

I Curso de Capacitação do Processo de Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias.

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
Universidade de Brasília

Prof. Fernando P. Cupertino de Barros MD, PhD
fernandocupertino@gmail.com

Roteiro

1- Um pouco de História

2- Até onde viemos

3- Para onde vamos e os desafios que nos esperam

O contexto brasileiro atual

Superfície total: 8.514,876 km²

População: 202.768.562 habitantes (2014)

75% têm acesso apenas ao sistema público de saúde (SUS)

25% têm cobertura de planos privados de saúde

26 Estados

1 Distrito Federal

5.570 municípios (71% dos quais com menos de 20 mil habitantes)

A saúde no Brasil

1- Um sistema público universal, financiado pelos impostos dos cidadãos

2- Um sistema privado (planos e seguros de saúde)

3- Despesas de desembolso direto

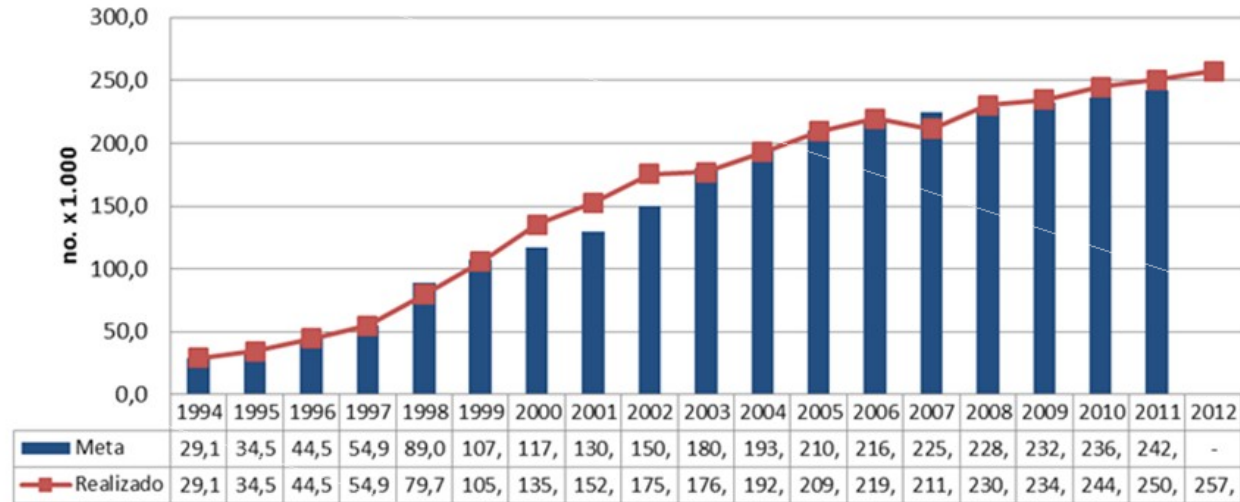


I - Um pouco de História

- 8ª. Conferência Nacional de Saúde-1986
- SUDS - 1987
- Constituição Federal - 1988
- Lei 8080/90 e 8142/90
- Normas Operacionais
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991)
- Programa de Saúde da Família (1984)

Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde

Figura 4- Meta e evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde implantados. BRASIL, 1994-2012*



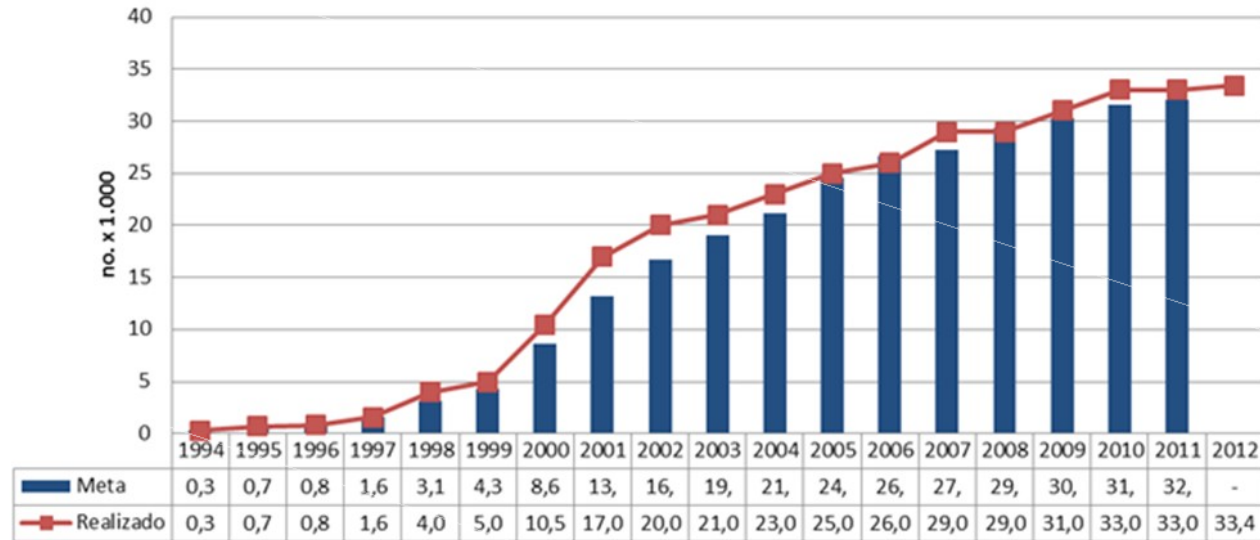
Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>

Outubro de 2016: 266.583 mil ACS

(http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Evolução do número de equipes de Saúde da Família

Figura 3- Meta e evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas. BRASIL, 1994-2012*



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>

Outubro de 2016: 41.621 ESF e 29.548 ESB

(http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Cobertura populacional atual (Outubro/2016):

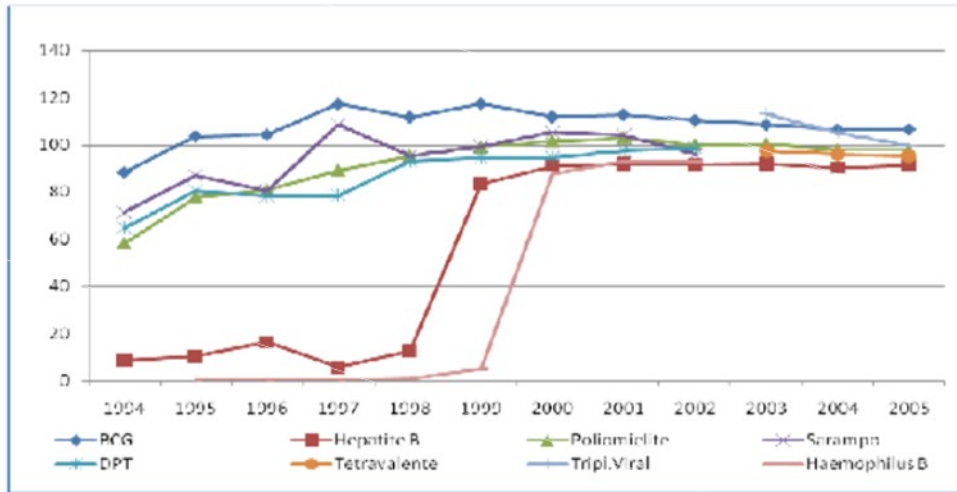
ACS: 66,71%

ESF: 64,32%

Fonte: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

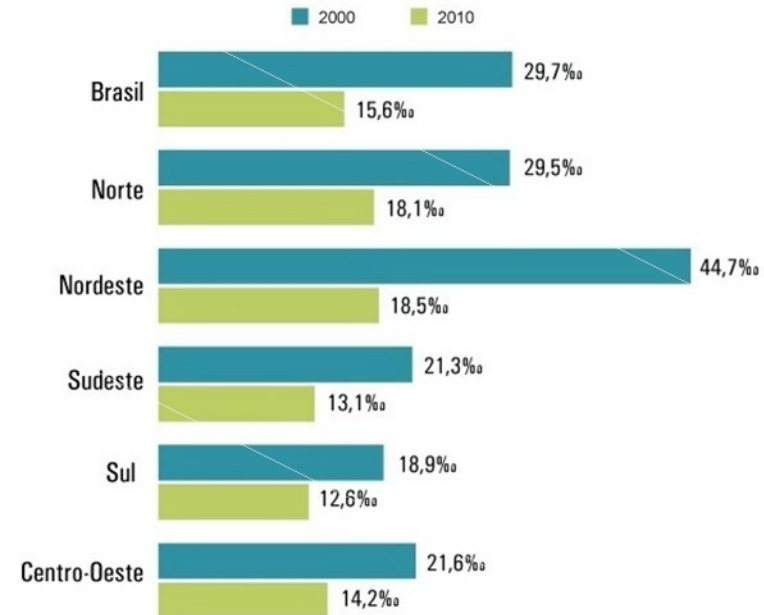
Alguns resultados

Gráfico 47 – Cobertura vacinal em menores de um ano, para diferentes tipos de imunobiológicos. Brasil, 1994 - 2005.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.

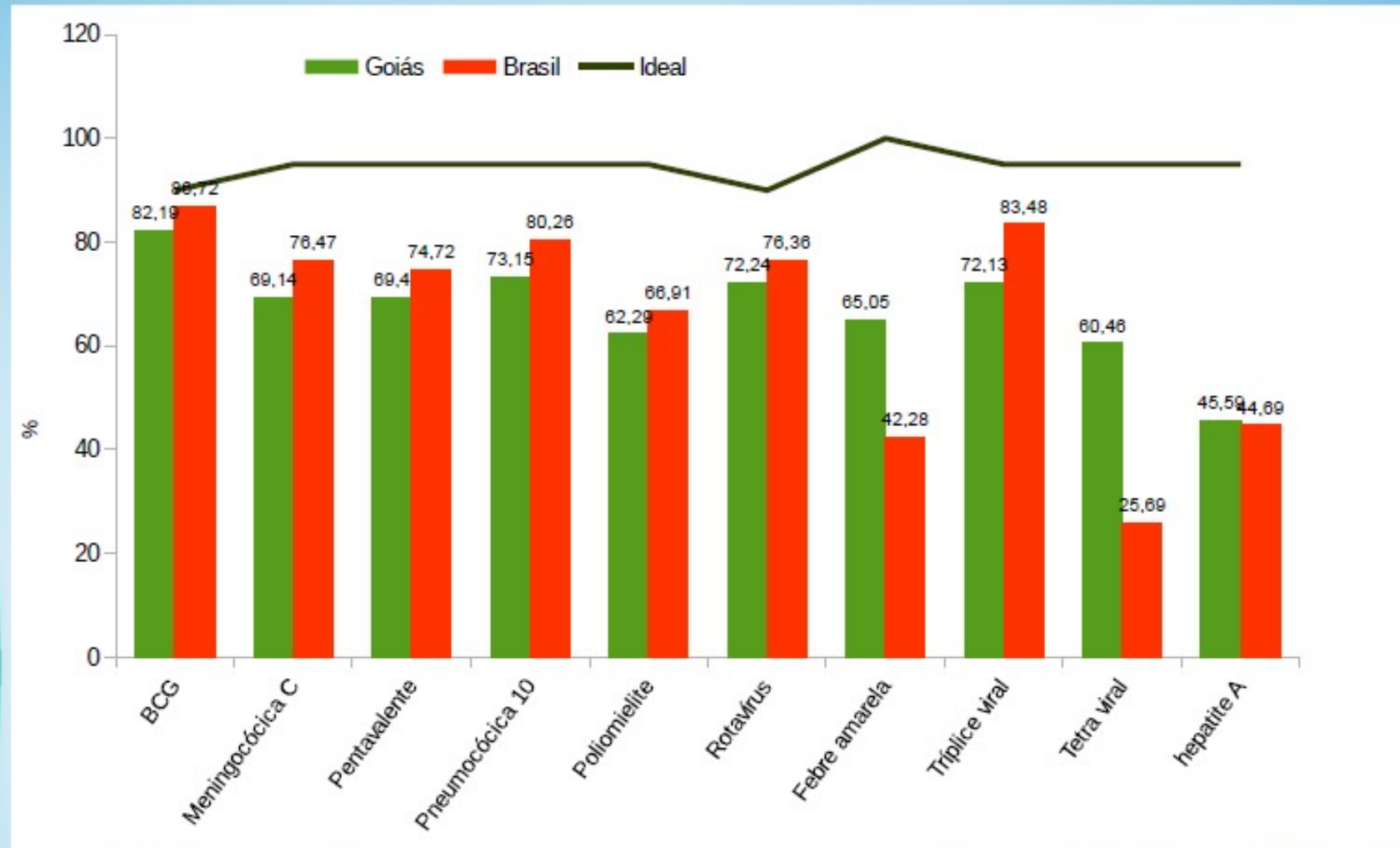
Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões



MORTALIDADE MATERNA

Entre 1990 e 2010, a mortalidade materna foi reduzida em 51%: de 120 a 56/100.000 (fonte: OMS, 2012)

Cobertura vacinal das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Brasil e Goiás, 2016*.



Fonte: pni.datasus.gov.br

* Dados de janeiro a julho, retirados em 25/08/16.

A situação epidemiológica no Brasil e em Goiás: a tripla carga de doenças

- 喊 Uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva**
- 喊 O crescimento das causas externas**
- 喊 A forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada**

BMJ | 4 DECEMBER 2010 | VOLUME 341

“Over the past 15 years progress in Brazilian public health has been remarkable. Infant mortality has dropped from 48 per 1000 to 17 per 1000. In just the past five years, hospital admissions due to diabetes or stroke have decreased by 25%, the proportion of children under 5 years old who are underweight has fallen by 67%, over 75% of women now receive seven or more antenatal consultations, and diphtheria, tetanus, and pertussis (DTP) vaccine coverage in children less than 1 year old is greater than 95% in most municipalities.”

Matthew Harris academic clinical fellow in public health, Kings College London, London WC2R 2LS, UK mattjharris@yahoo.co.uk

Andy Haines professor of public health and primary care, Department of Social and Environmental Health Research and Department of Nutrition and Public Health Intervention Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT, UK



The
COMMONWEALTH
FUND

Brazil's Family Health Strategy: Using Community Health Care Workers to Provide Primary Care

By Hester Wadge, Yasser Bhatti, Alexander Carter, Matthew Harris,
Greg Parston, and Ara Darzi
Photos by Radilson Gomes

Tags: [high-need, high-cost \(/publications/case-studies#f.tagsfacet=\[high-need, high-cost\]\)](/publications/case-studies#f.tagsfacet=[high-need, high-cost]),
[community health centers \(/publications/case-studies#f.tagsfacet=\[community health centers\]\)](/publications/case-studies#f.tagsfacet=[community health centers]),
[social needs \(/publications/case-studies#f.tagsfacet=\[social needs\]\)](/publications/case-studies#f.tagsfacet=[social needs])

December 13, 2016

Authors

Hester Wadge, Yasser Bhatti, Alexander Carter, Matthew Harris, Greg Parston, and Ara Darzi

- Os ganhos em saúde são fartamente registados pela literatura;
- À luz dos resultados, pode-se atribuir à Saúde da Família, no caso do Brasil, muitos dos méritos de tais avanços, contudo é preciso ressaltar a **falta de uniformidade de cobertura, de funcionamento adequado e de qualidade satisfatória da estratégia, quando se analisa o país como um todo;**
- **Onde ela foi devidamente implantada,** houve melhoria de acesso, especialmente em municípios de menor porte e em populações social e economicamente mais vulneráveis (56), o que não deixa de produzir resultados em termos de diminuição de desigualdades. **Todavia, isso não ocorre de maneira uniforme e sustentada.** Alguns estudos, citados nas referências bibliográficas deste trabalho, chegam mesmo a apontar sérias deficiências e problemas que mostram uma regressão nos progressos já alcançados no passado;

Paralelamente à preocupação com a garantia do acesso, há que se proporcionar a efetiva qualidade dos serviços oferecidos à população. Neste particular, no Brasil, a despeito de iniciativas como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, ao festejado Programa Mais Médicos e ao Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de 2011, vários estudos apontam a persistência de diversos problemas que comprometem a qualidade e a eficácia do trabalho da APS, e em especial o da Saúde da Família (Fausto e cols, 2014; Protasio et cols, 2014; Tomasi e cols, 2015; Clementino e cols, 2015; Medina e cols, 2014; Motta e David, 2015).

Outro fator fortemente implicado no binômio acesso-equidade é a existência de financiamento adequado, aliado a um modelo capaz de dar à APS o poder de ordenar e coordenar o processo de cuidados (Sousa e Hamann, 2009). Por diferentes razões, há dificuldades para que isso aconteça, ficando a alardeada prioridade política de fortalecimento da APS relegada a mero discurso e, o que é ainda pior, ensejando a desconstrução de ganhos já obtidos, como se pode depreender das conclusões de Shimizu e Carvalho Júnior (2012).

Outra aberração é o fato de que em nosso país, que dispõe de um sistema público de saúde, os gastos sejam majoritariamente privados. Além disso, o volume de recursos endereçado ao setor privado, por renúncia fiscal, é apontado por muitos especialistas como uma forma de “direcionamento da saúde pública para uma mercantilização, de direito social a produto, provocando um ocultamento enquanto política social, que vise à universalidade, à igualdade e à equidade”, nas oportunas palavras de Mendes e cols (2015).

Ressalte-se, ainda, no caso do Brasil, o paradoxo de se ter uma estratégia centrada na saúde da família, sem formação profissional quantitativa e qualitativamente suficientes.

Cortes no financiamento da saúde ou falta de execução orçamentária que sacrificam a população e oneram pesadamente, e de modo crescente, estados e municípios, como mostrado por Soares e Santos (77), como o que ocorre no Brasil nos últimos quinze anos, faz com que seja atingida frontalmente a capacidade de superação das desigualdades em saúde, que nos é oferecida pelo modelo de organização da APS que adotamos.

Tabela 4. Gasto público com saúde, participação dos entes federados

| Anos | Participação % | | |
|------|----------------|---------|------------|
| | União | Estados | Municípios |
| 1990 | 74,38 | 13,52 | 12,10 |
| 2000 | 58,60 | 20,20 | 21,20 |
| 2010 | 44,97 | 26,77 | 28,26 |
| 2012 | 45,80 | 25,31 | 28,89 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS, IPEA, Médici (1994), SIOPS e Nota Técnica nº 012 de 2013 - CONOF Câmara (2013).

Nota: Base de dados (1990 Médici, 2000 CONOF, 2010 e 2012 SIOPS e SPO/MS).

³Purchasing Power Parity (PPP) ou Paridade de Poder de Compra é uma técnica usada em economia para determinar o valor relativo de diferentes moedas. Usando a PPP, é possível comparar os gastos com saúde entre diferentes países na mesma base..

A importância das Secretarias Estaduais de Saúde na organização dos sistemas integrados APS/AAE

- **A experiência das oficinas de planificação realizadas em diversos estados mostra que a coordenação das SES é fundamental;**
- **Ainda que o papel de ofertar a APS seja municipal a presença da SES permite construir e implantar uma proposta coerente e com uma linguagem comum na APS dos diversos municípios que compõem uma região de saúde;**
- **As mudanças no modelo de AAE são muito profundas e convocam uma liderança da SES para sua implementação;**
- **As funções normativas e de cofinanciamento da SES são imprescindíveis para a integração em rede da APS e da AAE**

Planificação da Atenção Primária à Saúde

Mais Saúde para Goiás

Qual modelo devemos adotar ?

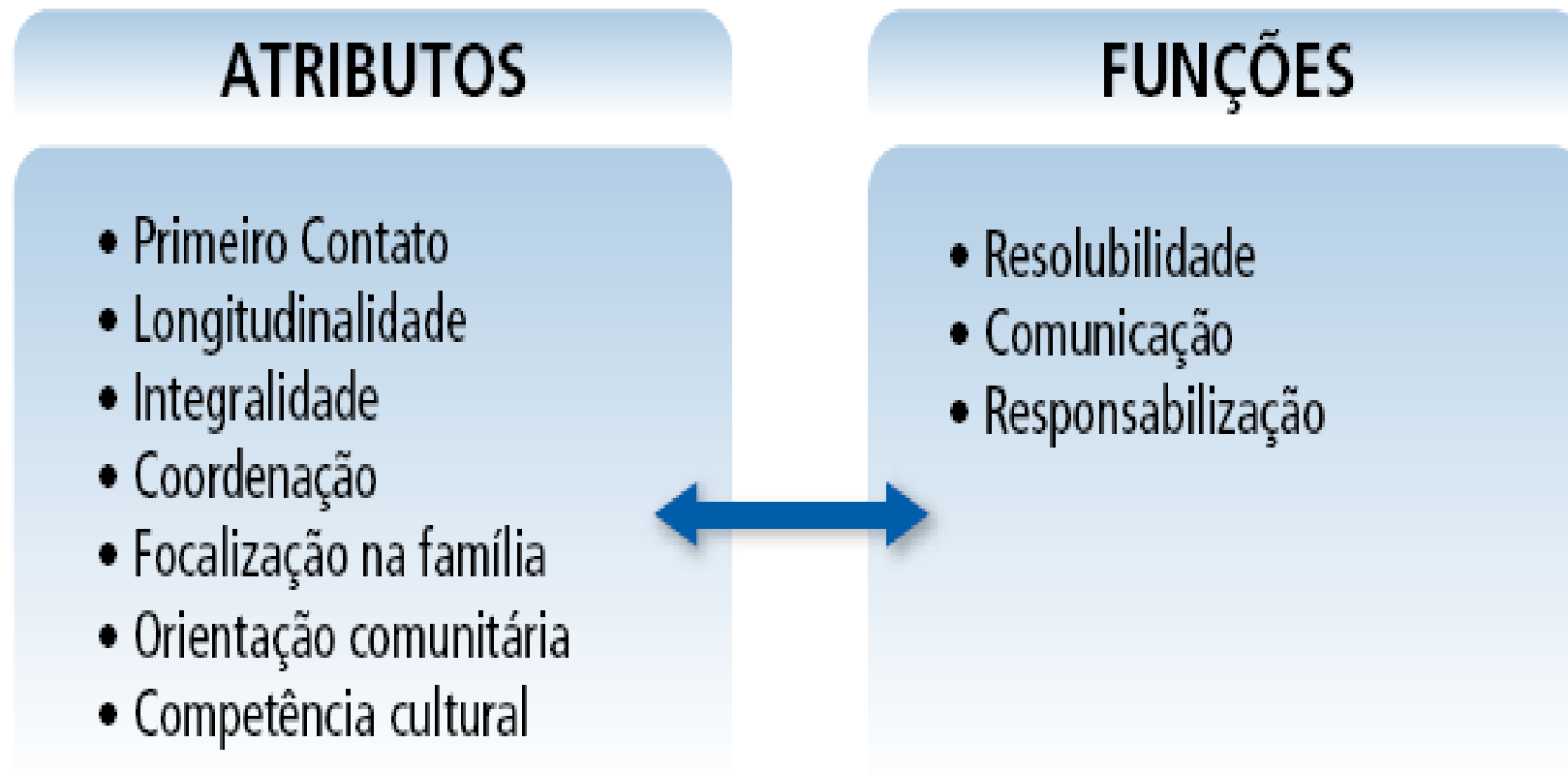
| Condições agudas | Condições crônicas |
|-------------------------|---------------------------|
| Episódicas | Contínuas |
| Reativas | Proativas |
| Integradas | Integradas |

Fontes:

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

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

O que é APS?



Fontes:

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

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

A resolutividade da APS

A APS é capaz de atender em torno de 90% dos problemas que demandam cuidados primários:

Em Florianópolis, 87,5%

No Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, 91%

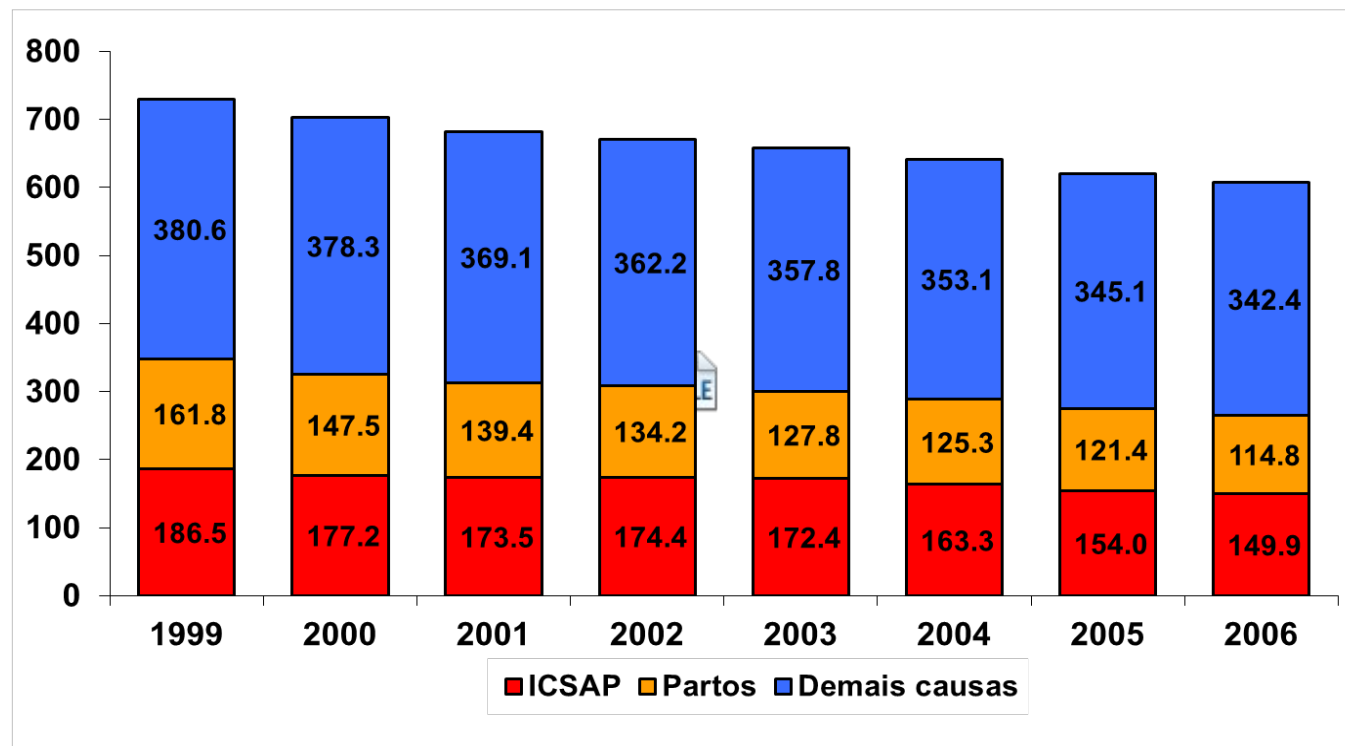
Em Toledo, Paraná, 95%

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

Taxas de internação por 10 mil habitantes, por causas - Brasil, 1999 a 2006

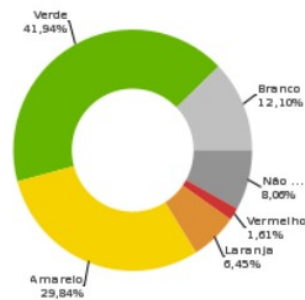


As internações por condições sensíveis à APS vêm caindo mais que as outras causas, mas representaram, em 2006, 25% do total

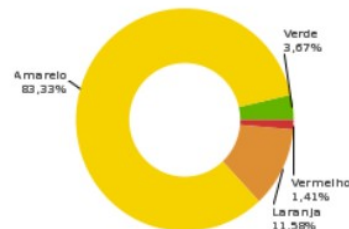
A importância da APS no manejo dos eventos agudos

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

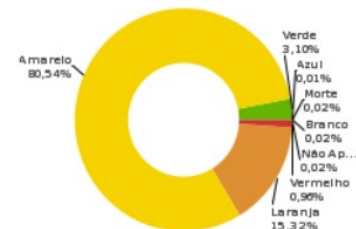
01/01/2011



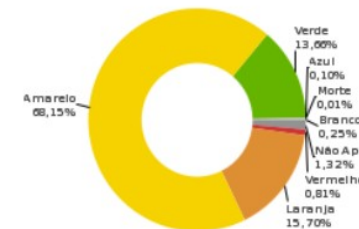
Últimos 7 dias



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 menor risco: 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 atendimentos 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 3,5 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**

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.

Descrição da ocorrência de internações por doenças do aparelho circulatório no município de Santo Antônio do Monte 2012 a 2014

| Causa | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Insuficiência cardíaca | 22,4% | 12,8% | 5,5,% |
| Acidente vascular cerebral | 9,7% | 8,9% | 5,5% |
| Hipertensão essencial | 7,7% | 6,5% | 2,4% |

Fonte: Andrade MV et al. Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado de Condições Crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte: relatório final. Belo Horizonte, CEDEPLAR UFMG/UFSJ, 2016

O impacto do sistema integrado APS/AAE no controle das condições crônicas em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais

- **Mais de 90% de gestantes, crianças até 2 anos e portadores de diabetes, hipertensão arterial e doença renal crônica estratificados por riscos**
- **77% dos portadores de diabetes atingiram a meta terapêutica para o grupo etário**
- **94% dos portadores de hipertensão arterial atingiram os níveis pressóricos definidos como meta terapêutica**
- **97% dos usuários portadores de lesão nos pés e mãos em decorrência do diabetes evoluíram para cicatrização**

Fontes:

Lopes PRR. O centro de atenção secundária integrado Viva Vida e Hiperdia em Santo Antônio do Monte. Belo Horizonte, I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas, 2014

Nascimento LH. Aplicação do LIACC na zona rural em Santo Antônio do Monte. Belo Horizonte, I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas, 2014

Resultados do sistema integrado APS/AAE em Toledo, Paraná

- **Percentual de partos prematuros realizados nas gestantes de alto risco atendidas no sistema integrado APS/AAE: 3,5%**
- **Percentual de partos prematuros realizados nas gestantes atendidas no SUS do Paraná: 12%**
- **Resultado: grande diminuição na utilização de UTI's neonatais**

Fontes:

CISCOPAR. O modelo MACC de organização da atenção ambulatorial especializada. Toledo, CISCOPAR, 2015

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



Henrique Antônio Santillo
1937-2002

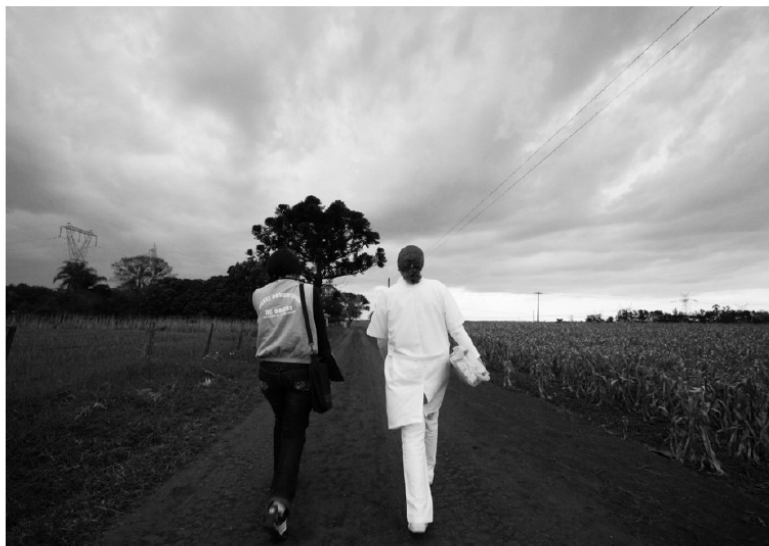
"Eu sonho com uma sociedade que respeite as crianças. Elas não são o nosso futuro; elas são o nosso presente. São o fruto do nosso amor, do melhor que nós temos dentro de nós. São a nossa esperança de um mundo mais inocente, mais alegre, mais solidário, mais colorido. Eu sonho com um mundo em que nenhuma criança, nenhuma mesmo, não tenha o que comer. Em que nenhuma criança fique sem escola. Nenhuma criança deixe de brincar. Nenhuma criança sofra ou morra por falta de assistência médica. Nenhuma criança, mas nenhuma mesmo, fique sem lar e sem afeto."

<http://blogdosantillo.blogspot.com.br/2012/05/sonho-dr-henrique-santillo.html>



— Estratégia Saúde da Família
Pico do Jaraguá, SP - 2008

*A todos os heróis anônimos que fazem
com que o SUS aconteça no cotidiano
de milhões de nossos compatriotas.*



— Estratégia Saúde da Família
Foz do Iguaçu, PR - 2008