

# **ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA CHAVE PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS BRASIL**

---

JAMES A. MACINKO, PHD

PROFESSOR TITULAR

DEPARTAMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE  
COMUNITÁRIA, FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA,  
UNIVERSIDADE DE CALIFÓRNIA, LOS ANGELES

# APRESENTAÇÃO

---

Atenção Primária à Saúde é essencial

Estratégia Saúde da Família: Um modelo forte de APS

- Acesso e utilização
- Proteção financeira
- Qualidade e eficiência
- Impacto na saúde
- Equidade

Desafios

Direções futuras

# Por quê APS?

**A saúde é fundamental** para o indivíduo alcançar seu potencial e para o país maximizar seu desenvolvimento.

Ao nível individual, melhores condições de saúde estão associadas a maior produtividade e maior desempenho acadêmico. Ao nível macro, O FMI estimou que **uma melhoria de 10% na esperança de vida está associada a um aumento do crescimento econômico de 0,3% até 1,7% por ano** (IMF, 2004).

Mas, muitos fatores (renda, educação, idade, meio ambiente, habitação, água, comportamentos) influenciam a saúde e os **sistemas de saúde têm um papel importante, mas com limites** (WHO, 2008).

# Por quê APS?

---

**Os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da população**, mas o retorno neste investimento é diferente entre países.

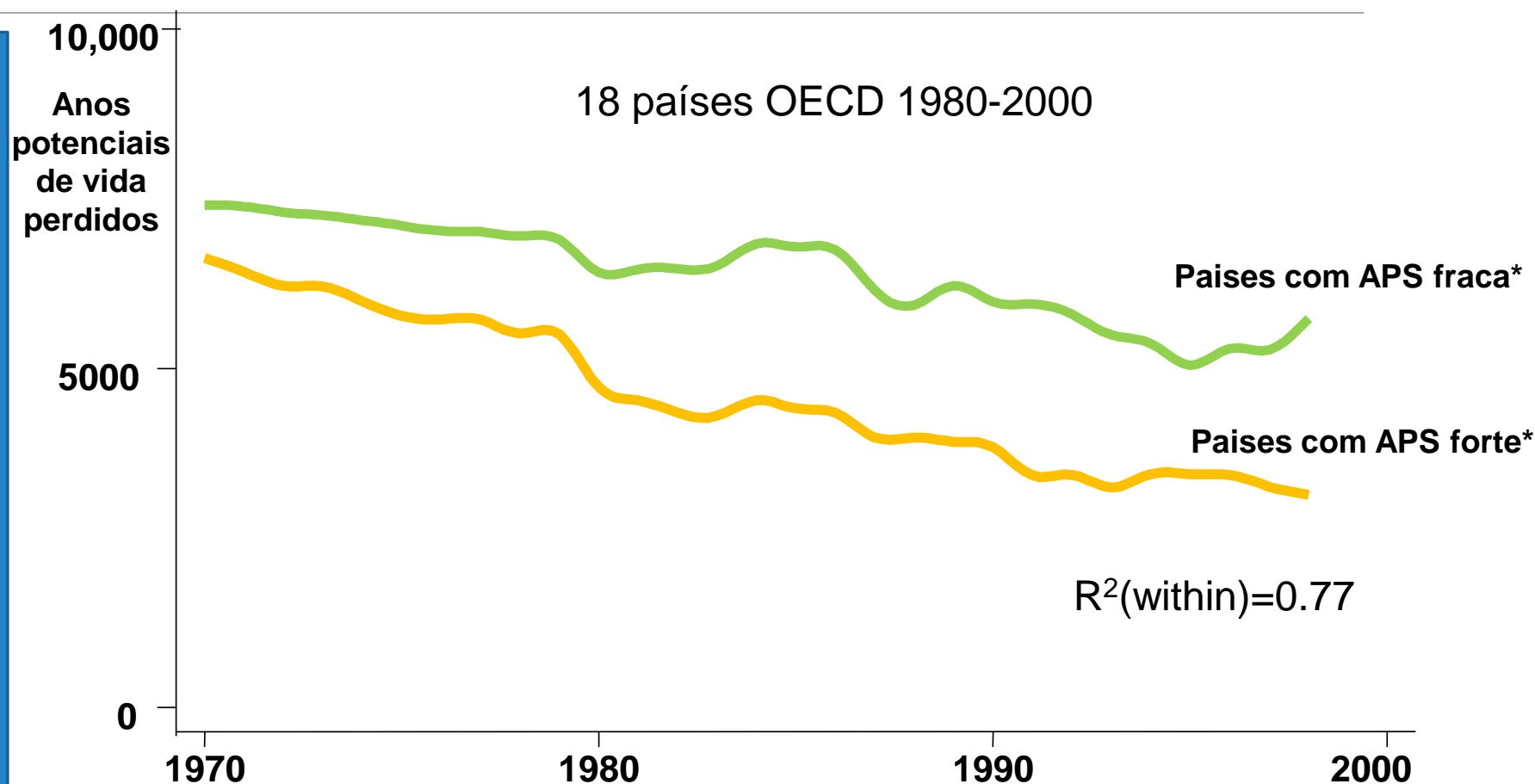
**Não existe sistema de saúde perfeito**, pois todos têm de balancear gastos, cobertura, qualidade e equidade, entre outros fatores.

As evidências mostram que **sistemas de saúde com uma forte base na atenção primária à saúde conseguem os melhores resultados, maior equidade, e uma menor taxa de crescimento nas despesas em saúde** (Starfield et al, 2005; Kringos et al 2013)

# Sistemas de saúde com forte investimento na atenção primária tendem a ter melhores resultados de saúde

Em 30 países (2000-2009) de alta renda, Kringos et al concluíram que a APS foi associada a:

- ❖ melhor saúde da população;
- ❖ menores taxas de hospitalizações desnecessárias; e
- ❖ desigualdades socioeconômicas na saúde relativamente baixas.



# APS está associada com melhores resultados de saúde em países de baixa e média renda

<b>Tipo de estudo (desenho) (1980-2005)</b>	<b># estudos (n=36)***</b>	<b>APS efetiva?</b>
Experimental	0	n/a
Quasi-experimental	4	4/4
Prospectivo com controle	2	1/2
Pre/post transversal com controle	16	14/16
Caso-controle	5	4/5
Estudos sem grupo controle	9	8/9
<b>Resultado de saúde</b>		
Mortalidade infantil	28	23/28
Outro (criança)	1	1/1
Outro (adulto)	7	7/7

Kruk (2010) revisou a literatura mais recente (1990-2010) sobre várias intervenções de atenção primária em larga escala e encontrou efeitos importantes na cobertura de saúde, melhores resultados e equidade nos casos estudados, incluindo: Costa Rica, Cuba, Brasil, Bolívia, México, Níger, Gana, Gâmbia, Tailândia, Sri Lanka, Kerala (Índia) e Irã.

\*\*\*Obs: Existe possível viés de publicação: poucas publicações de resultados negativos e pouca documentação de muitas experiências promissoras da APS.

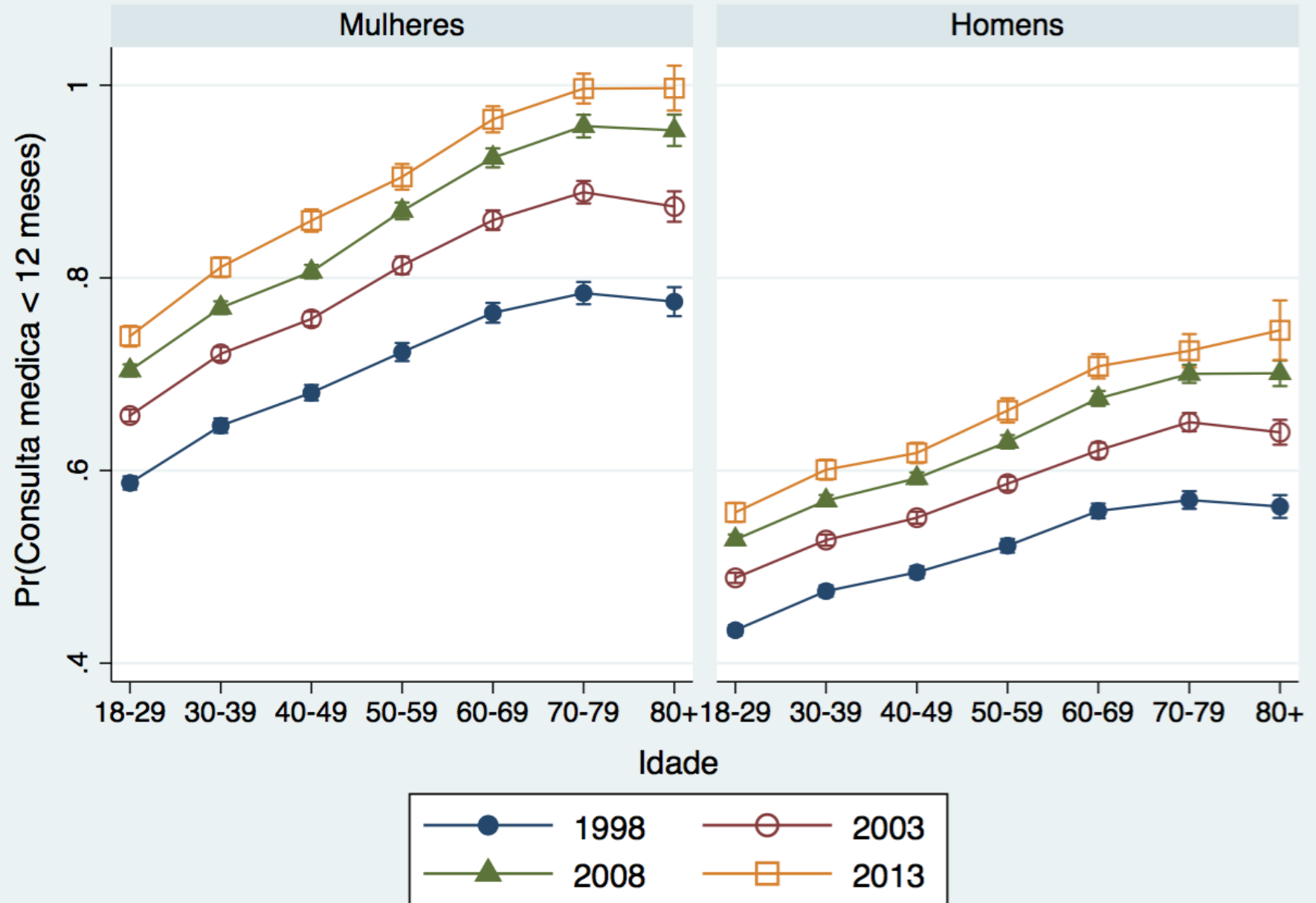


# Aceso e utilização



# Aceso: consulta com médico nos <12 meses

	Brasil, 2013	EUA, 2013
Total	74,2	82,0
Homens	65,5	76,7
Mulheres	82,0	88,3



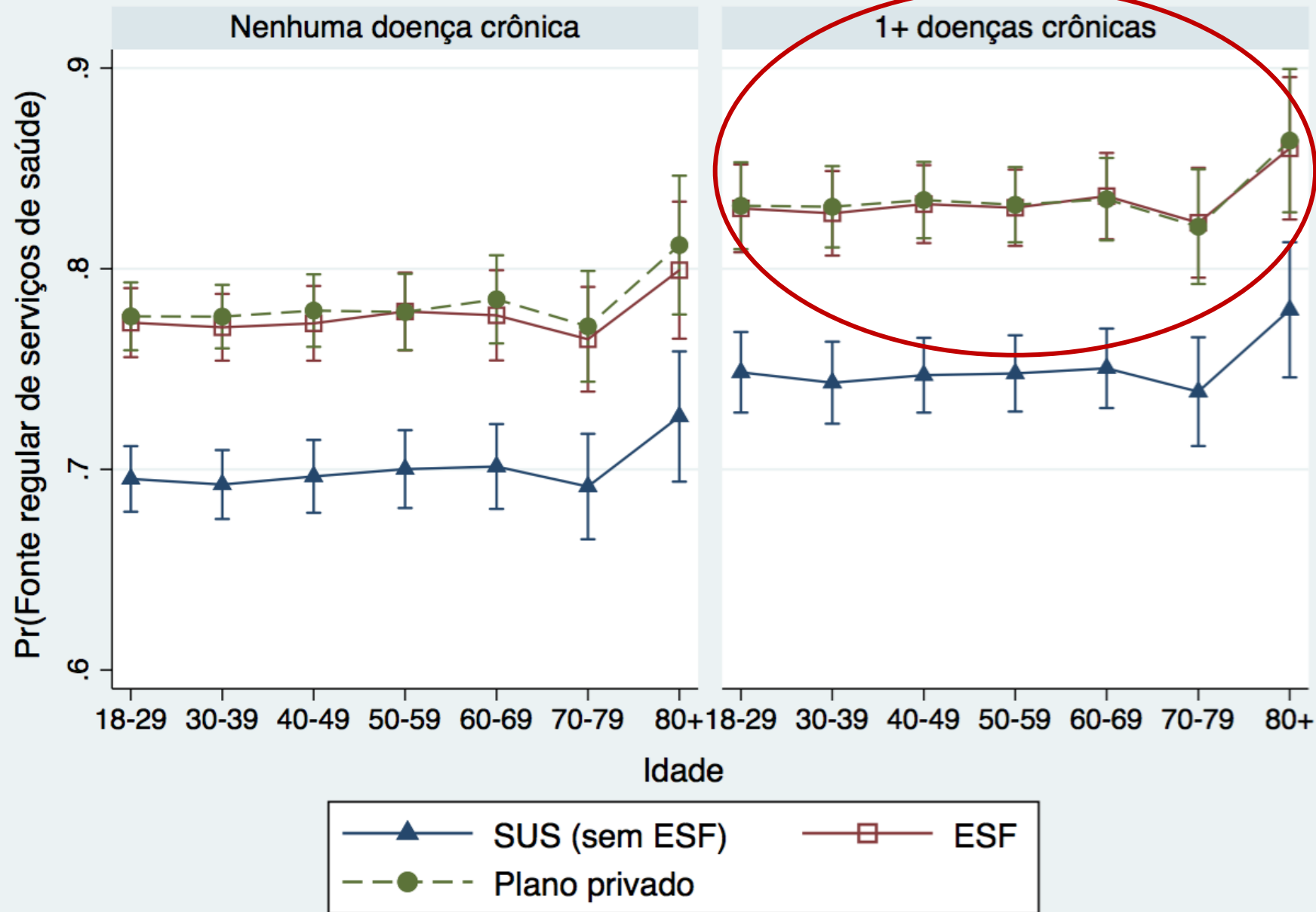
Fonte: PNAD 1998, 2003, 2008; PNS 2013 de modelos Poisson robustos que controlam para idade, educação, sexo, renda, doenças crônicas, plano privado, e região.



# Continuidade dos cuidados: Fonte usual de serviços de saúde, 2013

Lugar	% com fonte usual
Brasil-UBS	71%
Brasil-ESF	79%
Brasil-plano	80%
USA	87%
UK	91%
Canadá	93%
Alemanha	94%

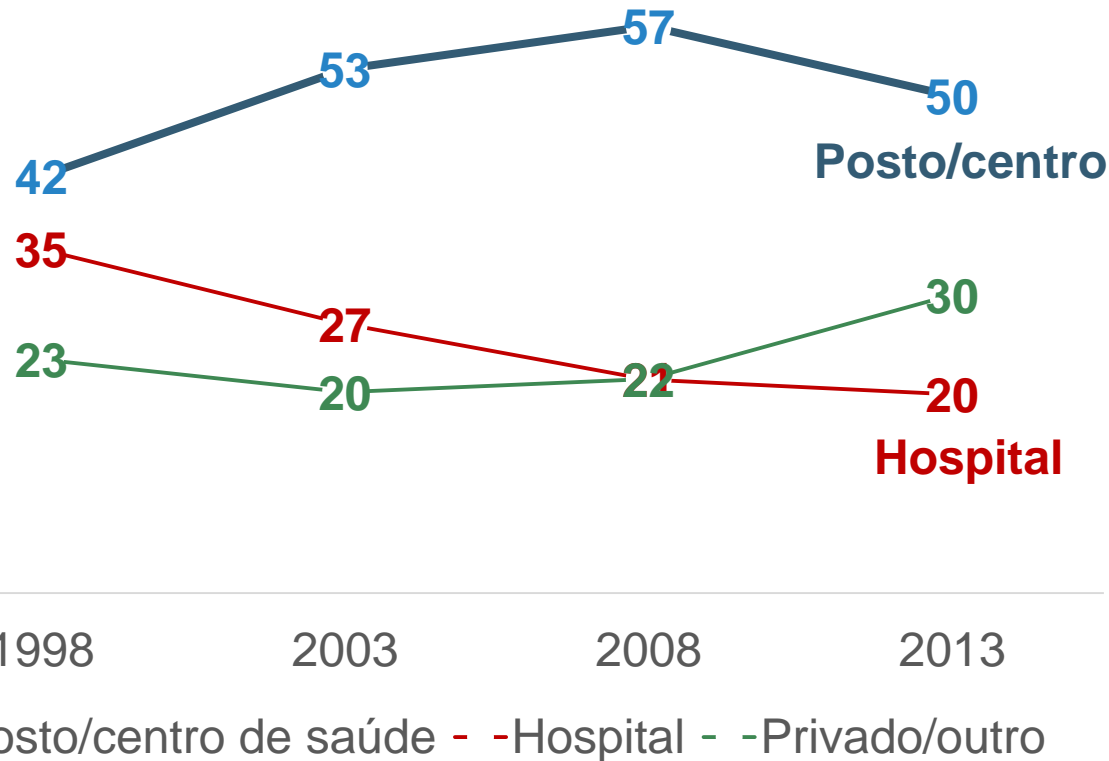
Fonte: PNS 2013 de modelos Poisson robustos que controlam para idade, educação, sexo, renda, doenças crônicas, plano privado, e região.



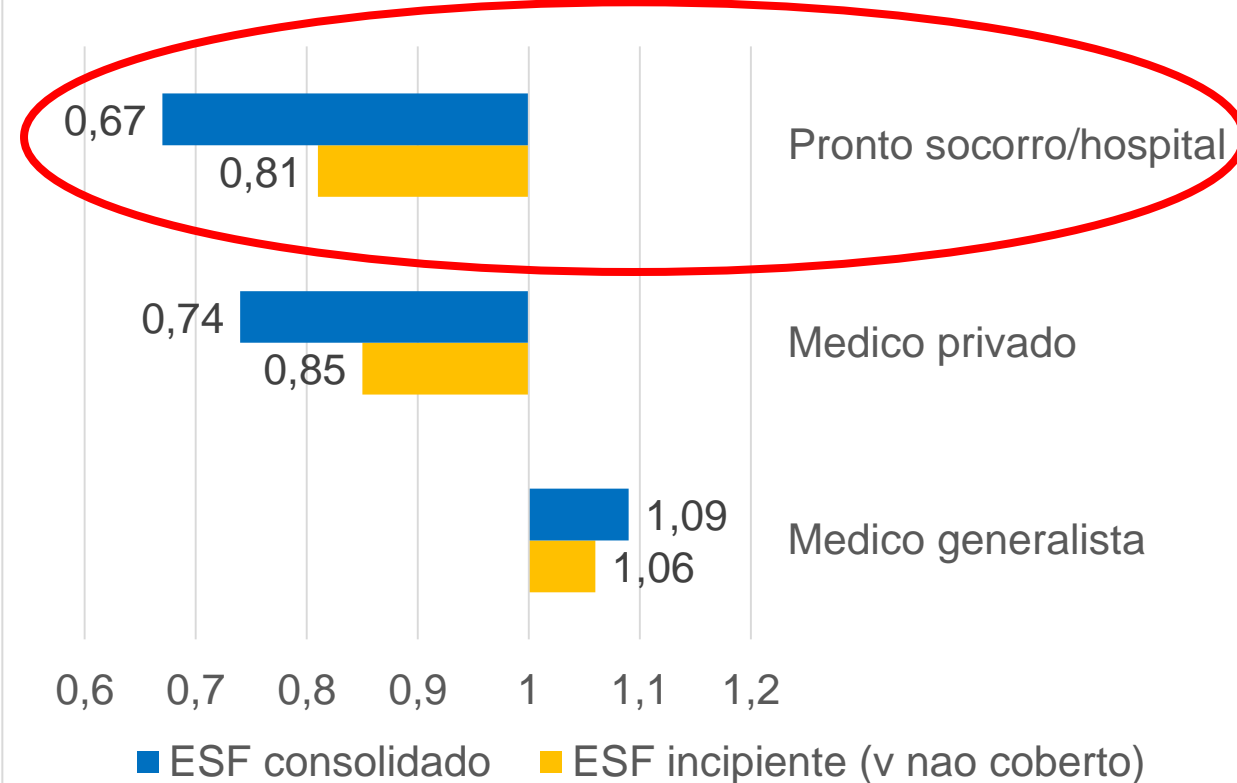
# Mudança no modelo de atenção associada com a expansão da ESF

Cobertura ESF consolidada diminui por 37% a probabilidade de relatar que tem pronto socorro ou hospital como fonte usual de cuidados

Fonte usual de cuidados médicos, por ano



Relação entre cobertura ESF e fonte usual de cuidados



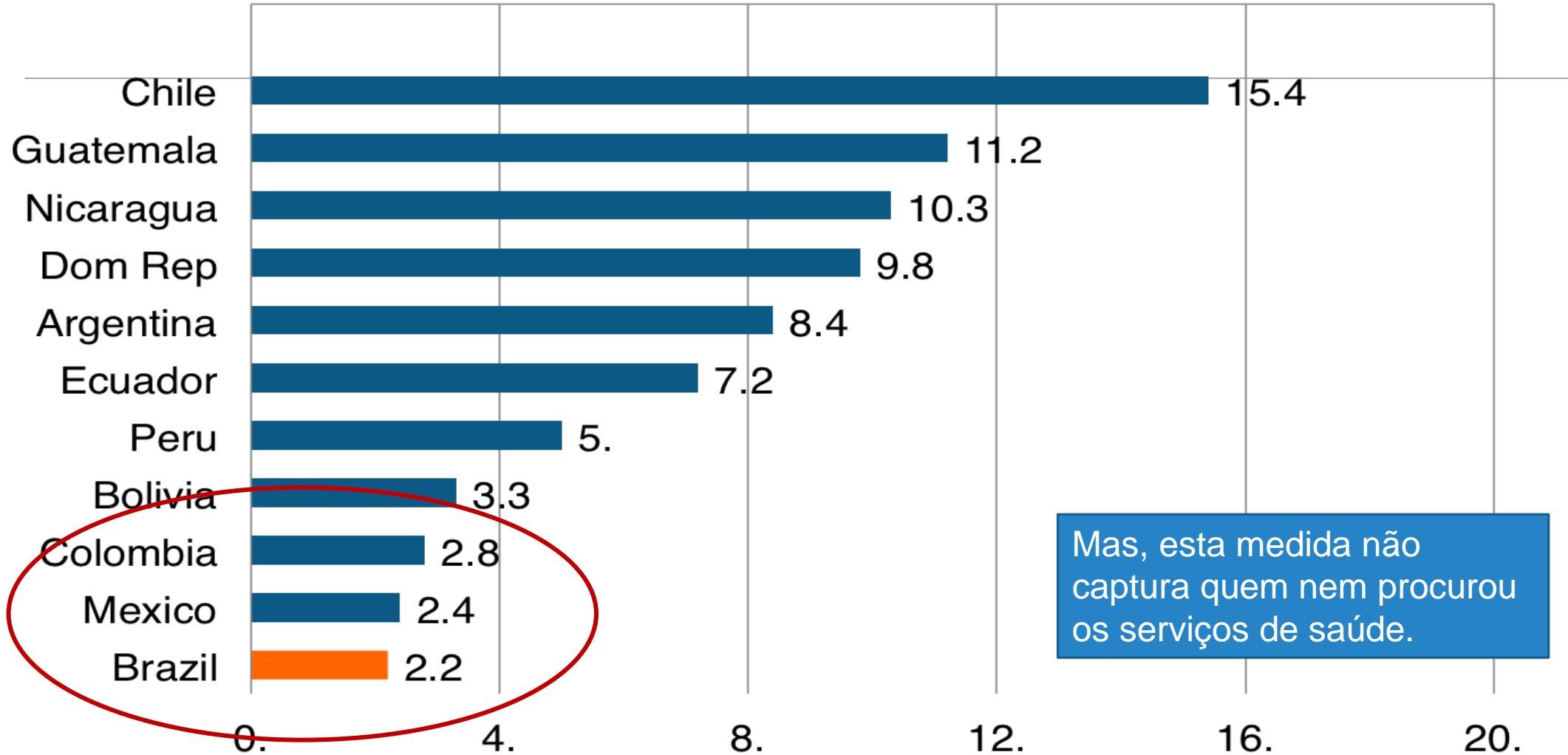
Jardim Piatã

01

02

Proteção financeira

# % domicílios com gasto catastrófico em saúde (<30% da renda mensal), por país, 2008 ou mais recente



# Barreiras financeiras

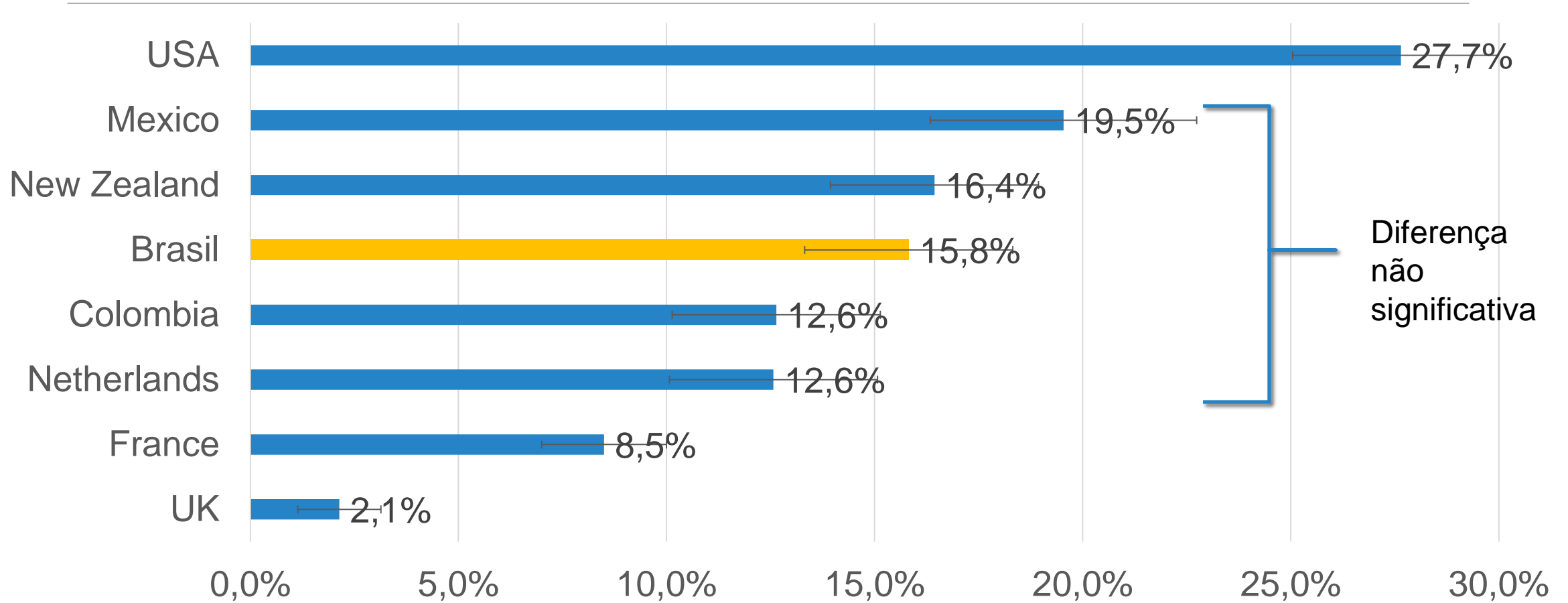
**Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde? (%)**

	1998	2003	2008	2013
Não houve necessidade	96,0	96,7	96,4	95,6
Não tinha dinheiro	1,29	0,80	0,71	0,61
Difícil acesso, horário, espera	1,58	1,45	1,78	2,10
Outras	1,08	1,09	1,11	1,69

**Apesar de atender a algumas das pessoas mais pobres do país, as barreiras financeiras ao acesso são muito baixas.**



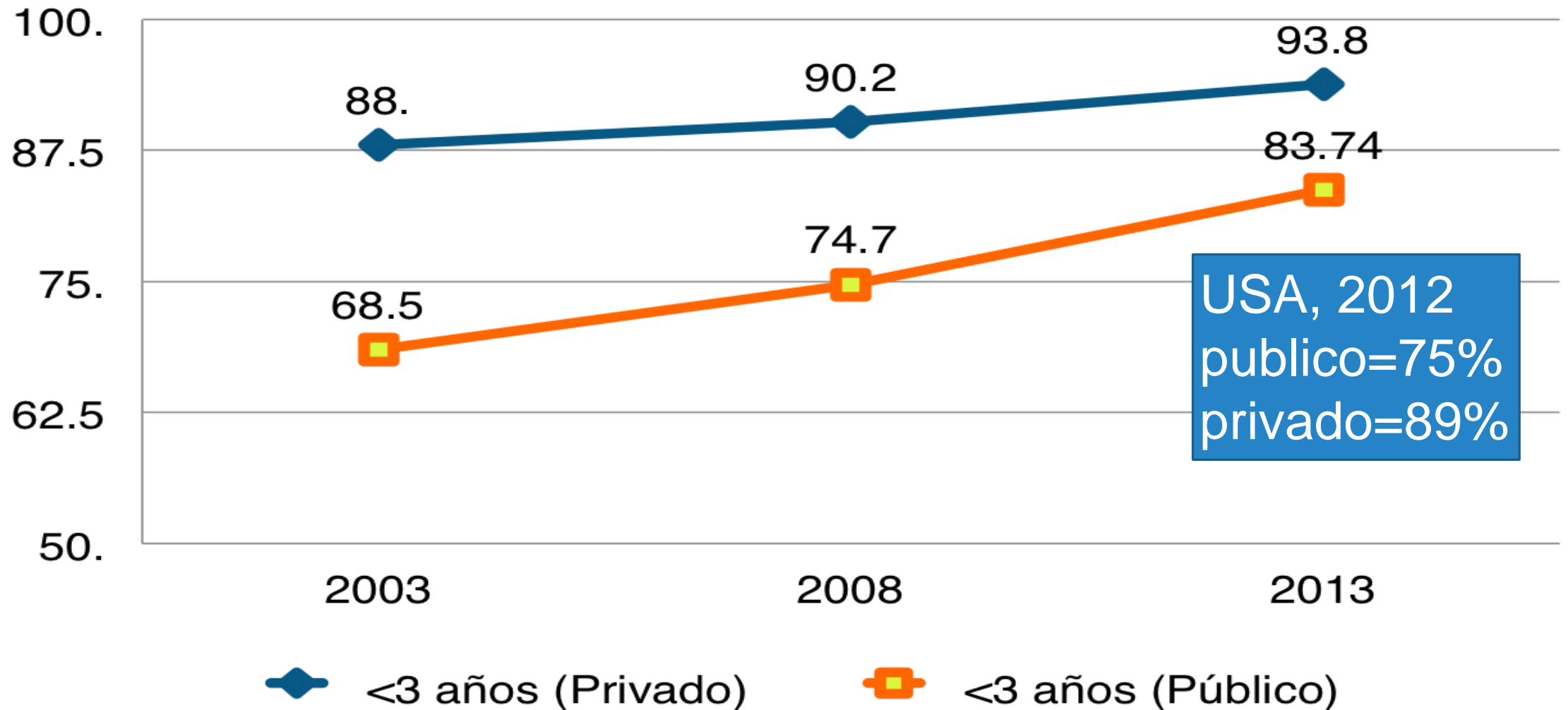
# Atrasou ou pulou cuidados médicos no ano passado por causa dos custos? 2012/2013



# Qualidade e eficiência



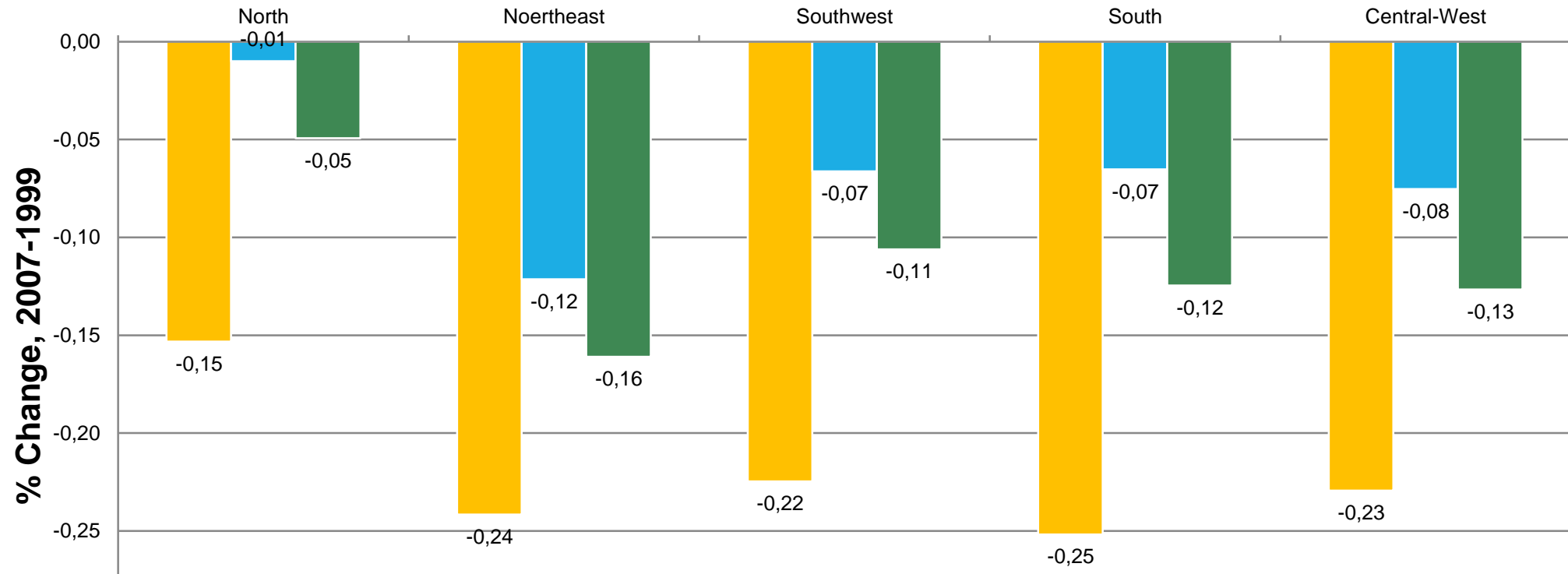
# Exame de câncer cervical, % mulheres, 20-60 anos, por cobertura, 2003-2013



# Qualidade e satisfação com serviços de saúde, usuários SUS, 2003 e 2013

Proporção que avalia como boa / muito boa	2003	2013	
Médico fornece explicações claras	80.1	91.13	Melhorou
Limpeza das instalações	79.2	83.48	
Custos de transporte	68.8	72.02	
Médico dá tempo para fazer perguntas	65.9	85.0	
Espaço físico suficiente	63.9	82.68	
Tempo de espera	45.4	61.62	
Médicos (em geral)	90.3	89.0	Não mudou
Acolhimento	86.0	84.65	
Privacidade adequada	83.3	79.3	Piorou
Equipamentos e suprimentos disponíveis	87.7	78.87	

# Mudança porcentual na taxa de ICSAP e não-ICSAP, por região, Brasil, 1999-2007

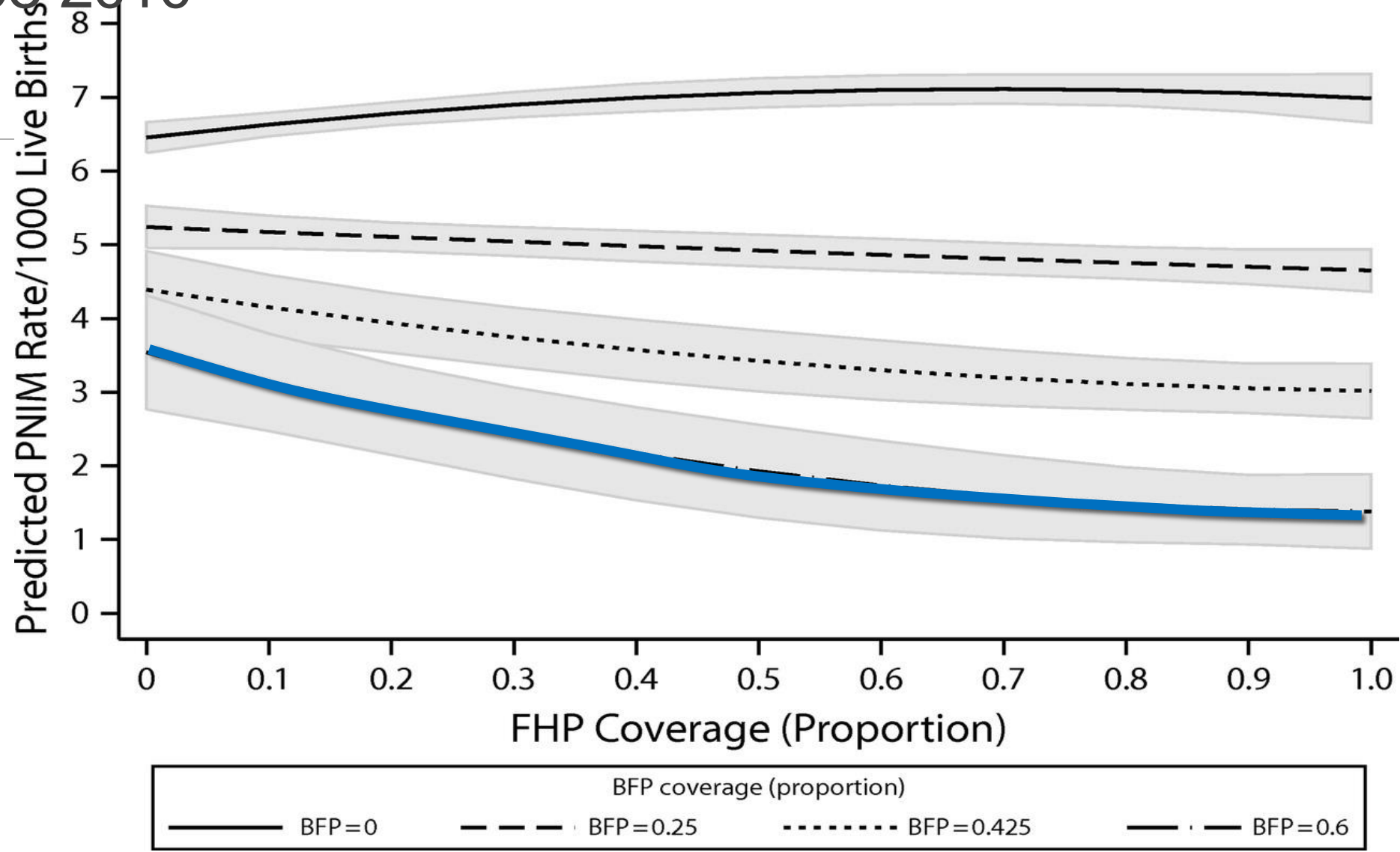


Entre os 15 estudos publicados de boa qualidade, 12/15 concluíram que essa diminuição foi associada com a expansão da ESF.



# Efeito combinado da ESF e Bolsa Familia, na mortalidade pos-neonatal, 1998-2010

A ESF não só tem efeitos independentes sobre a saúde infantil, como também ajuda a tornar outros programas sociais mais eficazes.

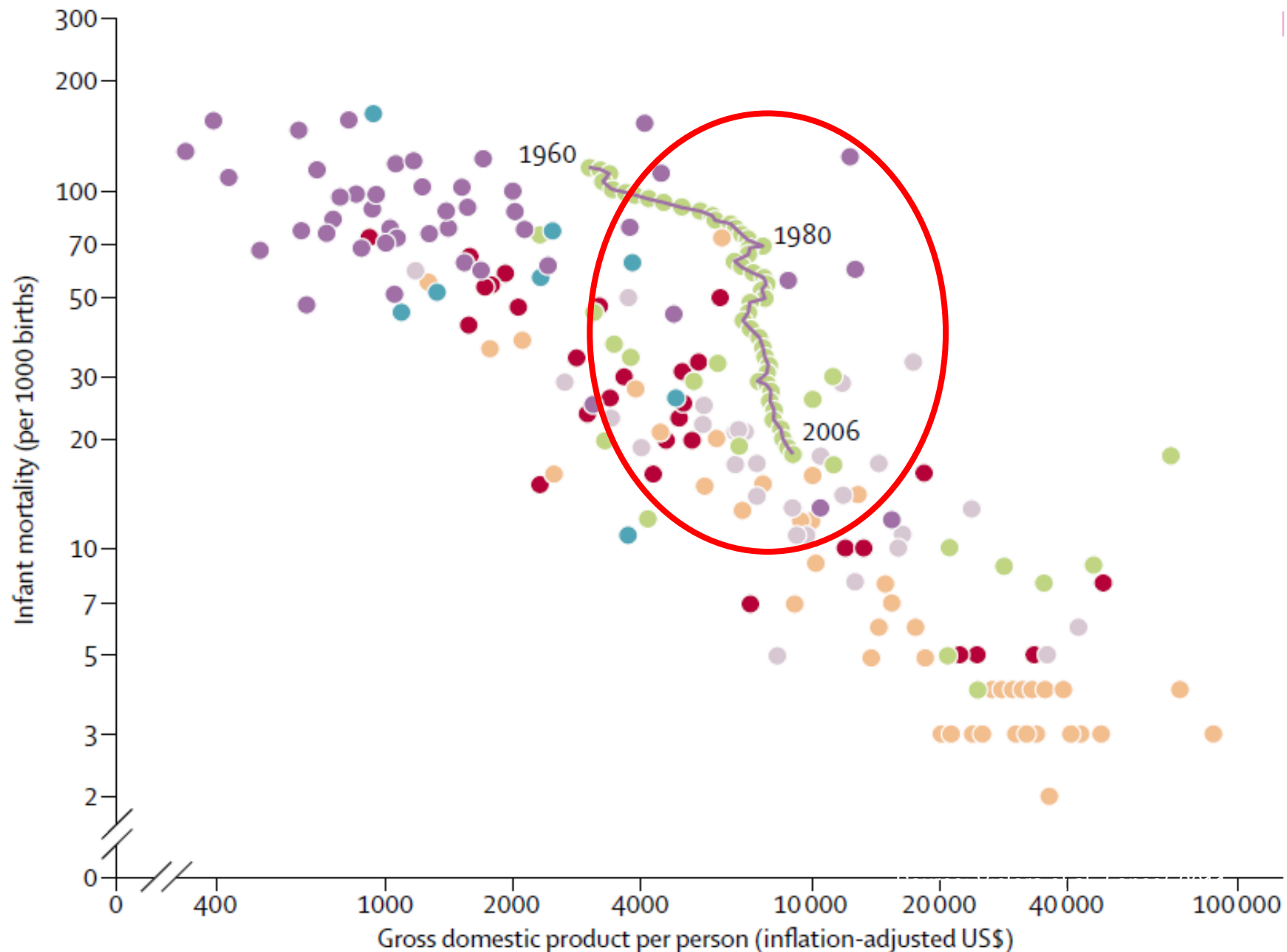




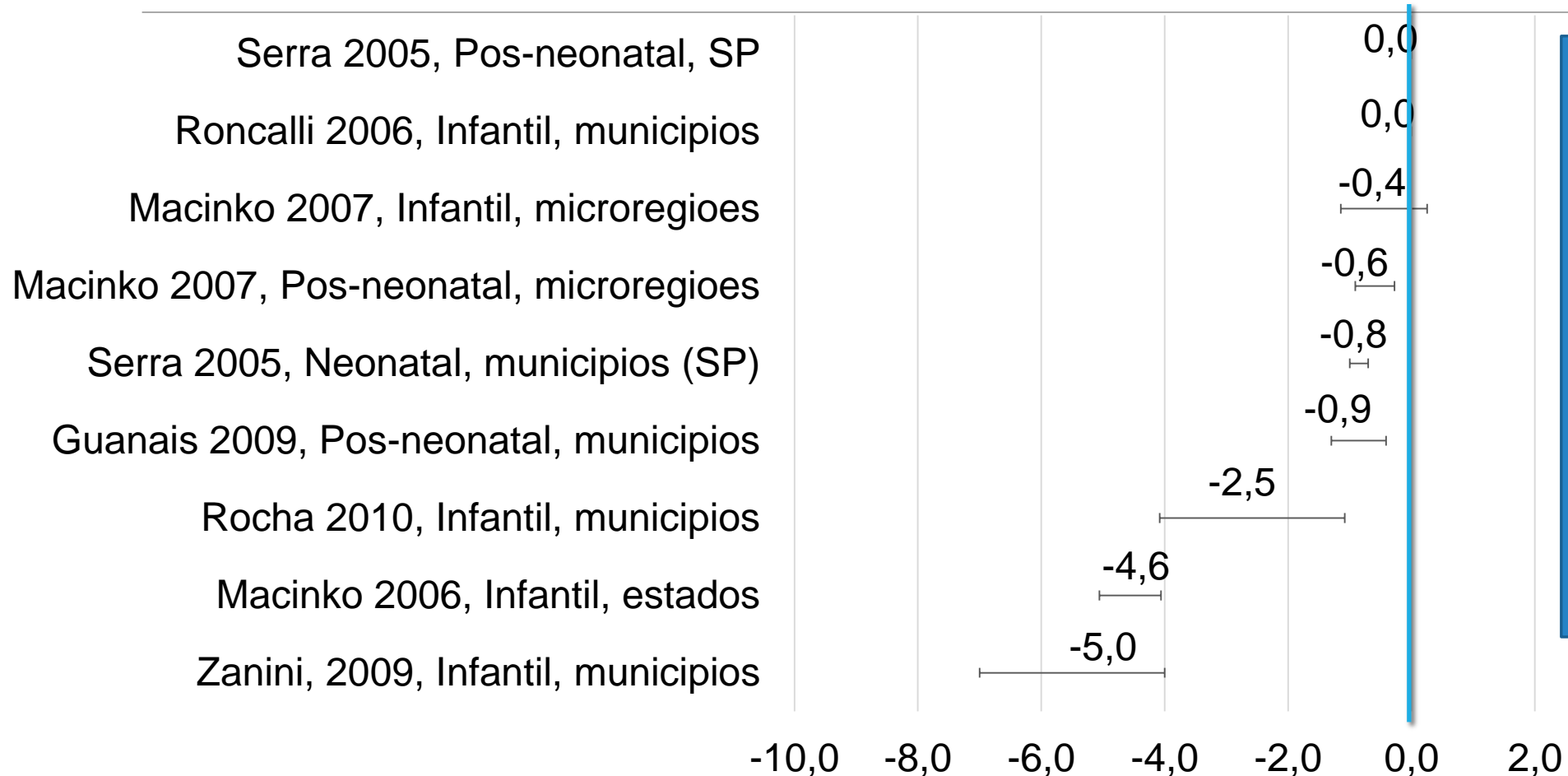
# Impacto na Saúde

# Mortalidade Infantil e PIB per capita, Brasil

Desde 1980, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 85/1,000 para 14/1,000 em 2015.



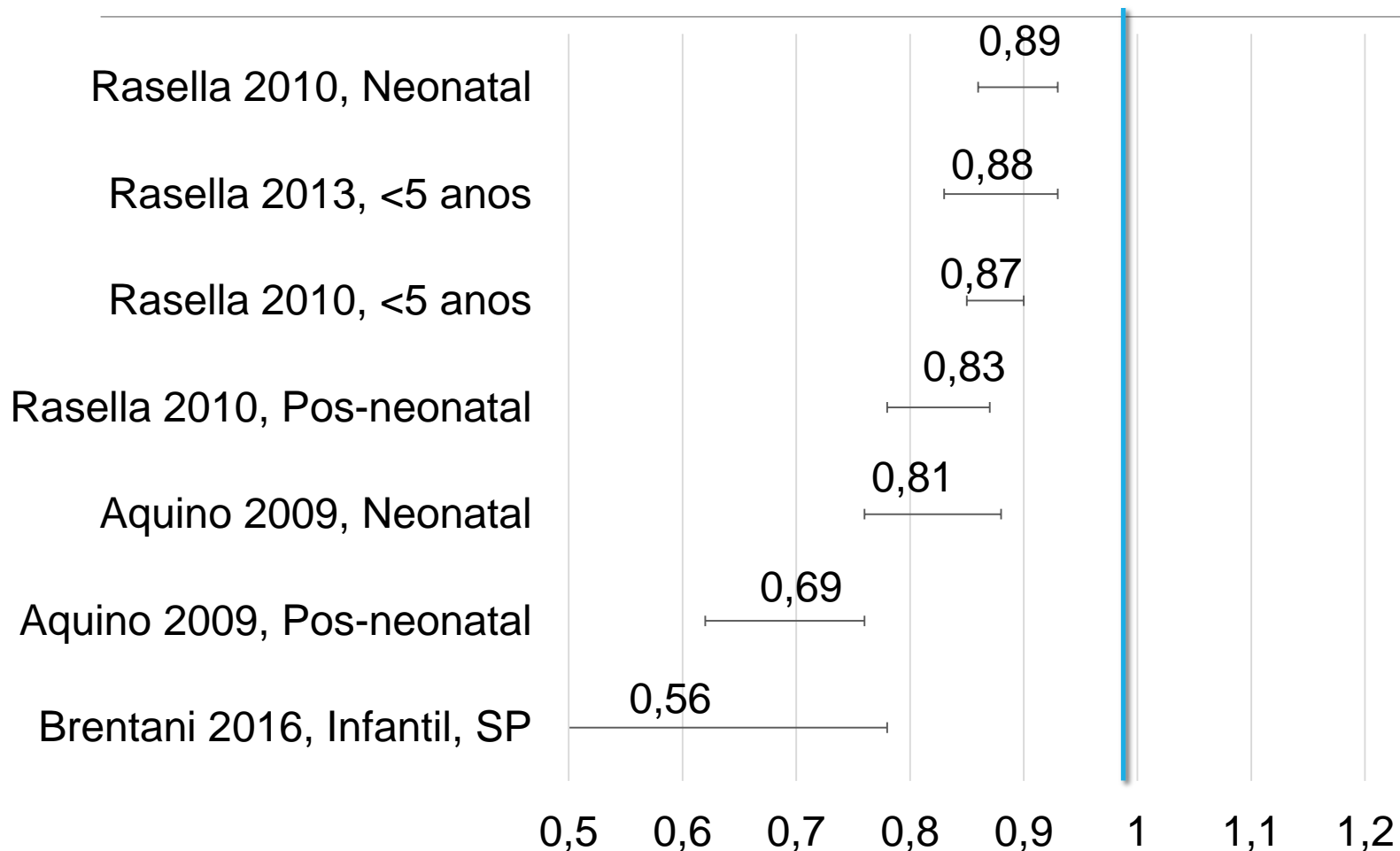
# Impacto da ESF na mortalidade infantil: redução de 10% com a expansão da ESF, controlando outros fatores.



Até 2018, **18 artigos** de boa qualidade foram publicados sobre ESF e seu impacto na mortalidade infantil, **92% identificaram um impacto significativo na redução da mortalidade infantil.**



# Mortalidade infantil: ESF consolidada v sem ESF, Municípios (Razões de prevalência ajustadas)

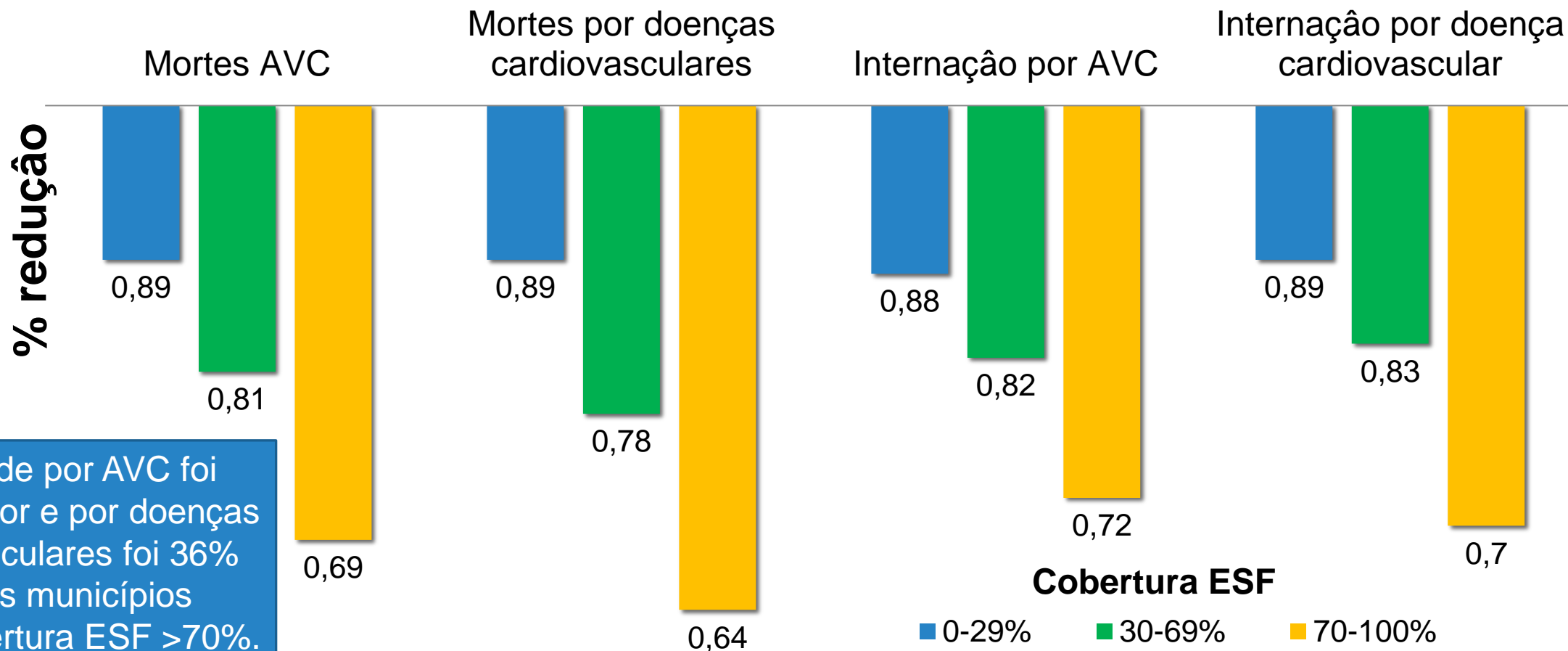


ESF consolidada (>70% cobertura para 4 anos) associada com reduções de taxas de mortalidade:

- Neonatal: 11-44%
- Pós-neonatal: 17-31%
- <5 anos: 12-13%



# Expansão da ESF resultou em redução na taxa de mortalidade e de internação por doenças cardiovasculares e AVC



Mortalidade por AVC foi 31% menor e por doenças cardiovasculares foi 36% menor nos municípios com cobertura ESF >70%.

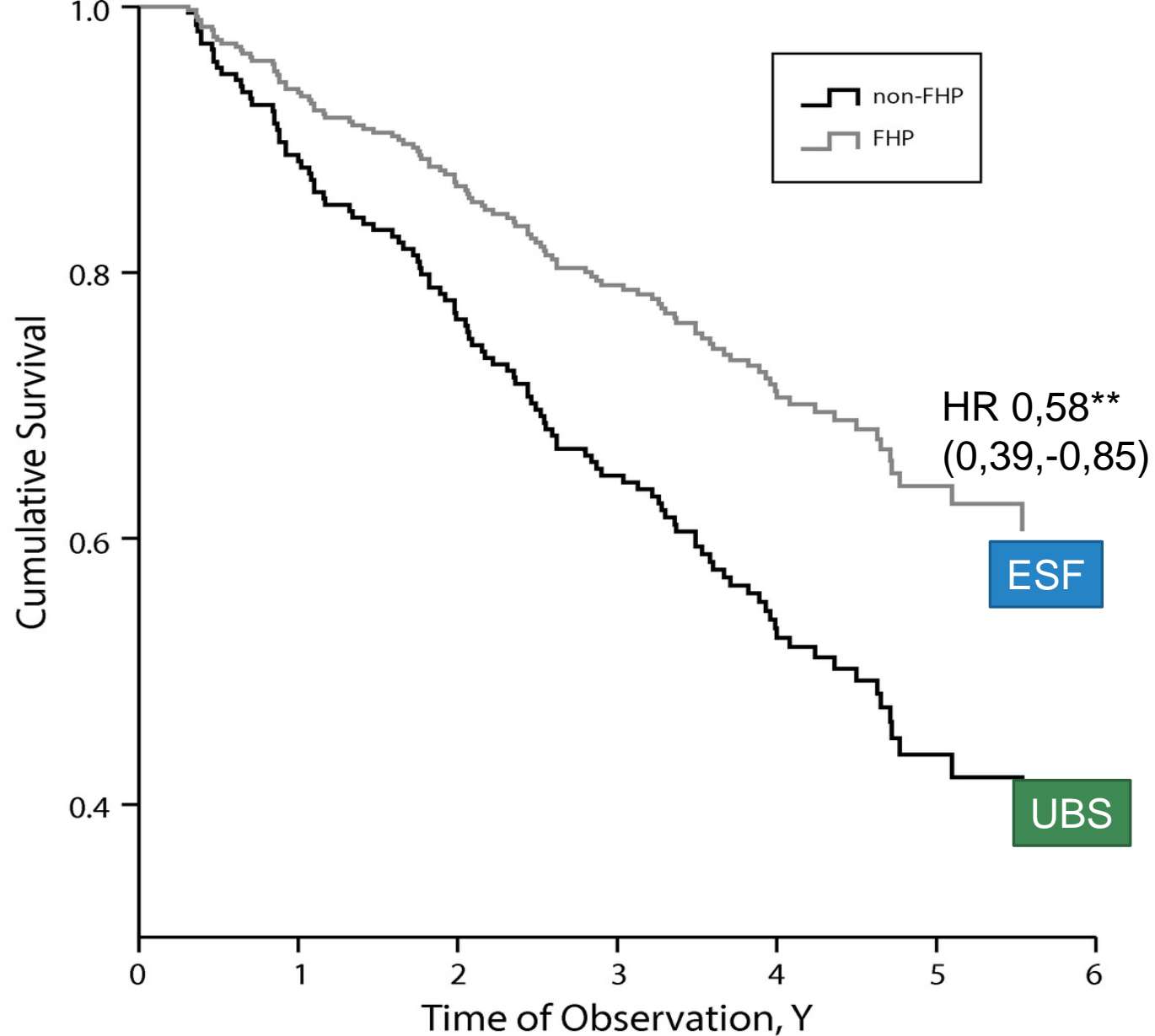
# ESF e saúde odontológica entre idosos (65-74) numa amostra nacional, 2010 (n=7.619)

Cobertura ESF (equipe saúde bucal)	Sangramento gengival	Bolsos periodontais rasos	Bolsos periodontais profundos
0-24% (referencia)	1	1	1
25-49%	0,67** (0,52-0,88)	0,76* (0,58-0,98)	0,62** (0,44-0,89)
50%+	0,53*** (0,36-0,73)	0,68** (0,50-0,93)	0,58* (0,37-0,92)

Números são Odds Ratios e intervalos de confiança de 95% de análises multinível que ajustam para o índice Gini municipal, IDH municipal, sexo, renda, educação e raça/cor.

# Sobrevivência 6 anos apos AVC, Joinville, Brasil 2005-2010

Seis anos apos AVC, indivíduos atendidos pela ESF tiveram **risco de morte 42% menor que pessoas sem ESF**. A ESF reduziu a risco absoluto de morte em 16,4%.



	Subjects, No.	Year 1 Event, % (No.)	Year 2 Event, % (No.)	Year 3 Event, % (No.)	Year 4 Event, % (No.)	Year 5 Event, % (No.)	Year 6 Event, % (No.)
FHP	103	94.2 (97)	87.4 (90)	78.6 (81)	69.9 (72)	66.0 (68)	66.0 (68)
Non-FHP	138	87.0 (120)	73.2 (101)	62.3 (86)	54.4 (75)	50.0 (69)	48.6 (67)

Fonte: Cabral NL, et al. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. Am J Public Health. 2012 Dec;102(12):e90-5

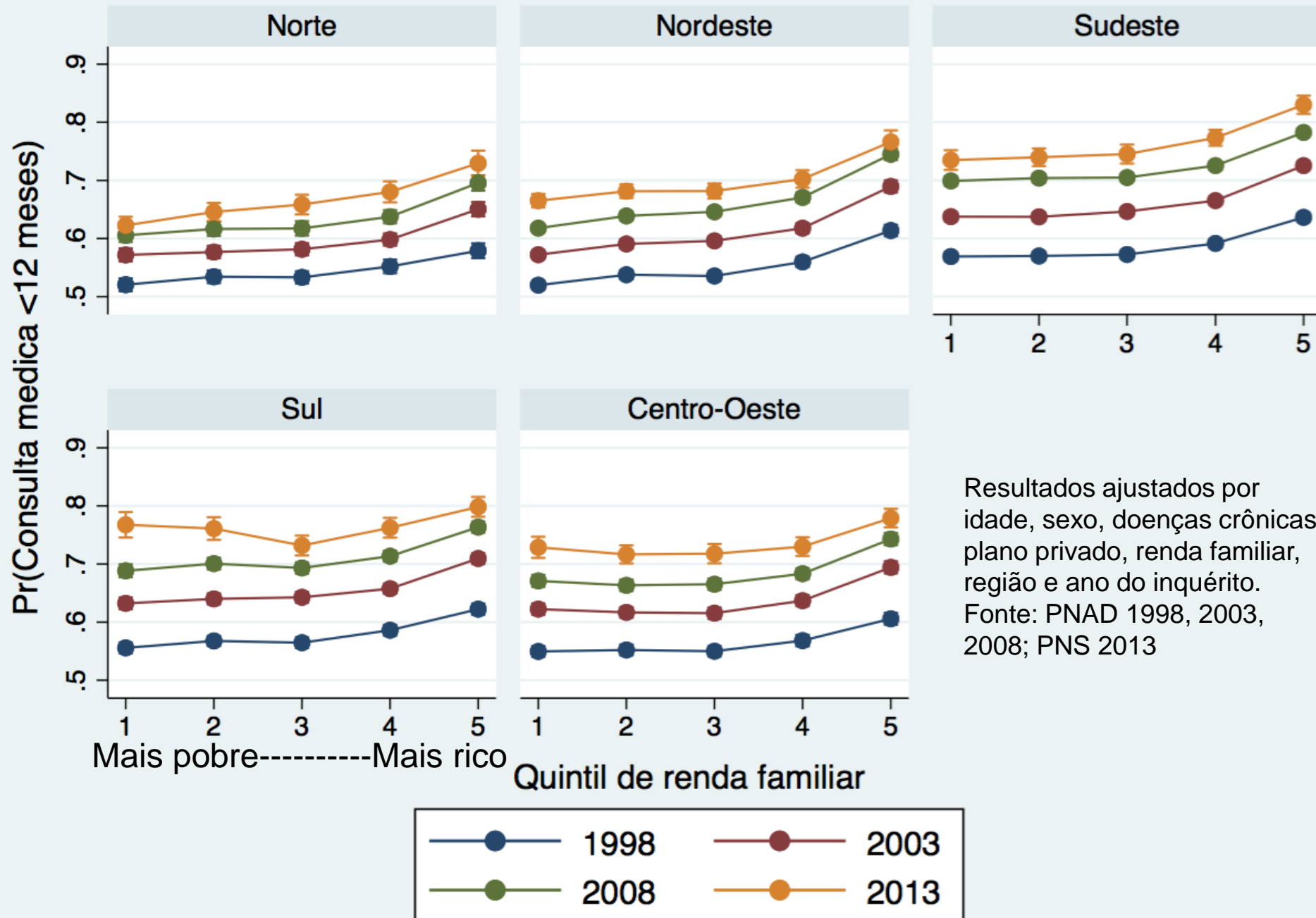




# Equidade

# Probabilidade e de 1+ consulta medica < 12 meses, 1998-2013

Em toda região, a probabilidade de 1+ consulta medica entre os mais pobres em 2013 supera o valor dos mais ricos em 1998 e 2003 e (em algumas regiões) em 2008.

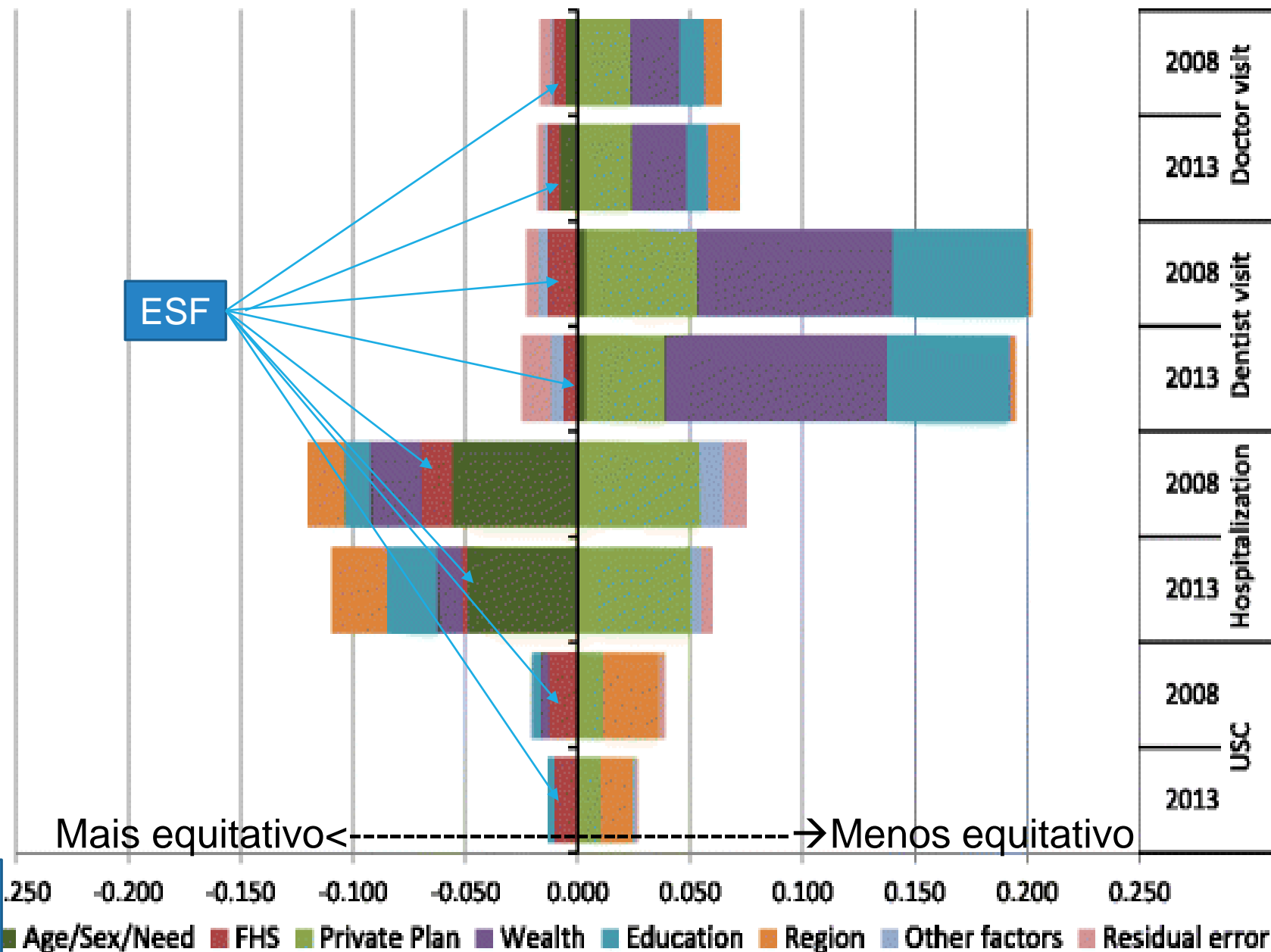


Resultados ajustados por idade, sexo, doenças crônicas, plano privado, renda familiar, região e ano do inquérito. Fonte: PNAD 1998, 2003, 2008; PNS 2013



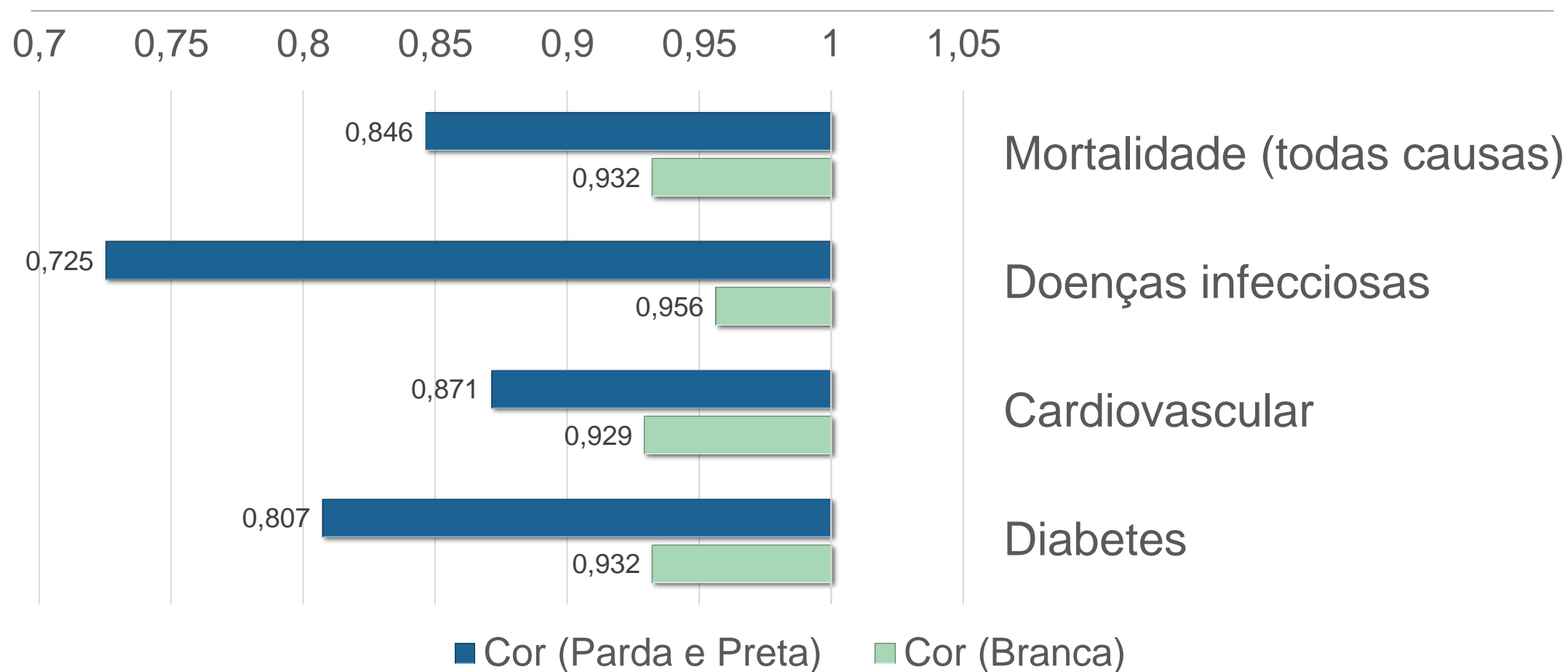
# Inequidades na utilização de serviços de saúde, 2008-2013

Fatores consistentemente associados com maior equidade (ESF, necessidades de saúde)  
 Fatores associados com menos equidade (plano privado, riqueza)



Fonte: Mullachery P, et al Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. Int J Equity Health. 2016 Nov 17;15(1):140

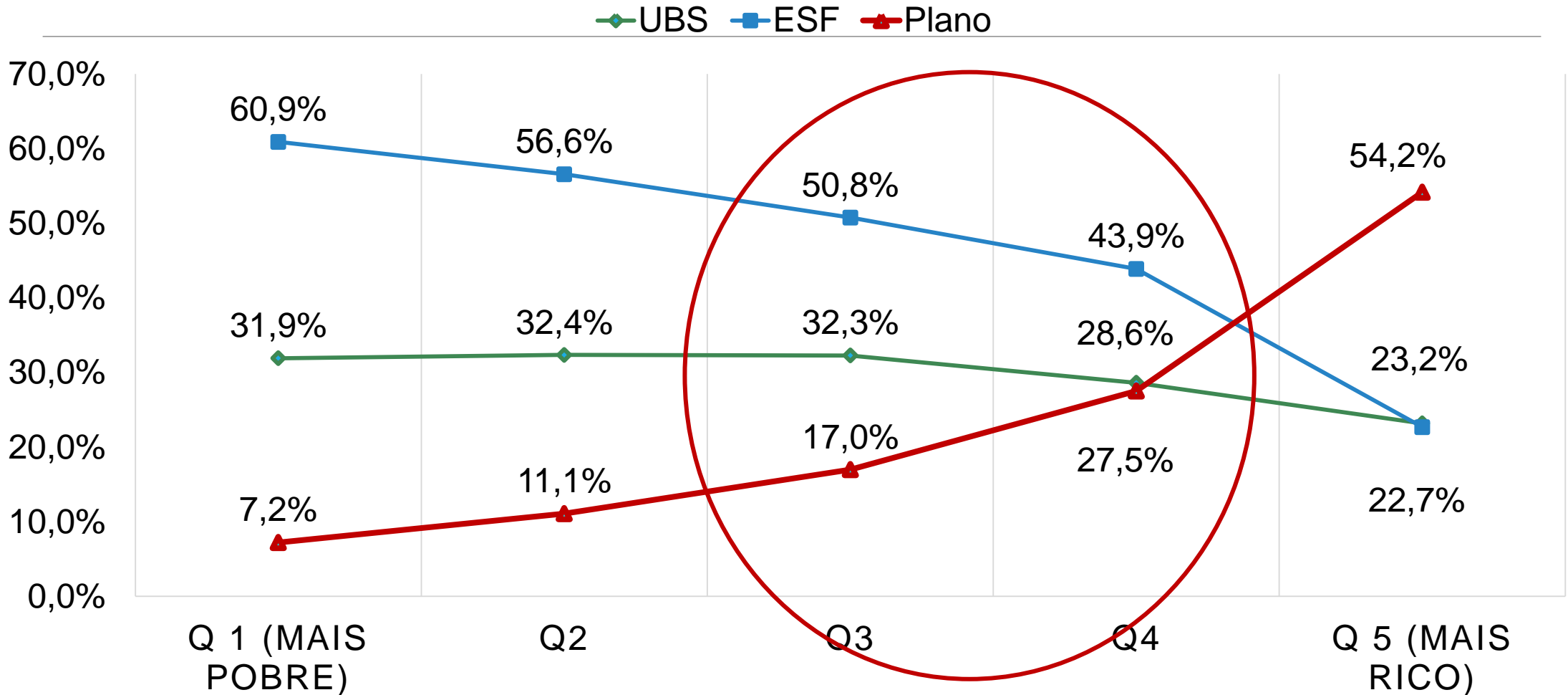
Expansão da ESF (2000-2013) foi associada com reduções de mortalidade por varias causas. Essa redução foi ainda mais forte entre as populações não brancas.



# Desafios



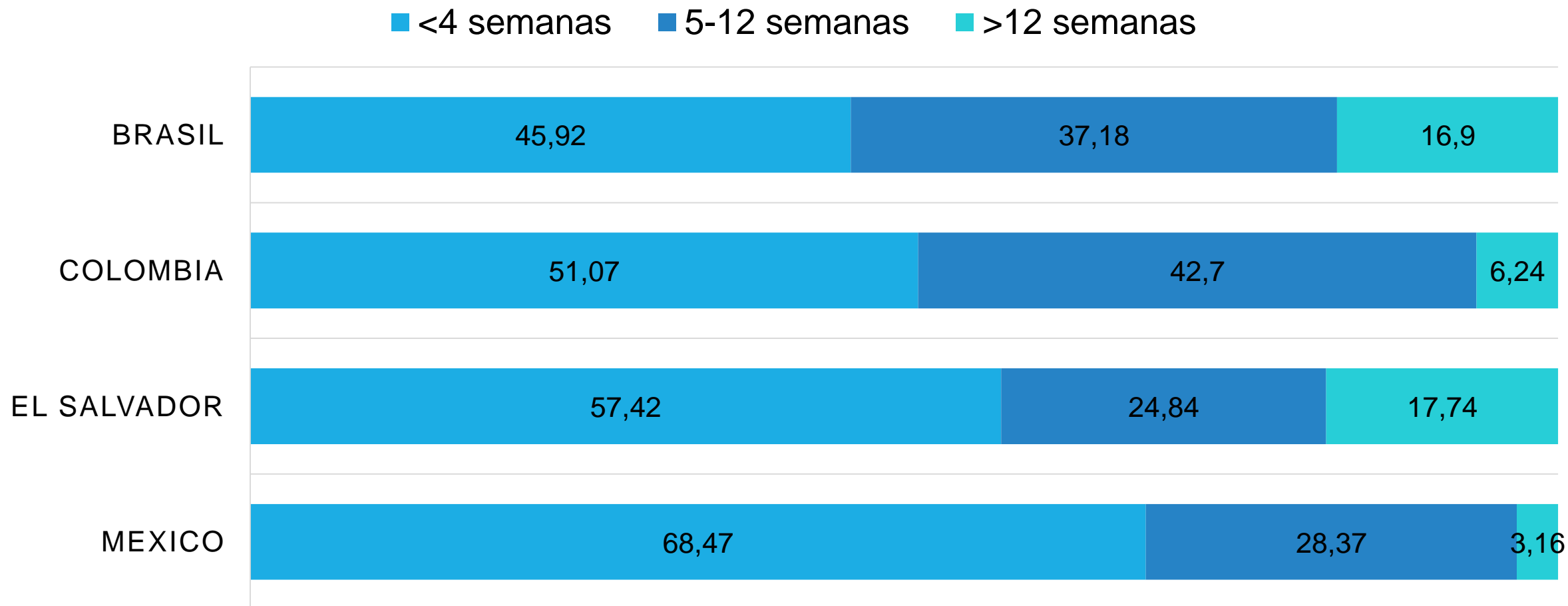
# Cobertura de saúde contínua segmentada por quintil de renda familiar, Brasil, 2013



# Tempo de espera para especialistas, por país, 2013

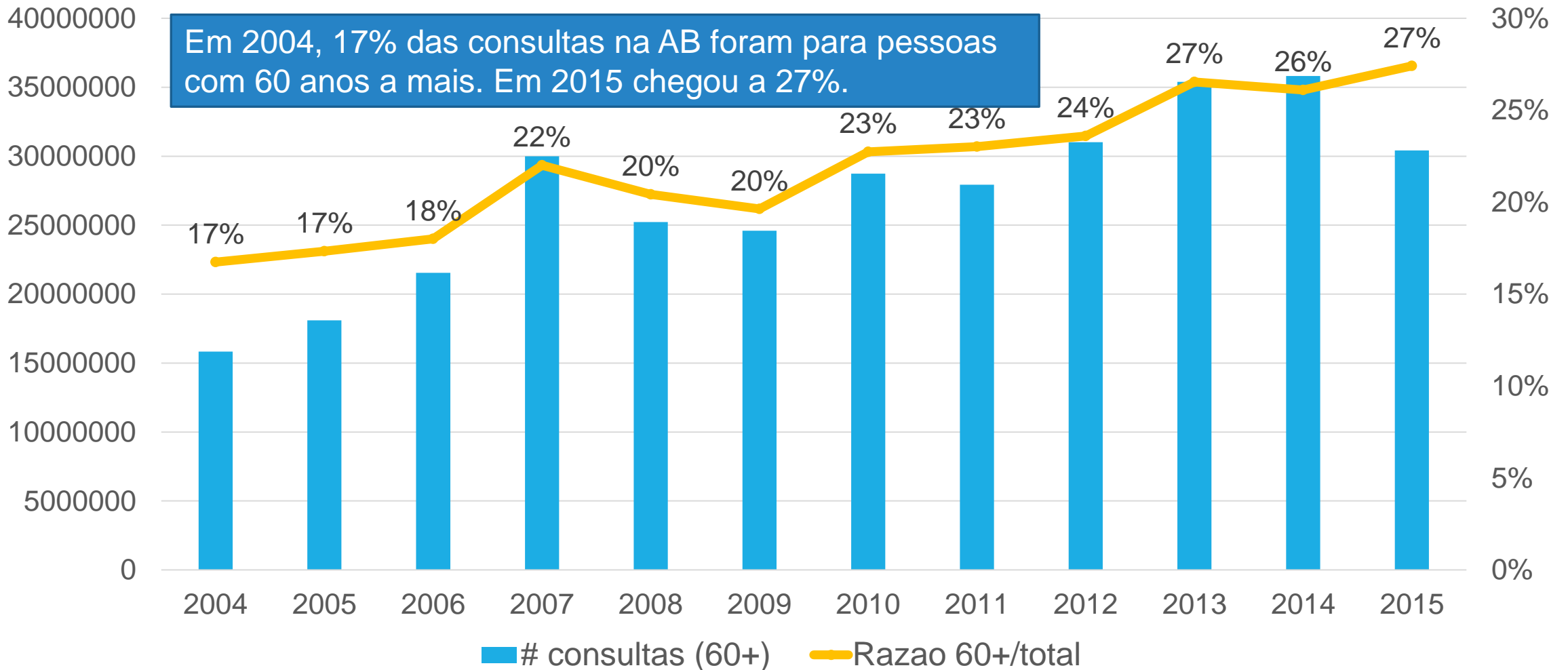
**A expansão do ESF não resolve problemas do resto do sistema de saúde!**

	<4 semanas	8+ semanas
CAN	39	29
FRA	51	18
GER	72	10
UK	80	7
US	76	6



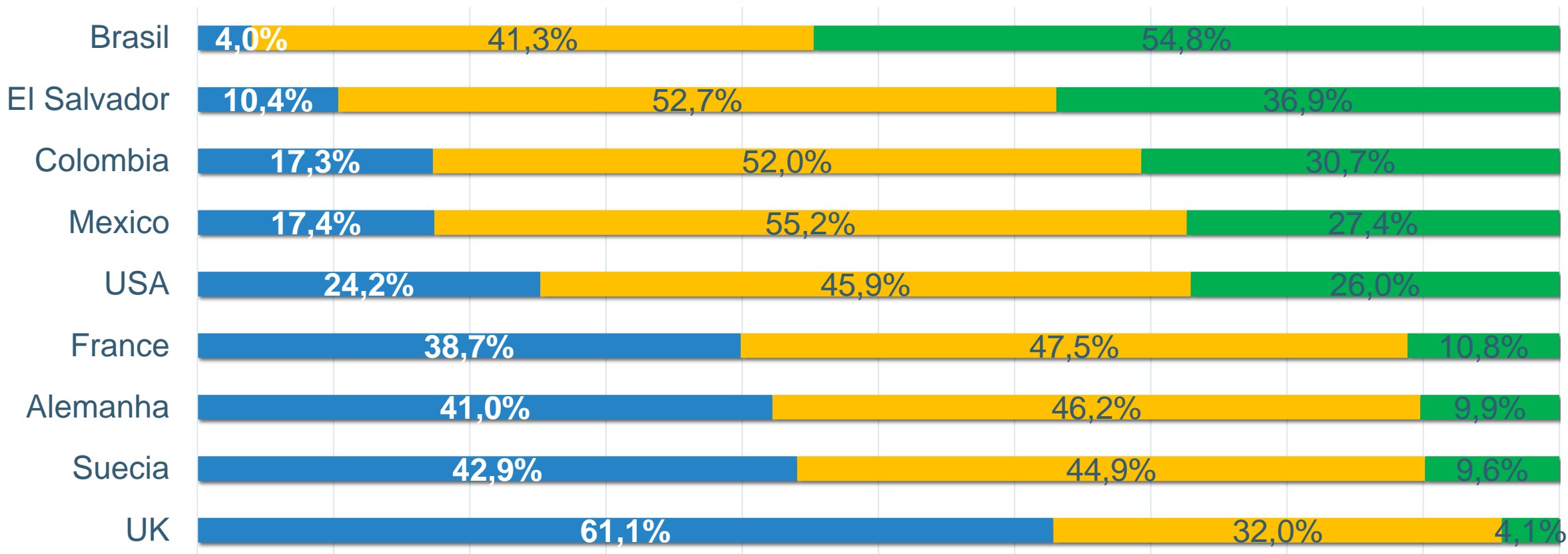


# Envelhecimento da população vai requerer ainda mais serviços de saúde.



# Falta de confiança nos serviços de saúde é difícil recuperar, 2013

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



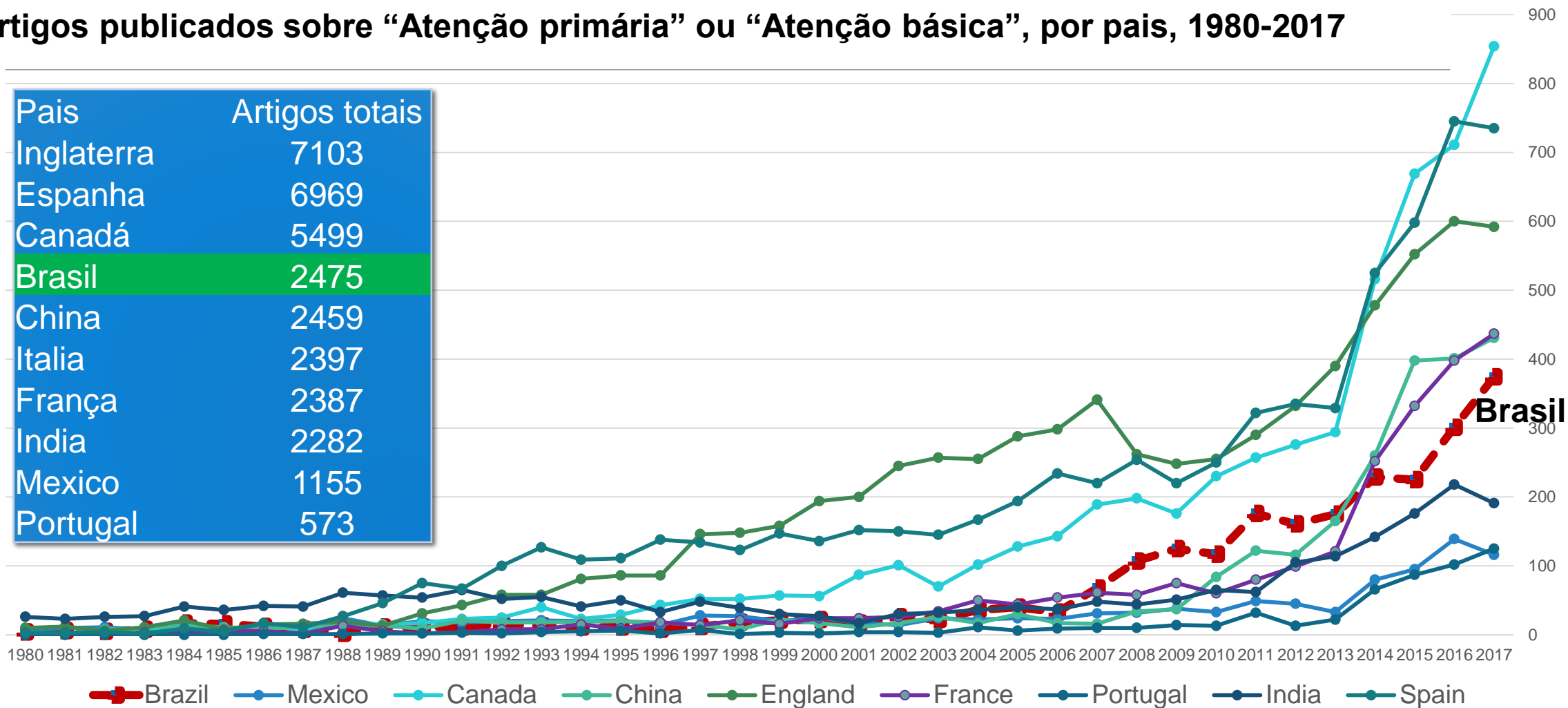
- O sistema de saúde funciona muito bem; apenas pequenas alterações são necessárias
- Existem algumas coisas boas em nosso sistema, mas mudanças fundamentais são necessárias.
- O sistema tem tanto de errado que precisamos reconstruí-lo completamente.

# Direções futuras



# O Brasil tornou-se reconhecido internacionalmente como líder e inovador na área de atenção primária comunitária.

Artigos publicados sobre “Atenção primária” ou “Atenção básica”, por país, 1980-2017



Fonte: US National Library of Medicine PubMed database.

Obs: Algumas revistas brasileiras não foram indexadas no PubMed até os anos 90 ou após.

# Sumário de evidências

Existem evidências suficientes para concluir que a expansão da ESF facilitou:

1. Maior cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde para o povo brasileiro e sobre tudo para quem mais precisa (pobres, idosos, portadores de doenças).
2. Melhores resultados de saúde incluindo reduções na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária.
3. Expansão de acesso a tratamentos (e.g. odontológicos) e ajuda no controle de algumas doenças infecciosas.
4. Melhorias na equidade em acesso e maior equidade na própria saúde dos indivíduos.
5. Eficiências no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhorias na qualidade das estatísticas vitais, sinergias com programas sociais como Bolsa Família e
6. Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil.





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

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

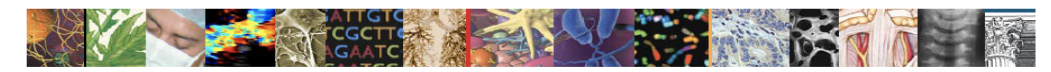
4/1/2018

Brazil: A community-based approach to comprehensive primary care | PHCPI



### Brazil: A community-based approach to comprehensive primary care

### The Family Health Program



Perspective  
JUNE 4, 2015

INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS

## Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System

4/1/2018

UK learning from Brazil – Community health workers in the Brazilian family health strategy – ttwud



UK learning from Brazil – Community Health Workers in the Brazilian Family Health Strategy (<http://ttwud.org/mentalhealth/entry/sheffield-gulu-mental-health-partnership>)



# Considerações finais



Não há modelo perfeito, mas, entre os existentes, a APS tem as melhores credenciais e as evidências sugerem que essa é a melhor forma de organizar um sistema de saúde.

---

Além disso, existe consenso internacional que falta de investimento suficiente no sistema e serviços de saúde pode resultar em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades, e pode até desacelerar o crescimento econômico.

A ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS e existem muitas evidências sobre sua efetividade.

Então, por quê temos que ter esta conversa?

O Brasil fez um enorme investimento na APS e isso começou a dar frutos.

O SUS é, de fato, um grande projeto que está permanentemente em construção, mas como dizemos em inglês, não jogue o bebê fora com a água do banho!

O preço de fazer isso provavelmente reverterá décadas de progresso na melhoria da saúde, conquistas sobre as inequidades em saúde e confiança no SUS e no setor público.

Estes são extremamente difíceis de recuperar depois de terem sido destruídos.





**MUITO OBRIGADO!**  
**Perguntas?**