



Desafios para uma Política Nacional de Atenção Especializada



Arthur Chioro

Presidente da EBSEH

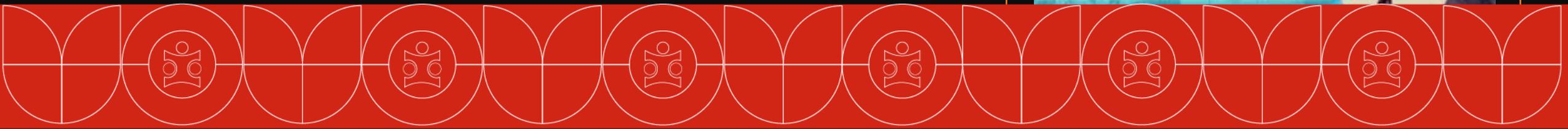
Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol) - EPM/Unifesp

Minha implicação inicial com o tema

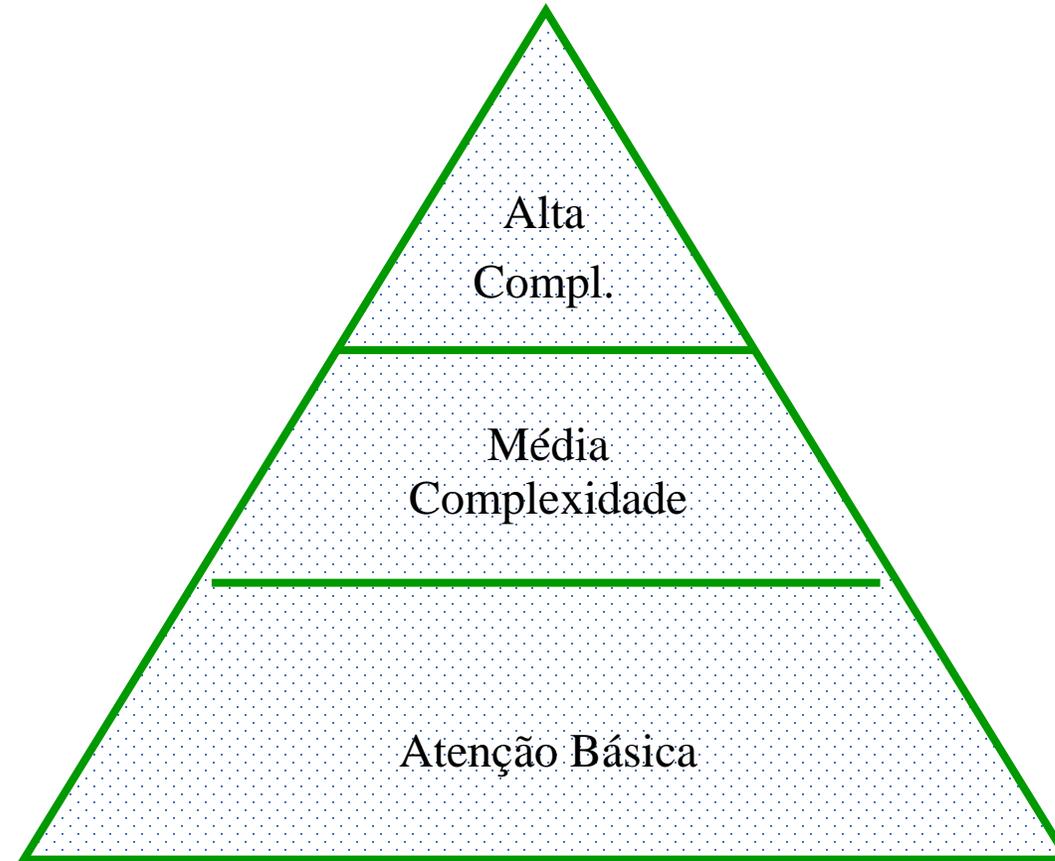
- a experiência da implantação do SUS em Santos, em 1989
- o modelo do Inamps: PAM
- o corporativismo – classe média
- a lógica privatista
- o modelo de financiamento (NOB 91) - produção

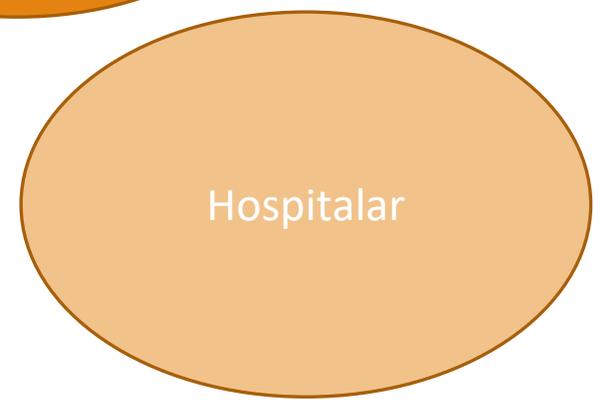
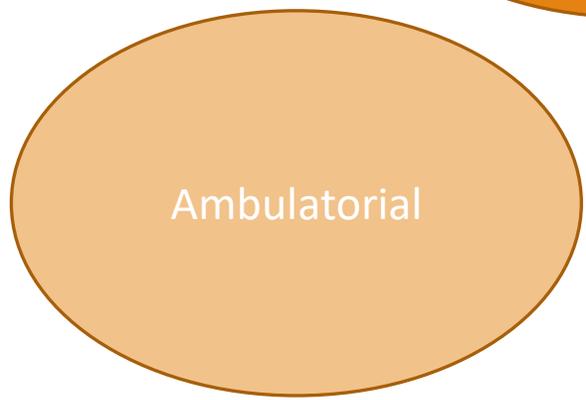
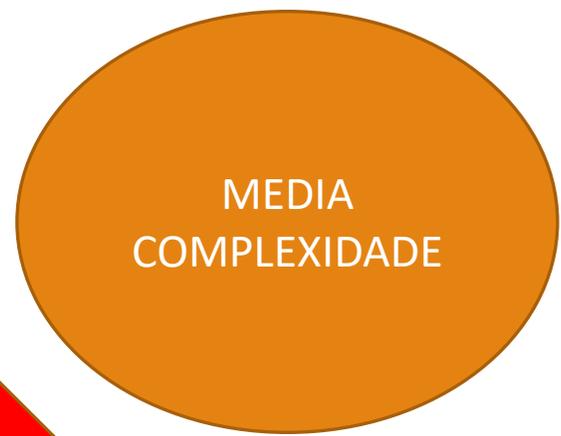
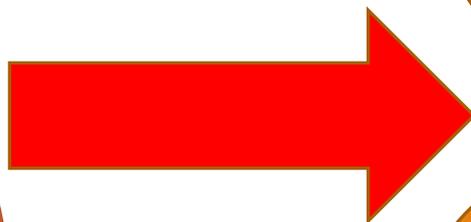
Consultas médicas – exames – procedimentos

CUIDADO ??????



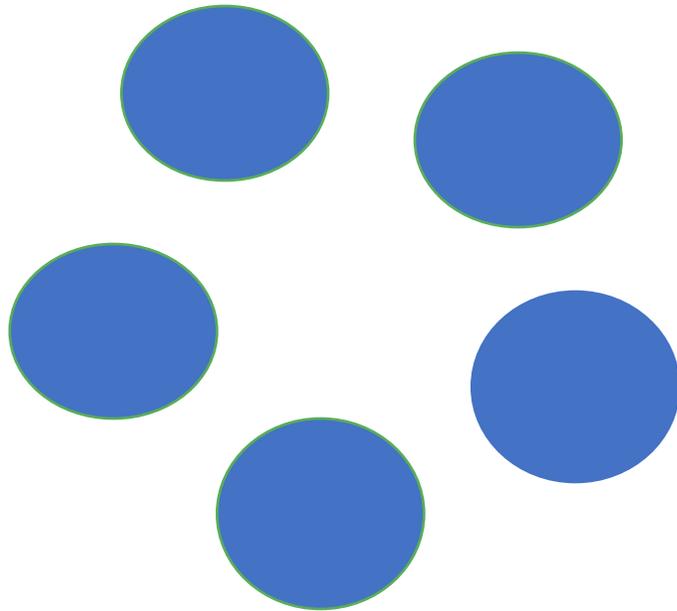
A CONCEPÇÃO HIERÁRQUICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS



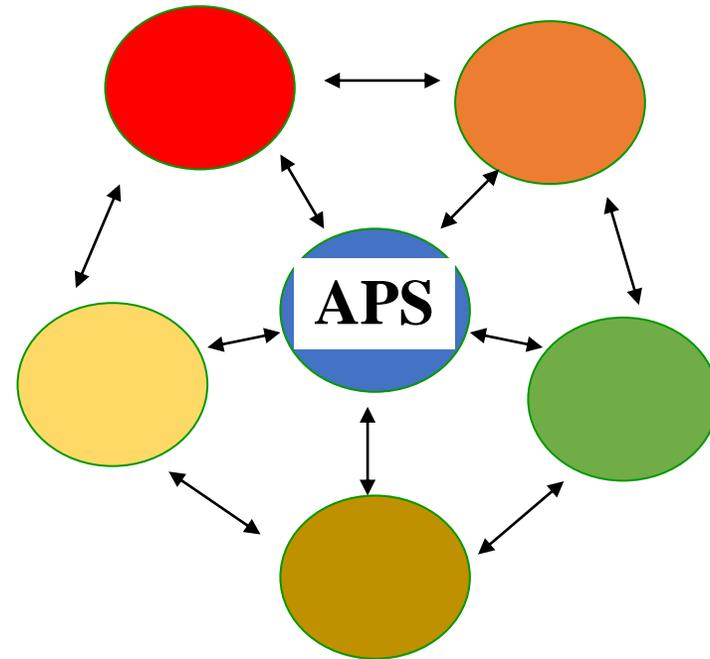


DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

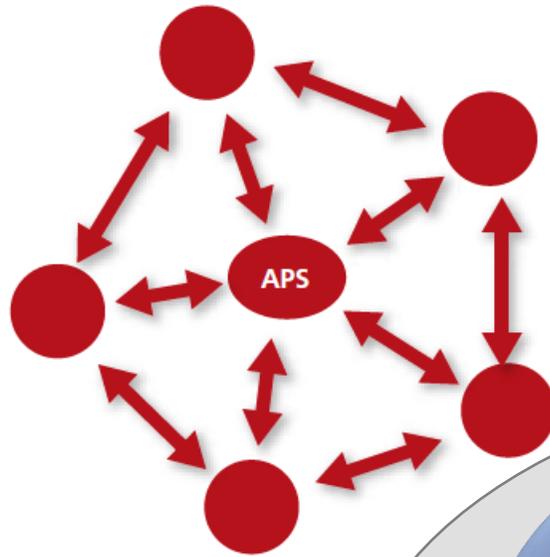
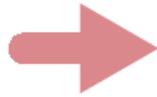
SISTEMA FRAGMENTADO



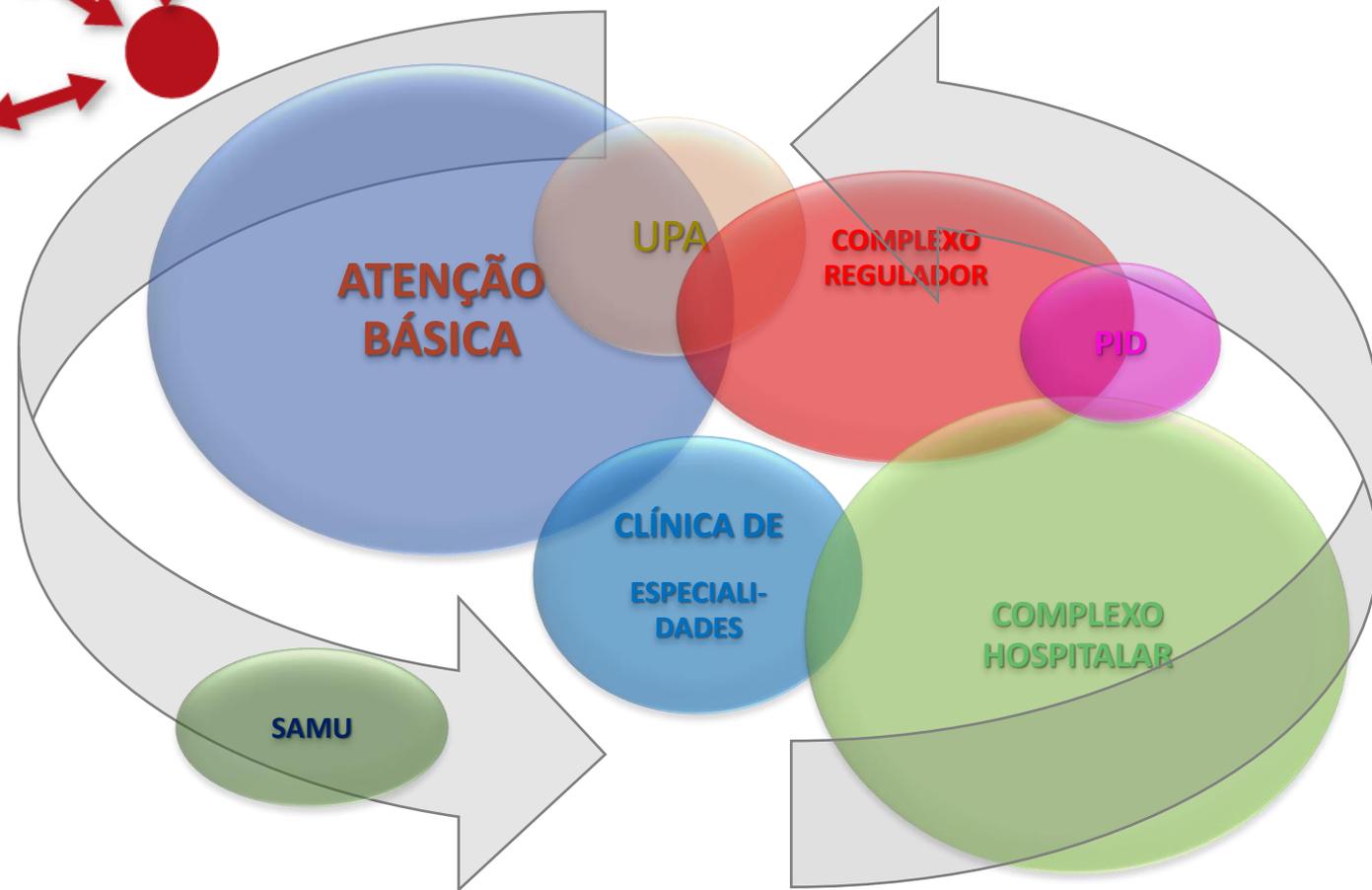
REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: MENDES, E.V. (2011)



Da pirâmide ao Círculo: a construção de Redes de Saude [Cecílio, 1996]



Sumário

Apresentação

Introdução

I. Objetivos

II. Metodologia

1. Definições gerais
2. Bases teóricas
3. Fontes de dados
4. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como indicador para determinantes e condições de saúde
5. Desagregação espacial das informações
6. Painel de monitoração e indicadores específicos

III. Avaliação da Capacidade Instalada e do Desempenho

a) Atenção em ambulatórios e serviços especializados

1. Caracterização geral da capacidade instalada
2. Produção de serviços ambulatoriais e especializados
3. Produção de procedimentos de alta complexidade
4. Correlação entre capacidade instalada, produção e mortalidade

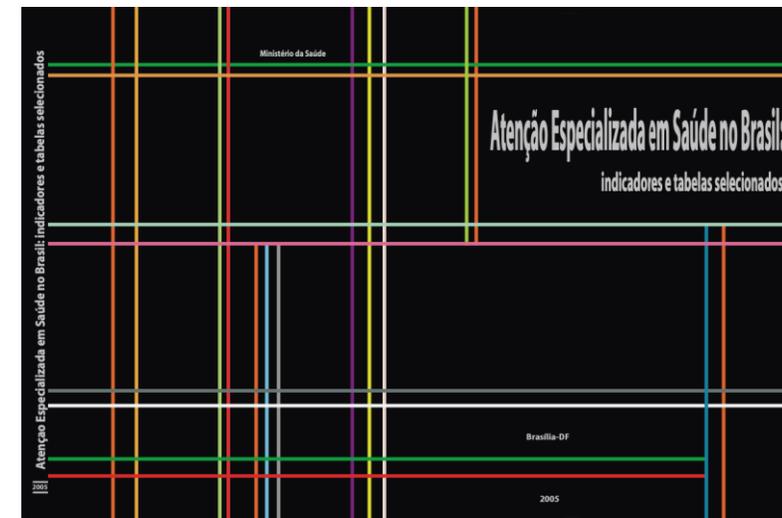
b) Atenção de Urgência e Emergência

1. Caracterização geral da capacidade instalada
2. Produção de serviços
3. Recursos financeiros desembolsados
4. Produtividade

c) Atenção Hospitalar

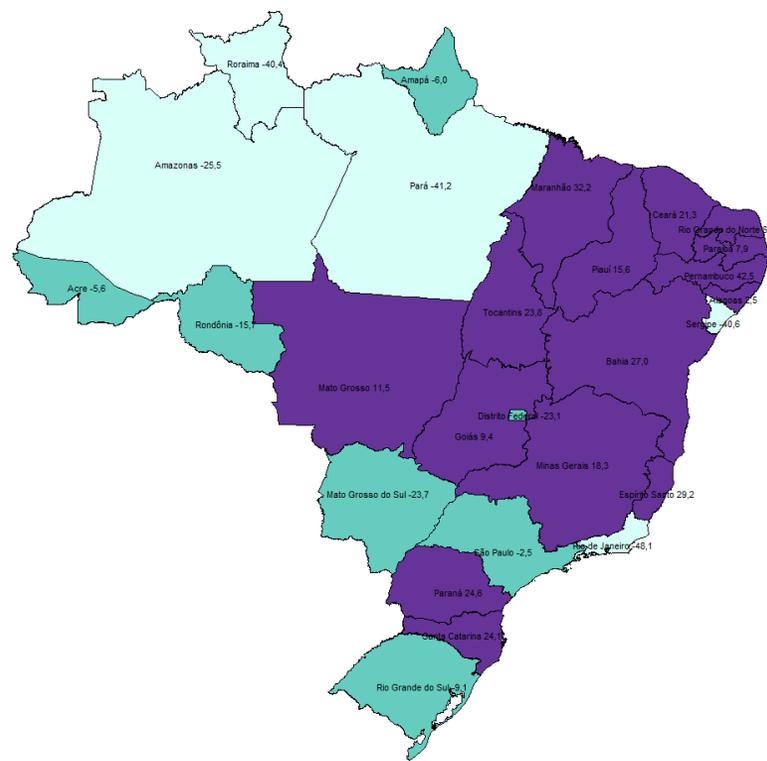
1. Caracterização geral da capacidade instalada
2. Produção de serviços
3. Recursos financeiros desembolsados
4. Produtividade

Anexo

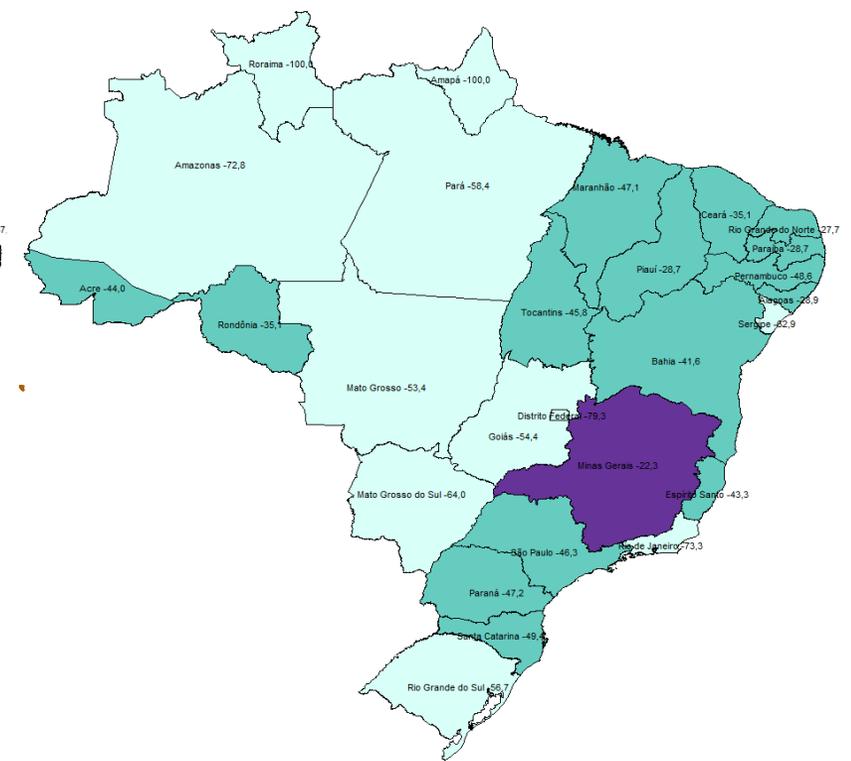




QUIMIOTERAPIA



CIRURGIA ONCOLOGICA



RADIOTERAPIA

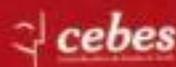
**OFERTA
X
NECESSIDADE**

POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

Sarah Escorel · Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
José Carvalho de Noronha · Antonio Ivo de Carvalho

organizadores



PARTE III – SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: HISTÓRIA E CONFIGURAÇÃO ATUAL

- | | |
|--|-----|
| 10. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista | 279 |
| <i>Sarah Escorel e Luiz Antonio Teixeira</i> | |
| 11. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária | 323 |
| <i>Sarah Escorel</i> | |
| 12. O Sistema Único de Saúde – SUS | 365 |
| <i>José Carvalho de Noronha, Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado</i> | |
| 13. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil | 395 |
| <i>Maria Alicia D. Ugá, Sílvia Marta Porto e Sérgio Francisco Piola</i> | |
| 14. Planos e Seguros Privados de Saúde | 427 |
| <i>Lígia Bahia e Mario Scheffer</i> | |

PARTE IV – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SETORES DE ATENÇÃO

- | | |
|---|-----|
| 15. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil | 459 |
| <i>Jairnilson Silva Paim</i> | |
| 16. Atenção Primária à Saúde | 493 |
| <i>Lígia Giovanella e Maria Helena Magalhães de Mendonça</i> | |
| 17. Atenção Ambulatorial Especializada | 547 |
| <i>Jorge Solla e Arthur Chioro</i> | |
| 18. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências | 577 |
| <i>Francisco Campos Braga Neto, Pedro Ribeiro Barbosa, Isabela Soares Santos e Celina Maria Ferro de Oliveira</i> | |
| 19. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil | 609 |
| <i>Samuel Jorge Moysés</i> | |
| 20. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado | 635 |
| <i>Paulo Duarte de Carvalho Amarante</i> | |
| 21. Assistência Farmacêutica | 657 |
| <i>Jorge A. Z. Bermudez, Maria Auxiliadora Oliveira e Vera Lucia Luiza</i> | |
| 22. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços | 687 |
| <i>Maria Glória Teixeira e Maria da Conceição Nascimento Costa</i> | |
| 23. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde | 709 |
| <i>Ana Célia Pessoa da Silva e Vera Lúcia Edais Pepe</i> | |

17. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Jorge Solla
Arthur Chioro

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Pode-se compreender o sistema de saúde a partir de distintas lógicas organizacionais. A engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica (Figura 1), em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (Chioro dos Reis & Scaff, 1998).

De onde partimos



Atenção Especializada fragmentada por especialidades

Cuidado centrado na figura/saber do médico especialista

Relação com outras esferas de cuidado por encaminhamentos em papel

Regulação frágil - Filas por ordem de chegada – resolver uma fila gera outra fila para o próximo procedimento

Pagamento por procedimento, sem compromisso com a integralidade do cuidado

De onde partimos



Pressão por incorporação tecnológica, sem nexos com as necessidades

Pautada pela lógica de mercado: área de grande interesse privado

Cuidado fragmentado em diferentes serviços, por complexidade, sem uma gestão do conjunto

Confusão: atenção especializada x serviços especializados ambulatoriais

Grande iniquidade na distribuição da oferta

Pressupostos de um outro jeito de pensar...

A produção do cuidado implica sempre encontro

Cuidado centrado nas necessidades da pessoa e não no especialista

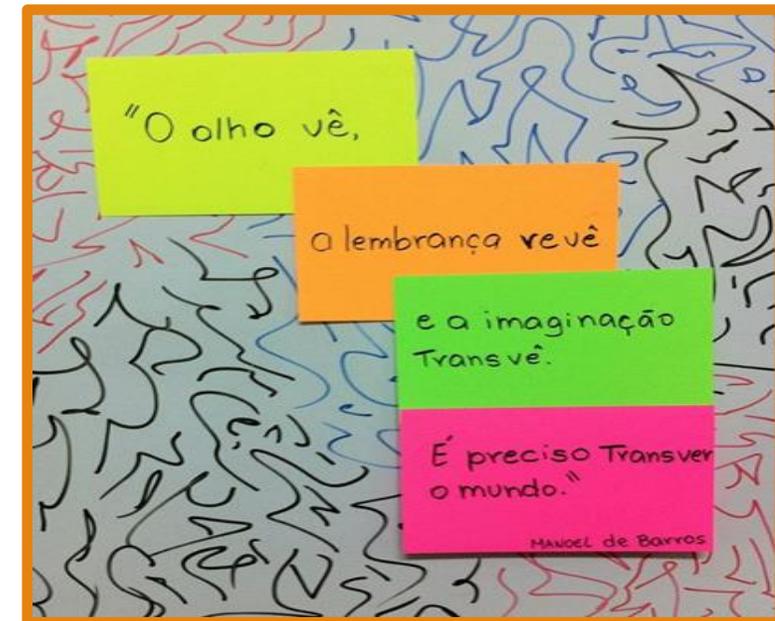
Relação entre pontos da rede de cuidados deve ser uma relação “quente” não

burocratizada – tem que ser produzida

Cuidado especializado pede equipe

Adensar a Atenção Básica

Lugar das regulações ...



Uma rede básica cuidadora

Pensar composição da equipe conforme territórios – atendimento especializado acontece em vários lugares

Ofertas não tradicionais

Diminuir escadas de acesso – adensar o cuidado na AB

Construir equipes como coletivos cuidadores

Que NASF precisamos?



Uma rede básica cuidadora

O apoio para além da rede básica

Matriciamento como ampliação de possibilidades

Consultas compartilhadas

Responsabilização solidária mesmo quando parte do cuidado se dá em outro serviço - Não gerar filas genéricas – Fazer a “gestão das filas”

Serviços especializados em conexão

O usuário é de todos – responsabilização solidária

O saber especializado e o lugar do poder

Levar cuidado especializado para todos os pontos de cuidado

Reorganizar o trabalho - espaços compartilhados de cuidado

Matriciamento como compromisso e compartilhamento



Serviços especializados em conexão

O espaço da discussão de caso – gestão clínica (produção de PTS)

Gestão das filas como responsabilidade compartilhada – busca da equidade – AB, hospital, ambulatórios, regulação, U/E...

Alta responsável - compartilhada para a rede (não só AB)

Integração e gestão da informação – relatório de alta

multiprofissional



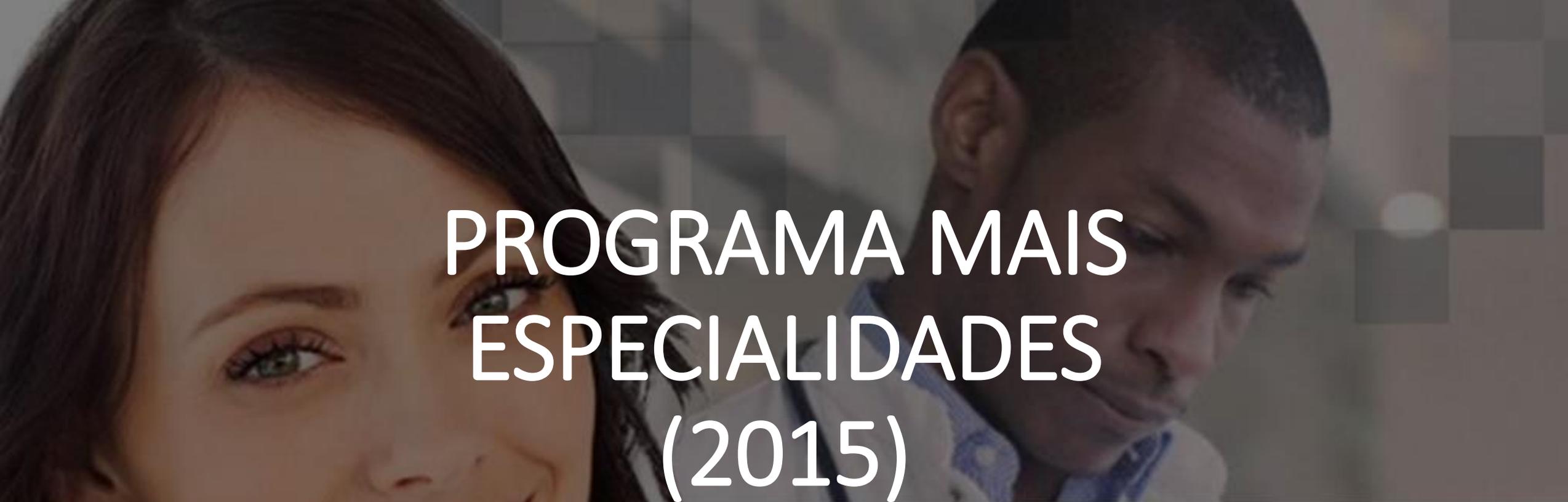
As várias regulações

Aceitar que o usuário também regula

Espaço regional de pactuação – lista única para algumas situações

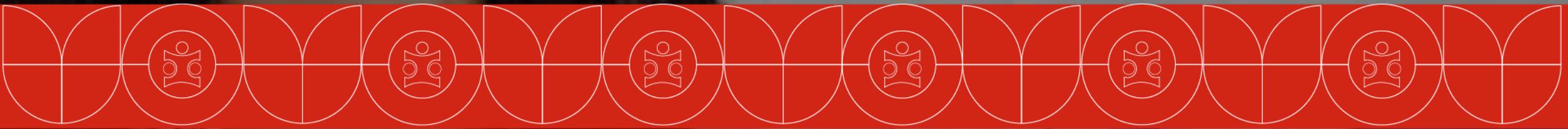
Definir prioridades e, para estas, regular pacotes integrais de cuidado, não procedimentos isolados

Quem tem poder sobre a porta de alguns serviços?



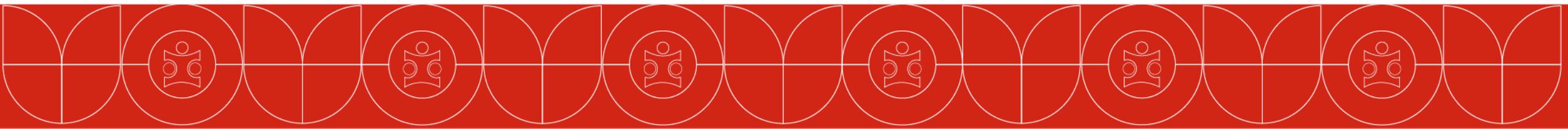
PROGRAMA MAIS ESPECIALIDADES (2015)

MAIS
Especialidades



Mais Especialidades - Objetivos

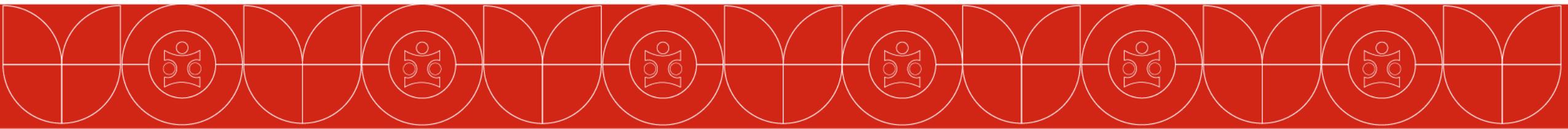
- a) promover cuidado integral e resolutivo, em tempo oportuno, reduzindo o tempo de espera para consultas, exames, cirurgias e tratamentos;
- b) construir arranjos singulares de cuidado;
- c) inovar no financiamento; contribuir para uma relação solidária entre os entes federados;
- d) fortalecer a implantação de processos regulatórios regionais;



Princípios

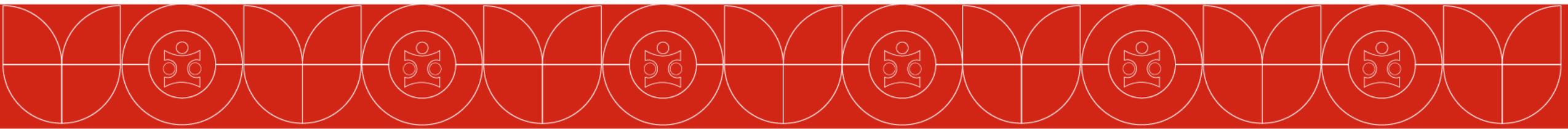


1. Organizar o cuidado por meio de um conjunto de práticas articuladas que garantam o **atendimento integral das necessidades** de saúde do usuário, evitando a fragmentação do cuidado e garantindo efetividade.
2. Promover modelo de atenção que reconheça que as **necessidades de saúde** dos usuários demandam tanto ações de cuidado permanente e acompanhamento longitudinal (condições crônicas), quanto ações de cuidado mais imediatas e transitórias (condições agudas).
3. Garantir o acesso aos **serviços especializados** otimizando e potencializando a rede existente, bem como contratando novos serviços com organização regional, considerando a facilidade de acesso e escala, em busca da equidade.



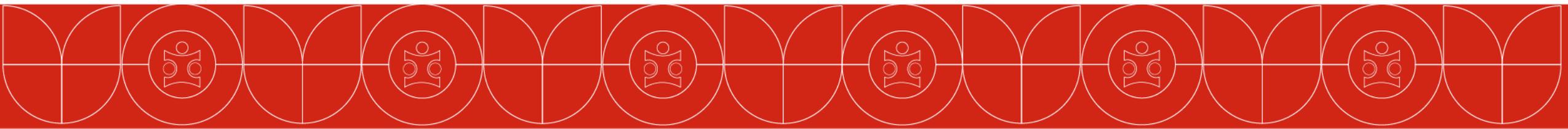
Diretrizes

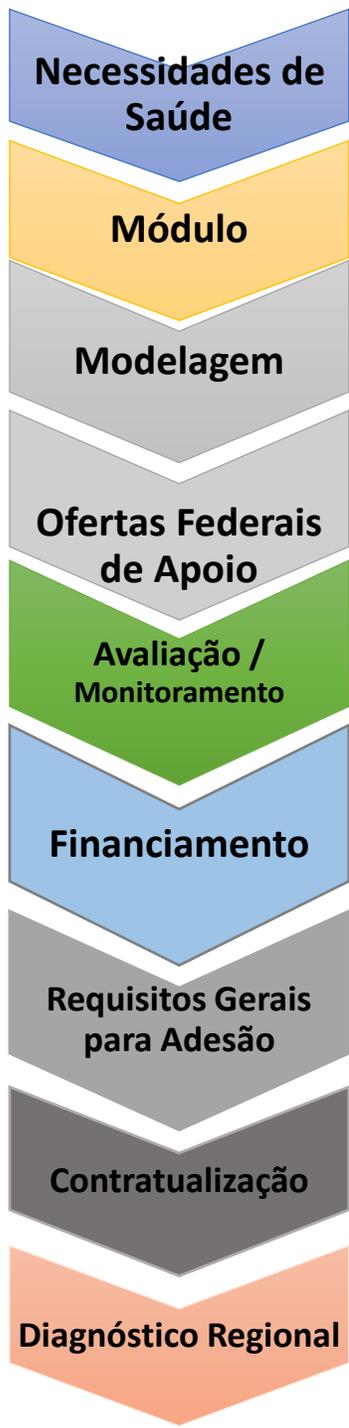
1. Promover o cuidado integral, de forma interdisciplinar de acordo com as perspectivas da Rede de Atenção à Saúde, ampliando a **integração entre a Atenção Básica e Especializada**.
2. Construir **modelagens** que permitam diferentes arranjos que considerem as singularidades regionais.
3. **Inovar no financiamento**, com contratualização e mudança no modelo de pagamento dos serviços, com metas quantitativas e qualitativas, privilegiando o cuidado integral.
4. Induzir o fortalecimento da relação solidária entre os entes por meio da pactuação regional por adesão, com apoio ao processo de **gestão compartilhada**.
5. Fortalecer a implantação de **processos regulatórios regionais** que busquem a garantia da integralidade do cuidado, efetivando ações transversais e integradas e regulação do acesso e da atenção.



Estratégias

1. Desenvolver **processos de apoio e educação permanente** como recurso central para qualificar a gestão regional e o cuidado.
2. Ampliar a integração entre a Atenção Básica e Atenção Especializada com qualificação do atendimento por meio de **matriciamento**.
3. Qualificar o cuidado utilizando a tecnologia do **Telessaúde Brasil Redes** (Teleconsultoria, a Segunda Opinião Formativa, Tele-educação e o Telediagnóstico).
4. Utilizar o **Transporte Eletivo** como dispositivo fundamental para garantir em tempo oportuno e de forma humanizada o acesso dos usuários
5. Ter um **sistema de informação e de registro individualizado** que permita monitoramento





Necessidades de Saúde priorizadas.

Descrição do que será ofertado no cuidado em cada necessidade de saúde.

Descrição de como fazer, de que forma será oferecido o cuidado definido em cada módulo e de acordo com a forma de contratualização.

Ofertas do MS complementares para qualificação do cuidado em cada problema de saúde, em especial nos módulos: Caderno de Atenção Básica, Protocolos, Capacitação/Educação Permanente, transporte eletivo, telessaúde.

Definição de como será monitorado a execução do cuidado proposto em cada necessidade da ortopedia (módulo), de acordo com a modelagem adotada; bem como a avaliação do impacto da proposta sobre uma linha de base ou indicadores, além de mecanismos /sistemas de informação (RAAS; AIH; BPA).

Forma de financiamento pelo módulo e modelagem do cuidado, mesclando pagamento global e encontro de contas por produção. Em alguns casos recursos de investimentos.

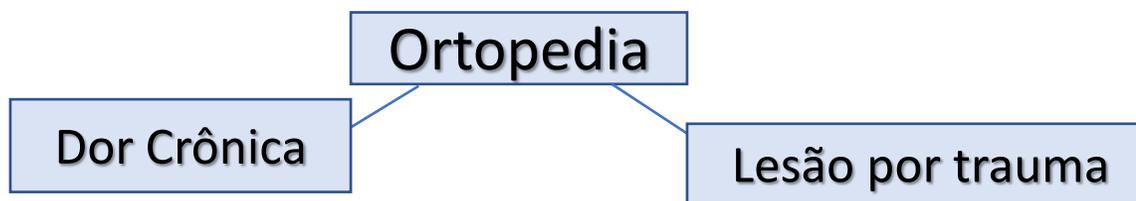
Cada região fará adesão ao Mais Especialidades - ortopedia, com responsabilidades e contrapartidas com destaque para ações na AB e na regulação.

Arranjos/cenários que possibilitem modelos de contrato/gestão, com descrição e abordagem da população a ser atendida e funções gestoras (contrato, controle e avaliação, pagamento, forma de registro e programação da referência e alocação de teto).

Avaliação das regiões de saúde do país considerando: a) serviços de fisioterapia na atenção especializada (CER e demais serviços ambulatoriais); b) serviços de ortopedia (clínicos e cirúrgicos).



ORTOPEDIA



Dor crônica do Aparelho Locomotor
(Cuidado continuado)

Mais frequentes:

- Artralgia;
- Dorsalgia;
- Tendinite.

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013):

Cerca de 18% da população acima de 18 anos (27 milhões de habitantes) apontou a dor crônica na coluna como uma das principais queixas de saúde da população brasileira.

Lesão por Trauma
(Cuidado imediato/ resolutivo)

Mais frequentes:

- Fratura e Lesão por Trauma de membro superior e inferior.

Lebrão et al (Revista de Saúde Pública, 1997):

As fraturas são, em geral, responsáveis por cerca de 38% de todas as internações gerais (sejam provocadas por trauma ou não).

Mello et al (Cad. Saúde Pública, 2004):

A fratura de membros (superiores e inferiores) totaliza 41,1% das internações, em segundo lugar aparecem os traumatismos intracranianos (12,7%) os traumatismos de outras regiões do corpo e traumatismos múltiplos 11,8%.

Diagnóstico Situacional da Dor Crônica – Brasil

Acesso a Procedimentos para a população da UF

Necessidade de Saúde

Diagnóstico Regional

Módulo

Modelagem

Ofertas Federais de Apoio

Financiamento

Informação, Registro e Monitoramento

Requisitos Gerais para Adesão

| REGIÃO | UF | QUANTIDADE DE REGIÕES DE SAÚDE | QUADRIL | JOELHO | COLUNA |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | % do parâmetro (demanda atendida) | % do parâmetro (demanda atendida) | % do parâmetro (demanda atendida) |
| CENTRO-OESTE | DF | 1 | 17% | 5% | 36% |
| | GO | 18 | 23% | 7% | 57% |
| | MS | 4 | 12% | 1% | 17% |
| | MT | 16 | 8% | 2% | 20% |
| | CENTRO-OESTE Total | 39 | 17% | 4% | 39% |
| NORDESTE | AL | 10 | 15% | 5% | 6% |
| | BA | 28 | 11% | 2% | 7% |
| | CE | 22 | 10% | 2% | 12% |
| | MA | 19 | 6% | 0% | 5% |
| | PB | 16 | 15% | 5% | 3% |
| | PE | 12 | 13% | 4% | 19% |
| | PI | 11 | 14% | 3% | 13% |
| | RN | 8 | 17% | 5% | 3% |
| | SE | 7 | 13% | 4% | 9% |
| | NORDESTE TOTAL | 133 | 12% | 3% | 9% |
| NORTE | AC | 3 | 7% | 10% | 15% |
| | AM | 9 | 6% | 6% | 6% |
| | AP | 3 | 2% | 0% | 10% |
| | PA | 13 | 8% | 3% | 14% |
| | RO | 7 | 10% | 1% | 15% |
| | RR | 2 | 4% | 0% | 4% |
| | TO | 8 | 5% | 1% | 9% |
| | NORTE TOTAL | 45 | 7% | 3% | 12% |
| SUDESTE | ES | 4 | 28% | 23% | 11% |
| | MG | 77 | 37% | 17% | 25% |
| | RJ | 9 | 37% | 21% | 20% |
| | SP | 63 | 35% | 14% | 28% |
| | SUDESTE TOTAL | 153 | 35% | 17% | 25% |
| SUL | PR | 22 | 39% | 20% | 74% |
| | RS | 30 | 51% | 22% | 56% |
| | SC | 16 | 41% | 23% | 50% |
| | SUL TOTAL | 68 | 44% | 22% | 61% |
| BRASIL TOTAL | | 438 | 26% | 11% | 26% |

Diagnóstico Situacional da Lesão por trauma – Brasil

Nº de Procedimentos realizados para a população da UF

Necessidade de Saúde

Diagnóstico Regional

Módulo

Modelagem

Ofertas Federais de Apoio

Financiamento

Informação, Registro e Monitoramento

Requisitos Gerais para Adesão

| REGIÃO | UF | QUANTIDADE DE REGIÕES DE SAÚDE | Membro Inferior | Membro Superior |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|---|---|
| | | | produção por 1000 hab. (demanda atendida) | produção por 1000 hab. (demanda atendida) |
| CENTRO-OESTE | DF | 1 | 4,80 | 3,50 |
| | GO | 18 | 25,23 | 19,07 |
| | MS | 4 | 8,53 | 9,09 |
| | MT | 16 | 10,08 | 8,34 |
| | CENTRO-OESTE Total | 39 | 48,64 | 40,01 |
| NORDESTE | AL | 10 | 6,24 | 4,79 |
| | BA | 28 | 28,82 | 22,53 |
| | CE | 22 | 22,88 | 20,39 |
| | MA | 19 | 13,07 | 10,95 |
| | PB | 16 | 8,64 | 7,25 |
| | PE | 12 | 26,05 | 19,06 |
| | PI | 11 | 10,11 | 8,74 |
| | RN | 8 | 7,74 | 4,89 |
| | SE | 7 | 4,36 | 3,90 |
| NORDESTE TOTAL | 133 | 127,90 | 102,49 | |
| NORTE | AC | 3 | 2,18 | 1,62 |
| | AM | 9 | 4,25 | 2,92 |
| | AP | 3 | 0,83 | 0,18 |
| | PA | 13 | 16,99 | 23,20 |
| | RO | 7 | 4,52 | 2,74 |
| | RR | 2 | 0,94 | 0,62 |
| | TO | 8 | 4,66 | 4,39 |
| | NORTE TOTAL | 45 | 34,37 | 35,67 |
| SUDESTE | ES | 4 | 11,59 | 6,75 |
| | MG | 77 | 66,51 | 43,30 |
| | RJ | 9 | 34,26 | 20,08 |
| | SP | 63 | 115,95 | 73,33 |
| | SUDESTE TOTAL | 153 | 228,31 | 143,47 |
| SUL | PR | 22 | 36,21 | 28,95 |
| | RS | 30 | 32,46 | 19,14 |
| | SC | 16 | 27,69 | 17,27 |
| | SUL TOTAL | 68 | 96,36 | 65,37 |
| BRASIL TOTAL | | 438 | 536 | 387 |
| BRASIL MÉDIA | | 21% | 20% | 14% |



Lesão por trauma

- Fratura e Lesão por Trauma de membro superior (14 dias) e inferior (24 - 48 horas para algumas).

Tratamento

- Tratamento cirúrgico no serviço de urgência ou em serviço de referência (internação):
 - ✓ Exames pré-operatórios e risco cirúrgico.
 - ✓ Cirurgia
 - ✓ Cuidados de internação (enfermaria ou UTI) –medicamentos, etc.
 - ✓ OPME
 - ✓ Reabilitação imediata no pós-operatório, durante internação.
 - ✓ Retorno para avaliação e acompanhamento pós-operatório de acordo com o protocolo.
 - ✓ Tratamento de complicações cirúrgicas: infecção ou soltura do material cirúrgico.
- Reabilitação após a alta hospitalar.
- Orientação matricial para Atenção Básica.



Lesão por trauma

- Fratura e Lesão por Trauma de membro superior (14 dias) e inferior (24 - 48 horas).

Avaliação clínica de lesão por trauma com indicação cirúrgica.

Oferta integral do módulo em um único prestador

Oferta integral do módulo em mais de um prestador, sob a responsabilidade do hospital

- Realiza o cuidado cirúrgico e reabilitação imediata (durante a internação) no hospital.
- Reabilitação após alta hospitalar em outro serviço, contratado pelo próprio hospital.

* Na adesão deve ser exigido contrato de todos os prestadores envolvidos.

Oferta integral do módulo em mais de um prestador, contratados pelo gestor

• Hospital realiza o cuidado cirúrgico e reabilitação imediata (durante a internação).

Regulação

- 1) Arranjos Regionalizados de Regulação/ Regulação Regionalizada.
- 2) O acesso para o serviço de reabilitação – após a alta hospitalar – por cotas do serviço ou agendamento da central.
- 3) Transporte eletivo

Serviços de Reabilitação

- Reabilitação após a alta hospitalar é realizada em serviço de reabilitação física.



Dor Crônica do Aparelho Locomotor

Prevenção,
Diagnóstico e
Tratamento

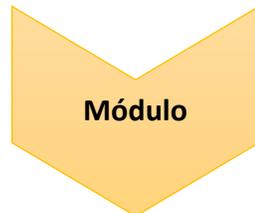
Tratamento Clínico:

- Acolhimento na Atenção Básica.
- Consulta de rotina ou espontânea:
 - Realização de exames laboratoriais (provas reumáticas e inflamatórias), de imagem (RX , RM, TC, US diagnóstico)– conforme protocolo clínico)
- Práticas Integrativas e Complementares -
- Tratamento medicamentoso (analgésicos, antiinflamatórios).
- Cuidados Básicos e Especializados em Saúde Funcional* (vide próximo slide).
- Consulta Especializada (ortopedista /reumatologista/fisiatra)
- Matriciamento pela Atenção Especializada
- Reabilitação após a alta hospitalar (protocolo).

Tratamento Cirúrgico (5% a 7%)

- Exames pré-operatórios e risco cirúrgico.
- Cirurgia:
- Ortese, Prótese ou Material Especial (OPME):
- Cuidados de internação (enfermaria ou UTI) –
- Reabilitação funcional pós-operatória durante internação .
- Retorno para avaliação e acompanhamento pós-operatório de acordo com o protocolo.
- Tratamento de complicações da cirurgia (Infecção, soltura de material cirúrgico).

Cuidados em Saúde Funcional - Detalhamento do Módulo para Dor Crônica



| Básico | Especializado |
|---|--|
| Equipe da Atenção Básica + Fisioterapeuta + Equipamentos Portáteis | Equipe Multidisciplinar + Equipamentos + Espaço físico |
| Atendimento individual (UBS/Domicílio) Atendimento Coletivo (UBS/Comunidade) | Atendimento individual e intensivo (Serviços de Fisioterapia, Centro de Reabilitação Física, CER) |
| Intervenção | Intervenção |
| Ações de promoção e prevenção (práticas corporais, atividade física, prevenção de queda, orientação postural, adaptações do ambiente domiciliar). | Avaliação diagnóstica especializada (Negatoscópico). |
| Orientações (proteção articular, adaptações de ambientes e hábitos posturais). | Técnicas fisioterapêuticas de analgesia e antiinflamatórias (Eletroterapia, termoterapia, fototerapia, ultrassonoterapia). |
| Práticas Integrativas e Complementares – PICs (pelo menos 01). | Técnicas fisioterapêuticas de manutenção ou ganho de Amplitude de Movimento e/ou Força Muscular (Cinesioterapia). |
| Treinamento das Atividades Funcionais | Técnicas fisioterapêuticas de estabilização mecânico-postural. |
| Técnicas fisioterapêuticas de manutenção ou ganho de Amplitude de Movimento e/ou Força Muscular (Cinesioterapia). | Técnicas fisioterapêuticas especializadas de terapias manipulativas. |
| Técnicas fisioterapêuticas de analgesia e antiinflamatórias (eletrotermoterapia e ultrassonoterapia). | Treinamento de equilíbrio postural (Propriocepção). |
| | Exercício em esteira e/ou bicicleta (Ergometria). |
| | Confecção, concessão e adaptação de Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) não cirúrgica. |
| | Orientações Individualizadas de acordo com as necessidades de cada usuário. |
| | Treinamento das Atividades Funcionais com OPME não cirúrgica. |



Dor Crônica do Aparelho Locomotor

Na Atenção Básica



Oferta integral do módulo em um único prestador

Oferta integral do módulo em mais de um prestador, sob responsabilidade de um deles

Oferta integral do módulo em mais de um prestador contratados pelo gestor

1. Consulta Médica Especializada

Regulação

- 1) Arranjos Regionalizados de Regulação/ Regulação Regionalizada
- 2) Transporte eletivo

2. Cuidado em Saúde Funcional Especializado.

*A necessidade de se ter o encaminhamento regulado para o Cuidado Funcional Especializado deve ser de acordo com a organização locorregional.

Regulação

- 1) Arranjos Regionalizados de Regulação/ Regulação Regionalizada;
- 2) Lista de acesso unificada regional para: a) Demanda da fila casos novos; b) Demanda da fila casos antigos;
- 3) Regulação do acesso para cirurgia com critérios –protocolo; 4) Transporte eletivo .

Serviço Hospitalar – 5% a 7% dos casos precisarão de tratamento cirúrgico.

- Modelagens propostas para a Lesão por trauma.



| Financiamento Ortopedia | | | |
|--|-------------|------------------|-------|
| Custeio | | | |
| | Dor Crônica | Lesão por trauma | TOTAL |
| Cuidado Funcional Básico (fisioterapeuta + PIC's anual) | | | |
| Cuidado Funcional Especializado | | | |
| Cuidado Cirúrgico | | | |

Soluções DATASUS para captação de dados: Atual e Perspectivas



| ÂMBITO | ATUALMENTE: Instrumentos de captação utilizados | ETAPA 1: | ETAPA 2 | ETAPA 3 Adoção de prontuário eletrônico |
|--|--|-----------------------------|-------------|--|
| ATENÇÃO BÁSICA | E-SUS AB | E-SUS AB | E-SUS AB | E-SUS AB |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL | BPAC BPAi APAC RAAS | BPAi APAC RAAS (CDMS) | RAAS (CDMS) | E-SUS AMB |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR | BPAi BPAC APAC AIH | BPAi BPAC APAC AIH | RAAS (CDMS) | E-SUS HOSP |
| ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (ESPECIALIZADA) | APAC | APAC | RAAS (CDMS) | SISTEMAS DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO |



INDICADORES

Ortopedia

| | |
|--------------------------|--|
| Indicador nº 4 | Tempo médio de espera entre a entrada na lista de acesso qualificada e a realização da cirurgia ortopédica |
| Interpretação | Mede qual o tempo médio de espera para todas as cirurgias ortopédicas desde a entrada dos pacientes na lista de acesso qualificada. |
| Método de Cálculo | Soma do número de dias encontrado pelas diferenças entre as datas de realização das cirurgias e as datas de entrada na lista de acesso qualificada, por paciente dividido pelo número de pacientes |
| Fonte | SIH e SISREG (ou barramento de correlato SISREG). |

* Estes indicadores podem ser calculados por problema.

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA A REGULAÇÃO DO ACESSO NO TERRITÓRIO

1. Adoção de **protocolos** de regulação que ordenem os fluxos de pacientes na rede e estabeleçam critérios de priorização e classificação de risco;
2. Adoção de estratégias de **gestão das listas de acesso**, provendo sua unificação quando os recursos assistenciais forem os mesmos;
3. Fomento, apoio e integração de práticas de **microrregulação** a partir das unidades de saúde;
4. Outorga de **autoridade sanitária** aos profissionais reguladores;
5. Regulação a partir das **linhas de cuidado**, na lógica da integralidade do cuidado e do acesso em tempo oportuno;

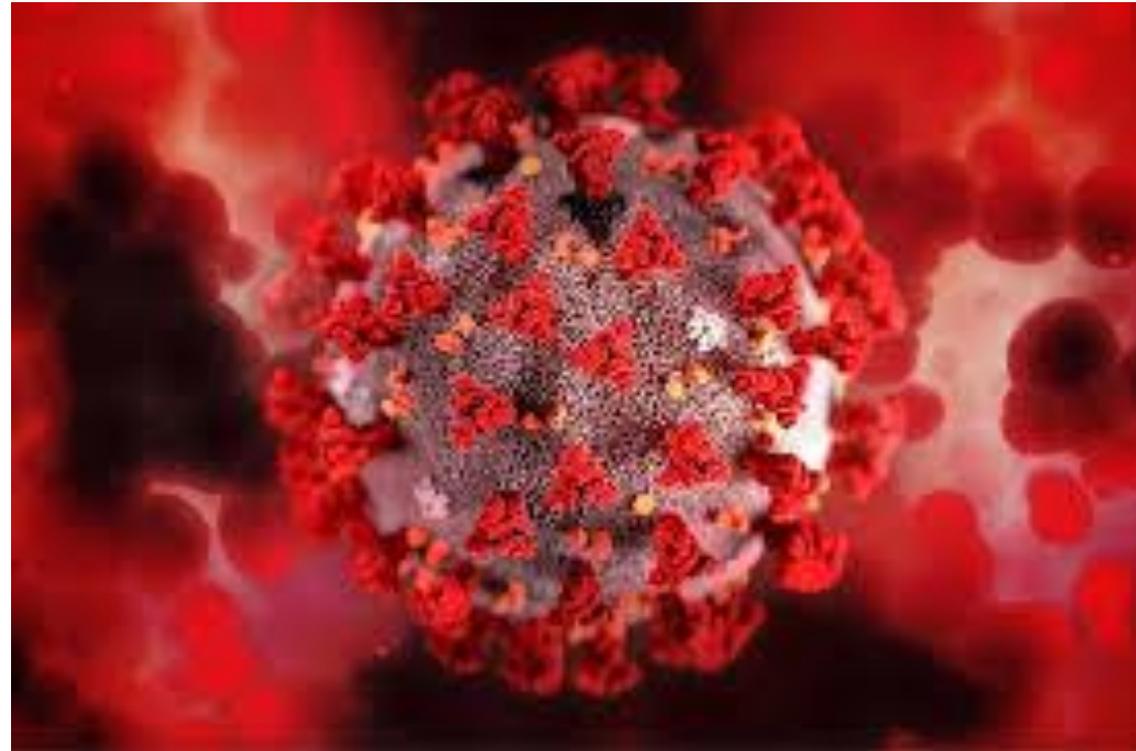
Tudo a temer...



Tragédia: a saúde no governo Bolsonaro



Impactos e desafios oriundos da pandemia de Covid-19



Impacto da Covid-19 na funcionalidade do SUS

Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience

Alessandro Bigoni,^{a,b,c,*} Ana Maria Malik,^a Renato Tasca,^a Mariana Baleeiro Martins Carrera,^a Laura Maria Cesar Schiesari,^a Dante Dianezi Gambardella,^{a,d} and Adriano Massuda^a

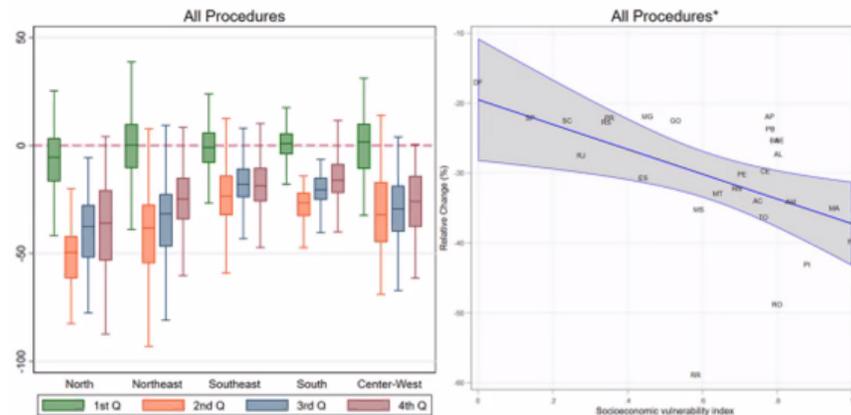
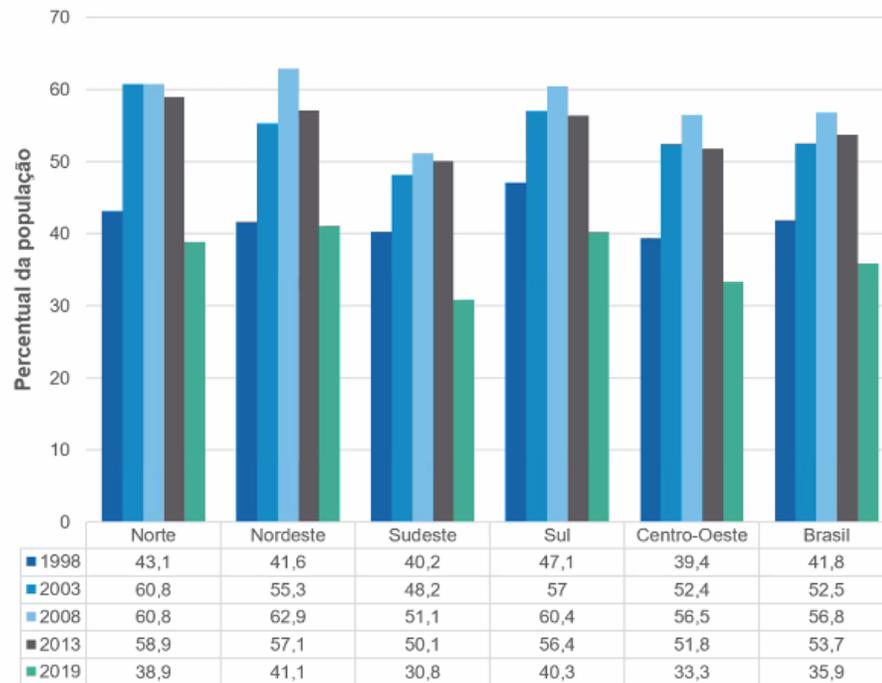


Figure 6. Relative change distribution of procedures rates in health regions by major region and quarter and correlation between Socioeconomic Vulnerability Index and relative change of healthcare production by UF. *Significant at the 5% level.

- Comparação do primeiro ano da pandemia no com o anterior: financiamento, infraestrutura de saúde e força de trabalho e produção assistencial
- **Resultados**
 - Todos os procedimentos sofreram redução expressiva: Triagens (-42,6%); Consultas médicas (-42,5%); Cirurgias de baixa e média complexidade (-59,7%); Cirurgias de alta complexidade (-27,9%); Transplantes (-44,7%);
 - Estados + pobres foram mais afetados, aumentando as disparidades de saúde já existentes no país.
 - Consequências diretas do atraso na realização de procedimentos para portadoras de condições clínicas sensíveis à atuação dos serviços: Oncologia, cirurgia cardíaca, etc.

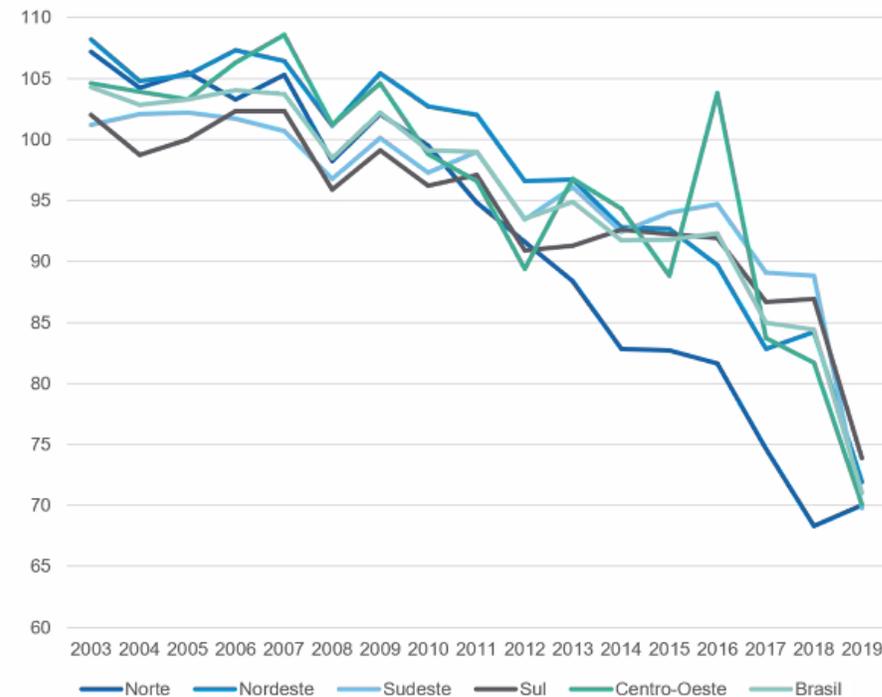
Sinais de enfraquecimento da Atenção Primária

Percentual da população que tem posto ou centro de saúde como serviço de uso regular



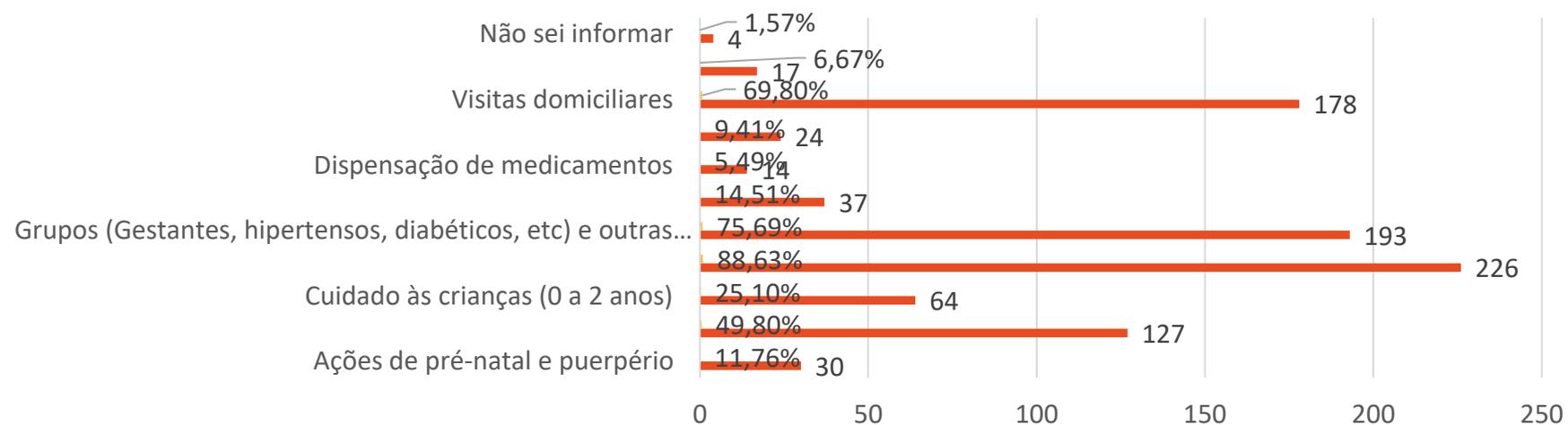
Fonte: PNAD e PNS

Percentual de menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente



Fonte: SI-PNI e SINASC

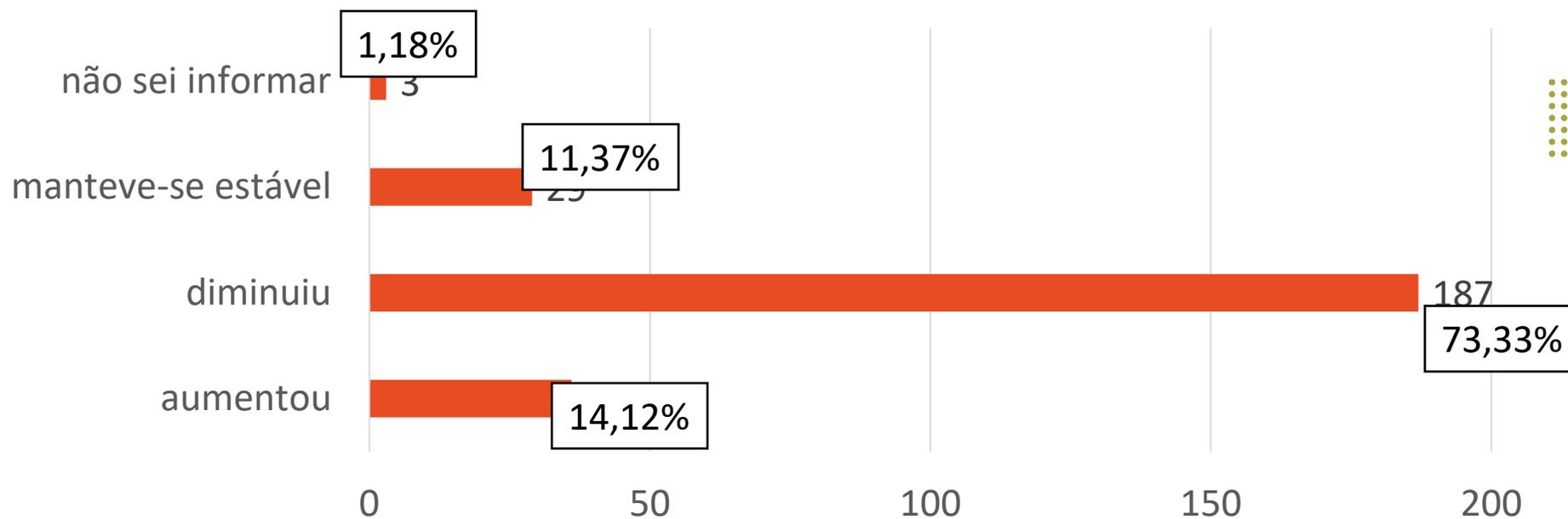
Ações de rotina das equipes da Atenção Básica que foram interrompidas ou prejudicadas pela pandemia de COVID-19:



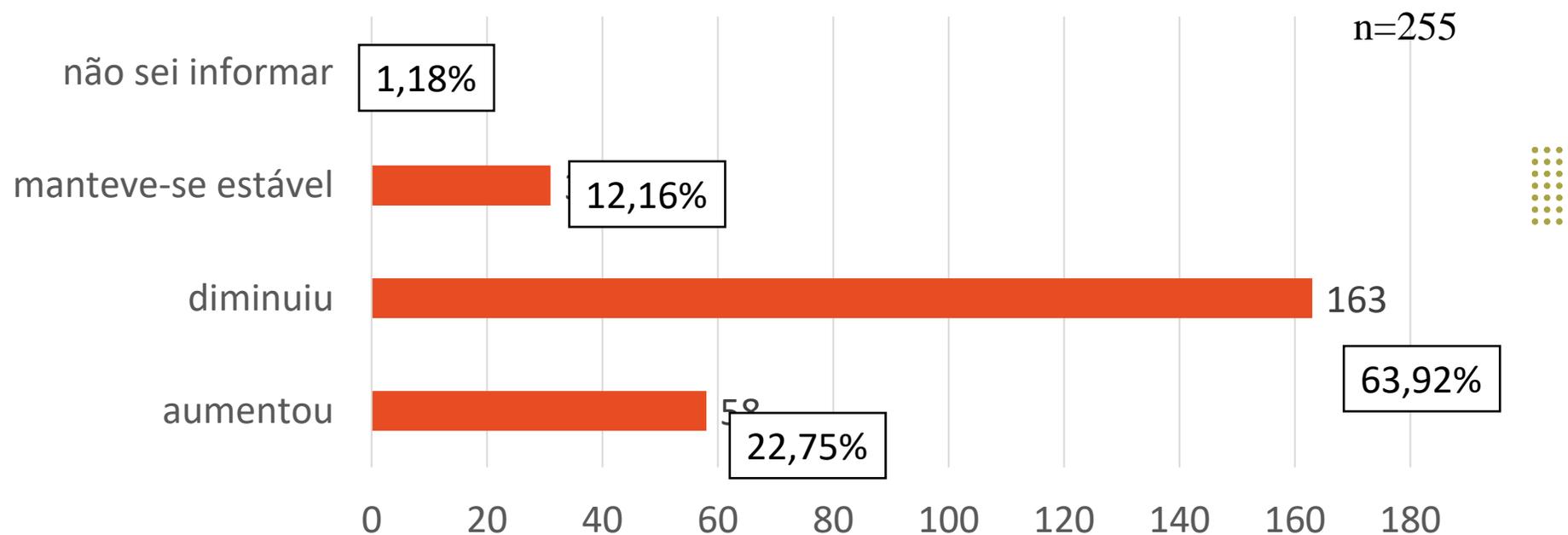
Serviços na atenção ambulatorial especializada impactados pela pandemia

[oferta de consultas especializadas]

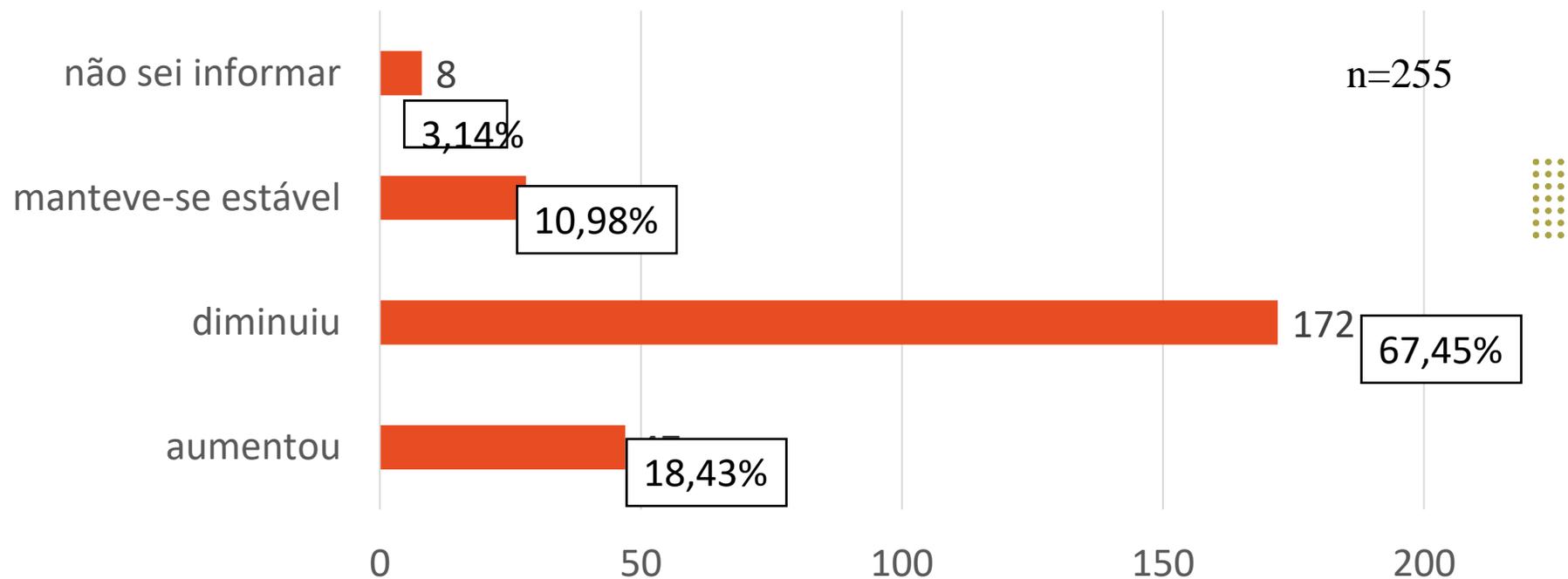
n=255



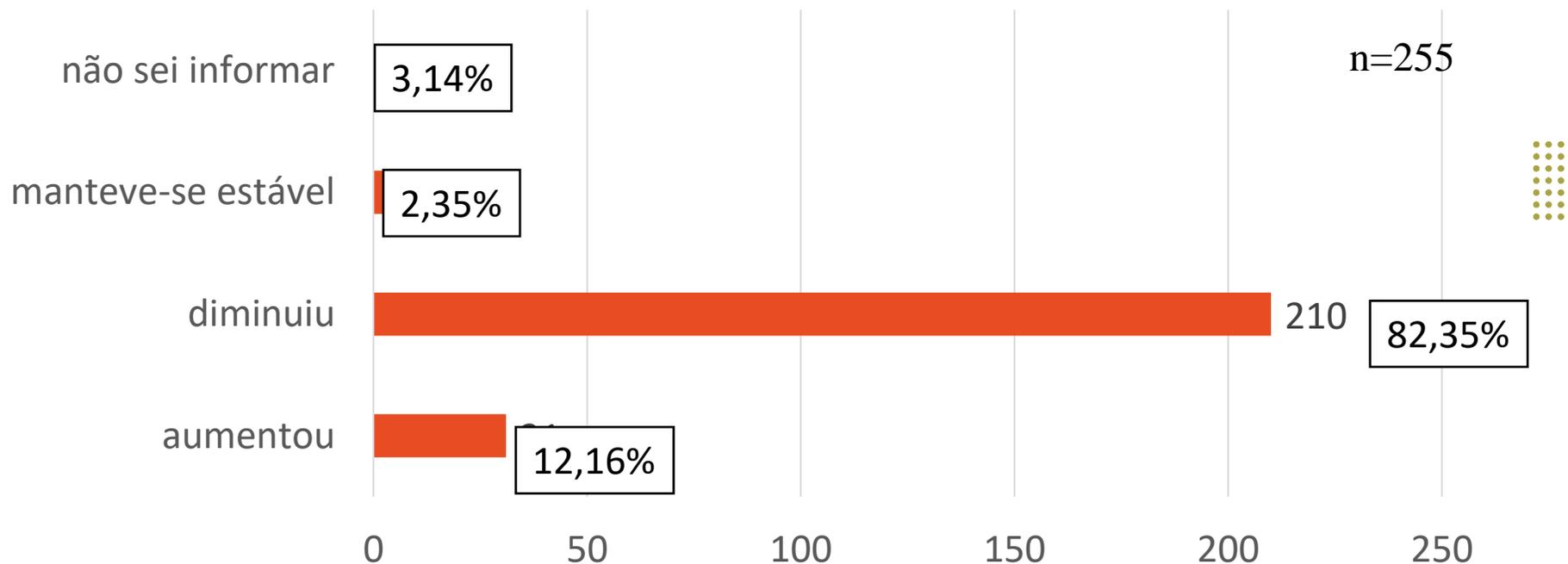
[exames de apoio diagnóstico]



[procedimentos terapêuticos]



[cirurgias eletivas ambulatoriais]

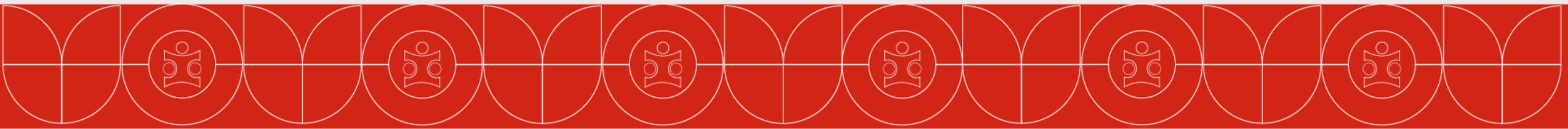




INSTITUTO DO
CÂNCER
DO ESTADO DE
SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA



Importância da gestão clínica do cuidado



1ª UHD em Portugal - 2015

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

MAIS QUALIDADE DE VIDA

AUMENTO DA LITERACIA EM SAÚDE

FORMAÇÃO DE NOVAS UHD's E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES HOSPITALARES

TRATAMENTO DE DOENTES COVID+

TELEMONITORIZAÇÃO

EXTENSÃO AO INTERNAMENTO DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

ADMISSÕES NO DOMICÍLIO PROVENIENTES DE Consulta Externa / Centros de Saúde / Outros Hospitais

MAIS DE 2500 TRATADOS NOS PRIMEIROS 5 ANOS

hosp.domiciliaria@hgo.min-saude.pt



Experiência do SNS Portugal



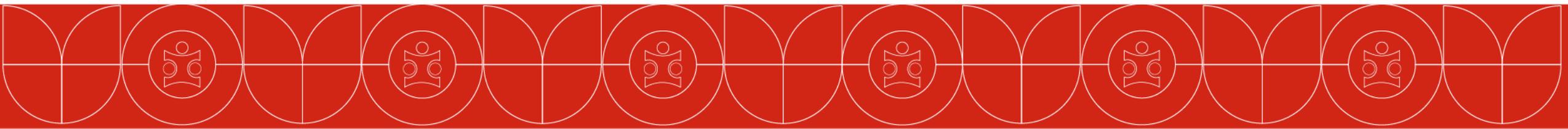


Pesquisas e Investigações

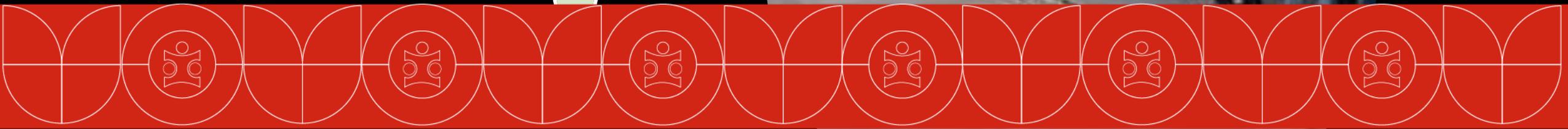
Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol)



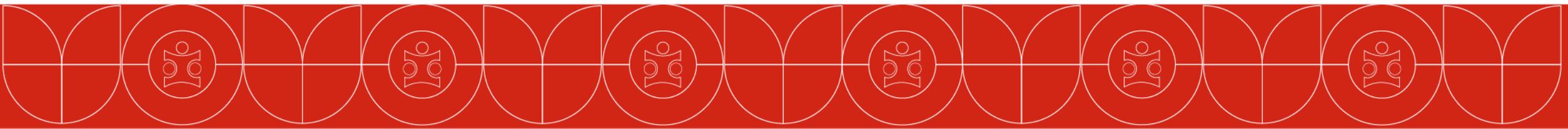
2023 ...



**FILAS DE ESPERA
PARA O CUIDADO
ESPECIALIZADO
o maior desafio para
o SUS**

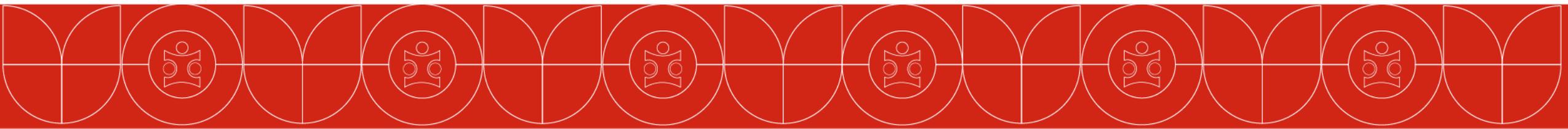


Política Nacional de Cuidados Especializados em Saúde



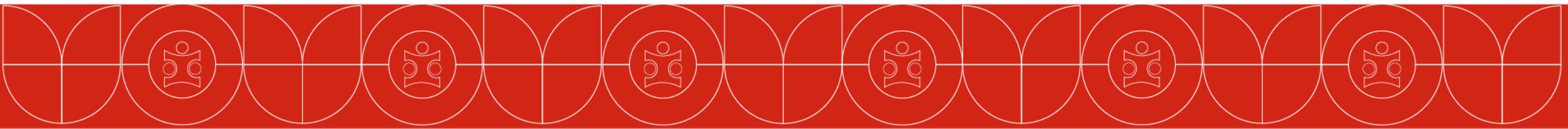
OBJETIVOS

Oferecer mais **Consultas**, mais **Exames** e mais **Cirurgias** para enfrentar e resolver as filas e o tempo de espera que já eram enormes e cresceram ainda mais durante pandemia.



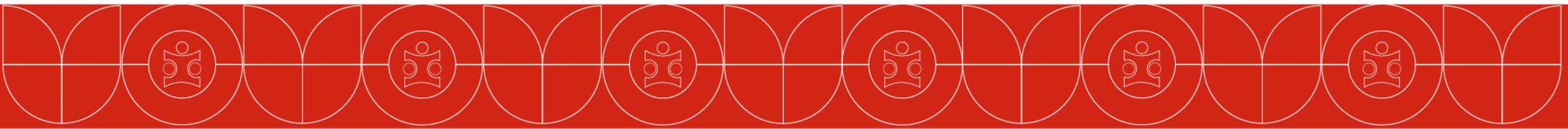
Ações emergenciais:

- Realização de mutirões emergenciais em todo o país para enfrentar imediatamente as filas de consultas, exames e cirurgias;
- Utilização de toda a capacidade instalada da rede disponível no SUS e contratação complementar da oferta de serviços da rede privada (filantrópica e lucrativa) para garantir o acesso dos pacientes nas 450 regiões de saúde;



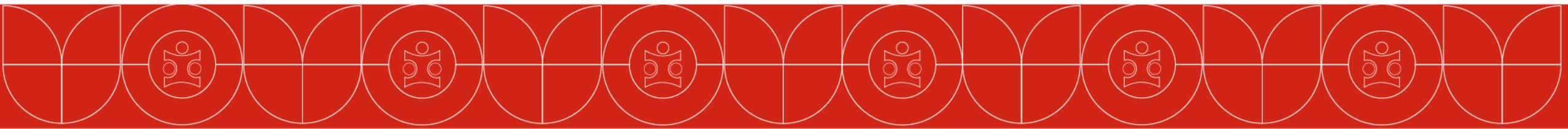
Ações emergenciais:

- Contratação emergencial de serviços móveis (“carretas da saúde”) para a realização de consultas, exames e cirurgias nas regiões de saúde desprovidas de serviços;
- Realização emergencial de amplo **diagnóstico das carências regionais** para orientar o processo de pactuação de investimentos prioritários com governadores, prefeitos e gestores da saúde, para implantar serviços nas regiões de saúde carentes e com vazios assistenciais;



Ações estruturantes:

- Implantação de uma nova Política Nacional de Atenção Especializada, pactuada com estados e municípios, visando a criação da **Rede Nacional de Cuidados Especializados em Saúde**;
- Criação da **Lista Nacional de Cirurgias e a Lista Nacional de Consultas Especializadas e Exames Complementares**, em parceria com estados e municípios, com a definição de tempo máximo de espera para a realização de cirurgias e exames especializados, a partir do grau de prioridade:



Ações estruturantes:

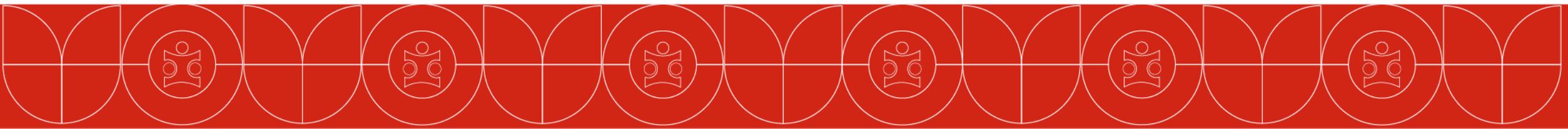
Para **oncologia**, as consultas, exames e cirurgias serão realizadas a partir da definição de prioridade, indicadas a partir de critérios técnicos:

- a) máxima: até 15 dias
- b) intermediária: em até 30 dias
- c) mínima: em até 60 dias

Para as demais áreas:

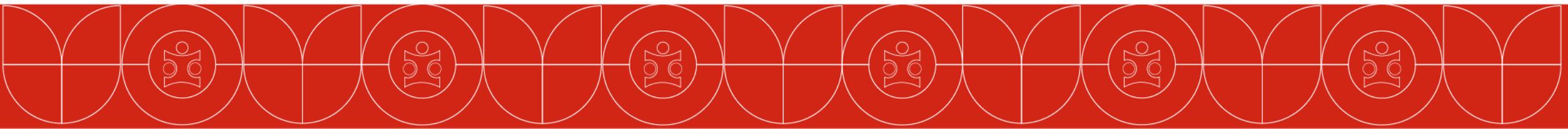
- a) máxima: até 30 dias
- b) intermediária: em 60 dias
- c) mínima: em até 90 dias
- d) eletiva: em até 120 dias

Os usuários terão acesso e poderão acompanhar sua posição na fila pela internet



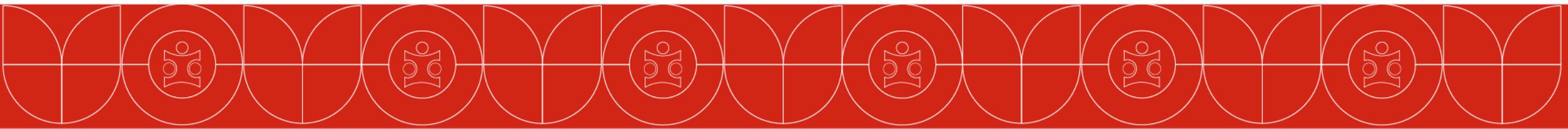
Ações estruturantes:

- Reorganização e disponibilização da **rede de serviços especializados já existente** em cada uma das 450 regiões de saúde, integrando ambulatorios de especialidades, Policlínicas, AMEs, santas casas, hospitais municipais e estaduais, hospitais universitários, hospitais-dia, centros de reabilitação, para cumprimento dos prazos previstos;
- **Contratação de serviços privados** para garantir o acesso nas regiões carentes e complementar a oferta nas regiões que ainda apresentem déficits por meio de chamamento público;
- Implantação do **TELE-SUS**, sistema de apoio aos profissionais de saúde por telessaúde (consultas, exames, consultorias, segunda opinião, etc) realizado remotamente;



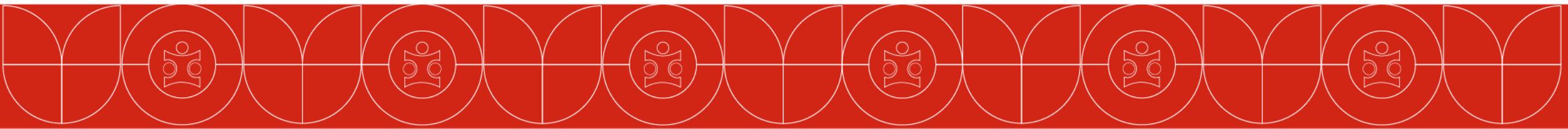
Ações estruturantes:

- Ampliação e fortalecimento da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** para garantir atendimento em caráter emergencial dos pacientes com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas e garantir apoio aos seus familiares;
- Implantação do **Sistema Nacional de Transporte para Serviços Especializados**, disponibilizando ônibus, micro-ônibus, vans, barcos e lanchas (aos moldes do SAMU) para garantir de forma inteligente, eficiente e regulada o acesso dos pacientes aos serviços especializados, em particular os que moram em pequenos municípios, a serviços que estão localizados em outros municípios polos de região



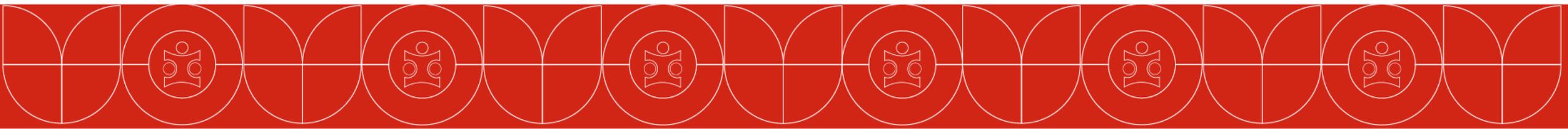
Ações estruturantes:

- Implementação de um **Sistema Nacional de Regulação de Acesso Especializado**, sob responsabilidade e coordenação do Ministério da Saúde, que articule, integre, apoie e monitore as atividades de regulação de acesso que são desenvolvidas descentralizadamente pelas centrais de regulação de estados e municípios;
- **Mudança de modelo de financiamento** para implantação de módulos de cuidados resolutivos, para que as consultas, exames, cirurgias e procedimentos sejam feitas de forma integrada e no menor tempo possível (e não fiquem restrita aos procedimentos que pagam melhor ou que despertem interesse dos profissionais em detrimento de outros, necessários para os usuários)



Ações estruturantes:

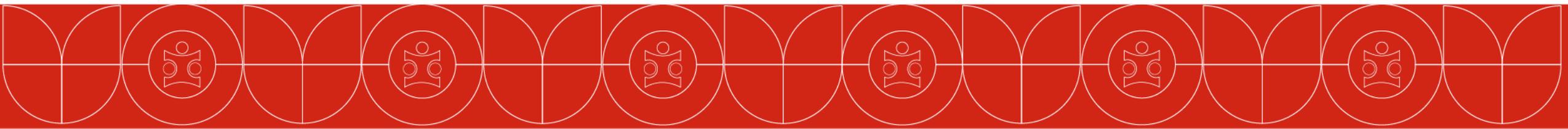
- Qualificação da gestão da **assistência farmacêutica** garantindo o acesso aos medicamentos necessários nos próprios serviços ou em farmácias especializadas do SUS
- **Investimentos prioritários** em novos serviços especializados nas regiões de saúde carentes e com vazios assistenciais



Ações para inibir a formação de filas:

1. Apoiar a atenção básica para aumentar a resolutividade dos atendimentos:

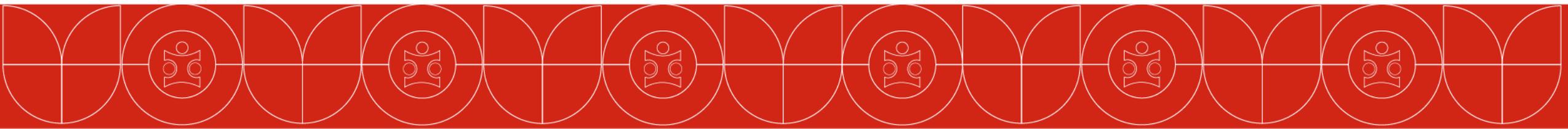
- retomar o PMM para garantir equipes completas nas UBS e atendimento básico;
- fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Matriciamento em rede;
- aumentar a disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem (Raio-X, Ultrassonografia, etc) nos serviços ou na região;
- usar intensivamente a telessaúde (TELE-SUS), garantindo o apoio às equipes por meio de teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico;



Ações para inibir a formação de filas:

2. Qualificar o sistema de regulação do acesso para atenção especializada:

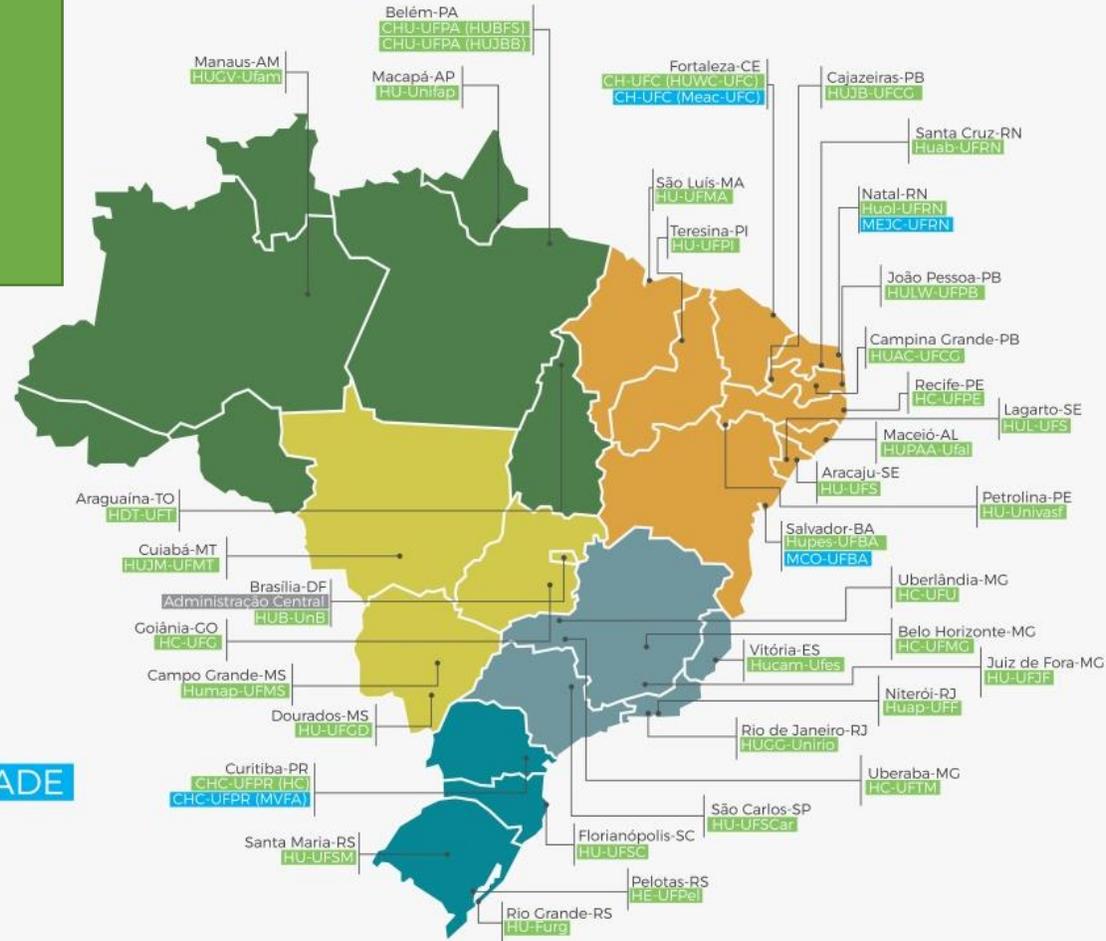
- informatizar e garantir conectividade para a rede de saúde em todo o território nacional;
- implantação de Prontuário Eletrônico Integrado;
- sistema de regulação de filas de acesso com critérios de priorização de risco e modulação de tempo máximo para acesso, transparente e disponível para consulta dos usuários.



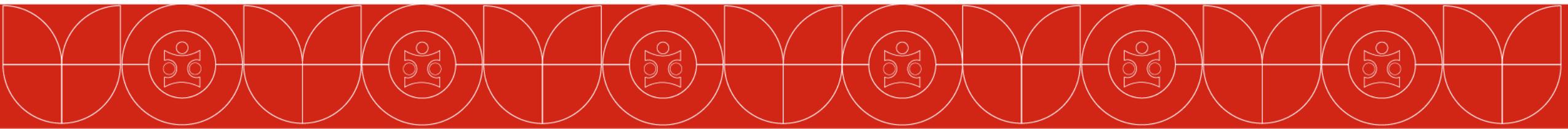
UNIDADES DA REDE EBSEERH

HU do SUS
e
para o SUS

HOSPITAL
MATERNIDADE



Nosso maior desafio...





Encantar os trabalhadores para um outro jeito de cuidar

Que a importância de uma coisa
não se mede com fita métrica
nem com balanças nem barômetros.
Que a importância de uma coisa há que ser medida
pelo encantamento que a coisa produza em nós."