

# SUS: Atenção Primária à Saúde e a Planificação da atenção à saúde

Prof. Fernando P. Cupertino de Barros MD, PhD  
Assessor técnico do CONASS

Prof. Saúde Coletiva, F. de Medicina, Univ. Fed. de Goiás

# OS MARCOS DE REFERÊNCIA



O OBJETIVO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

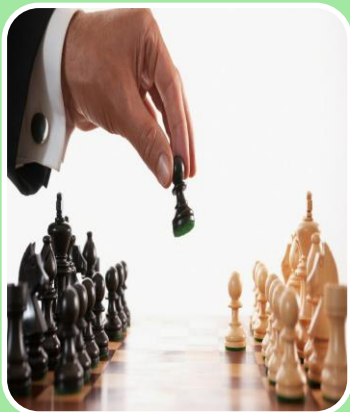


A CONCEPÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

# OS MARCOS DE REFERÊNCIA

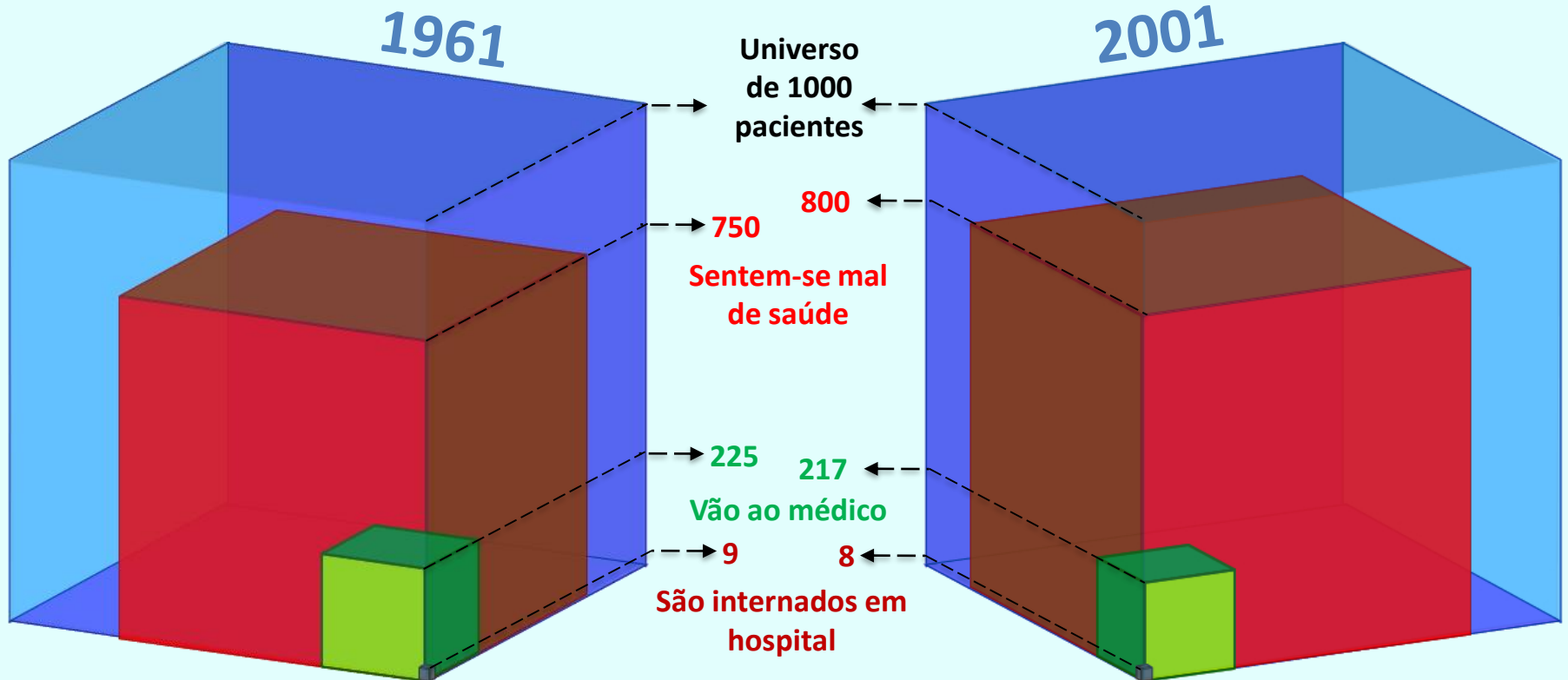


**OBJETIVO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: GERAR VALOR EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO**



**A APS COMO UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

# ECOLOGIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O CUBO DE KERR WHITE



# A APS SEGUNDO OS MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE

## NA GESTÃO DA OFERTA:

- **DIAGNÓSTICO ORIENTADO PELA CAPACIDADE INSTALADA E POR UMA VISÃO INDISCRIMINADA DA DEMANDA;**
- **SOLUÇÕES COM FOCO NO INCREMENTO ESTRUTURAL DA OFERTA E NO ACESSO PRONTO AOS CUIDADOS, DE FORMA NÃO PROGRAMADA.**



# REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## NA GESTÃO DE BASE POPULACIONAL:

- **DIAGNÓSTICO ORIENTADO PELAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO ADSCRITA À APS;**
- **SOLUÇÕES COM FOCO NAS RESPOSTAS ÀS DEMANDAS DIFERENCIADAS DA POPULAÇÃO E DAS SUBPOPULAÇÕES DE RISCO, E NO ACESSO PRONTO AOS CUIDADOS DE FORMA PROGRAMADA E NÃO PROGRAMADA**

# A POPULAÇÃO DO SUS

## O QUE É:

- A POPULAÇÃO EFETIVAMENTE CADASTRADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E QUE VIVE NUM TERRITÓRIO DELIMITADO



# OS PROBLEMAS E AS SOLUÇÕES DA APS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DA OFERTA (POPULAÇÃO, MÍDIA E GESTORES)

## OS PROBLEMAS

- **FILAS E LONGOS TEMPOS DE ESPERA**
- **CARÊNCIA DE MÉDICOS**
- **NÚMERO INSUFICIENTE DE UNIDADES DE SAÚDE**

# OS PROBLEMAS E AS SOLUÇÕES DA APS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DA OFERTA (POPULAÇÃO, MÍDIA E GESTORES)

## AS SOLUÇÕES (VISÃO IMEDIATISTA)

- **DIMINUIR O TEMPO DE ESPERA E ACABAR COM AS FILAS**
- **CONTRATAR MAIS MÉDICOS**
- **CONSTRUIR MAIS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E MAIS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

# OS RESULTADOS DA GESTÃO DA OFERTA NA APS: A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHESS DISSERAM

50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS

50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS

Fontes: Rother DL & Hall JÁ.. Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health. 10: 163-180, 1989

agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287, 1999

have low health literacy. Arch. Intern. Med. 163: 83-90, 2003

Schillinger D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Health Care Research and Quality. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Health Care Research and Quality, 2005.

Roumie CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann. Intern. Med. 145: 165-175, 2006

Bodenheimer T & Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

Marvel MK. Et al. Soliciting the patient's

Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who

# OS RESULTADOS DA GESTÃO DA OFERTA NA APS: A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

O MÉDICO INTERROMPE O PACIENTE 23 SEGUNDOS DEPOIS O INÍCIO DE SUA FALA

60 A 65% DOS PORTADORES DE DIABETES, HIPERTENSÃO E COLESTEROL ELEVADO NÃO ESTÃO CONTROLADOS

A RAZÃO DESTA CRISE ESTÁ EM TRANSPLANTAR A CLÍNICA DAS CONDIÇÕES AGUDAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Fontes: Rother DL & Hall JÁ.. Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health. 10: 163-180, 1989

agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287, 1999

have low health literacy. Arch. Intern. Med. 163: 83-90, 2003

Schillinger D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Health Care Research and Quality. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Health Care Research and Quality, 2005.

Roumie CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann. Intern. Med. 145: 165-175, 2006

Bodenheimer T & Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

Marvel MK. Et al. Soliciting the patient's

Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who

# A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO NA APS

**OS MÉDICOS DISPENDERAM APENAS 1,3 MINUTOS EM ORIENTAÇÕES A PESSOAS COM DIABETES QUANDO SERIAM NECESSÁRIOS 9 MINUTOS PARA ESSA ATIVIDADE**

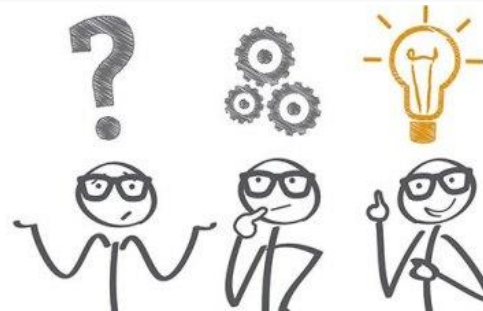
**42% DOS MÉDICOS DA APS MANIFESTARAM NÃO DISPOR DE TEMPO SUFICIENTE PARA ATENDER BEM ÀS PESSOAS**

**Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes decorre do foco exclusivo na doença.**

**Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional.**

# A MUDANÇA DE ENFOQUE PARA A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL NA APS - RAS

- **ANÁLISE DO PROBLEMA FEITA A PARTIR DAS DIFERENTES FORMAS DE DEMANDA POR CUIDADOS PRIMÁRIOS E SEUS GRAUS DE PREVISIBILIDADE**
- **PROPOSIÇÃO DE SOLUÇÕES PELA ESTRUTURAÇÃO DE RESPOSTAS SOCIAIS PELO LADO DA OFERTA, EM CONFORMIDADE COM AS DEMANDAS DIFERENCIADAS DA POPULAÇÃO E SUBPOPULAÇÕES E COM O GRAU DE PREVISIBILIDADE DESSAS DEMANDAS**

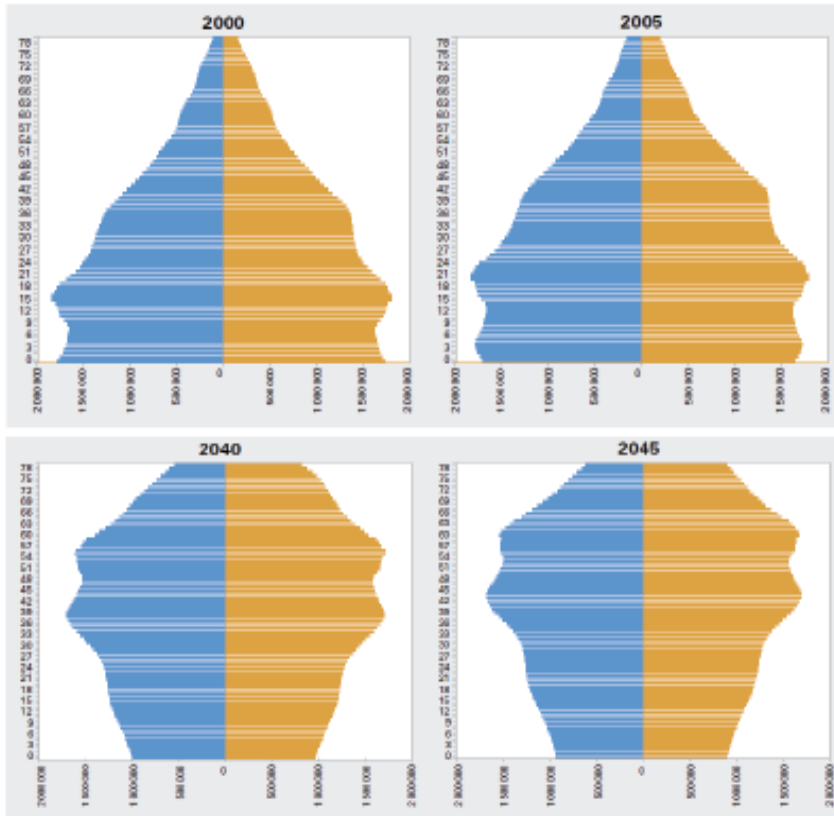
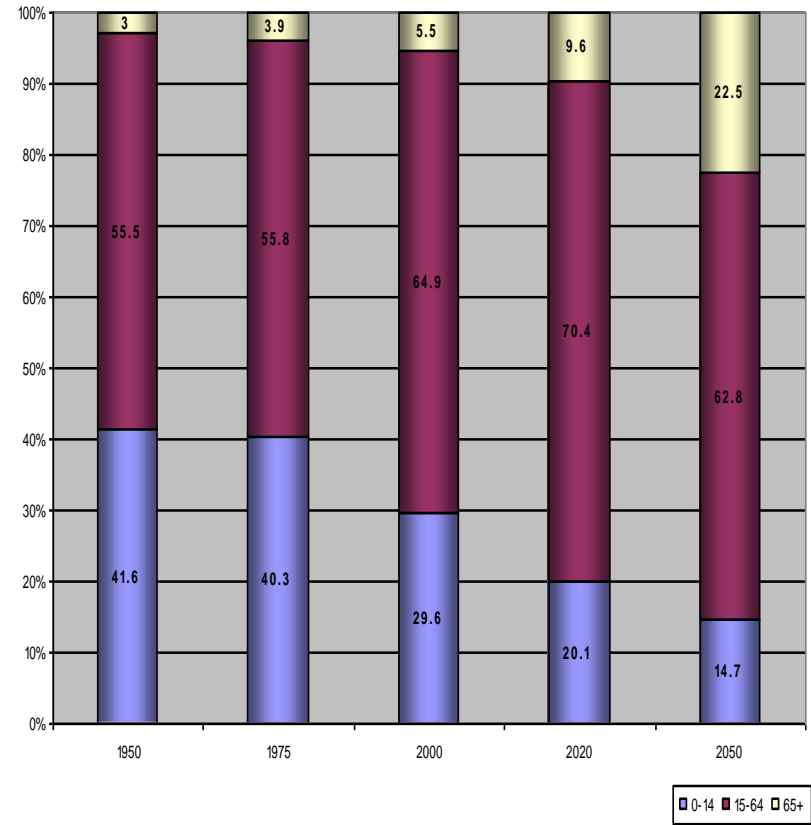


# PROPOSTA DO CONASS

- **Planificação da Atenção à Saúde – um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção à Saúde:  
Organização da APS – metáfora da casa**
- **Organização da AAE – por região**
- **Integração entre os níveis e pontos de atenção**
- **Modelo de Atenção adequado para a realidade do país –  
Transição Epidemiológica e demográfica com  
predominância de Condições Crônicas**

# A transição demográfica no Brasil

BRASIL: Distribuição da população por grupos etários (%), 1950-2050



Fontes:

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2004

Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília, SVS/Ministério da Saúde, 2011

## O modelo Dawson, 1920



Médico que trabalhou na organização de serviços de emergência na Primeira Guerra Mundial, Dawson propôs, pela primeira vez, o esquema de rede

Foi nomeado 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*”, Grã-Bretanha, 1920.

## 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**”*

*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 com clínica, cirurgia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia*

*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

“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**”

“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”

## Relatório Dawson - 1920

### EM RESUMO:

Apresentou, entre outros, os conceitos de:

Território

Populações adscritas

Porta de entrada

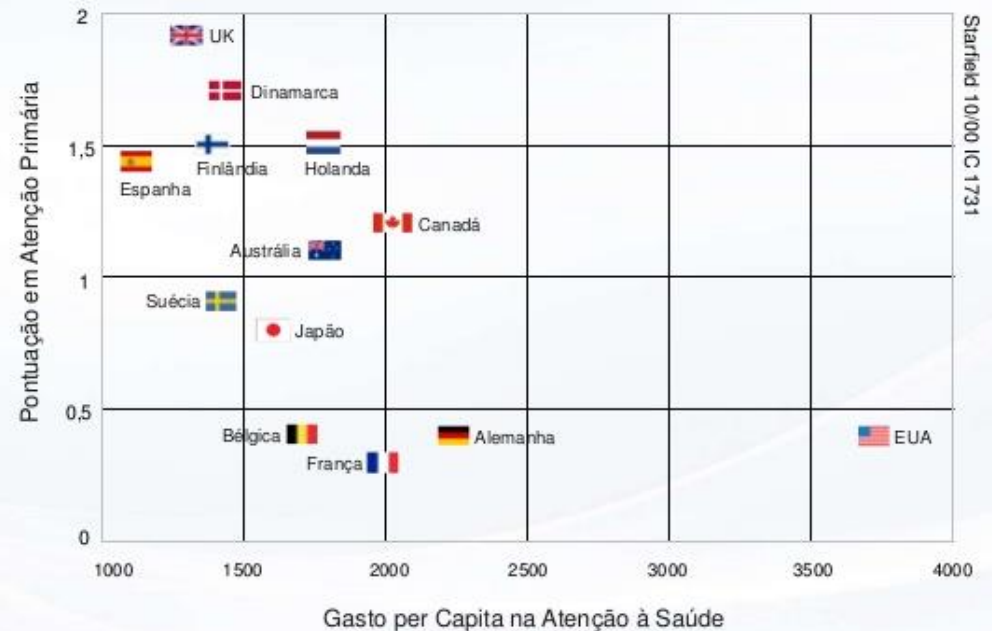
Vínculo/ acolhimento

Referência

Atenção primária como coordenadora do cuidado

**Todos os países** que melhoraram a eficiência e qualidade da assistência, com racionalização dos recursos **utilizam a ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS.**

Pontuação em Atenção Primária vs. Gastos com Atenção à Saúde, 1997



## LINHA DO TEMPO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017

**2004** Ponto de partida: as oficinas de redes de atenção à saúde nos estados

1ª geração

2006 2007 2008 2009 2010

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais

2ª geração

Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados

2009 2010 2011 2012 2013 2014

3ª geração

Laboratórios de inovação (LIACC), modelo de melhoria e tutoria

Curitiba

2010 2011 2012

Samonte

2013 2014 2015

Tauá

2014 2015 2016

4ª geração

Planificação da Atenção à Saúde - APS e AAE (a partir das experiências de Santo Antônio do Monte / MG, Maringá e Toledo / PR e Tauá / CE)

2013 2014 2015 2016

5ª geração

Ampliação do escopo: organização do acesso à APS, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico, sistema de informação clínica

2017

6ª geração

Atenção hospitalar

2018

**Planificação da Atenção à Saúde:** um instrumento de gestão e organização da APS e da AAE na RAS, tornou-se grande oportunidade para a qualificação da resposta do sistema de saúde à população.

**Proposta da PAS:** apoiar o corpo técnico-gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da atenção APS e AAE, sendo compreendida como uma mudança no modus operandi das equipes e serviços, buscando a efetividade das redes de atenção.

Agir, atuar corretivamente

Identificar as causas de eventuais desvios e implementar soluções

Verificar se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do método definido

Identificar os desvios na meta ou no método

Estudar, completar a análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado

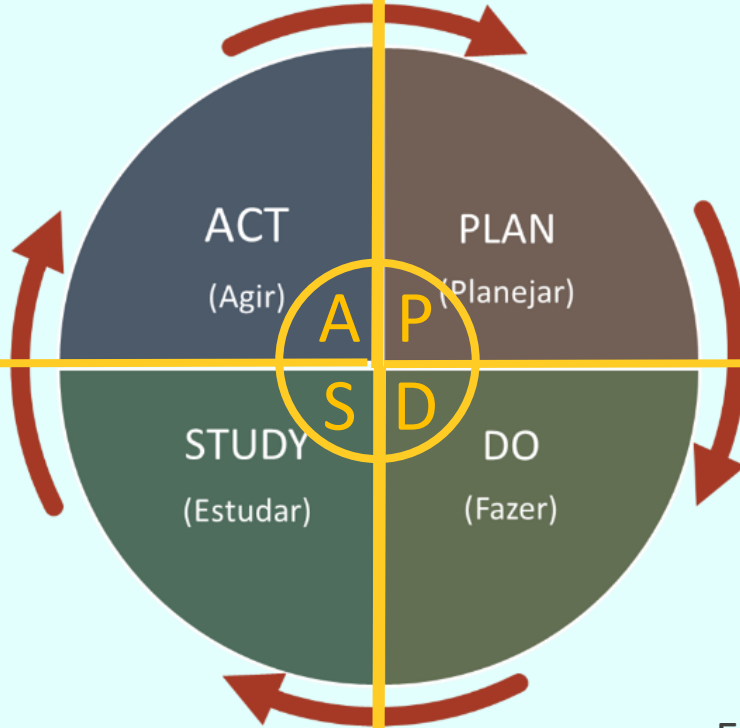
Realizar análise situacional (problemas e causas) e priorização de problemas

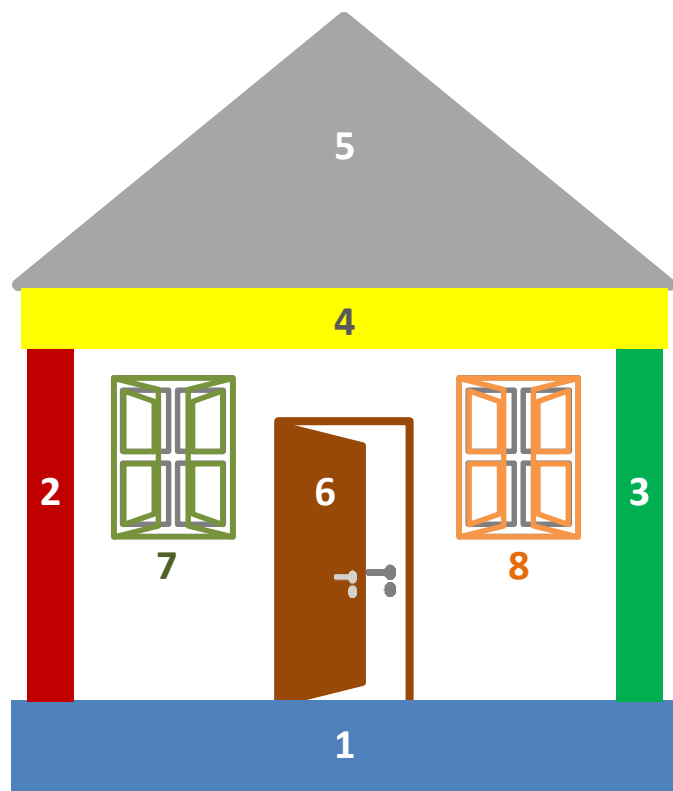
Elaborar o plano de ação: objetivos, metas e ações

Executar as ações como planejadas

Estabelecer normas e rotinas

Capacitar os profissionais para a mudança: desenvolver competências de conhecimento, habilidade e atitude

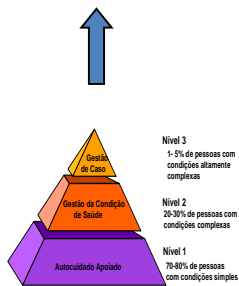




## PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- 1 Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária À Saúde
- 2 Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
- 3 Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas hiperutilizadoras
- 4 Macroprocessos de Atenção Preventiva
- 5 Macroprocessos de Demandas Administrativas
- 6 Macroprocessos de Atenção Domiciliar
- 7 Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
- 8 Macroprocessos de Cuidados Paliativos

# A IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS



## EQUIPE MULTI E INTERDISCIPLINAR

- **A CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS ESSENCIAIS PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS COMO ASSISTENTE SOCIAL, FARMACÊUTICO CLÍNICO, FISIOTERAPEUTA, NUTRICIONISTA, PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E PSICÓLOGO**
- **AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO SÃO RESOLVIDAS COM INTERVENÇÃO APENAS DO MÉDICO**



# Da gestão da oferta para a gestão da saúde da população

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

## A estratégia de saúde da família

- Mesmo com os avanços obtidos, persistem problemas que comprometem a qualidade, a eficácia do trabalho da atenção primária à saúde e, de modo especial, a Saúde da Família (Fausto et cols, 2014; Protasio et cols, 2014; Tomasi et cols, 2015; Clementino et cols, 2015; Medina et cols, 2014; Motta e David, 2015).

Fausto MCR, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38:13-33.

Protasio APL, et al. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde em Debate*. 2014;38(SPE): 209-220.

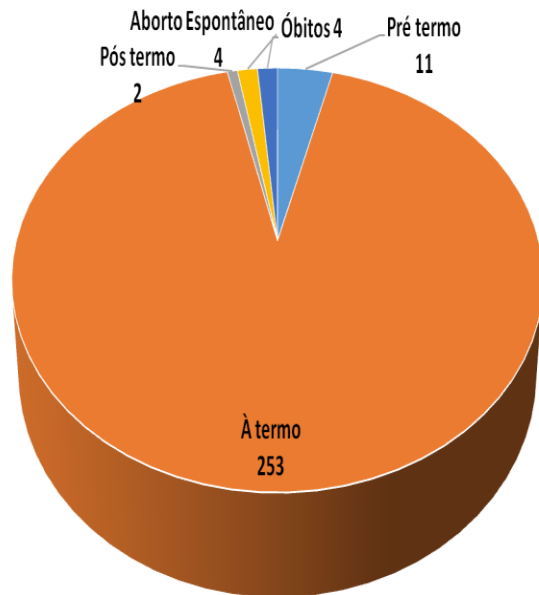
Tomasi E, et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15(2):171-80.

Clementino F, et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq-ab). *Revista Saúde & Ciência Online*. 2015;4(1):62-80.

Medina MG, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate*. 2014;38 Spe:69-82.

Mota RRA, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. *Rev. enferm. UERJ*. 2015;23(1):122-27.

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



■ Pré termo ■ À termo ■ Pós termo ■ Aborto Espontâneo ■ Óbitos

- **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

## **Filas do SUS: qual é o tamanho do problema?**

- **Em Sobral, Ceará:**  
**1.500 pessoas na fila para cirurgia ortopédica, mas apenas (30%) eram indicações que se enquadravam em protocolos clínicos baseados em evidências**
- **Na Região Metropolitana de Curitiba**  
**Um estudo amostral de 600 indicações para cirurgia ortopédica mostrou que apenas 35% delas eram indicações que se enquadravam em protocolos clínicos baseados em evidências**
- **Em Londrina, Paraná**  
**A introdução de um fisioterapeuta numa unidade de APS e a estratificação de risco reduziram em aproximadamente 60% as demandas por consultas especializadas com ortopedistas**

Fontes:

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Comunicação pessoal, 2014

ISGH. Comunicação pessoal, 2014

Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2ª Região de Saúde. Comunicação pessoal, 2014

Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Comunicação pessoal, 2014

## Questões à espera de resposta

- 1)- A formação médica generalista tem sido suficiente e capaz de responder ao que dela se espera?
- 2)- No âmbito do SUS, os governos têm sido capazes de conceber e implementar políticas indutoras de interesse pela Medicina Geral e Familiar?
- 3)- Os incentivos financeiros e não financeiros têm sido capazes de estimular a boa distribuição dos profissionais de saúde, sobretudo médicos, no território nacional?
- 4)- As práticas efetivas de trabalho multidisciplinar e de trabalho intersetorial têm sido postas em prática?
- 5)- A atuação dos agentes comunitários de saúde tem correspondido ao que deles se espera?
- 6)- A municipalização da saúde tem sido capaz de colaborar para a solução de alguns desses problemas?

## O que fazer:

- Identificar e combater, sistematicamente, as situações geradoras de desigualdades.
- Reinsere a saúde na pauta de discussões políticas (mais financiamento; mais eficiência; remuneração ligada a resultados sanitários; melhor gestão que vise à obtenção de mais qualidade e desempenho)
- Revigorar o Movimento da Reforma Sanitária, ajustando-o aos desafios atuais.
- Acionar os mecanismos de democracia direta para alargar o espectro da discussão.
- Criar e utilizar bons sistemas de informação, extraíndo elementos para a análise de resultados e correção de rumos, com agilidade e transparência.
- ...