

A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

EUGENIO VILAÇA MENDES

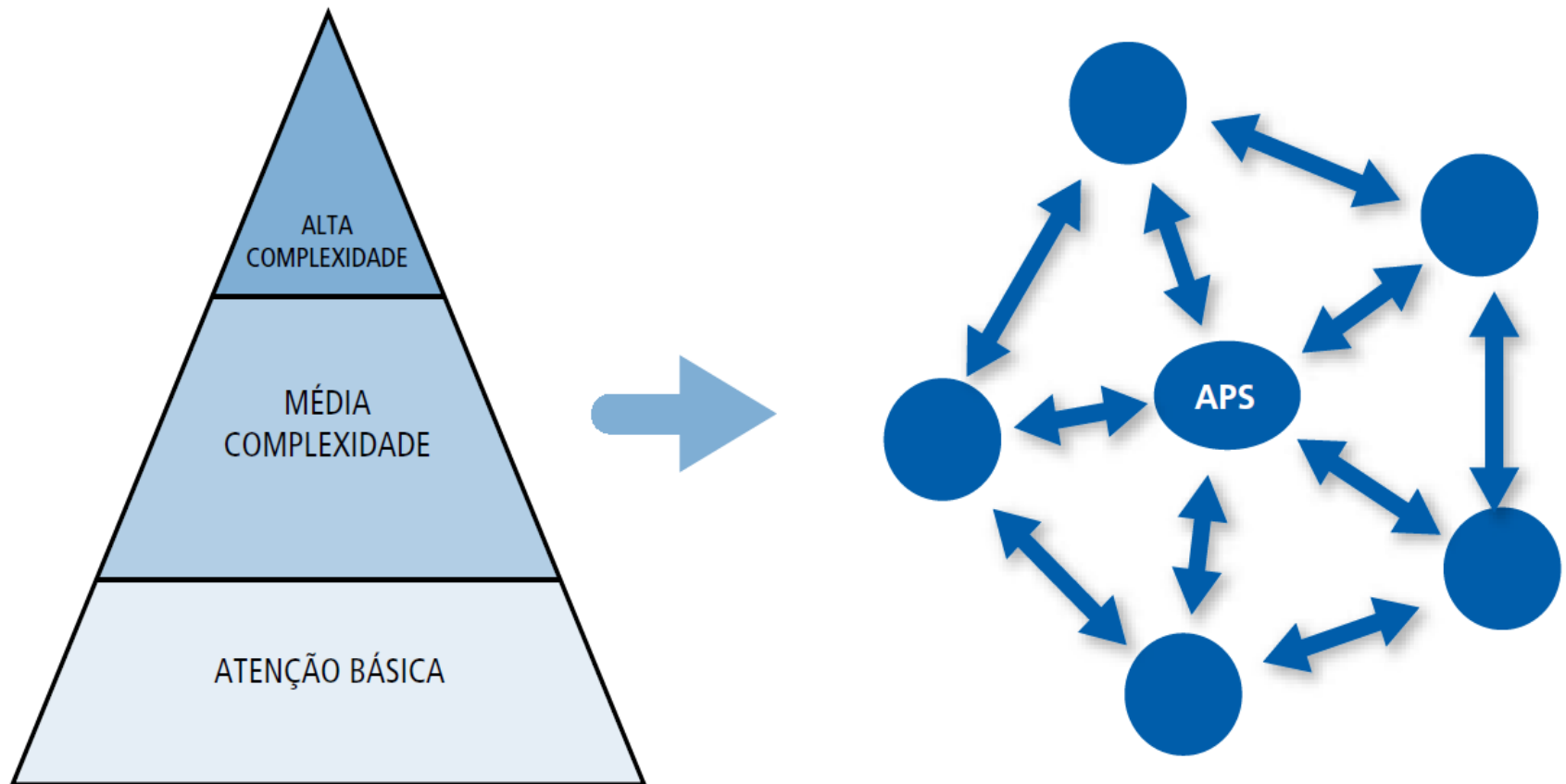
É POSSÍVEL QUE TODAS AS PESSOAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA SEJAM CUIDADAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA? O CASO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA 20ª REGIÃO

- **POPULAÇÃO DA 20ª REGIÃO DE SAÚDE: 358.000 HABITANTES**
- **POPULAÇÃO EXCLUSIVA SUS: 250.600 HABITANTES (70%)**
- **SUBPOPULAÇÃO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (70% DA POPULAÇÃO ADULTA): 35.084 HABITANTES**
- **1,5 CONSULTA COM CARDIOLOGISTA HABITANTE/ANO: 52.625 CONSULTAS/ANO**
- **PRODUÇÃO DE CONSULTA MÉDICA POR CARDIOLOGISTA POR ANO CONSIDERANDO 1/3 DA CARGA DE TRABALHO SOMENTE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL: 1.160**
- **NÚMERO DE CARDIOLOGISTAS PARA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL NO SUS NA REGIÃO: 45**

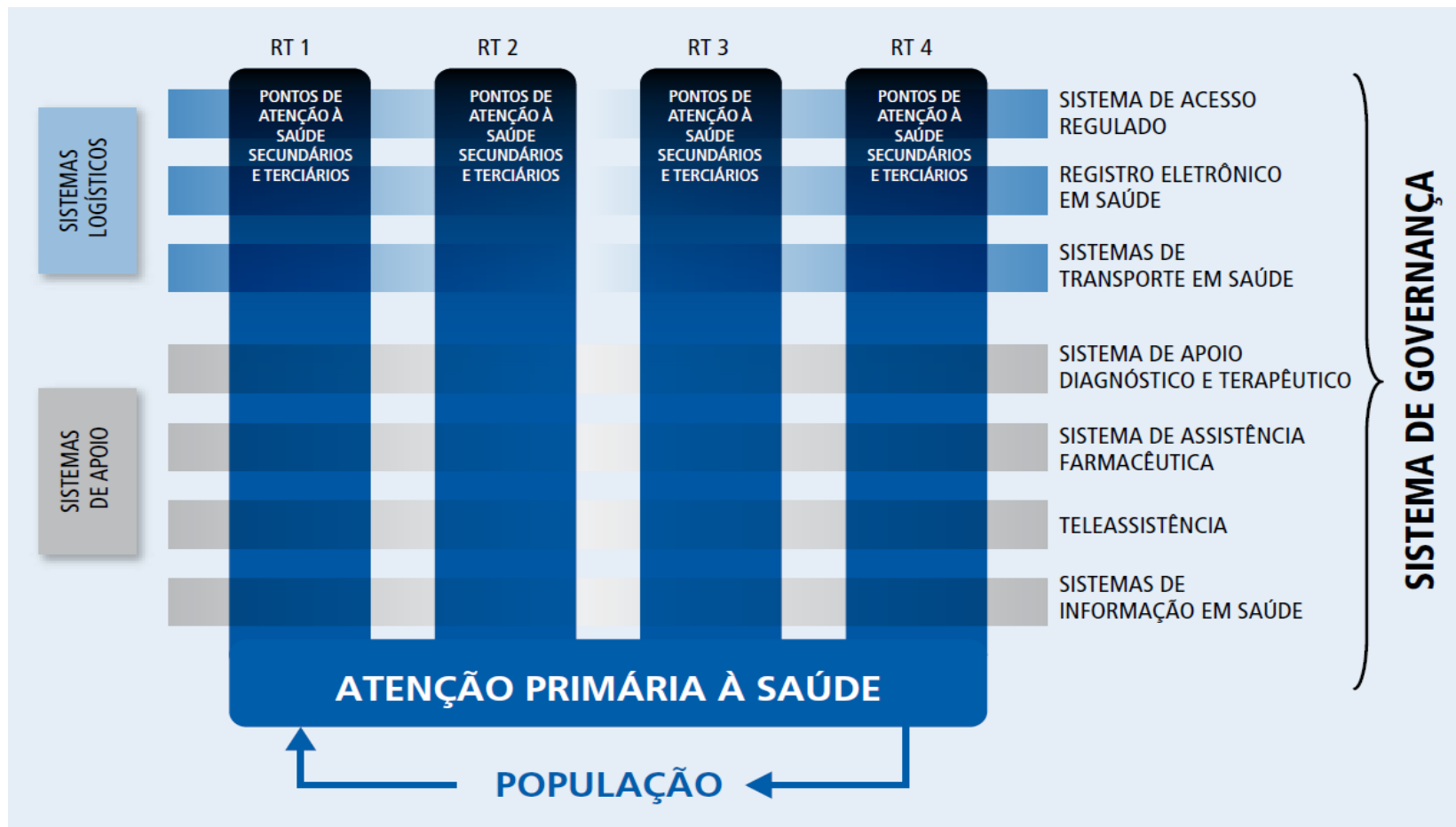
A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **OS PAPÉIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **A COMPLEMENTARIDADE ENTRE A APS E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **NUMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NÃO DEVE HAVER REDUNDÂNCIAS OU RETRABALHOS ENTRE A APS, OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS E OS SISTEMAS DE APOIO**
- **ESSE PRINCÍPIO GARANTE A ATENÇÃO NO LUGAR CERTO, NO TEMPO CERTO E COM O CUSTO CERTO**

OS DIFERENCIAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE POR CUSTO, NÍVEL DE ATENÇÃO E TEMPO DAS PESSOAS

	Autocuidado	Consulta médica telefónica	Consulta enfermera AP	Consulta médico AP	Consulta especialista	Gestión del caso	Hospitalización a domicilio	Hospitalización media estancia	Hospitalización aguda
Coste por actuación/ estancia €/día	0€	<10€	25€	35€	~50€	100-150€	50-200€	400-500€	700-900€
Nivel de atención	Atención a necesidades básicas sencillas	Análisis clínicos y atención intermedia		Diagnósticos complejos AP	Diagnósticos complejos especializada	Integración de la atención y gestión integral	Seguimiento medicalizado básico	Seguimiento medicalizado intermedio	Seguimiento medicalizado avanzado
Nivel de disrupción para el paciente	Mínimo	Limitado	1-3 horas para acudir y realizar la consulta		2-5 horas para acudir y realizar la consulta	Contacto periódico con persona de referencia	Cambios en el hogar y visitas/ contactos frecuentes	Disrupción elevada	Disrupción muy elevada

OS PAPÉIS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A RESPONSABILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO ADSCRITA**
- **A RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES**
- **A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO EM TODOS OS PONTOS DA REDE**

A DEMANDA NA APS TEM ALTA RESOLUTIVIDADE NESTE NÍVEL DE ATENÇÃO

- **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 ALGUNS PAÍSES EUROPEUS OS REFERENCIAMENTOS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NÃO PASSAM 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

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

O PAPEL DE COORDENAÇÃO DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **O MANEJO EXCLUSIVO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS MENOS COMPLEXAS**
- **O REFERENCIAMENTO E O COMPARTILHAMENTO DO MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS MAIS COMPLEXAS COM A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

A COMPLEMENTARIDADE NAS CLÍNICAS DA APS E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

CAMPO	APS	AAE
AMBIENTE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NA PESSOA • FOCO NA SAUDE • FOCO EM PROBLEMAS POUCO DEFINIDOS VISTOS NO INÍCIO • AMBIENTE POUCO MEDICALIZADO 	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NO ORGÃO OU SISTEMA • FOCO NA DOENÇA • FOCO EM PROBLEMAS BEM DEFINIDOS VISTOS MAIS TARDE • AMBIENTE MUITO MEDICALIZADO
FORMAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • ACEITAM-SE FALSOS NEGATIVOS QUE PODEM SER MINIMIZADOS PELA REPETIÇÃO DE EXAMES • CUIDADO DISPERSO EM VÁRIOS PROBLEMAS • PROVAS EM SÉRIE 	<ul style="list-style-type: none"> • ACEITAM-SE SOBREDIAGNÓSTICOS MAS NÃO SE ACEITAM FALSOS NEGATIVOS • CONCENTRAÇÃO DO CUIDADO NUM ÚNICO PROBLEMA OU NUM NÚMERO MÍNIMO DE PROBLEMAS • PROVAS EM PARALELO
CONTINUIDADE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE SUSTENTADA 	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE RELATIVA
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • MENORES CUSTOS E IATROGENIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • MAIORES CUSTOS E IATROGENIAS

Fontes: Cunillera R. Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2012.

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012

QUEM SE BENEFICIA DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA?

- **O CONCEITO DE CONDIÇÃO CRÔNICA**
- **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS**

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE SÃO AS CIRCUNSTÂNCIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS QUE SE APRESENTAM DE FORMAS MAIS OU MENOS PERSISTENTES E QUE EXIGEM RESPOSTAS SOCIAIS REATIVAS OU PROATIVAS, EVENTUAIS OU CONTÍNUAS E FRAGMENTADAS OU INTEGRADAS**
- **A LÓGICA DE RECORTE: A FORMA DE RESPOSTA SOCIAL A ESSAS CONDIÇÕES PELO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, PELOS PROFISSIONAIS E PELAS 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, Organização Mundial da Saúde, 2003.

TIPOS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **CONDIÇÕES AGUDAS**
- **CONDIÇÕES CRÔNICAS**

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, Organização Mundial da Saúde, 2003.

O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

SÃO AQUELAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO MAIS OU MENOS LONGO OU PERMANENTE QUE EXIGEM RESPOSTAS E AÇÕES CONTÍNUAS, PROATIVAS E INTEGRADAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS PARA SUA ESTABILIZAÇÃO E CONTROLE EFETIVO, EFICIENTE E COM QUALIDADE

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

A RESPOSTA SOCIAL 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.

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **OS FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS BIOPSIOLÓGICOS: COLESTEROL ELEVADO, DEPRESSÃO, HIPERTENSÃO ARTERIAL, NÍVEL GLICÊMICO ALTERADO, SOBREPESO OU OBESIDADE**
- **AS DOENÇAS CRÔNICAS: DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CÂNCERES, DIABETES, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E OUTRAS**
- **AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO LONGO: HANSENÍASE, HIV/AIDS, HEPATITES B E C**
- **AS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS**

Fontes:

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

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

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

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A MANUTENÇÃO DA SAÚDE POR CICLOS DE VIDA :
PUERICULTURA, HEBICULTURA E SENICULTURA**
- **AS ENFERMIDADES (*ILLNESSES*):
SINTOMAS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS, SOFRIMENTO
DIFUSO, TRANSTORNO HISTEROSSOMÁTICO, TRANSTORNO
SOMATOFORME, SÍNDROME DA NÃO DOENÇA, POLIQUÊIXA**
- **OS DISTÚRBIOS MENTAIS DE LONGO PRAZO**
- **AS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E ESTRUTURAIS CONTÍNUAS:
AMPUTAÇÕES E DEFICIÊNCIAS MOTORAS PERSISTENTES**
- **AS DOENÇAS BUCAIS**

Fontes:

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

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

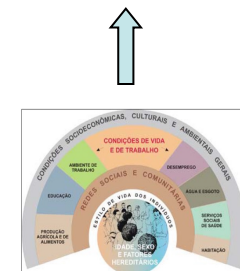
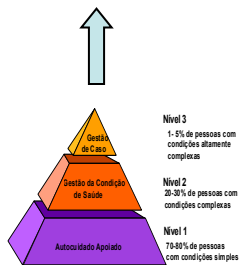
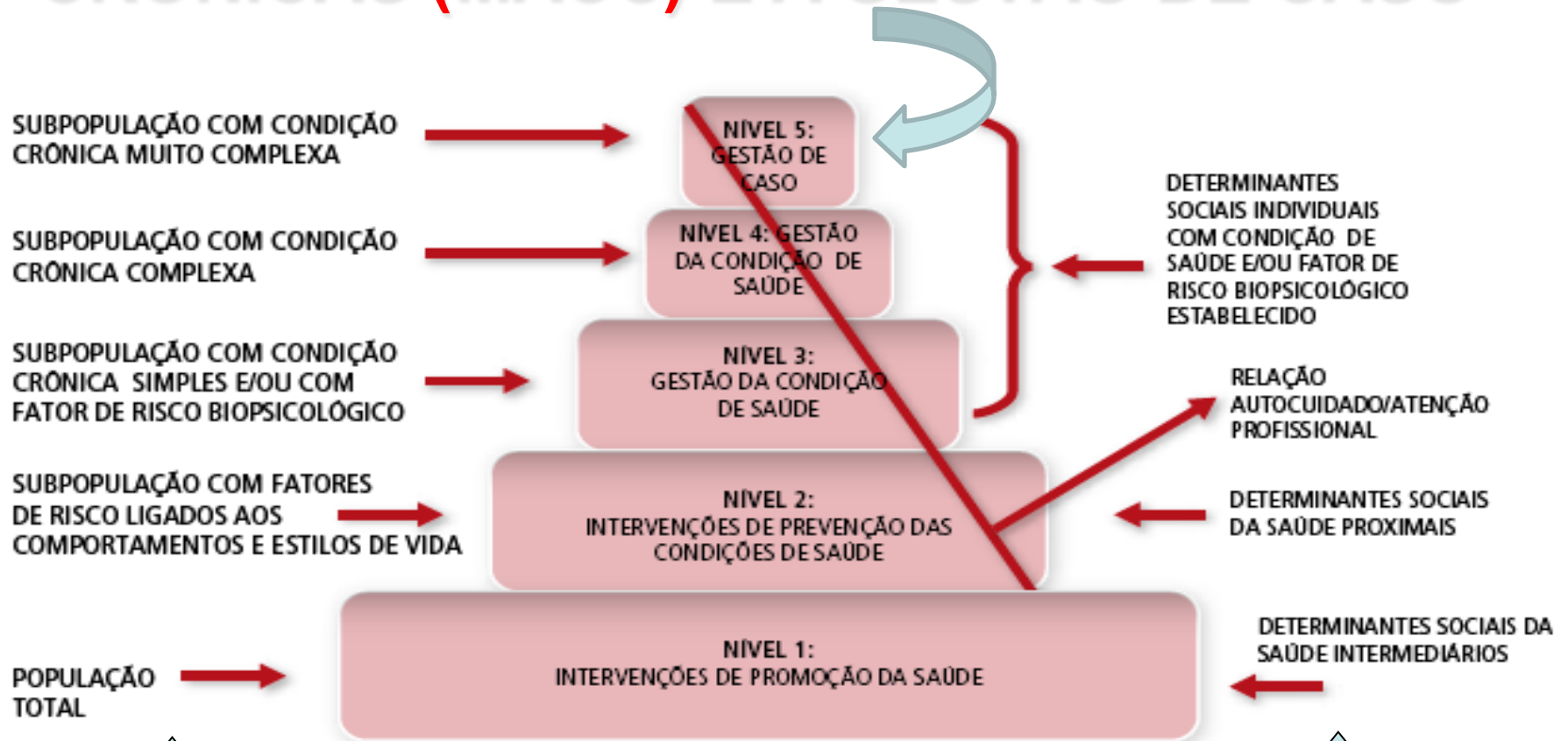
Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

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

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) E A GESTÃO DE CASO

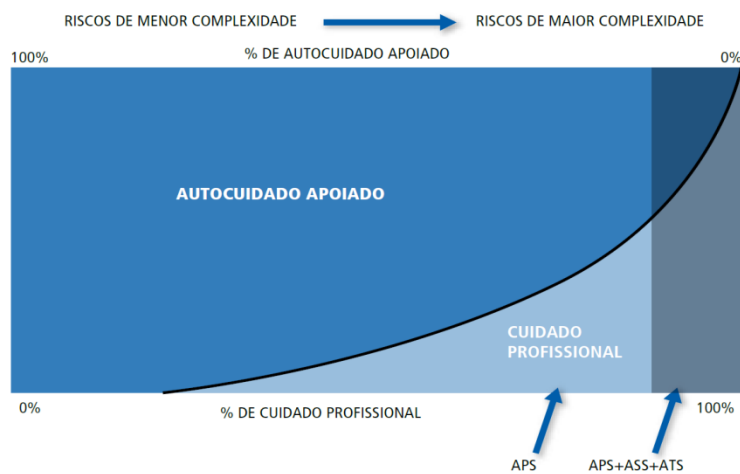


O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

- **PROPOSIÇÃO DO GRUPO DE PESQUISA DA KAISER PERMANENTE**
- **DIFUSÃO PARA OUTROS PAÍSES: AUSTRÁLIA, CANADÁ, DINAMARCA, ESPANHA, NOVA ZELÂNDIA**
- **UTILIZAÇÃO EXTENSIVA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DO REINO UNIDO**

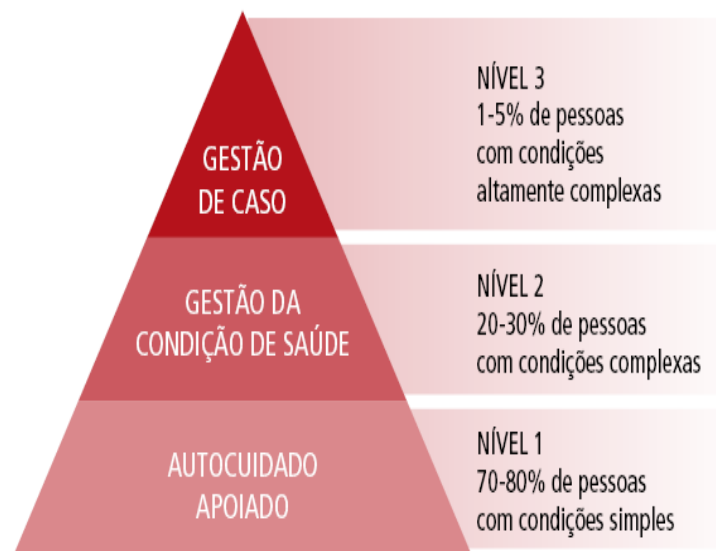
O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

TEORIA DO ESPECTRO DA ATENÇÃO À SAÚDE



APS: Atenção primária à saúde
ASS: Atenção secundária à saúde
ATS: Atenção terciária à saúde

MPR



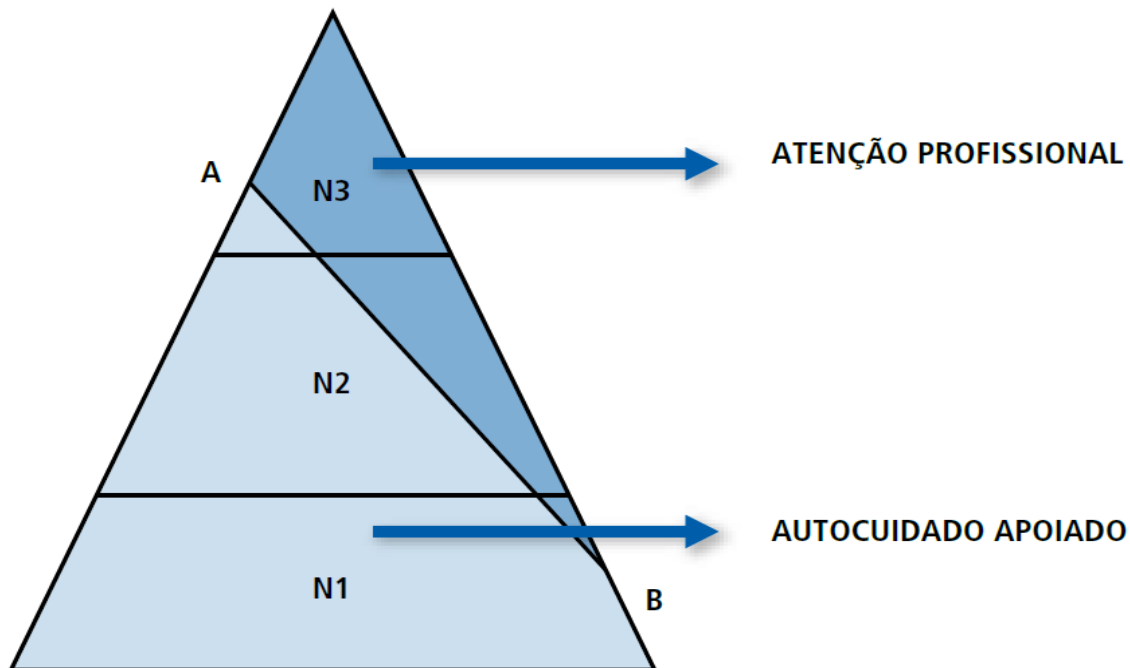
Fontes:

Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.

Milbank Q., 77: 77-110, 1999.

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

CONCENTRAÇÃO RELATIVA DE ATENÇÃO PROFISSIONAL E DE AUTOCUIDADO NO MPR

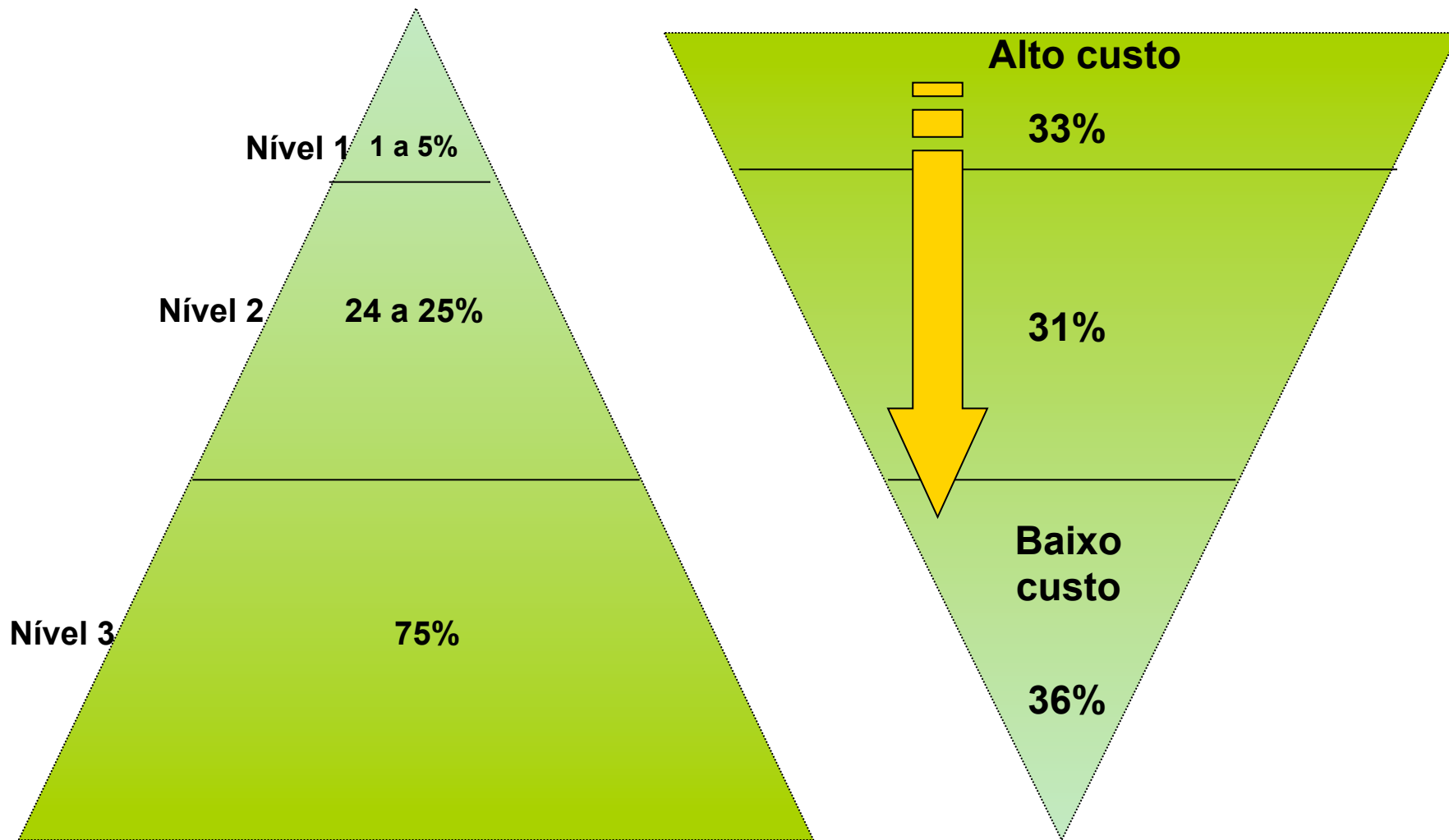


N1: Nível 1;
N2: Nível 2
N3: Nível 3.

A LÓGICA DO MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

COBERTURA POPULACIONAL

CUSTO POR CASO



A APLICAÇÃO DO MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

- **BÁSICO PARA O USO DA GESTÃO DA CLÍNICA**
- **O MANEJO CLÍNICO DIFERENCIADO POR ESTRATOS DE RISCOS**
- **A DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DO AUTOCUIDADO E DO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **A CONCENTRAÇÃO ÓTIMA DA ATENÇÃO DOS MEMBROS DAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES NO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **A DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA ATENÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**
- **A RACIONALIZAÇÃO DA AGENDA DOS PROFISSIONAIS DA APS E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

AS EVIDÊNCIAS SOBRE O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

- **MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **REDUZ AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES**
- **REDUZ AS TAXAS DE PERMANÊNCIA NOS HOSPITAIS**
- **MELHORA A SITUAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS E AOS ESTILOS DE VIDA**
- **REDUZ OS CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**

OS MODELOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

- **O MODELO DA ORGANIZAÇÃO FRAGMENTADA EM SILOS:
O MODELO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
(MODELO CEM)**
- **O MODELO DA ORGANIZAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE:
O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA
AMBULATORIAL (MODELO PASA)**

LEVANTE A MÃO SE JÁ SE DEFRONTOU, EM SUA PRÁTICA, COM ALGUMA DESTAS SITUAÇÕES



- **O GENERALISTA NÃO CONHECE O ESPECIALISTA A QUEM REFERE UMA PESSOA E ELES NUNCA TRABALHARAM JUNTOS**
- **A CENTRAL DE REGULAÇÃO ENCAMINHA A MESMA PESSOA A DIFERENTES ESPECIALISTAS**
- **O ESPECIALISTA NÃO RECEBE AS INFORMAÇÕES DO GENERALISTA AO RECEBER A PESSOA**
- **O GENERALISTA NÃO RECEBE AS ORIENTAÇÕES DO ESPECIALISTA AO RECEBER DE VOLTA A PESSOA**
- **A PESSOA SE QUEIXA DE QUE O ESPECIALISTA PARECIA NÃO SABER PORQUE ELA ESTAVA ALI COM ELE**
- **O ESPECIALISTA NÃO RESOLVE O PROBLEMA PARA O QUAL O GENERALISTA ENCAMINHOU**
- **O ESPECIALISTA SE APOSSA DEFINITIVAMENTE DA PESSOA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **O ESPECIALISTA REPETE EXAMES QUE JÁ HAVIAM SIDO FEITOS NA APS**
- **O ESPECIALISTA RECEBE PESSOAS QUE NÃO DEVERIAM SER REFERIDAS A ELE**
- **O ESPECIALISTA SE QUEIXA DE QUE O MÉDICO DE FAMÍLIA ENCAMINHA ERRADO PORQUE TEM POUCOS CONHECIMENTO**
- **A CONSULTA COM ESPECIALISTA DEMORA MUITO TEMPO PARA SER REALIZADA**

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O CASO DA SRA. G

A Sra. G. é uma mulher de 58 anos de idade, já avó, com história, há 15 anos, de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Ela tem um índice de massa corporal de 37 e luta para fazer o controle de peso, desde jovem. Numa consulta recente ao seu médico de família queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com a hemoglobina glicada de 9,7%, com pressão arterial 190/106 e com sintomas de depressão maior, apesar de estar tomando medicação antidepressiva. O médico de família postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou-a ao ambulatório especializado de saúde mental para revisão da depressão. A Sra. G. teve muita dificuldade em agendar uma consulta no ambulatório de saúde mental. Depois de muito tempo, conseguiu uma consulta com um psiquiatra que nunca tinha visto antes e que não conhecia seu médico de família. No dia da consulta psiquiátrica, sua pressão arterial estava em 220/124 e ela se queixava de dor de cabeça e fadiga. O psiquiatra, que nunca tinha tido contato anterior com a Sra. G., alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu a um cardiologista que, também, ela não conhecia. O cardiologista disse-lhe que sua medicação antihipertensiva era inadequada e que ela necessitava de uma medicação mais poderosa. Receitou, então, dois novos medicamentos antihipertensivos, mas nada lhe informou sobre o que fazer com os medicamentos que ela estava tomando e qual médico ela deveria consultar em caso de algum problema.

Uma semana depois, a Sra. G. teve uma síncope, foi chamada a ambulância e ela foi internada num hospital. Constatou-se que ela tinha um déficit neurológico e fez-se o diagnóstico de um acidente vascular encefálico (AVE). Com o ajuste da medicação no hospital, a pressão arterial estabilizou-se e ela teve alta para ir para a casa, com a recomendação de que deveria procurar o ambulatório de saúde mental porque sua depressão havia piorado. Em casa, ficou mais deprimida e disfuncional, não tendo energia para solicitar atendimento no ambulatório de saúde mental. Deixou de tomar a medicação e três semanas depois teve novo AVE grave.

A irmã da Sra. G. procurou o médico de família para orientação. Ele ficou consternado com o ocorrido e disse que nada sabia do que havia acontecido com aquela senhora após a última consulta. Ela ficou totalmente decepcionada com o tipo de cuidado que sua irmã recebeu daqueles profissionais.

OS PROBLEMAS DAS RELAÇÕES EM SILOS E DOS CEMs

- **A FRAGILIDADE DA APS PARA EXERCITAR A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NAS RASs: A REGULAÇÃO FEITA POR CENTRAIS DE REGULAÇÃO**
- **OS ESPECIALISTAS E OS GENERALISTAS ATUAM EM SILOS QUE NÃO SE COMUNICAM**
- **OS GENERALISTAS NÃO COORDENAM A ATENÇÃO**
- **HÁ UMA COMPETIÇÃO PREDATÓRIA ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
- **OS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA OU INEXISTEM OU SÃO DESORGANIZADOS**
- **OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS ATUAM DE FORMA DESPERSONALIZADA**
- **A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NO MÉDICO ESPECIALISTA**
- **A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL**
- **OS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NÃO OPERAM COM BASE EM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS**
- **A FRAGILIDADE DOS REGISTROS ELETRÔNICOS EM SAÚDE**
- **A ATENÇÃO ESPECIALIZADA LIMITA-SE À FUNÇÃO ASSISTENCIAL**
- **AS PESSOAS SE SENTEM ABANDONADAS NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO**

ALGUMAS EVIDÊNCIAS SOBRE AS RELAÇÕES FRAGMENTADAS EM SILOS

- **63% DOS GENERALISTAS E 35% DOS ESPECIALISTAS ESTÃO INSATISFEITOS COM O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
- **68% DOS ESPECIALISTAS RELATAM NÃO RECEBER AS INFORMAÇÕES DOS GENERALISTAS SOBRE AS PESSOAS REFERIDAS**
- **47% DAS PESSOAS REPORTAM ESTAREM INSATISFEITAS COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA RECEBIDA**
- **A MAIORIA DOS PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO SE BENEFICIAM DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **NÃO HÁ EVIDÊNCIA QUE O SISTEMA CLÁSSICO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ISOLADAMENTE AGREGUE VALOR PARA AS PESSOAS**

Fontes:

The Commonwealth Fund. Reducing fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>
Gandhi TK et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. J.Gen.Intern. Med., 15:
626-631, 2000

FORMAS DE CEMs NA PRÁTICA SOCIAL

- **CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- **POLICLÍNICAS**
- **POSTOS DE ATENÇÃO MÉDICA (PAMs)**
- **MÉDICO ESPECIALISTA TRABALHANDO INDIVIDUALMENTE NUM CONSULTÓRIO COM AUXÍLIO DE UMA RECEPCIONISTA**

A INCOERÊNCIA ENTRE AS ESTRUTURAS DA DEMANDA E DA OFERTA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

- **ESTRUTURA DA DEMANDA**

- **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS MUITO COMPLEXAS**
- **POR CONDIÇÕES CRÔNICAS COMPLEXAS NÃO ESTABILIZADAS**

- **ESTRUTURA DA OFERTA**

- **CONSULTAS MÉDICAS**
- **APOIO DE ENFERMAGEM**
- **DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
- **SOLICITAÇÃO/COLETA E OFERTA DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OS PROBLEMAS DO MODELO CEM NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

- **NÃO HÁ UMA COORDENAÇÃO PELA APS**
- **HÁ UMA COMPETIÇÃO PREDATÓRIA ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS COM RETRABALHOS E REDUNDÂNCIAS (POR EXEMPLO, REPETIÇÃO DE EXAMES)**
- **OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS ATUAM DE FORMA DESPERSONALIZADA**
- **A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NO MÉDICO ESPECIALISTA**
- **A ATENÇÃO É MUITO CONCENTRADA NA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL**
- **OS SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NÃO OPERAM COM BASE EM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS**
- **HÁ UMA FRAGILIDADE DOS REGISTROS ELETRÔNICOS EM SAÚDE**
- **O PRODUTO DO CEM É CONSULTA MÉDICA E/OU EXAME REALIZADO**
- **A ATENÇÃO ESPECIALIZADA LIMITA-SE À FUNÇÃO ASSISTENCIAL**
- **AS PESSOAS SE SENTEM ABANDONADAS NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO**

A ATENÇÃO EM CEM NUMA AMA/ ESPECIALIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- **UNIDADE AMBULATORIAL OPERADA POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM OFERTA DE 7 ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- **OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIAIS INDIVIDUAIS E DE EXAMES COMPLEMENTARES**
- **RESULTADO DAS CONSULTAS: PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**
- **CONTRATO SMS/OS SÓ PREVÊ PAGAMENTO POR CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES COMPLEMENTARES**
- **MÉDICOS ESPECIALISTAS TRABALHAM EM REGIME DE PLANTÃO DE 8 HORAS UMA VEZ POR SEMANA**
- **2 ENFERMEIROS ATUANDO COMO ASSISTENTES MÉDICOS**
- **AUSÊNCIA DE SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**
- **REFERÊNCIA FEITA POR MEIO DE UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO PARA O MÉDICO QUE TEM AGENDA NO DIA**
- **AUSÊNCIA DE PLANO DE CUIDADO**
- **GENERALISTAS E ESPECIALISTAS NÃO SE CONHECEM, NUNCA TRABALHAM EM CONJUNTO E NÃO SE COMUNICAM REGULARMENTE**

O EFEITO VELCRO NO MODELO CEM

- **O EFEITO VELCRO:
A FALTA DE COORDENAÇÃO ENTRE A APS E A ATENÇÃO
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA GERA UMA PROPENSÃO PARA
QUE O ESPECIALISTA SE APROPRIE DEFINITIVAMENTE DA PESSOA
A ELE REFERIDA**
- **A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO
MUNICÍPIO DE DIADEMA
35% DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS SÃO PARA CASOS NOVOS
65% SÃO CONSULTAS DE RETORNO**

Fontes:

Murray M. Advanced clinic access. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012

Albieri FAO. O caso de Diadema. Brasília, Seminário sobre Regulação na APS, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O MODELO PASA

O MODELO PASA É UMA FORMA DE ORGANIZAR A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA COMO UM PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO, COMUNICANDO-SE ORGANICAMENTE COM A APS, COM OS SISTEMAS DE APOIO E COM OS SISTEMAS LOGÍSTICOS E OPERANDO SEGUNDO MODELOS DE ATENÇÃO BASEADOS EM EVIDÊNCIA A FIM DE AGREGAR VALOR PARA AS PESSOAS USUÁRIAS

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O CASO DA SRA H

A Sra H., irmã da Sra. G, é uma mulher de 59 anos de idade, avó, com 12 anos de história de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão maior. Ela tem um índice de massa corporal de 36 e tem lutado para controlar seu peso desde o início de sua idade adulta. Numa consulta recente com seu médico de família verificou-se que ela estava com hemoglobina glicada de 8,9%, com pressão arterial de 148/88 e com sintomas que sugeriam depressão. O Dr. M, médico de família, postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou ao ambulatório especializado em saúde mental. O Dr. M entrou em contato com o Dr. P., psiquiatra de referência para aquela unidade da ESF, que ele conhecia de longa data e que, regularmente, se encontravam para discutir casos clínicos de interesse comum. O Dr. M, usando o prontuário eletrônico que estava em rede com a unidade de saúde mental, preencheu o campo concernente à referência para especialista e agendou a consulta com o Dr. P., orientando Sra. H. que buscasse o comprovante do agendamento com a coordenadora de cuidado da unidade, um técnico em enfermagem. A Sra. H. teve problemas com seus netos e não pode estar presente à consulta agendada. O técnico em enfermagem verificou no sistema eletrônico que a Sra. H. não comparecera e fez um novo agendamento com o psiquiatra e lhe comunicou a nova data e horário. Quando a Sra. H. encontrou o psiquiatra ele já tinha, à sua frente, o formulário de referência enviado pelo Dr. M. O Dr. P. fez a consulta e ajustou a medicação antidepressiva, mas verificou, também, que a Sra. H. estava com pressão elevada, dor de cabeça e fadiga. Por isso, providenciou para que ela fosse agendada, naquele mesmo dia, à tarde, com o Dr. M na unidade da ESF. O Dr. M a atendeu prontamente e ajustou a medicação antihipertensiva e pediu que ela retornasse dias depois. Quando retornou, estava melhorando da depressão e sua pressão estava se normalizando.

AS EVIDÊNCIAS DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

**DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM TAREFAS
CLARAMENTE DEFINIDAS**

**NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO: ATENDIMENTO EM GRUPO,
ATENDIMENTO CONTÍNUO, ATENDIMENTO À DISTÂNCIA, GRUPOS
DE PARES**

INCREMENTO DO ATENDIMENTO PROGRAMADO

**TRABALHO CONJUNTO DE ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS DA
APS**



AS RELAÇÕES DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO E O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL (PASA)

**A COORDENAÇÃO DO CUIDADO É A ORGANIZAÇÃO
DELIBERADA DO CUIDADO ENTRE DOIS OU MAIS
PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE PARA
FACILITAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EFICIENTES,
EFETIVOS, DE QUALIDADE E DE ACORDO COM AS
PREFERÊNCIAS DAS PESSOAS USUÁRIAS**

O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO



Fonte: Adaptado de The Commonwealth Fund. Reducing fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>

A COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE APS E AAE

- **ESTABELECE E NEGOCIA RESPONSABILIDADES**
- **GARANTIR COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E DE TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES**
- **FACILITAR A TRANSIÇÃO POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADES E DE INFORMAÇÕES**
- **DETERMINAR AS NECESSIDADES DAS PESSOAS USUÁRIAS EM TERMOS DE CUIDADO E DE COORDENAÇÃO**
- **ELABORAR E PARTILHAR PLANOS DE CUIDADOS REALIZADOS COM PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS, GENERALISTAS E PESSOAS USUÁRIAS E FAMÍLIAS**
- **MONITORAR O PLANO DE CUIDADO EM TERMOS DE RESULTADOS SANITÁRIOS E DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

AS CARACTERÍSTICAS DO MODELO PASA

- **PONTO DE ATENÇÃO FECHADO**
- **ACESSO REGULADO PELA APS COM BASE NA ESTRATIFICAÇÃO DOS RISCOS**
- **A DEFINIÇÃO CONJUNTA POR GENERALISTAS E ESPECIALISTAS DE CRITÉRIOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA SEGUNDA A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E SUA PADRONIZAÇÃO POR MEIO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS COM BASE EM EVIDÊNCIA**
- **OS ACORDOS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS PARA REDUZIR REDUNDÂNCIAS OU RETRABALHOS**
- **OS ACORDOS SOBRE EXAMES COMPLEMENTARES PARA REDUZIR DUPLICAÇÕES**
- **O PRODUTO FINAL DA ATENÇÃO É UM PLANO DE CUIDADO**
- **ATENÇÃO PRESTADA POR UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL TRABALHANDO DE FORMA INTERDISCIPLINAR**
- **A INCORPORAÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ENCONTRO CLÍNICO ALÉM DA CONSULTA PRESENCIAL FACE-A-FACE**
- **O CONHECIMENTO PESSOAL DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
- **A ATUAÇÃO CLÍNICA CONJUNTA DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS EM PLANOS DE CUIDADOS COMPARTILHADOS**
- **A VINCULAÇÃO DE GENERALISTAS A ESPECIALISTAS ENVOLVENDO A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **O ENVOLVIMENTO DE ESPECIALISTAS EM ATIVIDADES EDUCACIONAIS E EM SEGUNDA OPINIÃO**
- **A BUSCA DA COMPLEMENTARIDADE ENTRE GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**

ALGUNS PASSOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO PASA

- **FORTALECIMENTO DA FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO DA APS**
- **A APS COMO PROGRAMADORA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **ELABORAÇÃO DE LINHAS-GUIA PARA DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**
- **MODELAGEM DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO AMBULATORIAL**
- **DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES PERSONALIZADAS E COMPARTILHADAS ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
- **ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **DEFINIÇÃO DOS FLUXOS DE ATENÇÃO COM FOCO NO SISTEMA: O CASO DE UMA PESSOA-TIPO**
- **IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA INTEGRADO**
- **DEFINIÇÃO DE UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**
- **DEFINIÇÃO DE UM SISTEMA DE SEGUNDA OPINIÃO COM PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**

A AMPLIAÇÃO DA ESTRUTURA DA OFERTA EM COERÊNCIA COM O ESTRUTURA DA DEMANDA NO MODELO PASA

• ESTRUTURA DA DEMANDA

- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS ESTABILIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS INSTÁVEIS

• ESTRUTURA DA OFERTA

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA E OFERTA DE EXAMES COMPLEMENTARES
- CONSULTAS COM OUTROS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS
- GRUPOS OPERATIVOS
- GRUPOS TERAPÊUTICOS
- ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS A GRUPOS
- ATENDIMENTOS CONJUNTOS DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS
- ATENDIMENTOS CONTÍNUOS
- ATENDIMENTOS À DISTÂNCIA
- ATENDIMENTOS POR PARES
- APOIO AO AUTOCUIDADO
- GESTÃO DE CASOS
- PROVISÃO DE SEGUNDA OPINIÃO
- EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS
- PESQUISA CLÍNICA

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.

OS MODELOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

MODELO CEM	MODELO PASA
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela ESF
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na ESF com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a ESF
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado conjuntamente, por generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

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

UMA REFLEXÃO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE APS E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

**“DEVE-SE PROTEGER AS PESSOAS DOS ESPECIALISTAS
INADEQUADOS E PROTEGER OS ESPECIALISTAS DAS
PESSOAS INADEQUADAS”**

J. FRY