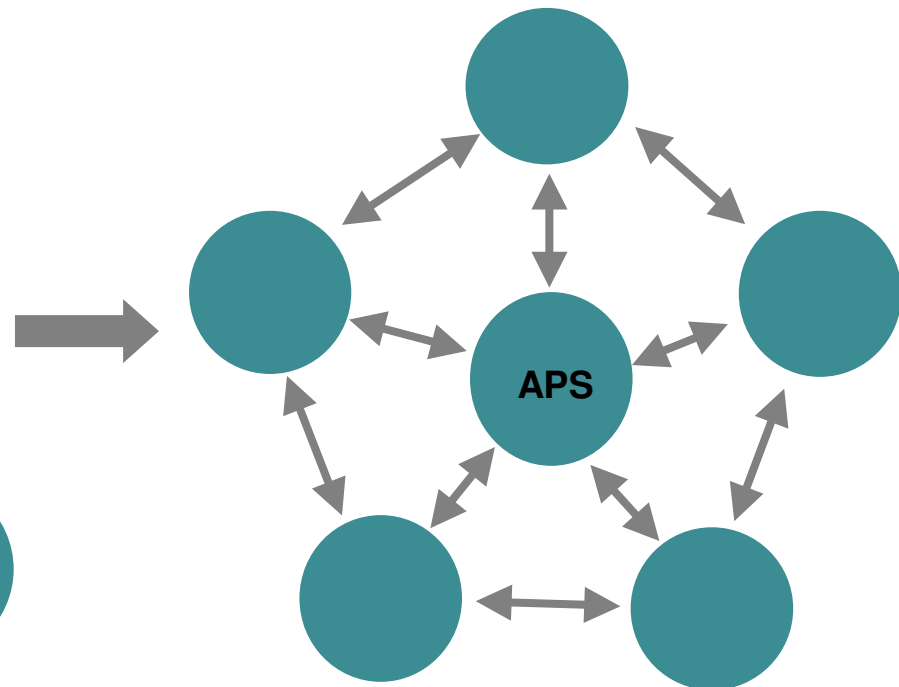
FONTE: DAWSON (1920)

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO E HIERARQUIZADO



REDES POLIÁRQUICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: MENDES (2009)

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

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010)

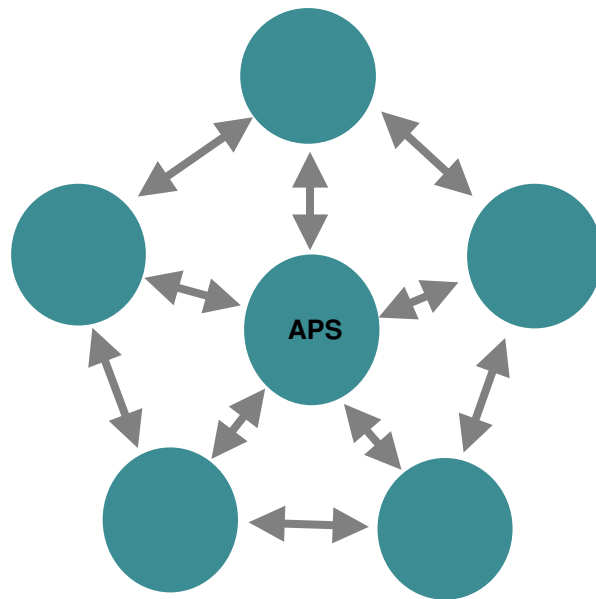
AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
▪ ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	▪ ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
▪ ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	▪ ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
▪ VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	▪ VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
▪ O SUJEITO É O PACIENTE	▪ O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE
▪ REATIVO	▪ PROATIVO
▪ ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	▪ ATENÇÃO INTEGRAL
▪ CUIDADO PROFISSIONAL	▪ CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
▪ GESTÃO DA OFERTA	▪ GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
▪ FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	▪ FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR DESFECHO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

FONTE: MENDES (2009)

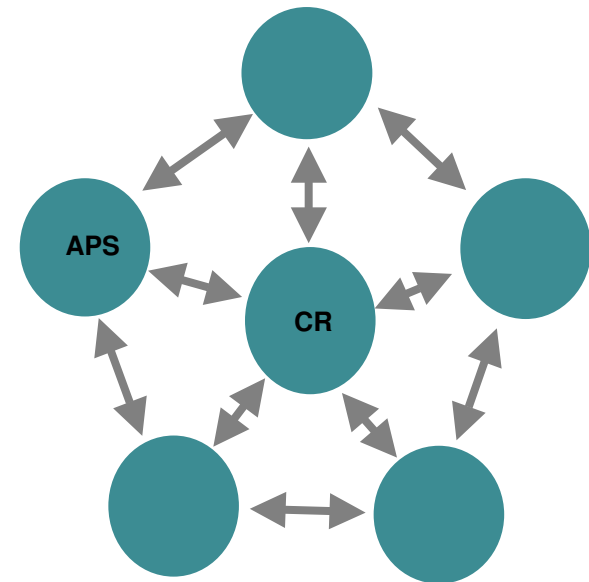
AS DIFERENÇAS ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

**RAS PARA AS
CONDIÇÕES CRÔNICAS**



APS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**RAS PARA AS
CONDIÇÕES AGUDAS**



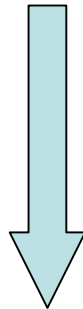
CR: COMPLEXO REGULADOR

OS ELEMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

UMA MUDANÇA FUNDAMENTAL NA GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **DA GESTÃO COM BASE NA OFERTA**



- **PARA A GESTÃO COM BASE NA POPULAÇÃO**

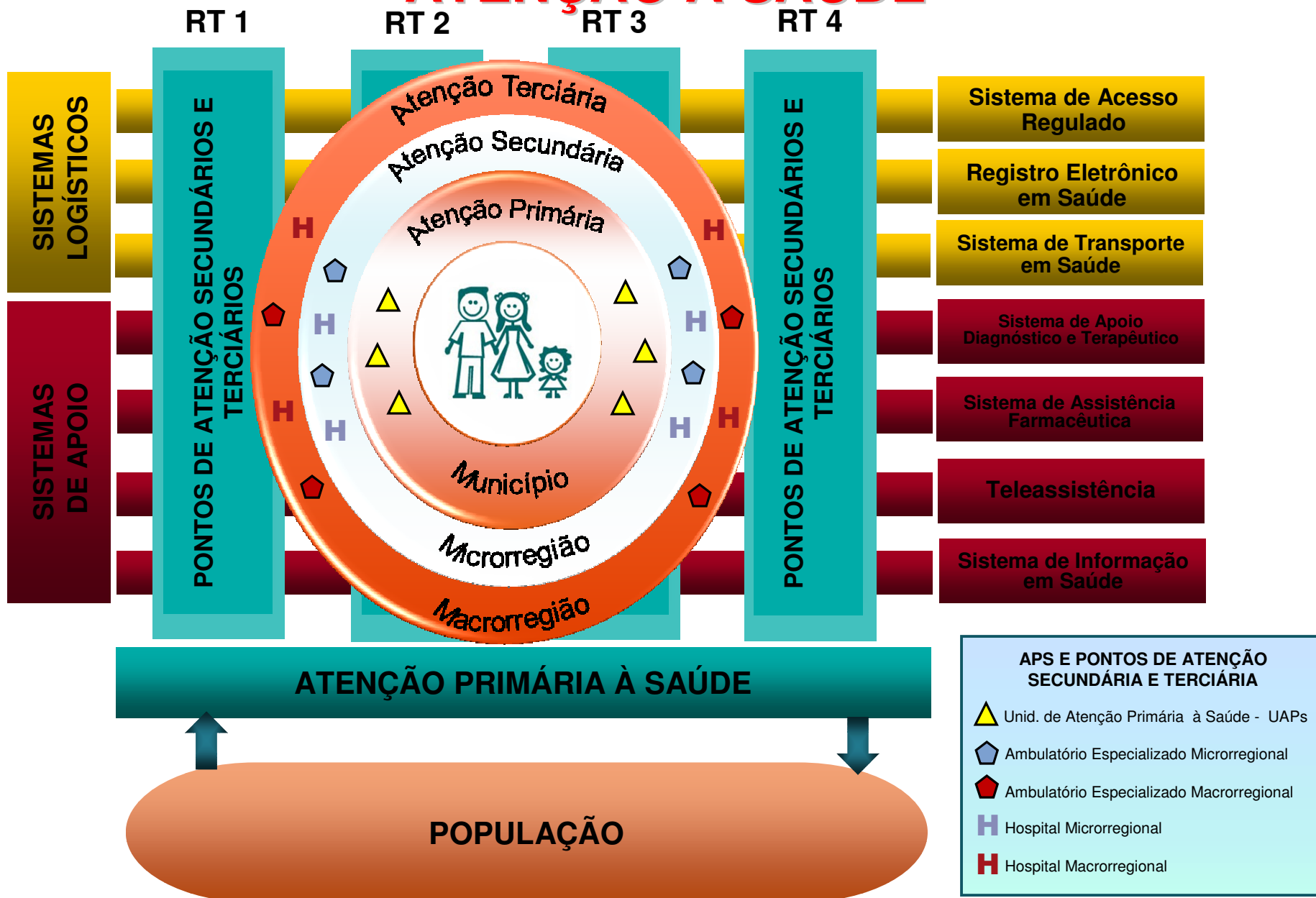
FONTE: MENDES (2009)

A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS

- **O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO**
- **O CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS**
- **A CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR RISCOS SÓCIO-SANITÁRIOS**
- **A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM FATORES DE RISCO**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS POR GRAUS DE RISCOS**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM MUITO ALTO RISCO**

FONTE: MENDES (2009)

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

FONTE: MENDES (2009)

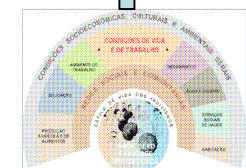
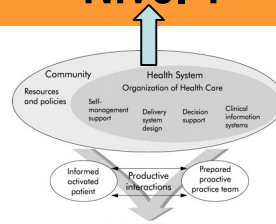
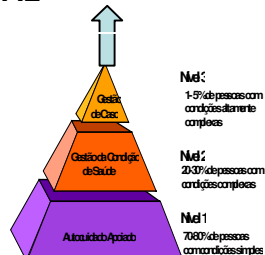
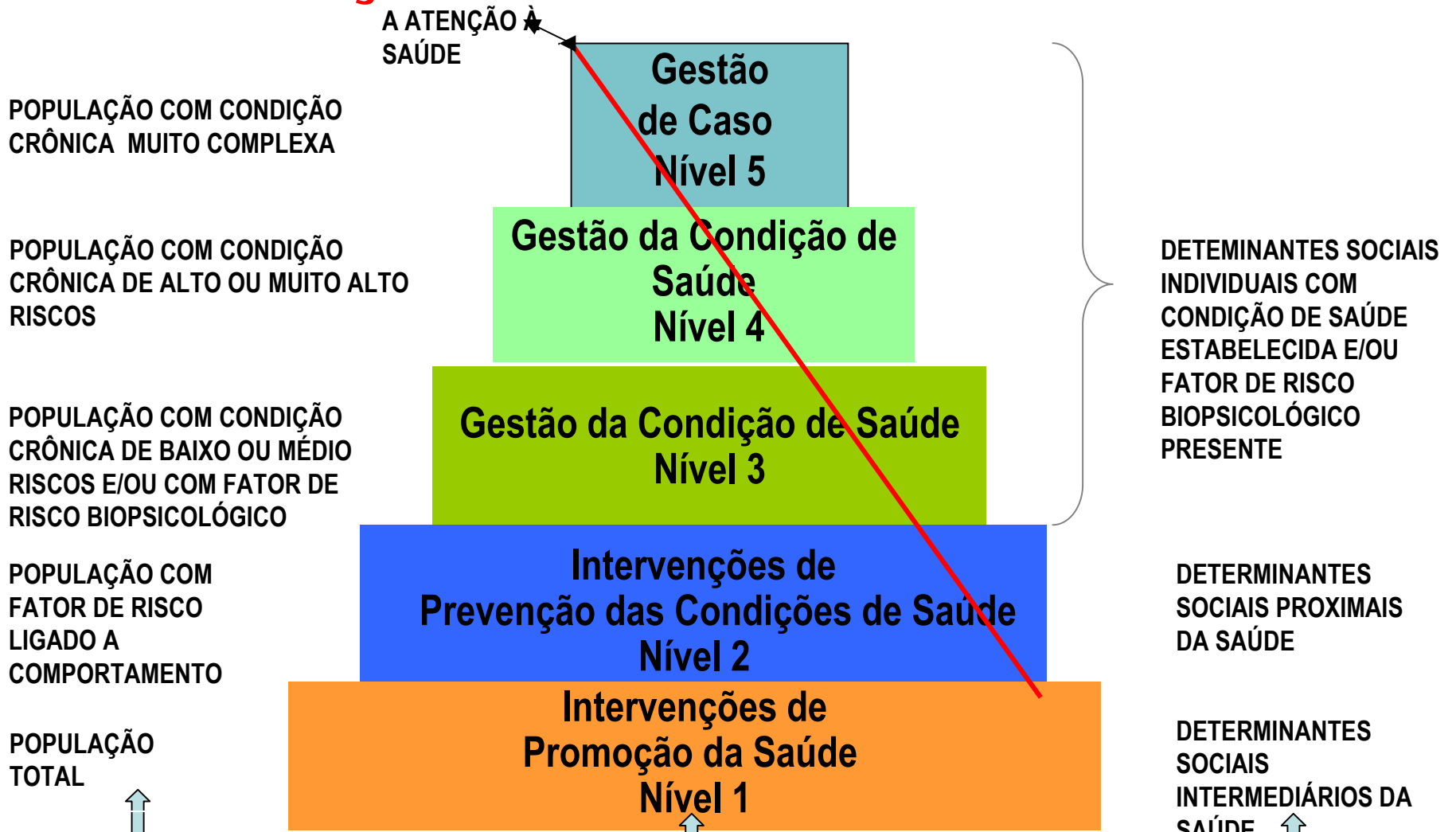
O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

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

FONTE: MACKWAY-JONES et al. (2010)

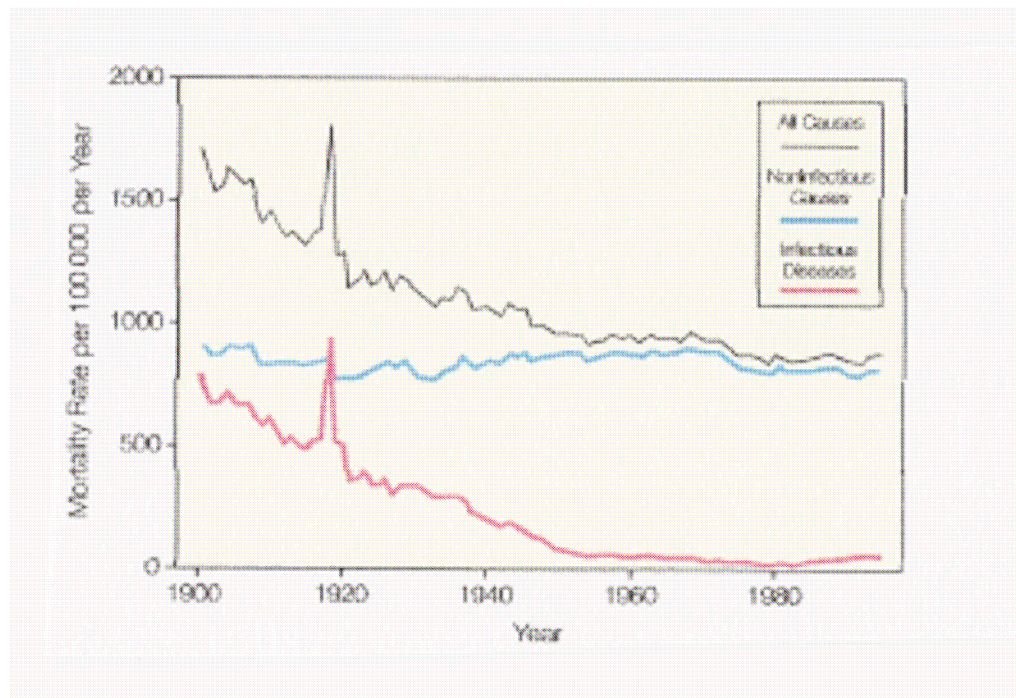
UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS



A CRISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MICRO: A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

- **“NÃO PODEMOS PRATICAR A CLÍNICA DO SÉCULO XIX NO MUNDO DO SÉCULO XXI. É PRECISO MUDAR” (LIPMANN, 2000)**
- **A CRISE DA CLÍNICA ESTÁ EM TRANSPLANTAR A LÓGICA DO ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS. ISSO NÃO DÁ CERTO (GRUMBACH & BODENHEIMER, 2004)**
- **ENTRE 60% A 65% DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, HIPERCOLESTEROLEMIA E DIABETES NÃO ESTÃO CONTROLADOS (ROUMIE et al., 2006)**

TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS, NÃO INFECCIOSAS E POR TODAS AS CAUSAS ESTADOS UNIDOS - 1900 A 1996



FONTE: ARMSTROG GL, CONN LA, PINNER RW. Trends in infectious disease in United States during the 20th Century. JAMA, 281: 61-66, 1999.

A REGRA DOS 50% NAS RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS E PESSOAS USUÁRIAS

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHES DISSERAM**
(ROTER & HALL, 1989)
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS**
(SCHILLINGER et al., 2003)
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS**
(SCHILLINGER et al., 2005)

A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

- **MÉTODO:**
APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE LINHAS-GUIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS A UM PAINEL DE 2.500 PESSOAS ATENDIDAS NA APS POR 10 CONDIÇÕES CRÔNICAS MAIS COMUNS, COM DISTRIBUIÇÃO IDADE, SEXO E PREVALÊNCIAS SIMILARES, ESTIMANDO-SE O TEMPO MÍNIMO PARA A ATENÇÃO DE QUALIDADE A ESSAS PESSOAS
- **RESULTADOS:**
ATENÇÃO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE ESTABILIDADE: 828 HORAS POR ANO OU 3,5 HORAS POR DIA
ATENDIMENTO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE INESTABILIDADE: 2.484 HORAS POR ANO OU 10,6 HORAS POR DIA
- **CONCLUSÃO:**
MAIS CONSULTA MÉDICA NÃO SIGNIFICA MAIS RESULTADOS EM SAÚDE
ATENDEÇÃO GERA ATENDEÇÃO

UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **DA QUEIXA-PROBLEMA PARA O PLANO DE CUIDADO**
- **DA ATENÇÃO CENTRADA NA DOENÇA E NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA E NA FAMÍLIA**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE ATENÇÃO PROGRAMADA E NÃO PROGRAMADA**
- **DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO DOS GENERALISTAS E DOS ESPECIALISTAS**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL**
- **O INCREMENTO DA ATENÇÃO EM GRUPO**
- **A INTRODUÇÃO DA ATENÇÃO POR LEIGOS**
- **O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO**

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**

FONTES: WEINGARTEN ET AL. (1985); OSMAN ET AL. (1996); BERNABEI et al. (1998); MCCULLOCH et al. (1998); BYNG et al. (1998); WAGNER (1998); REUBEN et al. (1999); MALCOM et al. (2000); SIMON et al. (2001); WAGNER et al. (2001); DOUGHTY et al. (2002); UNUTZER et al. (2002); GILBODY et al. (2003); POLONSKY et al. (2003); GRIFFIN & GIMONTH (2004); KATON et al. (2004); SMITH et al. (2004); VETER et al. (2004); SINGH (2005); NUNO (2008); TOSEN & HAM (2008); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (2010)

REFLEXÕES FINAIS

“ O SISTEMA ATUAL NÃO FUNCIONA E A SOLUÇÃO DE FAZER MAIS DO MESMO NÃO É A SAÍDA. É PRECISO MUDAR O SISTEMA ”



“QUANDO OS PROBLEMAS SÃO CRÔNICOS, O MODELO DE TRATAMENTO AGUDO NÃO FUNCIONA”

FONTES:

INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. Century. Washington, The National Academies Press, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidado inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.