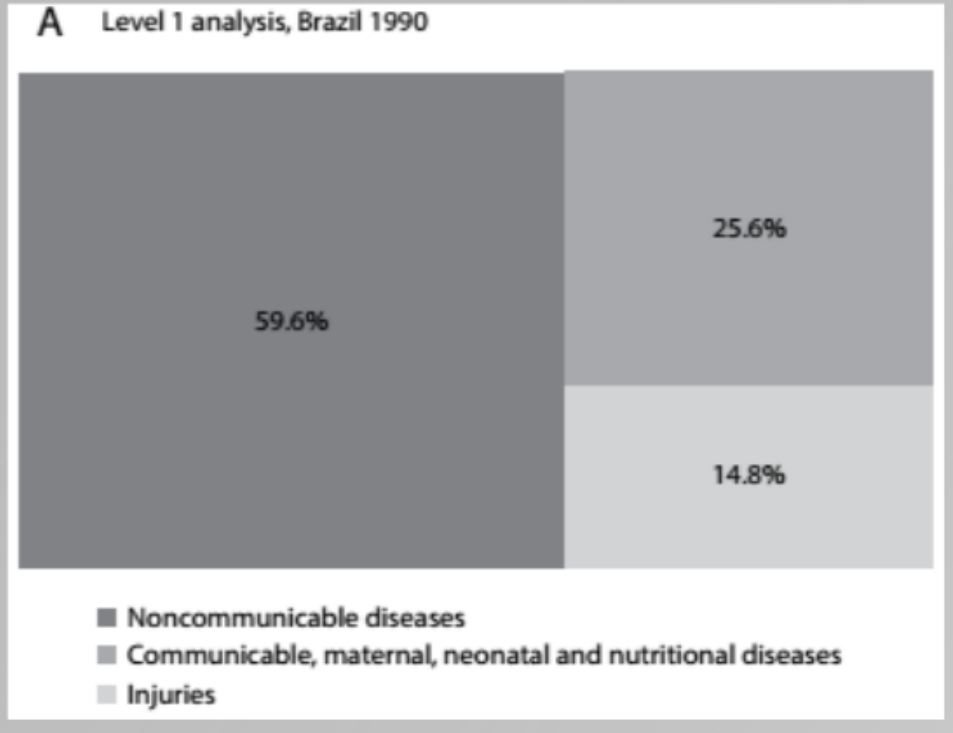
O desafio da integração: as redes de atenção à saúde

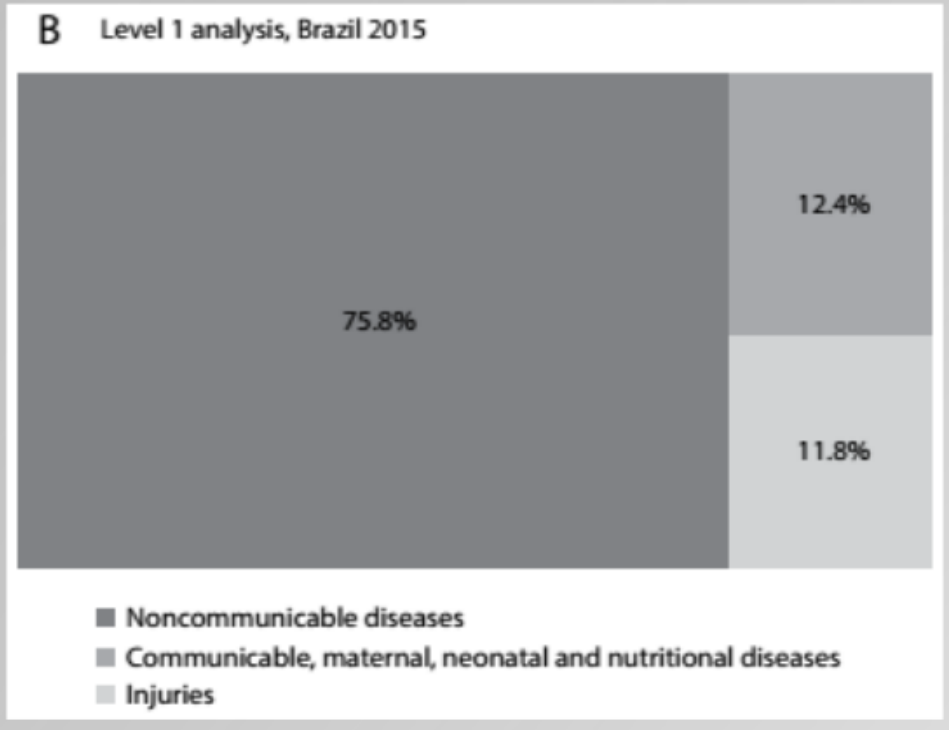
Eugenio Vilaça Mendes

Consultor em Saúde Pública

Transição epidemiológica no Brasil: a tripla carga de doença

Transição Epidemiológica





Fonte:
GBD, 2015.

MALTA, DC et al . Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 135, n. 3, p. 213-221, June 2017

A transição dos sistemas de atenção à saúde

Sistema fragmentado

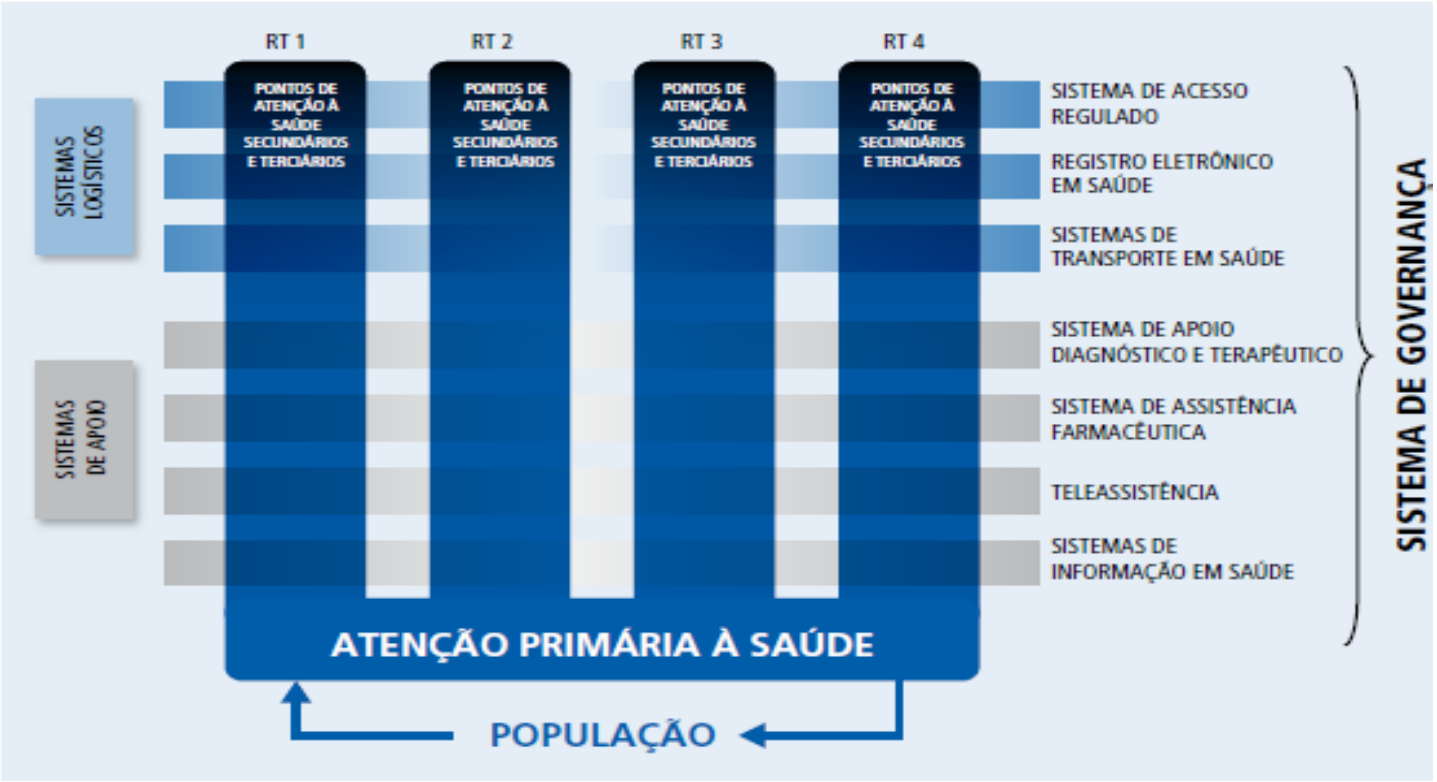
- Organizado por componentes isolados
- Organizado por níveis hierárquicos
- Orientado para a atenção a condições agudas
- Voltado para indivíduos
- O sujeito é o paciente
- Ação reativa
- Ênfase nas ações curativas
- Ênfase no cuidado profissional
- Sem ente de coordenação

Rede de atenção à saúde

- Organizada por um contínuo de atenção
- Organizada por uma rede poliárquica
- Orientada para a atenção a condições crônicas e agudas
- Voltada para uma população
- O sujeito é agente de sua saúde
- Ação proativa
- Atenção integral
- Ênfase no cuidado interdisciplinar
- Coordenação na APS

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

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Rede Temática 1,2,3...n

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

Os papéis da APS nas redes de atenção à saúde

- **Instituir e manter a base populacional das redes de atenção à saúde**
- **Resolver a grande maioria dos problemas de saúde**
- **Coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes de atenção à 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 resolutividade da APS

- **Pesquisa feita em Florianópolis verificou um referenciamento para a atenção especializada de 12,5%**
- **Pesquisa feita em Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição) verificou um referenciamento para a atenção especializada de 9%**
- **Em Toledo, Paraná, verificou-se um referenciamento para a atenção especializada de 5%**

Fontes:
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
Freitas FO. A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense; 2016

A importância da APS na coordenação das redes de atenção à saúde

Saúde da Família

Estratificação de Risco

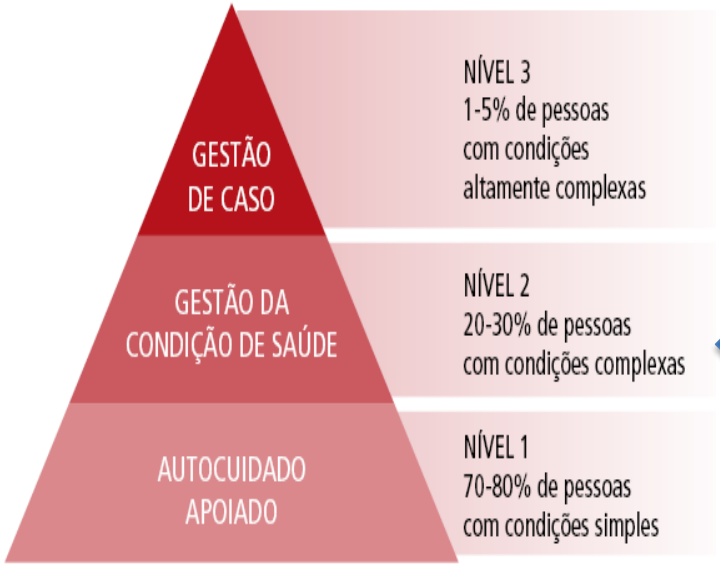
Baixo Risco

Médio Risco

Alto Risco

Muito Alto Risco

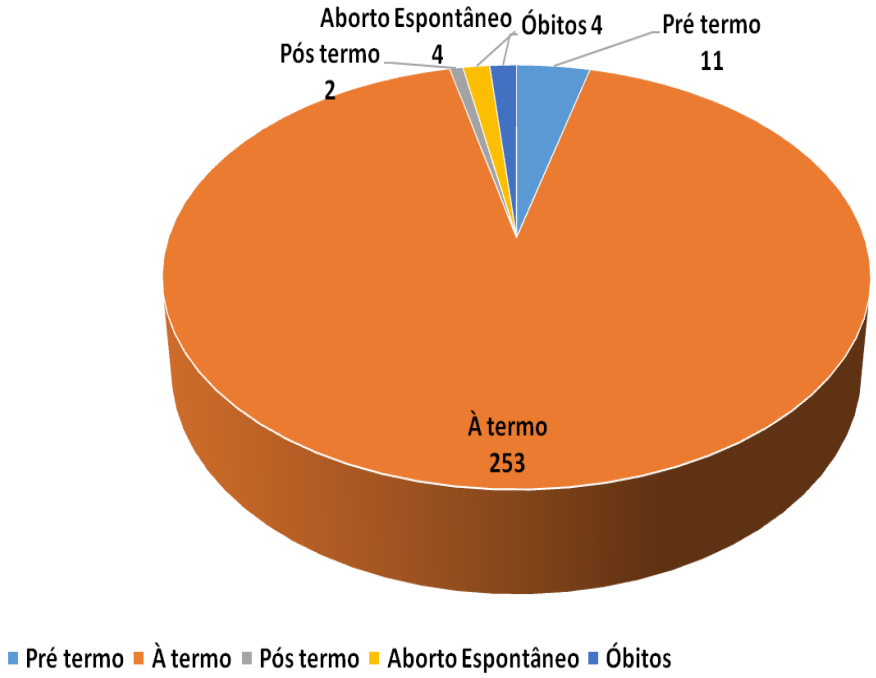
Saúde da Família



Alto e muito alto riscos encaminhados à AAE

Fonte: Lopes PRR. O centro de atenção secundária integrado Viva Vida e Hiperdia em Santo Antônio do Monte. Belo Horizonte: I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas; 2014

O impacto da organização em rede da APS e AAE no uso de UTI´s neonatais em Toledo, Paraná



- **Percentual de partos pré-termos realizados nas gestantes de alto risco atendidas no sistema integrado APS/AAE: 4%**
- **Percentual de partos pré-termos realizados nas gestantes atendidas no SUS do Paraná: 12%**
- **Consequência: grande diminuição na utilização de UTI´s neonatais**

Fontes:
Freitas FO. A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense; 2016
SIH/SUS , 2016

O hospital ilha

- **O hospital como parte de um sistema fragmentado de atenção à saúde**
- **O hospital como ponto de atenção à saúde isolado, sem comunicação horizontal com outros hospitais e sem comunicação vertical com os pontos de atenção ambulatoriais secundários, com a atenção primária à saúde, com os sistemas de apoio e com os sistemas logísticos**
- **O hospital com um sistema de governança isolado sem integração com a governança de pontos de atenção à saúde**

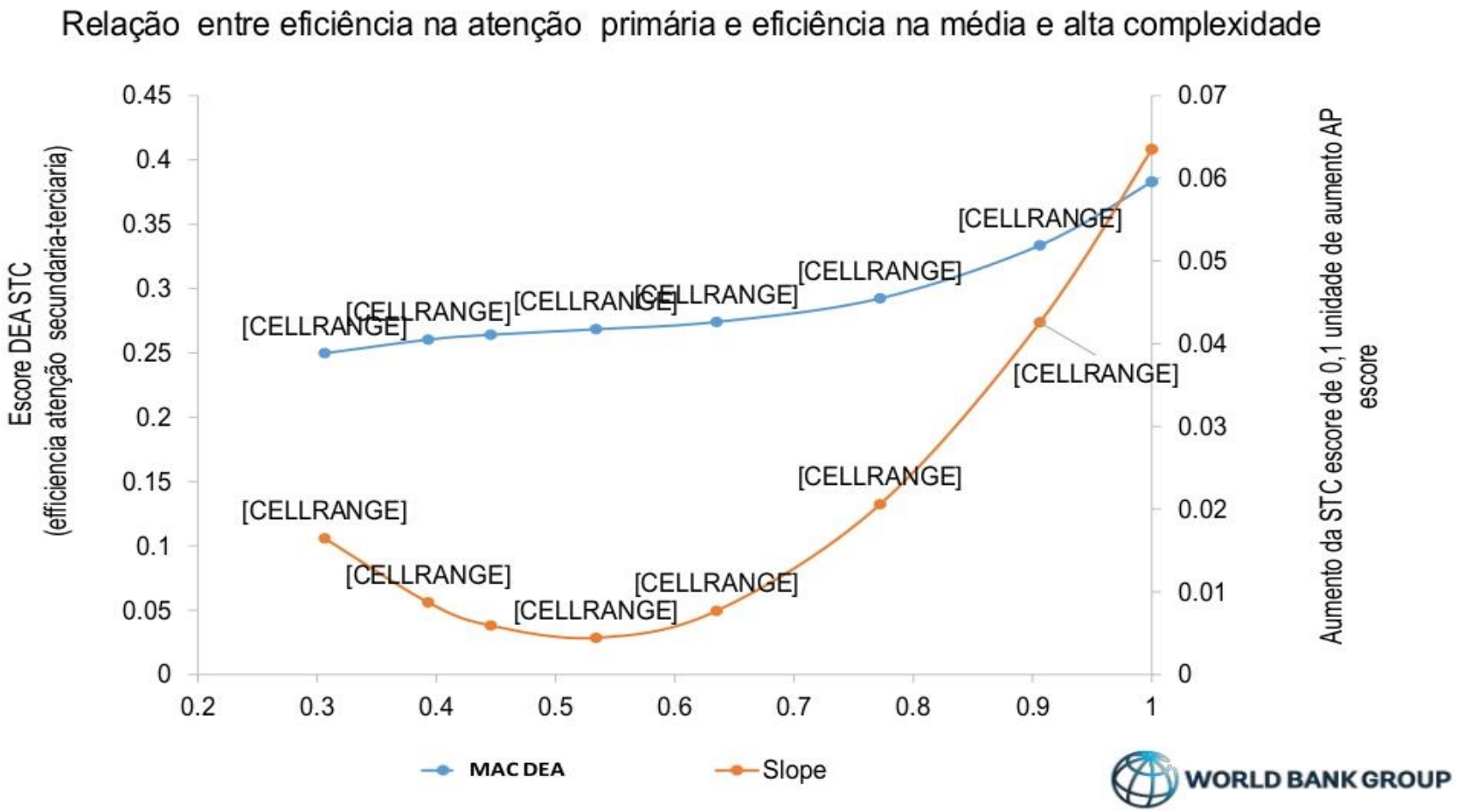
Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011

A inserção dos hospitais nas redes de atenção à saúde

- **Mover-se de um enfoque intraorganizacional para uma perspectiva sistêmica**
- **Trabalhar mais proximamente com parceiros locais, especialmente com a atenção primária à saúde e com os serviços de assistência social**
- **Operar com integração vertical com outros equipamentos de saúde compondo redes de atenção à saúde e rompendo os limites organizacionais**
- **Prover serviços por meio de redes horizontais que integrem outros hospitais de agudos e outros equipamentos não hospitalares**

Fonte: Naylor C, Aldewieck H, Honeyman M. Acute hospitals and integrated care: from hospitals to health systems. London,:The King´s Fund; 2015

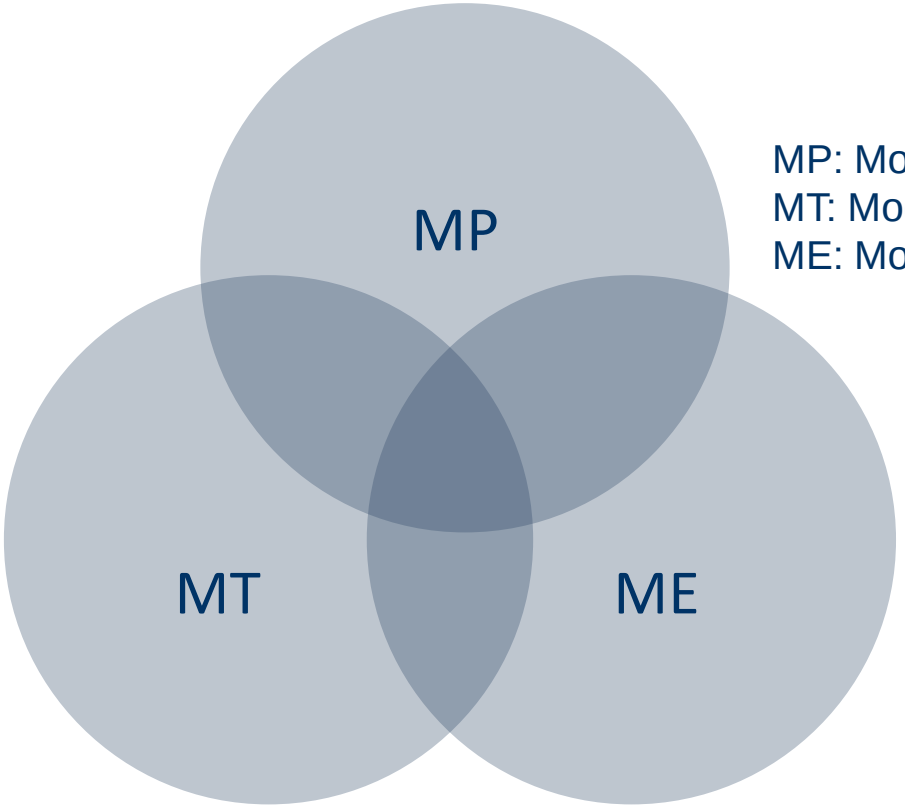
Mais eficiente a atenção primária, mais eficiente será a média e alta complexidade



Fonte: Araujo EC. Desafios para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Brasília: World Bank Group; 2018

A construção das redes de atenção à saúde: uma agenda de inovação

A agenda implica mudanças coordenadas e concomitantes nos três componentes dos sistemas de atenção à saúde: o modelo de gestão, o modelo de atenção à saúde e o modelo de financiamento



MP: Modelo Político: Modelo de Gestão
MT: Modelo Técnico: Modelo de atenção à saúde
ME: Modelo Econômico: Modelo de financiamento

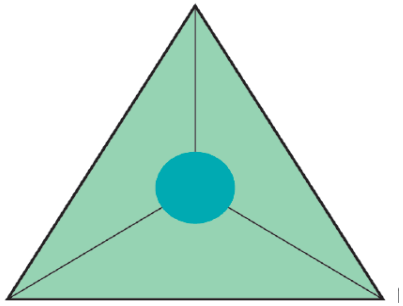
Fontes:
Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires: 2002
Fonte: Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019

A mudança do modelo de gestão: da gestão da oferta para a gestão da saúde da população

MODELO DE GESTÃO DA OFERTA	MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO
• Tem foco nos prestadores de serviços	• Tem foco na população
• Opera com indivíduos não estratificados por risco	• Opera com a população vinculada a uma rede de atenção à saúde estratificada por risco
• É estruturado para responder a demandas de indivíduos isoladamente	• É estruturado para responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por uma população determinada, vinculada à atenção primária à saúde
• Opera com parâmetros construídos por meio de séries históricas	• Opera com parâmetros construídos a partir das necessidades da população
• Os parâmetros são construídos com a premissa da manutenção dos modelos de atenção e de gestão convencionais	• Os parâmetros são construídos com a premissa da incorporação de modelos de atenção e de gestão inovadores
• Não incorpora os determinantes sociais da saúde	• Incorpora os determinantes sociais da saúde
• Enfrente o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços com um viés de aumento da oferta	• Enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar a demanda, racionalizar a oferta e, se necessário, aumentar a oferta

Tripla meta

Saúde de população



Experiência do cuidado

Custo per capita

Fontes:
Mendes EV et al. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2ª ed; 2019
Berwick D et al. The triple aim: care, health, and cost. Halth Affairs. 2008; 27: 759-769.

A mudança dos modelos de atenção: a utilização de modelos com base em evidência

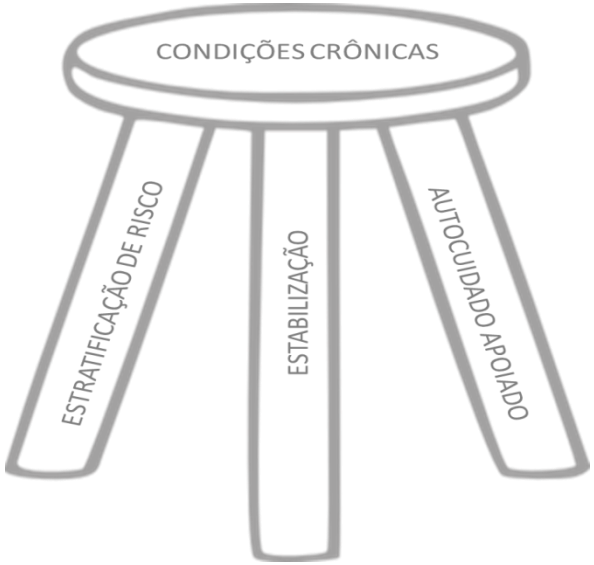
- **Modelo de atenção crônica**
- **Modelo da pirâmide de risco**
- **Modelo expandido de atenção às condições crônicas**

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

As características essenciais dos modelos de atenção às condições crônicas

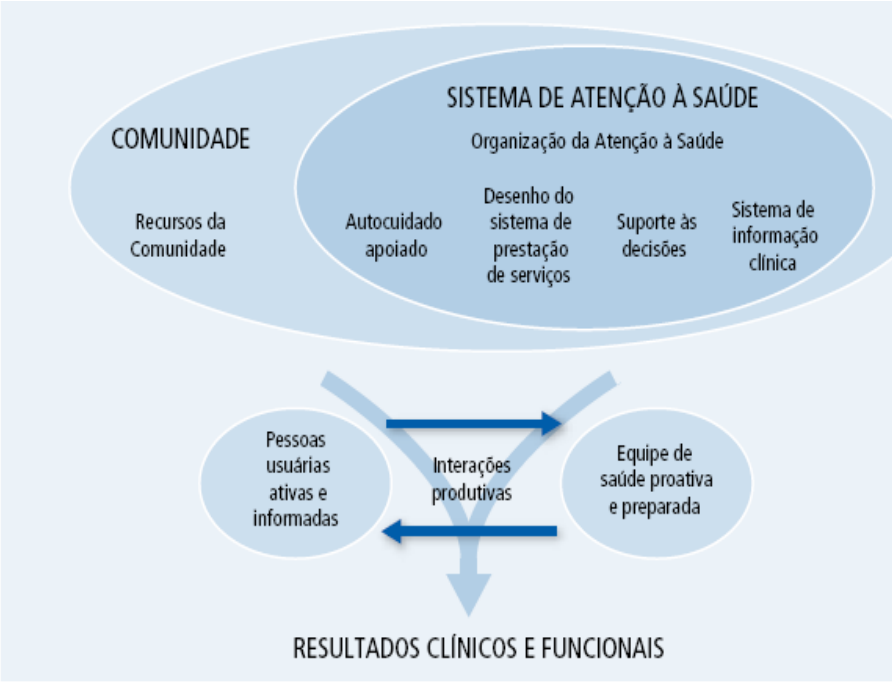
- proativa
- contínua
- integrada

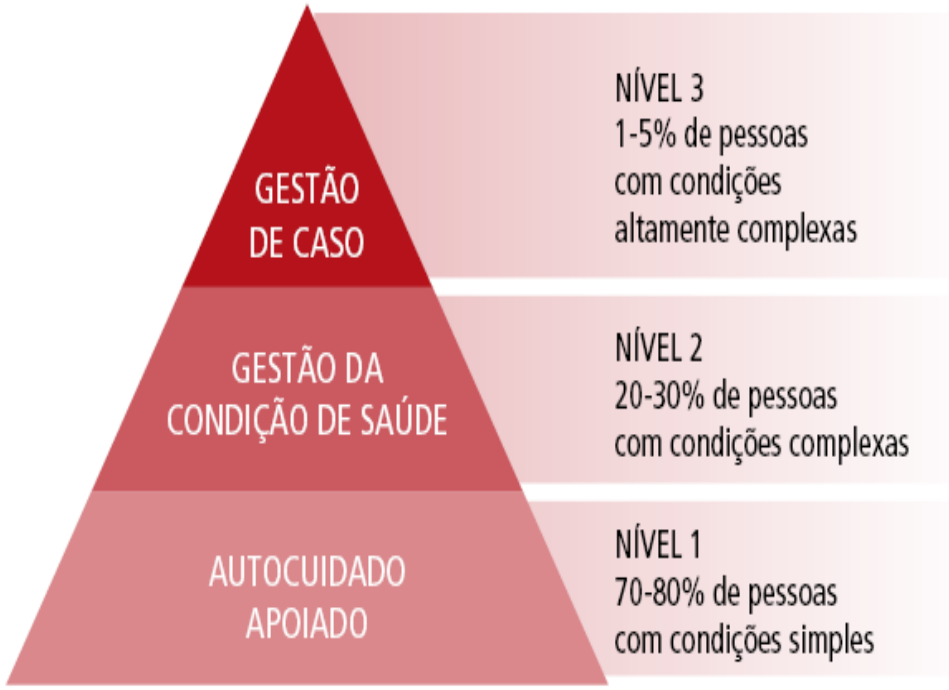
- do sistema de atenção
- dos profissionais de saúde
- das pessoas usuárias



Fontes:
Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS; 2003.
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

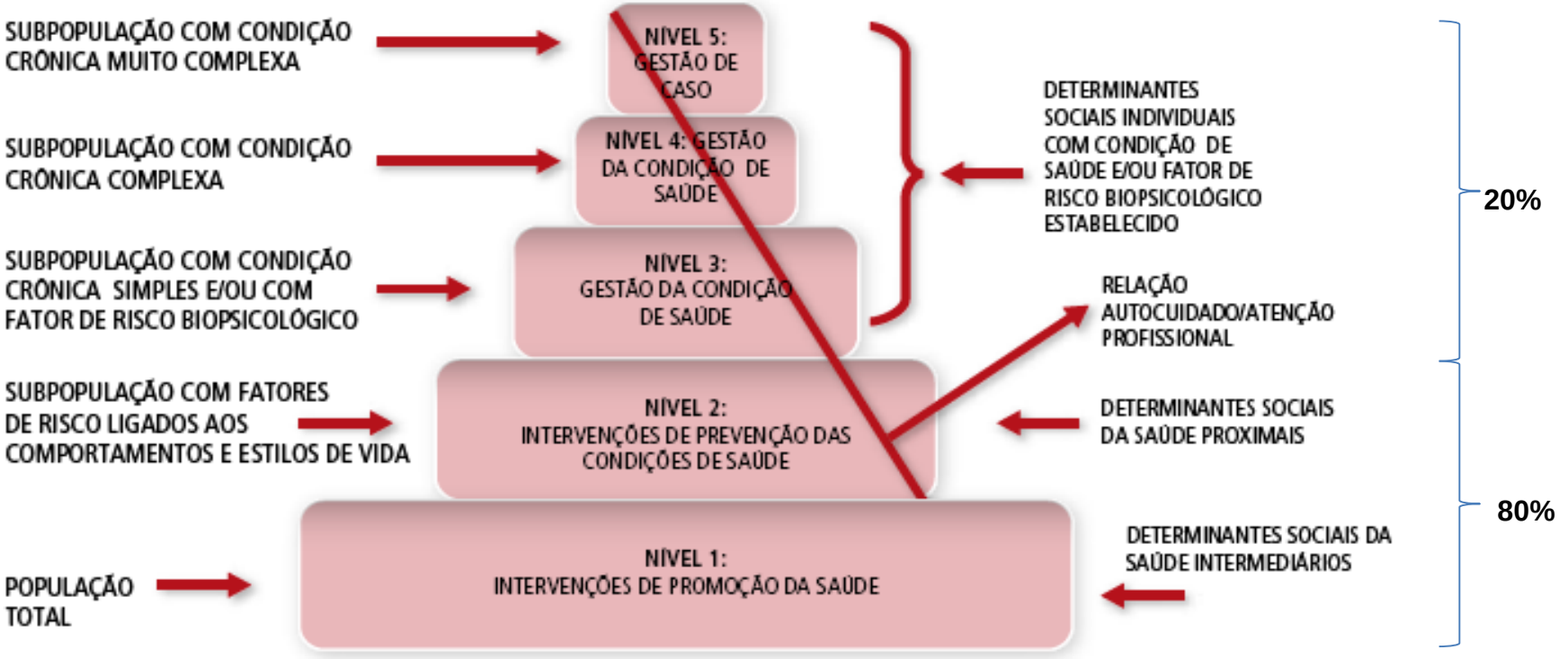
Modelos de atenção às condições crônicas internacionais





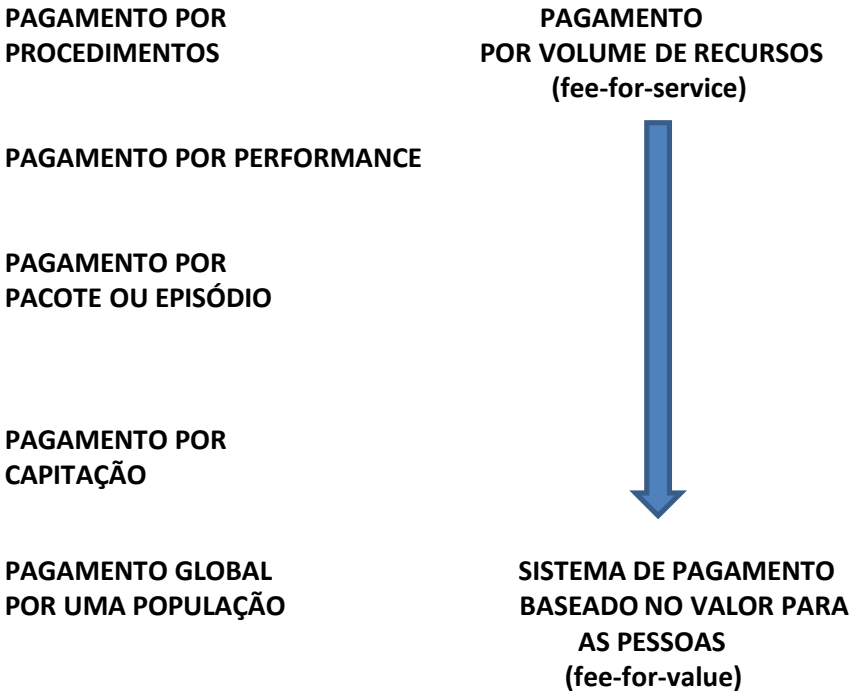
Fontes:
Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1998; 1: 2-4
Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health; 2005
Porter M. Population and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente; 2007

Um modelo expandido de atenção às condições crônicas para o SUS (MACC)

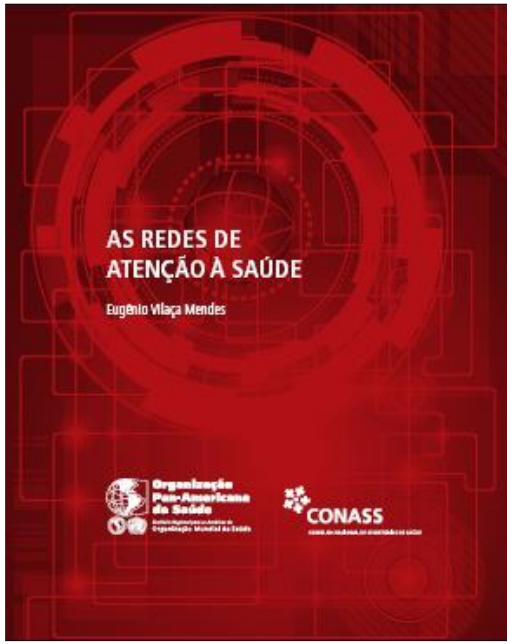


Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011

O desafio do modelo de financiamento: do pagamento por volume para o pagamento por valor



Fontes:
Kasteng F et al. On financing models: incentives and disincentives for integrated care. Edinburgh: 15th International Conference for Integrated Care; 2015
James BC, Poulsen GP. A defesa do modelo de pagamento per capita. Harvard Businees Review. 2016; 8: 47-56
Porter ME, Kaplan RS. Como pagar pelos serviços de saúde. Harvard Business Review. 2016; 8: 32-45



Disponíveis gratuitamente em:
www.conass.org.br