



Encontro de Gestores Municipais de Saúde
Curitiba, 14 e 15 de fevereiro de 2017

**A gestão municipal da saúde em tempos de crise:
o imperativo de uma agenda de eficiência e
inovação**

Eugênio Vilaça Mendes

Consultor da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



Um problema universal: a ineficiência dos sistemas de atenção à saúde

- **A PricewaterhouseCoopers estimou que mais de metade dos mais de US\$ 2 trilhões de dólares que os EUA gastam em saúde cada ano são desperdiçados por ineficiências**
- **A Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde afirma que das despesas anuais globais em saúde mais de 300 bilhões de dólares são consumidos por ineficiência e corrupção**
- **A Organização Mundial da Saúde, no Relatório Mundial da Saúde de 2010, estimou que 20 a 40% de todas as despesas da saúde são desperdiçadas pela ineficiência**

Fontes:

PRICEWATERHOUSECOOPER'S HEALTH INSURANCE INSTITUTE. The price of excess: identifying waste in healthcare.2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, OMS, 2010.

EUROPEAN HEALTH CARE FRAUD AND CORRUPTION NETWORK. The financial cost of health care fraud. 2010



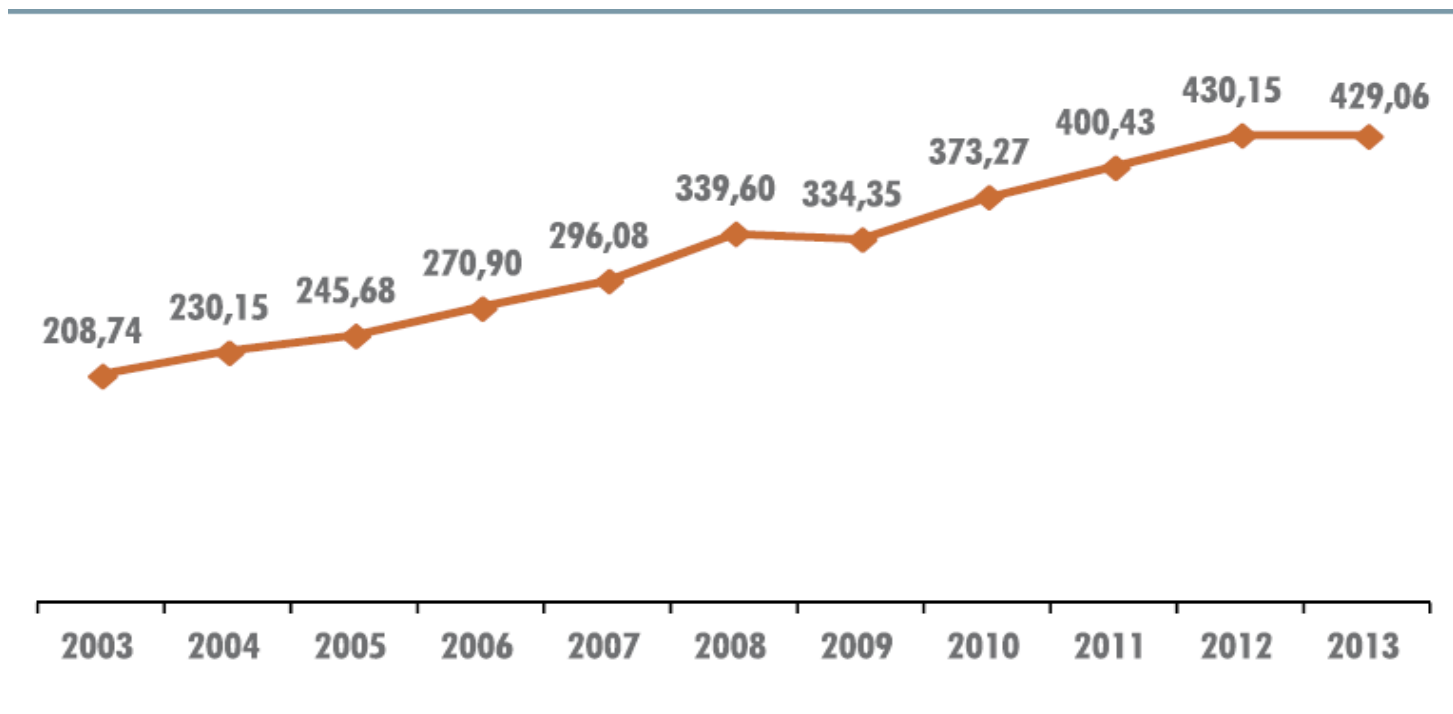
A crise contemporânea do SUS



- **A conjuntura de crise política e econômica**
- **O aumento do desemprego e a queda da renda média do trabalho e seus reflexos no sistema de saúde suplementar**
- **A crise fiscal atinge, concomitantemente, a União, os estados e os municípios em função principalmente da queda de receita**
- **O esgotamento do modelo de federalismo e suas repercussões na saúde com forte impacto nos municípios**
- **Há uma queda concomitante de gastos públicos federais, estaduais e municipais na saúde**
- **Os programas de ajuste tendem a limitar os gastos em saúde**
- **É muito pouco provável que haja recursos financeiros significativos para o SUS no curto prazo**



Evolução da receita municipal total em bilhões de reais - IPCA médio de 2013 Brasil, 2003 a 2013



Fonte: Frente Nacional dos Prefeitos. Multi Cidades: finanças dos municípios do Brasil. Brasília, FNP, 2014

Gastos Públicos Per Capita em Saúde por Níveis de Governo: Brasil, 2004-2015



Anos	Gasto Federal	Gasto Estadual	Gasto Municipal	Gasto Público Total
2004	335,92	177,42	168,56	681,90
2005	350,39	185,49	191,36	727,24
2006	359,42	202,67	207,88	769,97
2007	374,46	219,50	223,36	817,33
2008	389,69	248,02	259,99	897,71
2009	441,62	244,48	261,79	947,90
2010	445,61	267,98	282,55	996,14
2011	486,39	278,98	309,36	1074,73
2012	500,96	280,43	325,62	1107,01
2013	486,58	307,21	351,10	1144,89
2014	501,50	312,87	367,69	1182,06

Crescimento no período

31,4%

37,5%

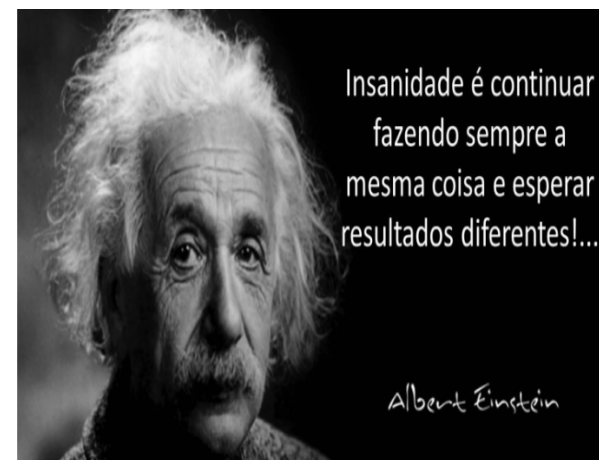
52,2%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde. Dados corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

A crise dos Sistemas Municipais de Saúde: o que fazer?



- A crise como uma barreira imobilizante
- A crise como oportunidade
 - Reconhecer a crise e procurar compreendê-la
 - Confrontar os compromissos de campanha com a realidade da crise
 - Assumir uma atitude construtiva e criar uma agenda positiva
 - Conhecer a situação de saúde do município
 - Elaborar um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos
- Focar numa agenda de eficiência e inovação
 - Estreitar as parcerias com o Ministério da Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
 - Reconhecer que o SUS opera com significativas ineficiências
 - Diagnosticar os pontos de ineficiências para poder fazer mais com os mesmos recursos
 - Fazer diferente com criatividade e responsabilidade
 - Construir e implantar uma agenda de eficiência e inovação





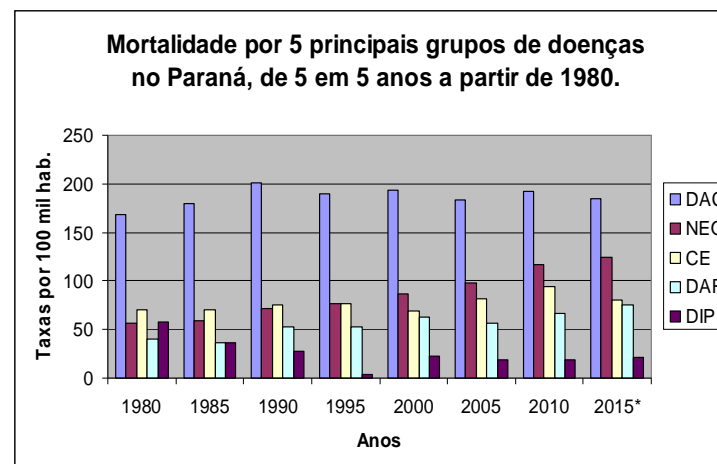
A viabilidade de uma agenda de eficiência e inovação no SUS

- **As dificuldades de financiamento não devem paralisar as ações dos gestores do SUS em busca de maior eficiência e qualidade dos serviços**
- **Há espaços significativos de melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços que podem ser trabalhados sem o aporte de novos recursos substantivos**
- **Os ganhos de eficiência e inovação são feitos, em geral, com a utilização de mudanças no *software* do sistema por meio de tecnologias leves**



A situação epidemiológica no Paraná: a tripla carga de doenças

- Uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva
- O crescimento das causas externas
- A forte predominância relativa das doenças crônicas



SUS: o problema e a solução



O problema

A incoerência entre uma situação de tripla carga de doença e sistemas de saúde que operam de forma episódica e reativa e que são voltados principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas: os sistemas fragmentados de saúde

A solução

A incoerência entre uma situação de tripla carga de doença e sistemas de saúde que operam de forma episódica e reativa e que são voltados principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas: os sistemas fragmentados de saúde



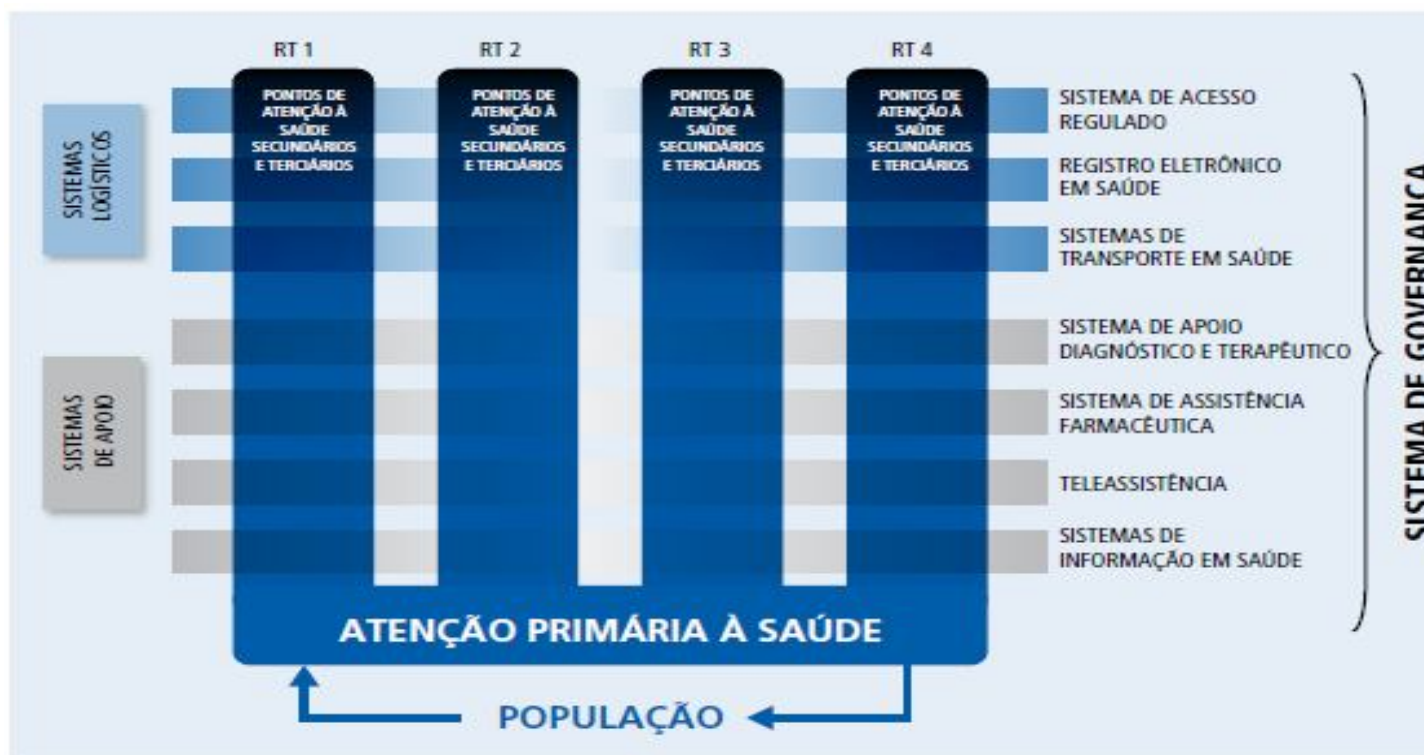
As implicações da adoção da proposta de redes de atenção à saúde

- **O pensamento em redes**
- **A operação em redes**

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

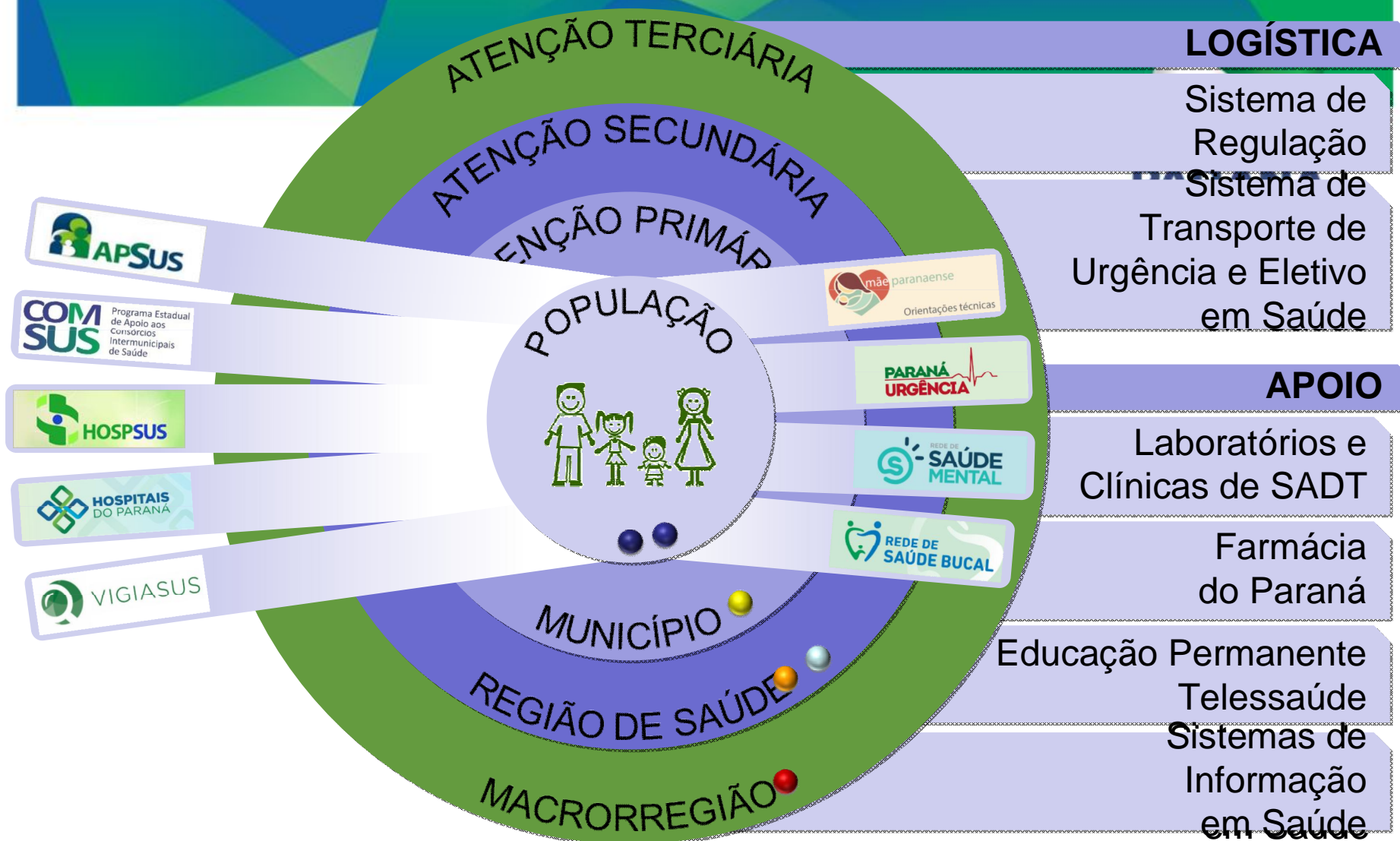


A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Rede Temática 1,2,3...n

Os projetos estratégicos da SESA/ Paraná



● Ouvidoria Participação Social

● Unidade de Atenção Primária à Saúde UAPS – UESF
● Ambulatório Especializado Regional

● Hospital Regional Hospital
● Macrorregional



Os papéis da atenção primária à saúde nas redes de atenção

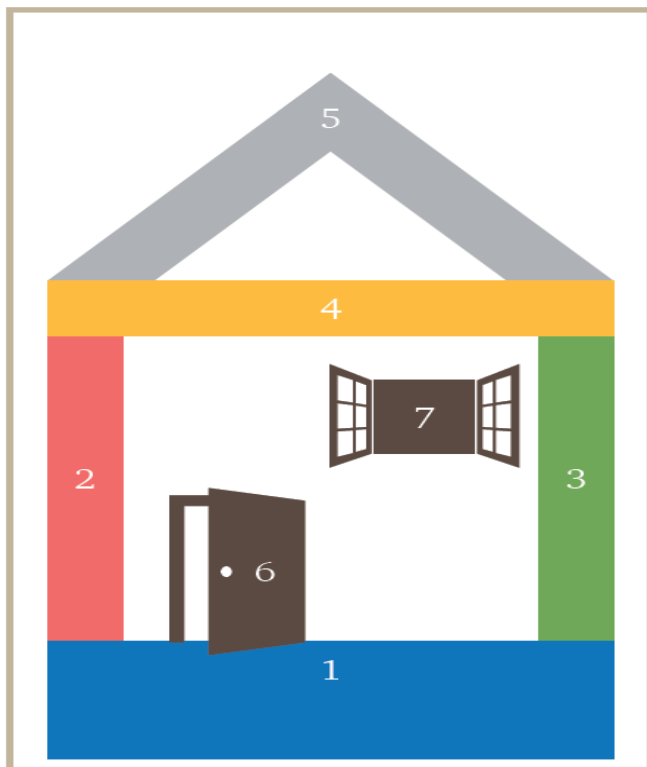
- **O estabelecimento e a manutenção da base populacional das redes de atenção à saúde**
- **A resolutividade**
- **A coordenação das redes de atenção à saúde**



A importância da APS nas redes de atenção à saúde

- **Em cada 1.000 pessoas residentes num município, num mês, 800 sentem algum desconforto, 217 chegam à APS, 9 chegam a um especialista e 1 chega a um hospital de maior complexidade**
- **A organização da APS é um prerequisite para a organização dos centros de especialidades e dos hospitais**
- **Os gastos na APS são menores que em outros pontos de atenção à saúde**

A proposta do APSUS de intervenção na APS



Macroprocessos de Autocuidado Apoiado



Macroprocessos de Atenção Domiciliar



Macroprocessos de Demandas Administrativas



Macroprocessos de Atenção Preventiva



Macroprocessos de Atenção Condições Crônicas não agudizadas, às Pessoas Hiperutilizadoras e às Enfermidades



Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos



Intervenções na Estrutura e Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde



A resolutividade da APS

- **Em Florianópolis, 87,5%**
- **No Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, 91%**
- **Na UBS (São Francisco) de Toledo/PR, 95%**
- **Média brasileira em 2015: 56%**

Fontes:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009
Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013
Freitas FO. A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná. Curitiba, 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016
SIA/SUS, DATASUS, Ministério da Saúde, 2016



Avaliação da atenção primária à saúde em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, 2014

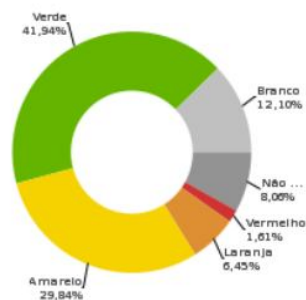
Pessoas que utilizaram a APS no SUS	91,35%
Cobertura do sistema de saúde suplementar	30,8%
Pessoas visitadas pelo Agente Comunitário de Saúde	94,9%
Pessoas que tiveram pelo menos 1 consulta médica	82,3%
Hipertensos que utilizaram a APS	96,0%
Hipertensos que tiveram pelo menos 1 consulta médica	81,1%
Hipertensos que fizeram o exame de colesterol	74,7%
Hipertensos que fizeram o exame de creatinina	59,8%
Hipertensos que relataram ter saúde boa e muito boa	59,3%
Diabéticos que utilizaram a APS	97,7%
Diabéticos que tiveram ao menos 1 consulta médica	89,3%
Diabéticos que fizeram o exame de hemoglobina glicada	70,4%
Diabéticos que fizeram o exame de colesterol	83,6%
Diabéticos que fizeram o exame de creatinina	72,8%
Diabéticos que fizeram o exame de fundo de olho	47,4%
Diabéticos que relataram ter saúde boa/muito boa	44,1%
Gestantes estratificadas e manejadas por risco	100,0%
Gestantes captadas no primeiro trimestre	94,8%
Gestantes com vacina antitetânica	95,8%
Gestantes com teste HIV/Sífilis	97,3%

A eficiência da APS no manejo dos eventos agudos

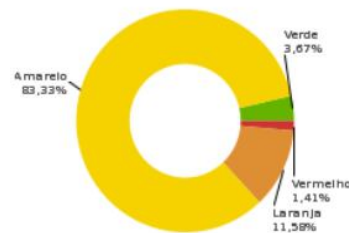


- Em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, a classificação de riscos, o correto atendimento às urgências azuis e verdes e a estabilização das condições crônicas na APS, reduziram em 60% a demanda à unidade de pronto atendimento
- A classificação de risco em Pirapora, Minas Gerais

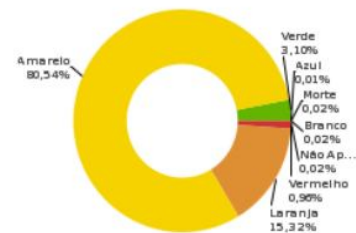
01/01/2011



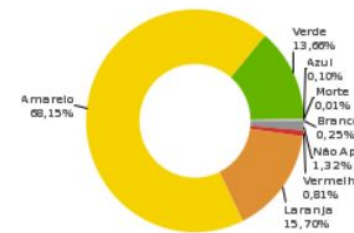
Últimos 7 dias



Últimos 6 meses



Últimos 3 anos



Fontes:

Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora. A atenção à urgência hospitalar. Pirapora, SMS de Pirapora, 2011

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte. Estruturação da rede de urgência. Santo Antônio do Monte, SMS, 2014

O atendimento de eventos agudos de menores riscos: UPA ou Unidade de APS?



- A maioria das urgências atendidas nas UPA's (pessoas classificadas como azuis e verdes) poderia ser atendida nas unidades de APS
- O atendimento dessas urgências menores nas UPA's quebra o atributo da longitudinalidade do cuidado
- O médico de uma UPA concentra-se num único problema, a queixa principal; o médico da APS cuida, em média, de 3 a 4 problemas por consulta
- O atendimento da UPA não substitui o atendimento na APS e, conseqüentemente, uma consulta se transforma, no mínimo, em duas consultas
- Uma UPA tipo 1 custa o equivalente a 10 equipes da ESF
- Cada atendimento numa UPA do Rio de Janeiro custa R\$ 605,00

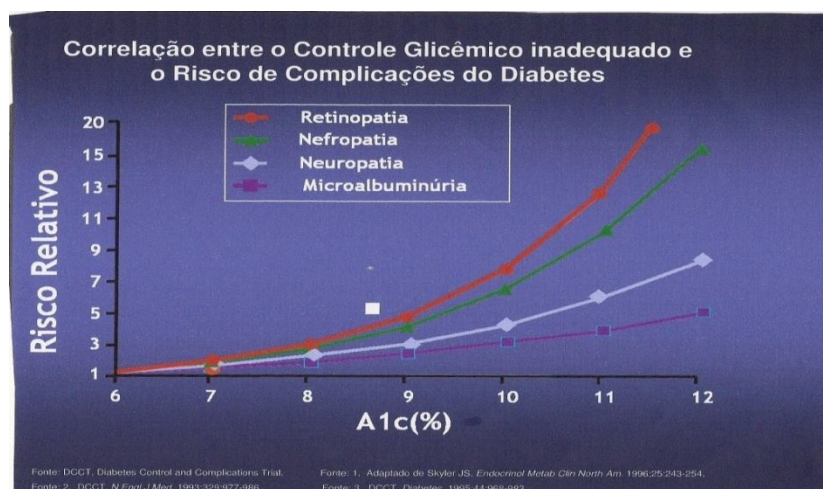
Fontes:

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA, 289: 1035-1040, 2003

Bodenheimer T, Grumbach K. Improving chronic care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007

Soranz D. A reforma da saúde no município do Rio de Janeiro. Brasília, Seminário Brasília Saudável, 2016

A efetividade e a eficiência da APS no manejo das condições crônicas



Redução de 1% na hemoglobina glicada (indicador de Diabetes Mellitus)

Condição	Redução percentual do risco
Complicação microvascular	37%
Morte por diabetes	21%
Infarto agudo do miocárdio	14%

O custo de uma subpopulação com A1c=11% é 36% maior do que o de uma subpopulação de A1c=7% .

As evidências produzidas pelo modelo de atenção às condições crônicas demonstraram que só se estabilizam estas condições quando se tem uma APS bem estruturada.

Fontes:

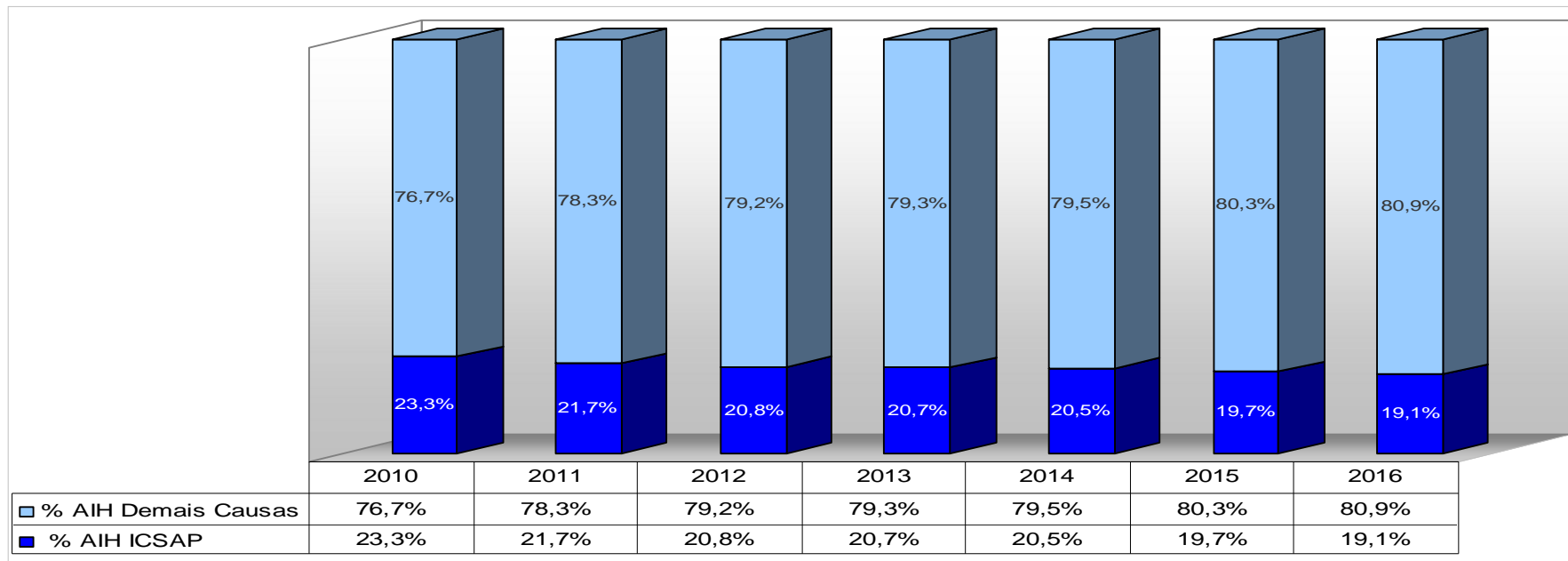
Skyler JS. Diabetes control and complications trial. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.*, 25: 243-254,1996

Gilmer TP et al. The cost to health plans of poor glyceimic control. *Diabetes Care.* 20: 1847-1853, 1997

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice,* 1: 2-4, 1998

Stratton IM et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes: prospective observational study. *BMJ.* 321: 405-412, 2000

Percentual de Internações por Internações por condições sensíveis à APS em Relação as Demais Causas Paraná - 2010 a 2016





A organização da atenção ambulatorial especializada (AAE) em rede com a APS

- **É possível e desejável que todas as pessoas portadoras de condições crônicas sejam atendidas na atenção ambulatorial especializada?**
- **Quem se beneficia da atenção ambulatorial especializada?**
- **AAE: vazio assistencial ou vazio cognitivo? O caso do estado do Paraná**
- **Um novo modelo de organização da atenção ambulatorial especializada no Paraná implantado pelo COMSUS**



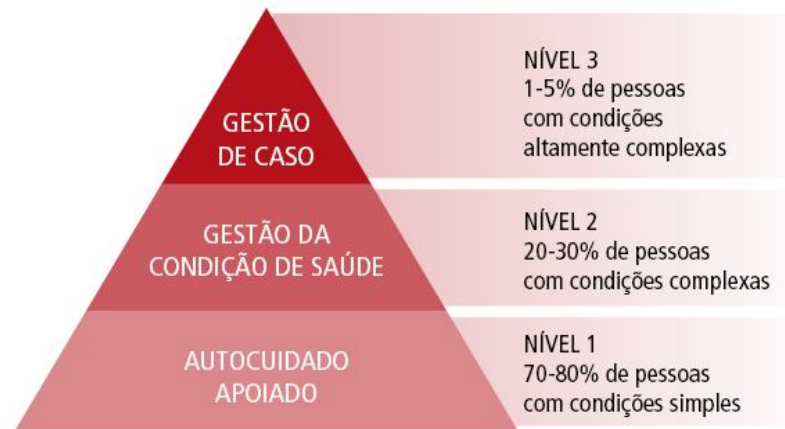
É possível que todos as pessoas com condição crônica sejam cuidadas na AAE? o caso da hipertensão arterial no estado do Paraná

- **População total: 11.200.000 habitantes**
- **População exclusiva SUS: 8.400.000 (75%)**
- **Subpopulação de portadores de hipertensão arterial (20% da população adulta): 1.176.000 habitantes**
- **1,5 consulta com cardiologista habitante/ano: 1.764.000 consultas/ano**
- **Produção de consultas médicas por cardiologista por ano considerando 1/3 da carga de trabalho somente para hipertensão arterial, com carga horária de 20 horas/semana para o SUS: 1.160**
- **Número de cardiologistas necessários para a atenção à hipertensão arterial no SUS no estado de Rondônia: 1.520**
- **Número de cardiologistas no estado do Paraná em 2015: 759**

Fontes: Estimativa do apresentador

Scheffer M et al. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/Conselho Federal de Medicina, 2015

Quem se beneficia da AAE O modelo da pirâmide de riscos



As evidências produzidas pelo modelo da pirâmide de riscos demonstram que a organização racional da atenção ambulatorial especializada depende da estratificação de risco da população usuária das redes de atenção à saúde na APS

Fonte:

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



Vazio assistencial ou cognitivo? A produção de consultas médicas de APS e de consultas médicas na AAE no SUS do Paraná, 2015

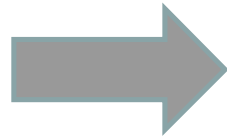
- **Consultas médicas de APS: 14.772.151**
- **Consultas médicas na AAE: 5.222.124**
- **Percentual de referenciamento da APS para a AAE: 35,3%**
- **Percentual de referenciamento da APS para a AAE em Toledo: 5%**
- **Aplicando-se o percentual de Toledo a todo o estado seriam necessárias 738.607 consultas especializadas por ano**
- **Redução potencial de consultas especializadas em 1 ano: 4.483.517**

Fontes:

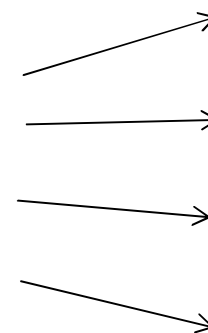
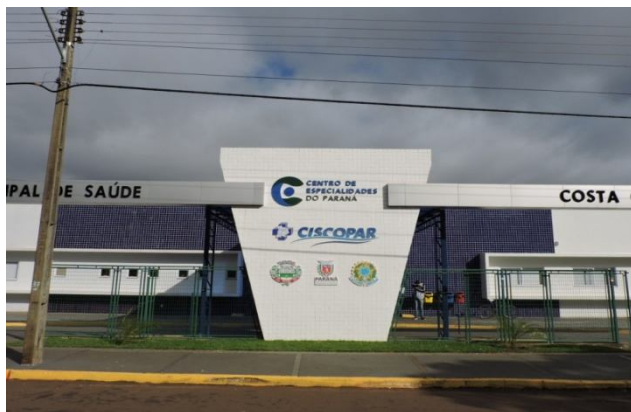
DATASUS. SIA/SUS, 2016

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

Fluxo entre a APS e a AAE no estado do Paraná, no modelo de atenção às condições crônicas



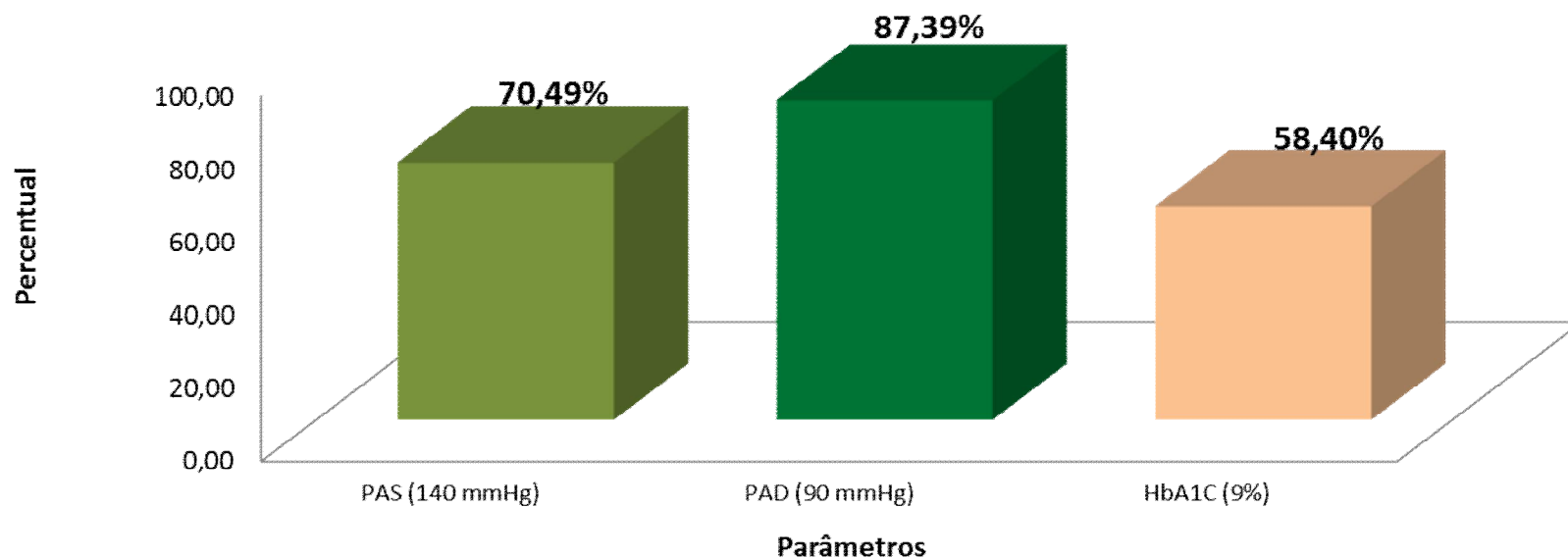
Estratificação de Risco



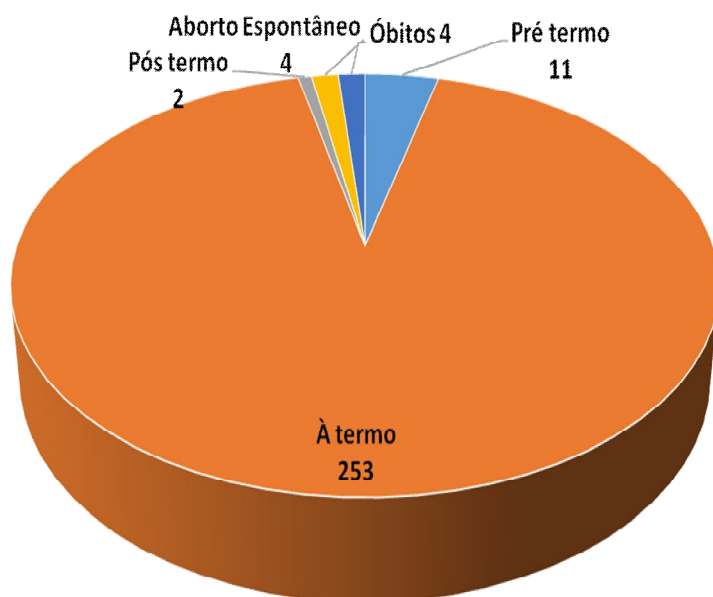
Encaminhados ao Centro de Especialidades

Avaliação da AAE no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Sententrião Paranaense - 2015 a 2016

% de Pacientes que reduziram os parâmetros avaliados



Partos por tipos no sistema integrado de APS/AAE CISCOPAR/SMS de Toledo



■ 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:
CISCOPAR, 2016
Freitas FO. A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná. Curitiba, 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016
Huçulak M. Comunicação pessoal. 2016



Os problemas de eficiência dos hospitais do SUS

- Os problemas de ineficiência técnica
- Os problemas de eficiência de escala

A eficiência técnica dos hospitais brasileiros - 2002



- Os hospitais brasileiros utilizam, em média, 50% mais funcionários por leito do que os hospitais da OCDE (3,0 trabalhadores por leito)
- Os hospitais de menos de 25 leitos apresentam uma relação de funcionários por leitos de 3,9, superior à média nacional e à média dos hospitais de tamanho intermediário
- O valor médio das taxas de cirurgia é de 0,6 cirurgia por sala por dia, variando de 0,31 nos hospitais de pequeno porte a 1,5 nos hospitais de grande porte

Um exemplo de aumento da eficiência hospitalar utilizando tecnologias leves de gestão dos fluxos de pacientes



Seeing Potential from Lower LOS
"Effective" Beds Gained from Reducing Length of Stay¹

Hospital Size LOS Reduction	200 beds	300 beds	400 beds	500 beds	600 beds
0.25 day	8	12	16	20	25
0.50 day	16	25	33	41	49
0.75 day	25	37	49	61	74
1.00 day	33	49	65	82	98
1.25 days	41	61	82	102	123
1.50 days	49	74	98	123	147

For the average 300-bed hospital, reducing LOS by one day can be the equivalent of adding 49 new beds to the facility

Suposto: Taxa de permanência de 5,2 dias e de taxa de ocupação de 85%

No Hospital Albert Einstein o incremento das saídas e a redução da taxa de permanência significou um incremento virtual de 66 leitos, uma economia de investimentos de mais 60 milhões de reais.

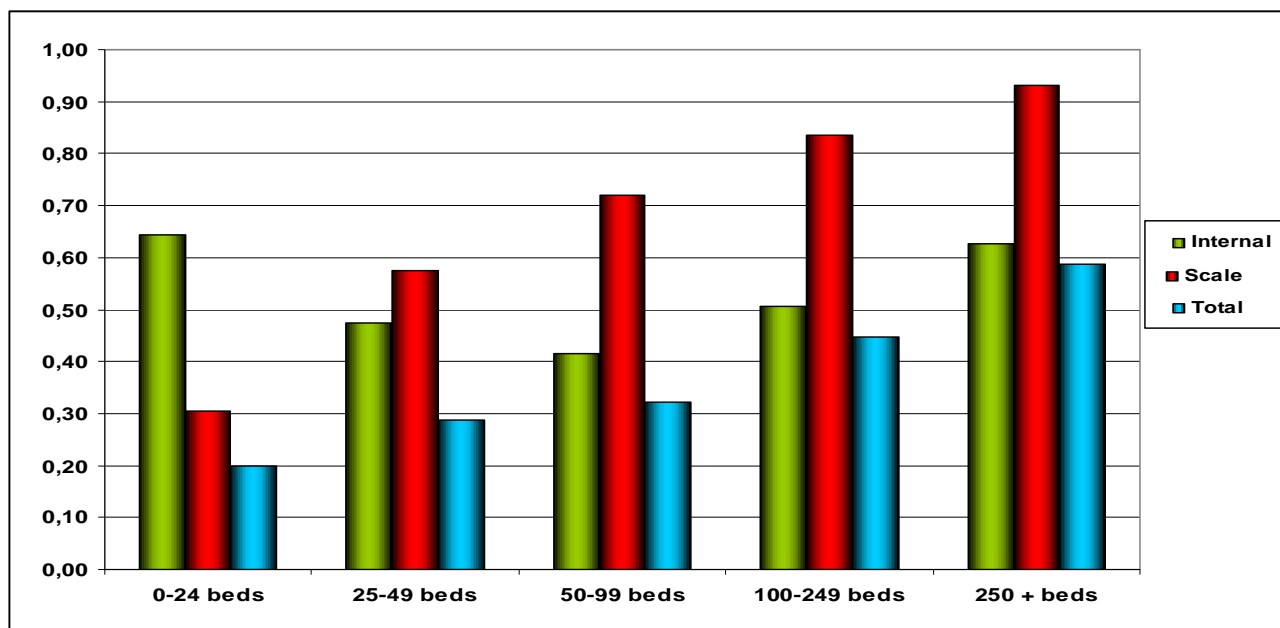
Fontes:

Laselva C. Gestão de fluxos de paciente internado e seus impactos: qualidade, segurança e sustentabilidade. Ouro Preto, ISMP Brasil, 2014.

Cerondoglo Neto M. O hospital na construção do sistema de saúde: perspectivas e desafios. Belo Horizonte, Seminário Sistema de Saúde de Excelência da ANAHP, 2015



Os escores de eficiência dos hospitais no Brasil, 2008



Fontes:

LaForgia G, Couttolenc B. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. Belo Horizonte, IBEDESS, 2009

Couttolenc BF. Benchmarking hospitalar: uma ferramenta para a melhoria do desempenho. Rio de Janeiro, Seminário sobre governança e gestão dos hospitais de atendimento público no Brasil, 2014

O custo dos partos nos hospitais de pequeno porte no SUS



- **O custo médio de um parto feito em hospitais de pequeno porte no estado de São Paulo, que fazem, em média, 1 parto por dia é de 19 mil reais**
- **O valor médio do parto pela Tabela SUS é de R\$ 600,00**
- **No estado do Paraná, através da Estratégia de Qualificação do Parto é pago um valor complementar aos hospitais que se credenciaram, sendo R\$ 200,00 o parto habitual e R\$ 320,00 o parto intermediário**
- **O parto de alto risco é complementado através de um valor global ao hospital referência para a Rede Mãe Paranaense**



A mortalidade infantil segundo porte dos hospitais e número de partos por ano no Rio Grande do Sul, 2010

Tipo de hospital	Número de partos por ano	Coefficiente de mortalidade infantil
Hospital de pequeno porte	Menos de 26	60,92
Hospital de pequeno porte	De 26 a 52	30,32
Hospital Regional	500 a 1.000	9,61
Hospital Macrorregional	Mais de 1.000	6,00

Fonte: Brasil AL. Necessidade de revisão do foco da atenção à saúde prestada à população tendo em vista a nova concepção de organização de saúde pública baseada nas redes de serviços em regiões de saúde. In: Ministério da Saúde. Informações gerando conhecimento para a gestão em saúde: relato de experiências. Brasília, Ministério da Saúde, 2013

**O tempo e o dinheiro para se fazer de um jeito
melhor...**

**É muito próximo do tempo e do dinheiro
que usávamos para fazer como fazíamos
antes...**

**Mauro Sérgio de Araujo, Secretário Municipal de Saúde de
Munhoz de Melo, Paraná**