

“AGORA MAIS QUE NUNCA”

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA O
SÉCULO XXI**

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

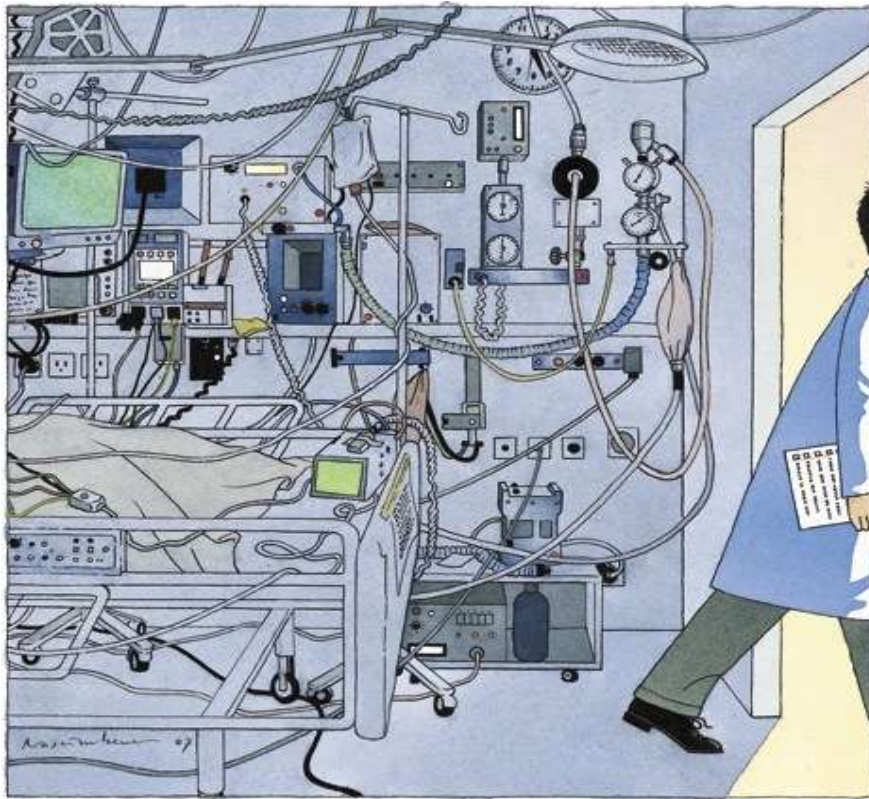
CONCEITO E OBJETIVO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO RESPOSTAS SOCIAIS DELIBERADAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**
- **O OBJETIVO FUNDAMENTAL DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE É GERAR VALOR PARA AS PESSOAS**
- **O VALOR DA ATENÇÃO À SAÚDE EXPRESSA-SE NA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DOS RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS E HUMANÍSTICOS E OS RECURSOS UTILIZADOS NO CUIDADO DA SAÚDE**

O IDEÁRIO LIBERAL DAS REFORMAS DO SETOR SAÚDE



POR QUE O FRACASSO? PORQUE ESSAS REFORMAS NÃO GERARAM VALOR PARA AS PESSOAS QUE UTILIZAM OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- **O RELATÓRIO DAWSON - 1920**
- **A REUNIÃO DE ALMA ATA - 1978**
- **O RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE - 2008**

FONTES: DAWSON (1920); WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

AS CONCEPÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PROGRAMA PARA OS POBRES: APS SELETIVA
- A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO NÍVEL DE ATENÇÃO
- A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

FONTE: MENDES (2002)

AS FRAGILIDADES DA APS SELETIVA

- **A AVALIAÇÃO DA APS SELETIVA SOBREVALORIZA OS IMPACTOS NOS RESULTADOS**
- **A APS SELETIVA IGNORA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROXIMAIS, INTERMEDIÁRIOS E DISTAIS**
- **A APS SELETIVA FIXA-SE NAS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS E NAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, IGNORANDO AS DOENÇAS CRÔNICAS E SEUS FATORES DE RISCO**
- **A APS SELETIVA REFORÇA OS PROGRAMAS VERTICAIS QUE TENDEM À INEFICIÊNCIA E À NÃO SUSTENTABILIDADE**

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A APS NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO PARA A APS EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE SAÚDE COM FRACA ORIENTAÇÃO, SÃO:

- **MAIS EFETIVOS**
- **MAIS EFICIENTES**
- **MAIS EQUITATIVOS**
- **DE MAIOR QUALIDADE**

FONTES: INSTITUTE OF MEDICINE (1994); SALTMAN & FIGUERAS (1997); COLIN-THOME (2001); STARFIELD (2002); MACINKO, STARFIELD & SHI (2003); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003); HEALTH COUNCIL OF NETHERLANS (2004); HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004); PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005); STARFIELD, SHI & MACINKO (2005); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

O IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **50% DO DECLÍNIO DA MORTALIDADE NOS PAÍSES EUROPEUS NOS ÚLTIMOS 50 ANOS FOI DEVIDO A INTERVENÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **METADE DESSA REDUÇÃO NA MORTALIDADE EUROPEIA DEVEU-SE À APS**
- **50% DAS MORTES EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO PODERIAM SER EVITADAS PELAS INTERVENÇÕES DA APS**

FONTES: BUNKER (2001); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005)

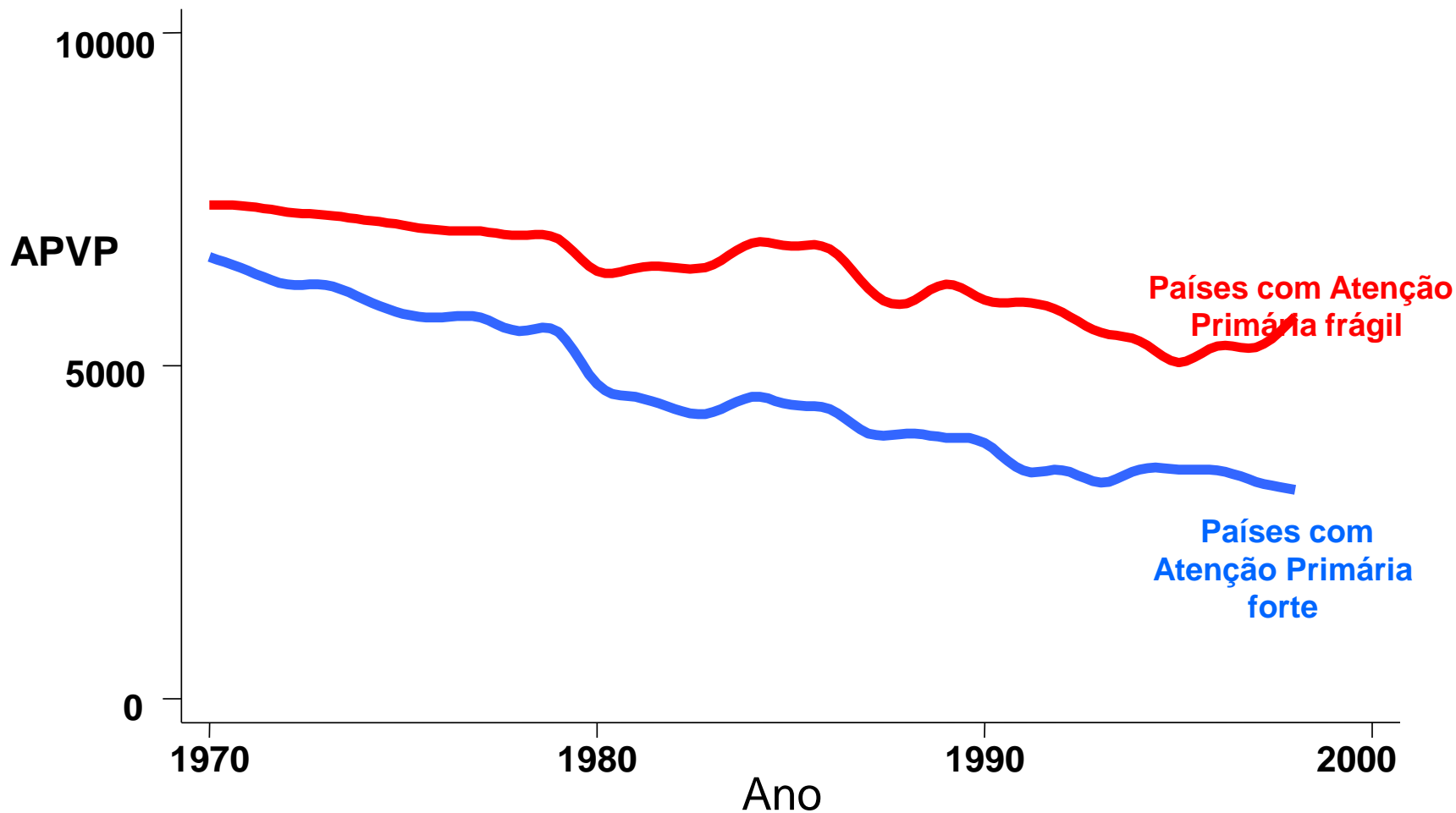
O IMPACTO DE REFORMAS NA APS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

- **NA BOLÍVIA DIMUNUIU-SE A MORTALIDADE INFANTIL 5 VEZES MAIS NAS ÁREAS CARENTES COM REFORMA DA APS QUE NAS ÁREAS ONDE NÃO SE REFORMOU A APS**
- **NA COSTA RICA A CADA 5 ANOS DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA DA APS A MORTALIDADE INFANTIL REDUZIU EM 13% E A MORTALIDADE GERAL EM 4%, INDEPENDENTE DE MUDANÇAS NOS OUTROS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, O QUE PERMITIU A PAÍS ATINGIR INDICADORES DE NÍVEIS DE SAÚDE SEMELHANTES AOS DOS PAÍSES RICOS**
- **NO MÉXICO MUDANÇAS NA APS PERMITIRAM MELHORAR A MORTALIDADE INFANTIL EM ÁREAS CARENTES**

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE ORIENTADOS PARA A APS TÊM:

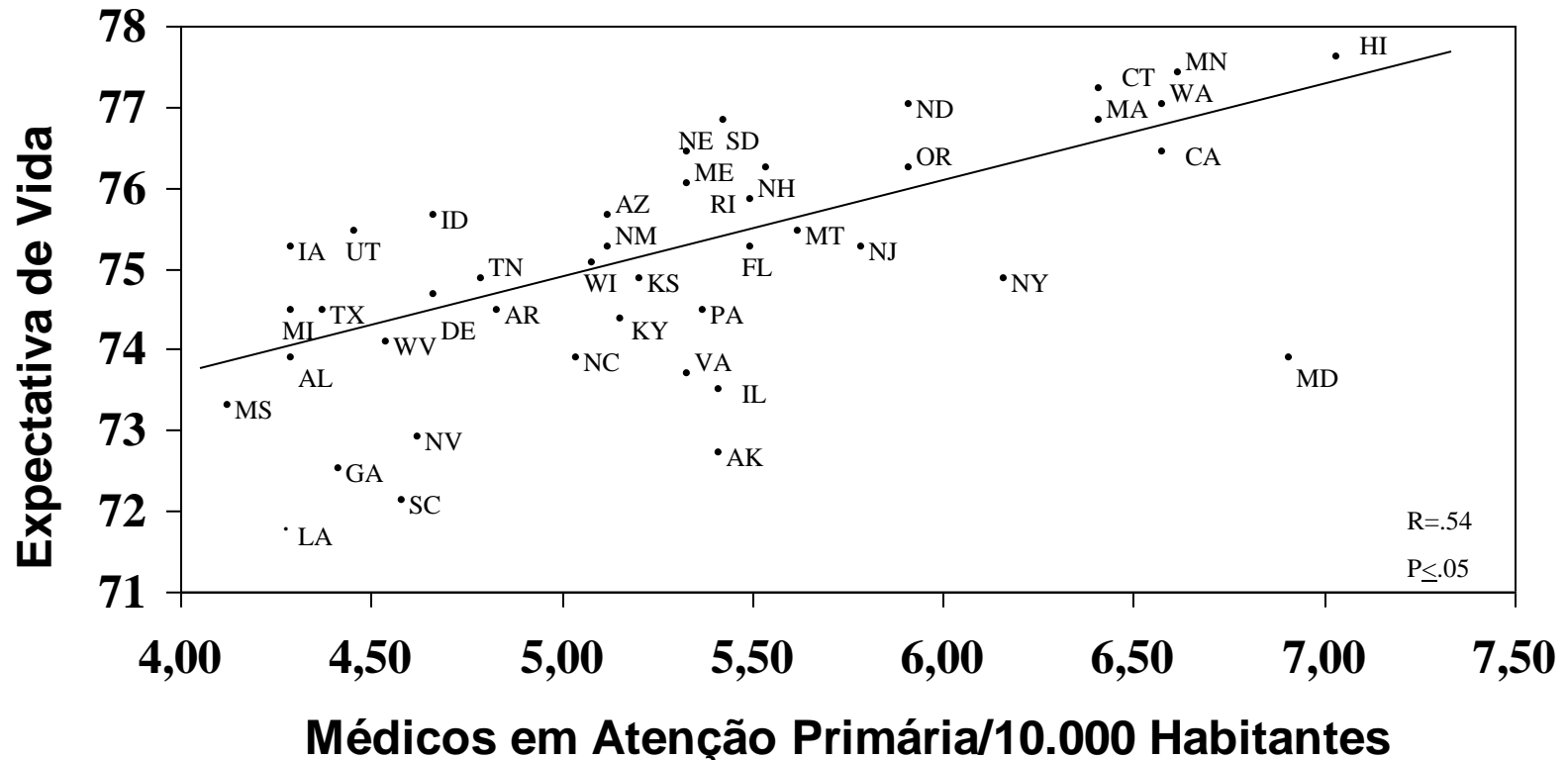
- **MENOS CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER**
- **MENOR MORTALIDADE INFANTIL**
- **MENOR MORTALIDADE PRECOCE DEVIDA AO SUICÍDIO**
- **MENOR MORTALIDADE PRECOCE DEVIDA A TODAS AS CAUSAS EXCETO AS CAUSAS EXTERNAS**
- **MAIOR EXPECTATIVA DE VIDA EM TODAS AS IDADES, EXCETO A PARTIR DOS 80 ANOS**
- **MENOR MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES**
- **MELHOR DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER DE MAMA, DE COLO DE ÚTERO E COLORRETAL**

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MORTALIDADE PREMATURA EM 18 PAÍSES DA OCDE



FONTE: MACINKO ET AL. (2003)

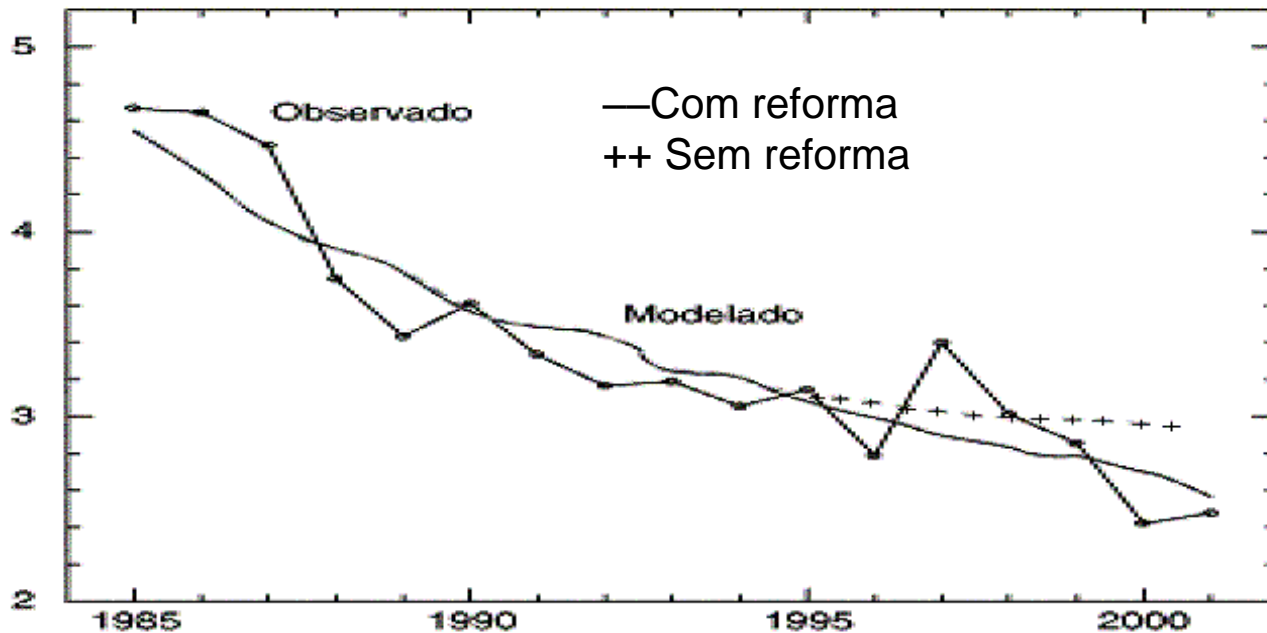
NÚMERO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EXPECTATIVA DE VIDA EM ESTADOS AMERICANOS



O ACRÉCIMO DE 1 MÉDICO NA APS ESTÁ ASSOCIADO A MENOS 1,44 MORTES POR 10 MIL HABITANTES

TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE EM MENORES DE 5 ANOS EM DISTRITOS COM OU SEM REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COSTA

RICA - 1985/2000



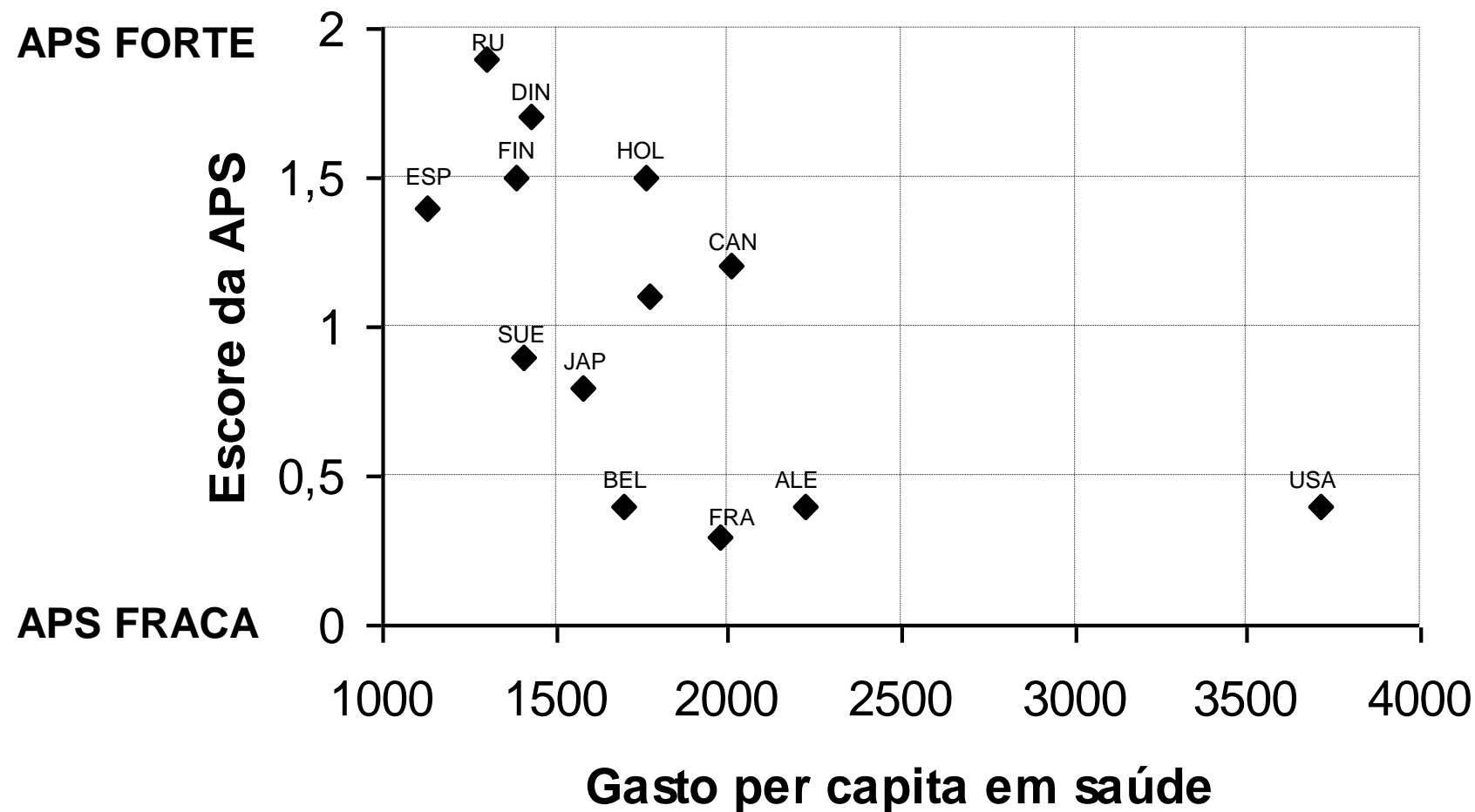
FONTE: ROSERO-BIXBY, 2004

A APS E O AUMENTO DA EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **MELHOR RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE**
- **MAIOR ACURÁCIA NOS DIAGNÓSTICOS**
- **MAIOR ADESÃO AOS TRATAMENTOS INDICADOS**
- **DIMINUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL**
- **PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**

FONTES: HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004); PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005); STARFIELD, SHI & MACINKO (2005); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008); MENDES (2009)

A RELAÇÃO ENTRE A APS E OS GASTOS PER CAPITA EM SAÚDE



FONTE: STARFIELD & SHI (2002)

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A EQUIDADE

- **NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO COM SISTEMAS COM FRACA ORIENTAÇÃO PARA A APS, A POPULAÇÃO DO QUINTIL MAIS RICO RECEBE 65% MAIS RECURSOS DE SAÚDE QUE A DO QUINTIL MAIS POBRE**
- **NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO COM FORTE ORIENTAÇÃO PARA A APS, PRODUZEM-SE RESULTADOS MAIS EQUITATIVOS PORQUE:
A APS É MAIS BARATA PARA OS INDIVÍDUOS;
A APS É MAIS CUSTO/EFETIVA PARA A SOCIEDADE;
A COMBINAÇÃO DESSES DOIS FATORES PERMITE LIBERAR RECURSOS PARA OS MAIS POBRES**
- **OS GASTOS PÚBLICOS EM APS NA AMÉRICA LATINA TENDEM A CONCENTRAR-SE NOS MAIS POBRES E OS GASTOS PÚBLICOS HOSPITALARES TENDEM A CONCENTRAR-SE NOS MENOS POBRES E NOS RICOS**

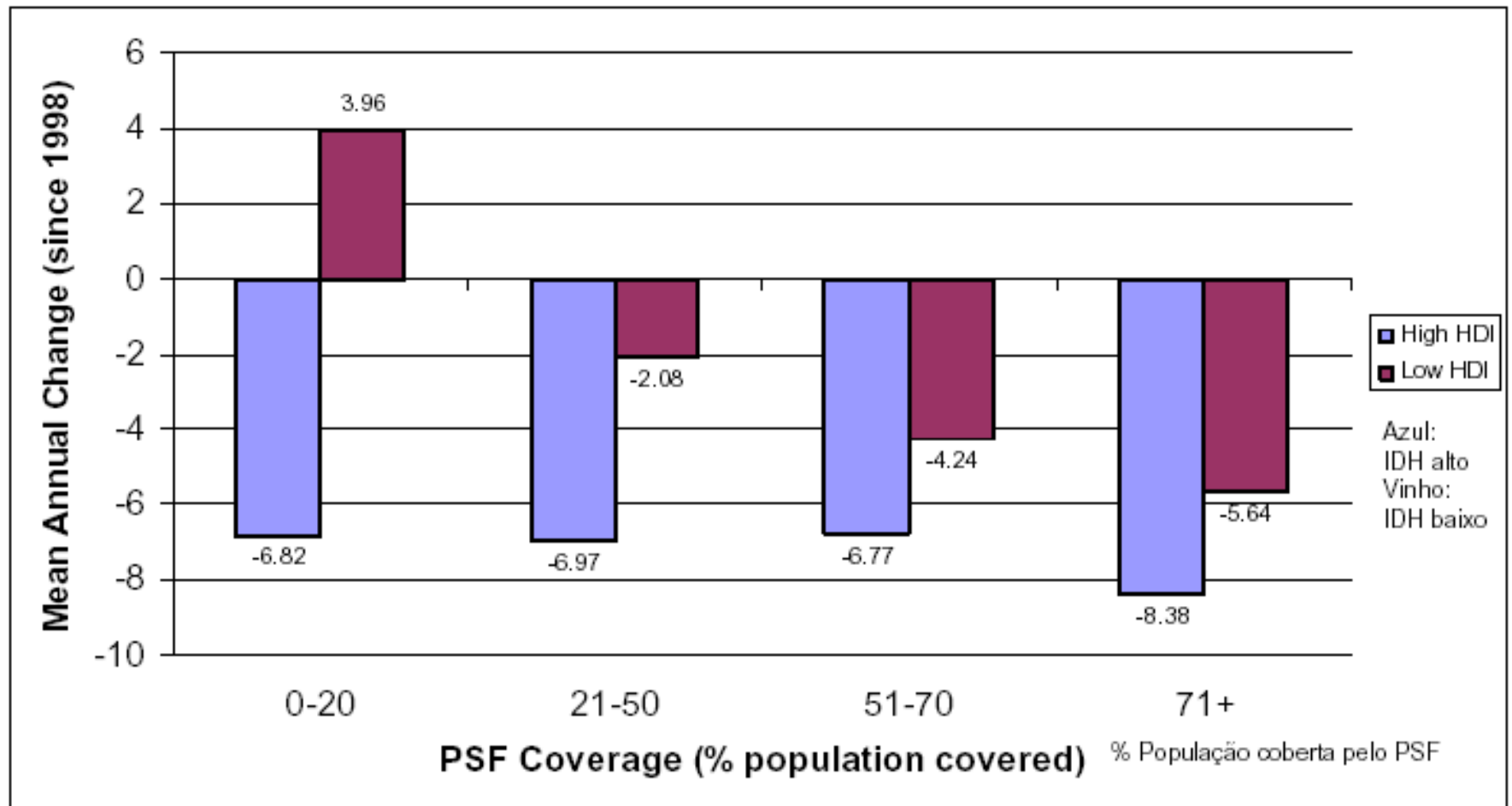
FONTES: FILMER (2003); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

ALGUMAS EVIDÊNCIAS SOBRE O PSF NO BRASIL

- **O AUMENTO DE 10% NAS EQUIPES DE PSF NO PERÍODO 1992/2002, DIMINUIU A MORTALIDADE INFANTIL EM 4,6%**
- **A EXPANSÃO DO PSF REDUZIU 126 MILHÕES DE INTERNAÇÕES POR DIABETES E POR PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS**

FONTES: MACINKO et al. (2004); MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006)

MÉDIA ANUAL DE MUDANÇA NA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR IDH MUNICIPAL E COBERTURA DO PSF – BRASIL, 1998/2003



Escore dos atributos da APS entre os diferentes serviços de atenção primária, Porto Alegre, 2007

| Atributos da Atenção Primária | Escore de Atenção Primária # | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | UBS | ESF | CSEM | GHC | CASSI |
| Grau de afiliação ao serviço | 5,5 | 6,4** | 5,9 | 8,0** | 6,9** |
| Acessibilidade | 3,4 | 3,4 | 3,3 | 3,4 | 4,3 ** |
| Acesso - Utilização | 8,2 | 8,9** | 8,8 | 9,2** | 6,3** |
| Longitudinalidade | 5,1 | 5,9** | 5,3 | 7,4** | 8,5** |
| Coordenação | 4,1 | 5,7** | 5,1 | 5,8** | 4,3 |
| Integralidade - Serviços Disponíveis | 5,4 | 5,0** | 5,4 | 6,2** | 4,9* |
| Integralidade - Serviços Prestados | 3,1 | 3,3 | 3,1 | 4,2** | 4,8** |
| Essencial | 5,0 | 5,5** | 5,3 | 6,3** | 5,7** |
| Orientação Familiar | 3,6 | 4,6** | 4,8** | 6,2** | 7,8** |
| Orientação Comunitária | 2,8 | 5,7** | 4,9** | 6,4** | 3,7** |
| Derivado | 3,2 | 5,1** | 4,9** | 6,3** | 5,8** |
| Geral | 4,6 | 5,4** | 5,2** | 6,3** | 5,7** |

* Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,05

** Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,01

Os escores assumem valores entre 0-10

Escores médios (IC 95%) dos atributos e Escores essencial, derivado e geral de atenção primária à saúde e frequência (%) de alto escore ($\geq 6,6$) na avaliação dos profissionais (médicos e enfermeiras) das unidades tradicionais e com estratégia da saúde da família do município de Curitiba em 2008.

| ATRIBUTO | Escores Médios (IC 95%) | | | Escore alto ($\geq 6,6$) | | |
|---|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|----------------------|
| | UBS TRAD (N = 300) | ESF (N = 190) | P-Valor [‡] | UBS TRAD n (%) | ESF n (%) | P-Valor [*] |
| Atributos da Atenção Primária | | | | | | |
| Coordenação | 6,9 (6,7–7,0) | 7,0 (6,8–7,1) | 0,5301 | 191 (63,7) | 127 (66,8) | 0,4730 |
| Integralidade - serviços disponíveis | 7,1 (7,0–7,2) | 7,9 (7,8–8,0) | < 0,0001 | 217 (72,3) | 171 (90,0) | < 0,0001 |
| Integralidade - serviços prestados | 5,9 (5,7–6,2) | 8,3 (8,2–8,5) | < 0,0001 | 143 (47,7) | 172 (90,5) | < 0,0001 |
| Escore Geral | 6,6 (6,5–6,7) | 7,4 (7,3–7,5) | < 0,0001 | 152 (50,7) | 164 (86,3) | < 0,0001 |

A ORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A APS: PORQUE NÃO?

- **UTILIZA TECNOLOGIAS INTENSIVAS EM COGNIÇÃO**
- **INCORPORA BAIXO VALOR ECONÔMICO**
- **NÃO AGREGA OS GRUPOS DE INTERESSES MAIS ORGANIZADOS E MELHOR POSICIONADOS NA ARENA POLÍTICA DA SAÚDE**
- **TEM MENOR VISIBILIDADE, TANTO MATERIAL QUANTO SIMBÓLICA**

| PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE | CUSTO MÉDIO EM LIBRAS |
|----------------------------------|------------------------------|
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 15,00 |
| CALL CENTER | 16,00 |
| AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO | 150,00 |
| HOSPITAL/DIA | 1.000,00 |
| HOSPITAL SECUNDÁRIO | 5.000,00 |
| HOSPITAL TERCIÁRIO | 20.000,00 |

A APS E O SISTEMA DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS

- **O FORTALECIMENTO DA APS É INCOMPATÍVEL COM O SISTEMA PREDOMINANTE DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO BASEADO NO VOLUME DOS RECURSOS**
- **ESSE SISTEMA DE PAGAMENTO DIRIGE OS INCENTIVOS FINANCEIROS PARA PRESTAR MAIS SERVIÇOS, DE MAIOR DENSIDADE TECNOLÓGICA, A MAIS USUÁRIOS, E NÃO PARA OFERTAR OS SERVIÇOS NECESSÁRIOS QUE GEREM VALOR PARA AS PESSOAS**
- **MANTER AS PESSOAS SAUDÁVEIS, PREVENIR AS DOENÇAS E REDUZIR OS PROCEDIMENTOS DESNECESSÁRIOS OU IMPRÓPRIOS GERA MENOS RECEITA PARA OS PRESTADORES DE SERVIÇOS**
- **30 A 40% DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS OFERTADOS NOS ESTADOS UNIDOS SÃO DESNECESSÁRIOS, O QUE ENVOLVE UM GASTO DE 700 BILHÕES DE DÓLARES ANUAIS**
- **É PRECISO MUDAR O SISTEMA DE PAGAMENTO DOS PRESTADORES DE UM ENFOQUE BASEADO NO VOLUME DOS RECURSOS PARA UM ENFOQUE CENTRADO NA GERAÇÃO DE VALOR PARA AS PESSOAS**

PERFORMANCE COMPARATIVA DE SISTEMAS DE SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS - 2005

| VARIÁVEL | REINO UNIDO | ALEMANHA | NOVA ZELÂNDIA | AUSTRALIA | CANADÁ | ESTADOS UNIDOS |
|-------------------------------------|-------------|----------|---------------|-----------|--------|----------------|
| Classificação Média | 1 | 2 | 3,5 | 3,5 | 5 | 6 |
| Qualidade da Atenção | 1 | 2,5 | 2,5 | 4 | 6 | 5 |
| Atenção Certa | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 |
| Atenção Segura | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Atenção Coordenada | 1 | 4 | 2 | 3 | 6 | 5 |
| Atenção Centrada nas Pessoas | 4 | 2 | 1 | 3 | 6 | 5 |
| Acesso | 4 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 |
| Eficiência | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 6 |
| Eqüidade | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 6 |
| Ganhos de Vida Saudável | 4,5 | 2 | 4,5 | 1 | 3 | 6 |
| Gasto per capita/ano em dólares PPP | 2.546 | 3.005 | 2.083 | 2.876 | 3.165 | 6.102 |

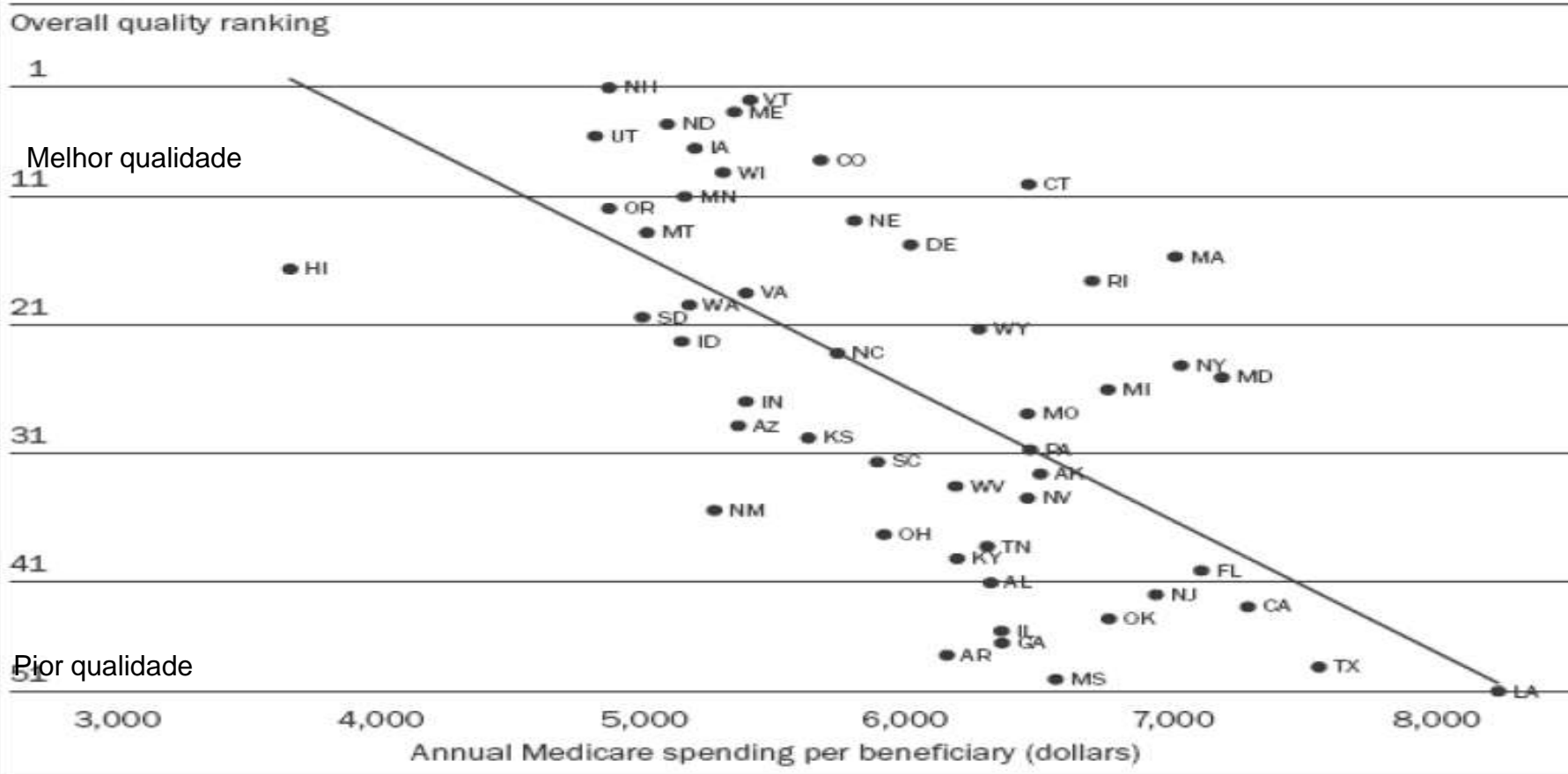
1: MELHOR PERFORMANCE

6: PIOR PERFORMANCE

FONTE: COMMONWEALTH FUND (2007)

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DOS SERVIÇOS E GASTO PER CAPITA MEDICARE, ESTADOS UNIDOS

Relationship Between Quality And Medicare Spending, As Expressed By Overall Quality Ranking, 2000–2001



SOURCES: Medicare claims data; and S.F. Jencks et al., "Change in the Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries, 1998–1999 to 2000–2001," *Journal of the American Medical Association* 289, no. 3 (2003): 305–312.

NOTE: For quality ranking, smaller values equal higher quality.

POR QUÊ?

“EXAMINE OS NÚMEROS E OBSERVE OS CONTRASTES. AS PESSOAS PODERIAM PAGAR A UM MÉDICO US\$ 100 POR UMA VISITA DE PREVENÇÃO À ASMA E MAIS US\$ 200 PELO INALADOR. UMA VISITA AO SETOR DE EMERGÊNCIA, POR OUTRO LADO, PODE GERAR US\$ 2.000 A US\$ 4.000 EM RECEITAS PARA O PRESTADOR E UMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PODERIA RENDER DE US\$ 10.000 A US\$ 40.000 EM RECEITAS PARA A INSTITUIÇÃO. SE O DINHEIRO INCENTIVA O COMPORTAMENTO, ONDE, COMO SOCIEDADE, ESTAMOS COLOCANDO NOSSO DINHEIRO HOJE? NÃO É NA PREVENÇÃO DAS CRISES DE ASMA, MESMO ESTANDO O NOSSO PAÍS DIANTE DE UMA EPIDEMIA DE ASMA”

GEORGE HALVORSON

FONTE: CHRISTENSEN (2009)

APS E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NA INDONÉSIA - 1996/2000

| | 1996-1997 | 1997 1998 | 1998 1999 | 1999-2000 |
|---|--|--------------|--------------|-------------------------------------|
| Gasto per capita em atenção primária* | 10.3 | 9.6 | 8.5 | 8.2 |
| Gasto per capita em atenção hospitalar* | 4.1 | 4.4 | 4.6 | 5.3 |
| Mortalidade Infantil | 20% melhoria (todas as províncias) (1990-96) | | | 14% piora (22 das 26 províncias) |

FONTE: STARFIELD (2007)

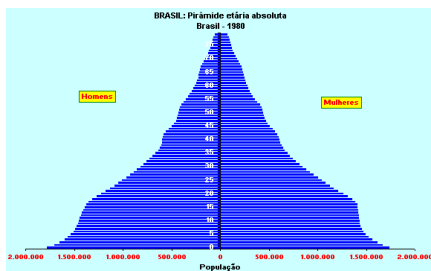
OS DESAFIOS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INÍCIO DO SÉCULO XXI



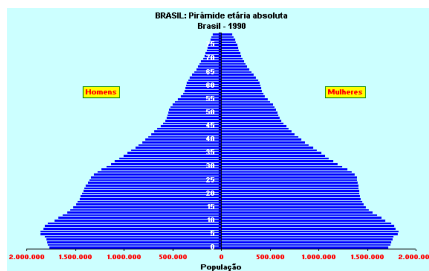
35 000 000
de personas morirán de
enfermedades crónicas
en 2005

**60% DELAS EM
PAÍSES EM
DESENVOLVIMENTO**

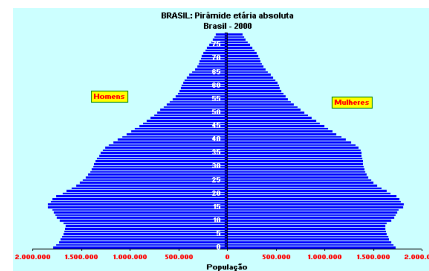
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL



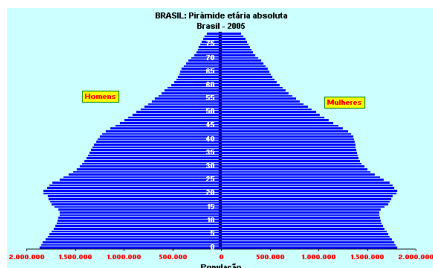
1980



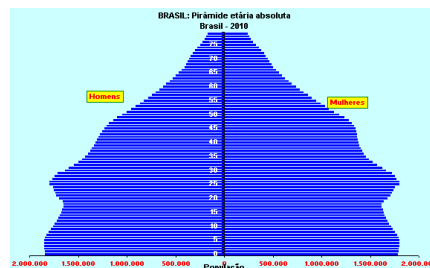
1990



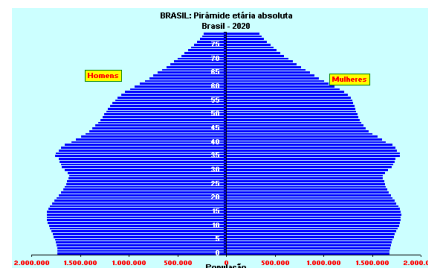
2000



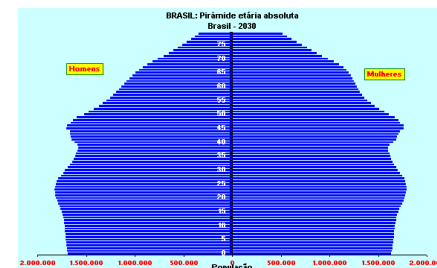
2005



2010



2020



2030

9% da população idosa

20 MILHÕES

BRASIL

2005 a 2030

15% da população idosa

MAIS DE 40 MILHÕES

FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO ADULTA DE BELO HORIZONTE, EM PERCENTUAIS, 2006

| FATOR DE RISCO | TOTAL | HOMENS | MULHERES |
|---|--------------|---------------|-----------------|
| TABAGISMO | 16,2 | 21,9 | 11,4 |
| EXCESSO DE PESO | 37,1 | 43,3 | 31,4 |
| OBESIDADE | 8,7 | 9,6 | 7,9 |
| CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS | 26,7 | 21,6 | 31,0 |
| ATIVIDADE FÍSICA REGULAR | 15,9 | 18,6 | 13,5 |
| CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL | 19,9 | 27,8 | 13,2 |
| DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO | 23,7 | 22,7 | 24,5 |
| DIAGNÓSTICO DE DIABETES | 3,9 | 3,3 | 3,4 |

FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE, VIGITEL (2006)

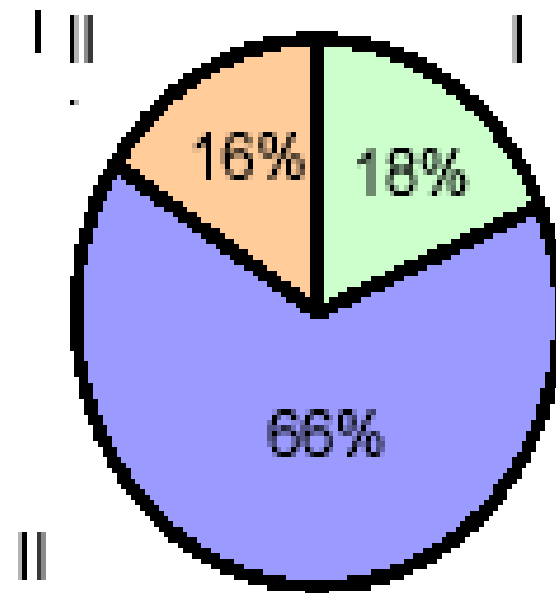
CARGA DE DOENÇAS EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI'S), BRASIL, 1998

| DOENÇA OU CONDIÇÃO | AVAI'S POR MIL HABITANTES | % |
|--|----------------------------------|-------------|
| Infecciosas, parasitárias e desnutrição | 34 | 14,8 |
| Causas externas | 19 | 10,2 |
| Condições maternas e perinatais | 21 | 8,8 |
| Doenças não transmissíveis | 124 | 66,2 |
| TOTAL | 232 | 100 |

FONTE: SCHRAMM et alii (2004)

PROPORÇÃO DE ANOS DE VIDA DEVIDOS A MORTE PRECOCE EM MINAS GERAIS E GRUPOS DE CAUSAS DE MORTES

MINAS GERAIS, 2004 A 2006



GRUPO I: DOENÇAS INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS, DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS, CAUSAS MATERNAS E PERINATAIS

GRUPO II: DOENÇAS CRÔNICAS

GRUPO III: CAUSAS EXTERNAS

A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NO BRASIL

- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, SOBREPESO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**
- **O FORTE CRESCIMENTO DA VIOLÊNCIA E DAS CAUSAS EXTERNAS**

O PRINCIPAL PROBLEMA DO SUS:

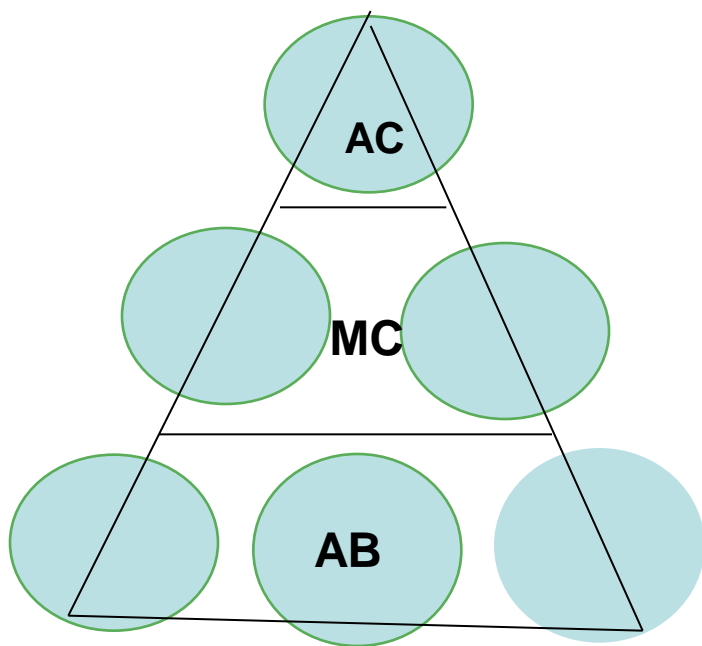
A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE, VOLTADO PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS

A SOLUÇÃO DO PROBLEMA:

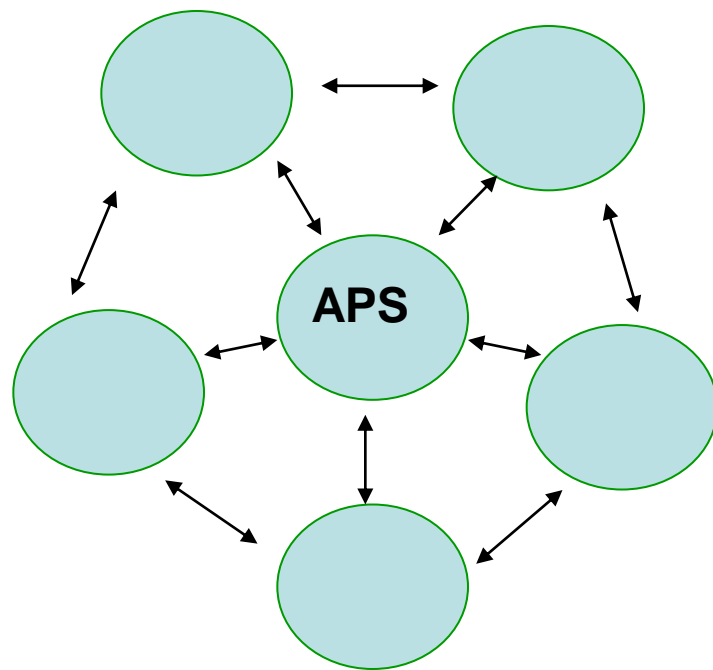
O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE E UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE, VOLTADO PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, O QUE EXIGE A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADAS PELA APS

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO E HIERARQUIZADO



REDES POLIÁRQUICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: MENDES (2009)

A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

• ATRIBUTOS

PRIMEIRO CONTACTO

LONGITUDINALIDADE

INTEGRALIDADE

COORDENAÇÃO

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

ORIENTAÇÃO

COMUNITÁRIA

COMPETÊNCIA CULTURAL

• FUNÇÕES

RESOLUTIVIDADE

COORDENAÇÃO

RESPONSABILIZAÇÃO

OS CICLOS DA EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

- **1º CICLO: OS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA, ANOS 20**
- **2º CICLO: O MODELO DA FUNDAÇÃO SESP, ANOS 40**
- **3º CICLO: OS CENTROS DE SAÚDE ESTADUAIS, ANOS 60**
- **4º CICLO: O MODELO DA MEDICINA SIMPLIFICADA, ANOS 70**
- **5º CICLO: AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE, ANOS 80**
- **6º CICLO: A MUNICIPALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, INÍCIO DOS ANOS 90**
- **7º CICLO: O MODELO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, SEGUNDA METADE DOS ANOS 90**

OS PROBLEMAS DO PSF

- **A CONCEPÇÃO IDEOLÓGICA AMBÍGUA**
- **O BAIXO ADENSAMENTO TECNOLÓGICO**
- **A INSUFICIÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA ADEQUADA**
- **A BAIXA PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO**
- **A GESTÃO VOLTADA PARA OS RECURSOS**
- **A INSUFICIÊNCIA DE INCORPORAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS NA PRÁTICA COTIDIANA**
- **A FALTA DE PRONTUÁRIOS FAMILIARES**
- **A AUSÊNCIA DA FUNÇÃO COORDENADORA DOS FLUXOS DE PESSOAS E INFORMAÇÕES**
- **O PROCESSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA FRAGMENTADO**
- **AS DEFICIÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO: PRECARIZAÇÃO DE VÍNCULOS, FRAGILIDADE DE PLANOS DE CARREIRA E TURNOVER ACENTUADO**
- **AS DIFICULDADES DE FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM DETERMINADAS REGIÕES**
- **A CARÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS**
- **A FRAGILIDADE DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
- **O TRANSPORTE INADEQUADO DAS EQUIPES DE PSF**

ALGUNS PERIGOS À VISTA:

- **SOLUÇÕES ISOLADAS: PROBLEMAS COMPLEXOS EXIGEM SOLUÇÕES COMPLEXAS E SISTÊMICAS**
- **O EQUÍVOCO DE ALGUMAS PROPOSTAS:
A FLEXIBILIZAÇÃO DO PSF, ESPECIALMENTE DO TRABALHO MÉDICO
A DIMINUIÇÃO DA RELAÇÃO POPULAÇÃO/EQUIPE DE PSF
A AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO AMBULATORIAL FORA DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- **A SUSTITUIÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA PELO MÉDICO ESPECIALISTA NA EQUIPE DO PSF**

O DILEMA CONTEMPORÂNEO DA APS NO SUS

- **O AVANÇO:**
A RADICALIZAÇÃO DO PSF COMO ESTRATÉGIA DE REORDENAMENTO DO SUS
- **O RETROCESSO:**
O RETORNO À APS SELETIVA

FONTE: MENDES (2009)

“AGORA MAIS QUE NUNCA”

RELATÓRIO ANUAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE 2008



FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

A MUDANÇA DA APS

Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde

Atenção à saúde para toda a comunidade

Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças

Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde

Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos

Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability*

Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado

Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal

Solidariedade global e aprendizagem conjunta

APS como coordenadora de uma resposta em ampla em todos os níveis de atenção

APS não é tão barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

REFLEXÕES FINAIS

“O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE ATUAL NÃO FUNCIONA. FAZER MAIS DO MESMO NÃO É A SAÍDA. É PRECISO MUDAR O SISTEMA”.

FONTE: INSTITUTE OF MEDICINE (2001)

“POLÍTICAS PÚBLICAS EXCLUSIVAS PARA OS POBRES SÃO POLÍTICAS POBRES”

FONTE: LORD BEVERIDGE (1942)