

PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA O SUS

OU

ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS: DESAFIOS PARA A PESQUISA

Maria Guadalupe Medina



Brasília, abril de 2015

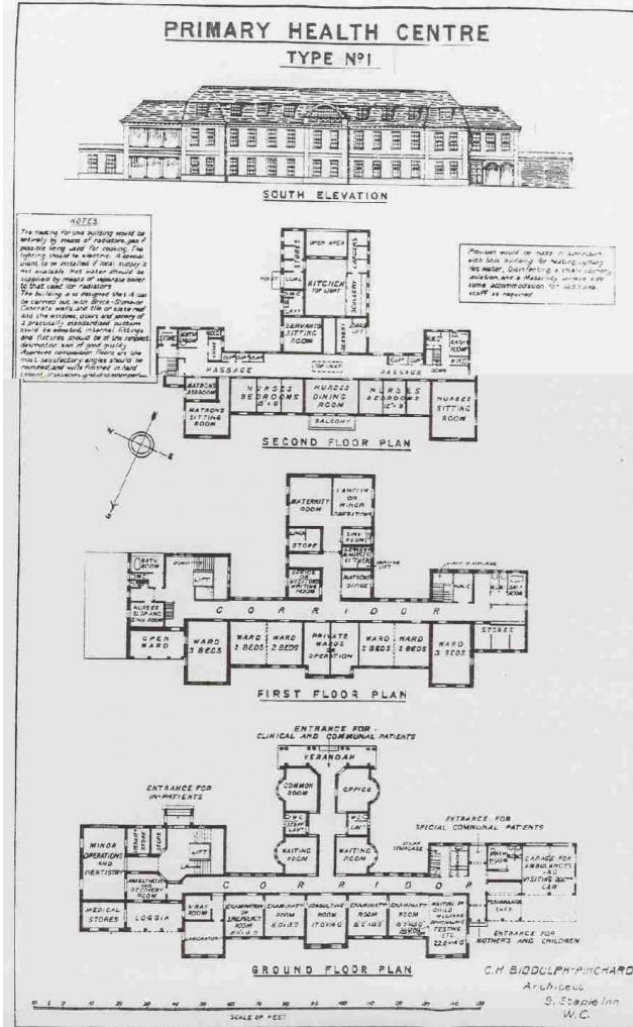
Plano de apresentação

- ❑ **A dúvida radical: de que APS falamos?**
- ❑ **Mensurando os atributos da APS: dados institucionais e resultados de pesquisa no Brasil**
- ❑ **Desafios e armadilhas da pesquisa em APS**
- ❑ **Conclusões provisórias**

A “dúvida radical”: APS, objeto e modelos

Primary health centers

“Instituições equipadas para serviços médicos curativos e preventivos, conduzidas por generalista de um distrito, podendo variar em tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e com a sua situação na cidade ou no campo, onde os pacientes estão vinculados a seus próprios médicos”. [tradução livre]



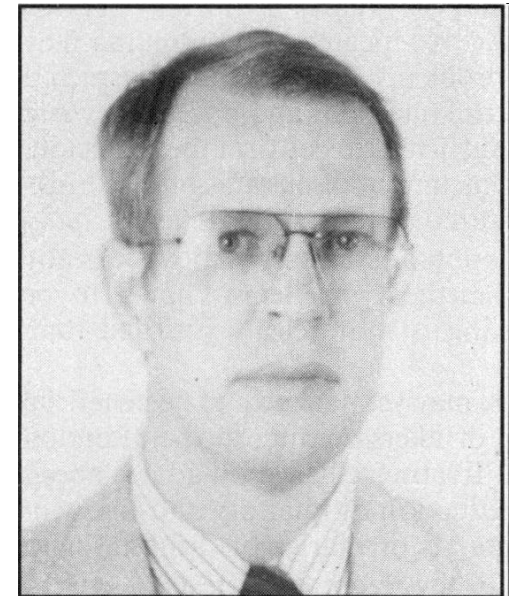
Declaração de Alma-Ata

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.



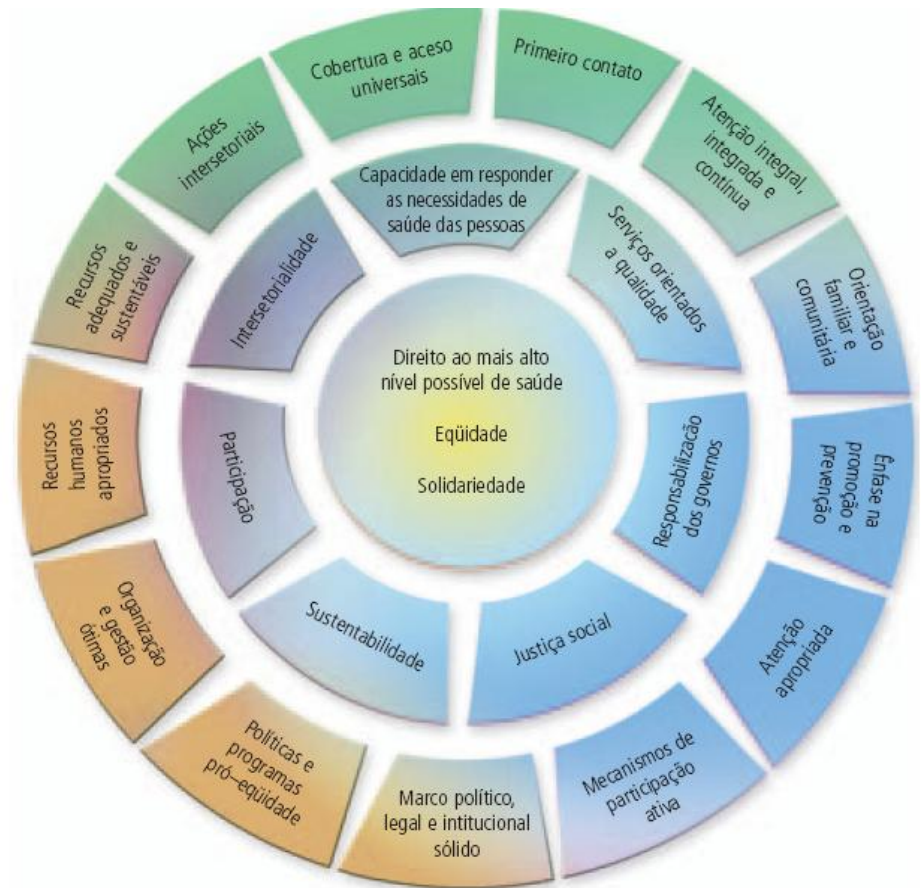
Starfield B. Measuring the attainment of primary care. J med Educ. 1979 May; 54(5): 361-9.

Vuori H. Primary health care in Europe – problems and solutions. Community Med, 1984, 6(13):221-231.



Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde baseado na APS

OPAS/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da OPAS/OMS.



APS estendida ou ampliada

“Provisão de cuidados de saúde acessíveis e integrados por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades individuais de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentável com os pacientes e realizando práticas no contexto da família e da comunidade.”

Saltman RB, Rico, Boerma (org). European Observatory on health systems and policies series. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in european primary care. 2011

Constituição Federal, art. 196 (1988)

- **“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.**

Princípios do SUS – Diretrizes da ESF

Universalidade

**Cobertura universal.
Responsabilidade pela atenção em uma área.**

Equidade

Discriminação positiva: realização de análise da situação de saúde da população

Integralidade

**Porta de entrada para o sistema de saúde.
Continuidade do cuidado, eficiência e qualidade.
Práticas de promoção, prevenção, e proteção além de cura e reabilitação.**

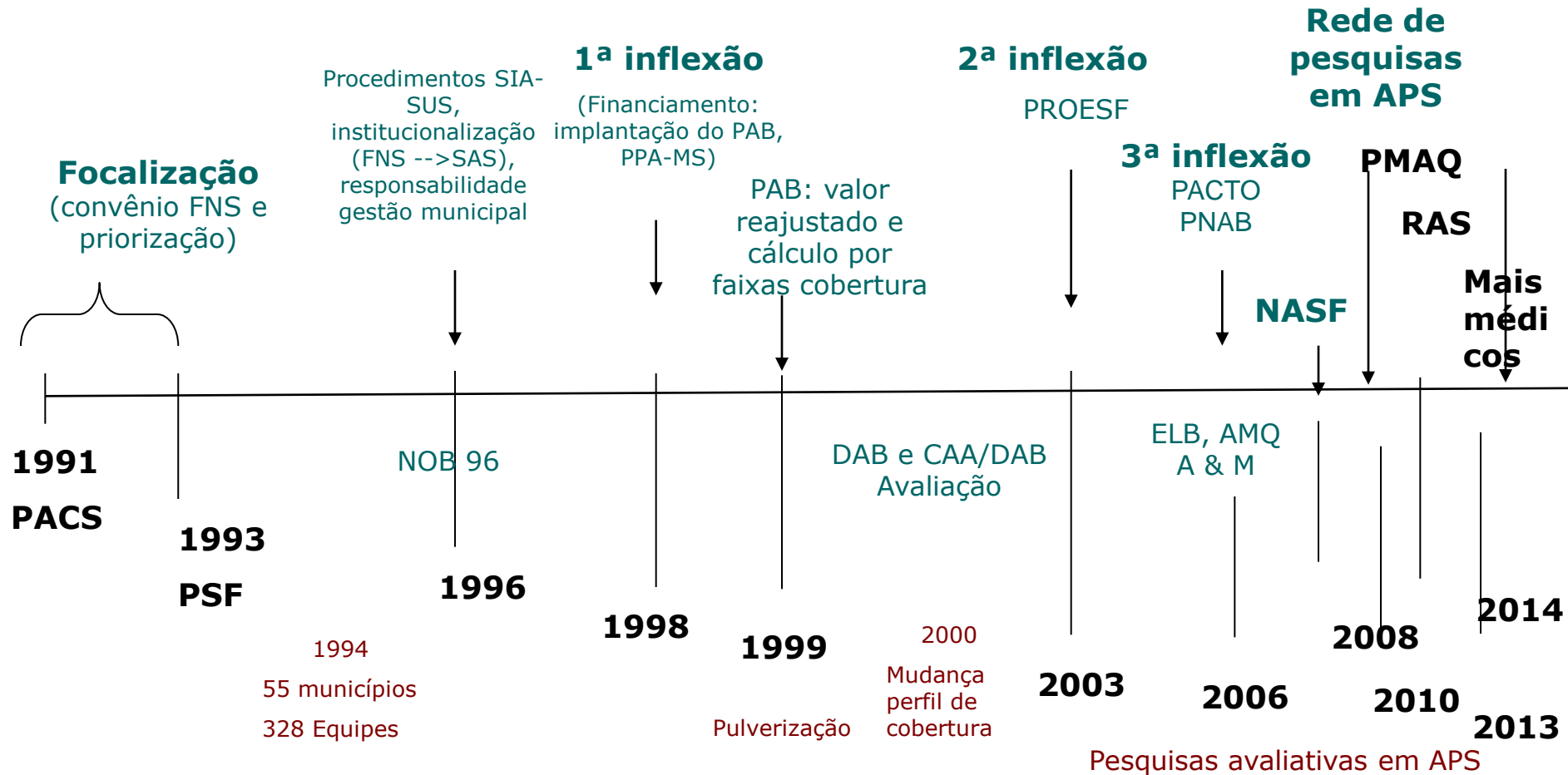
Participação Social

**Conselhos locais de saúde.
Participação comunitária no processo de planejamento local, definição de prioridades, execução e monitoramento.**

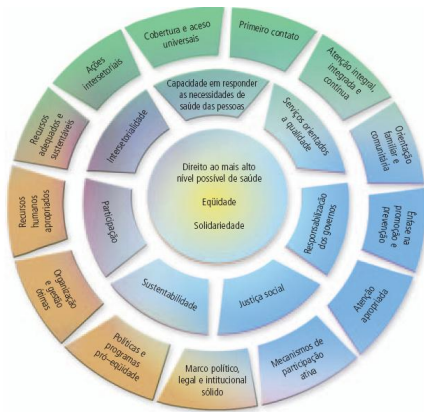
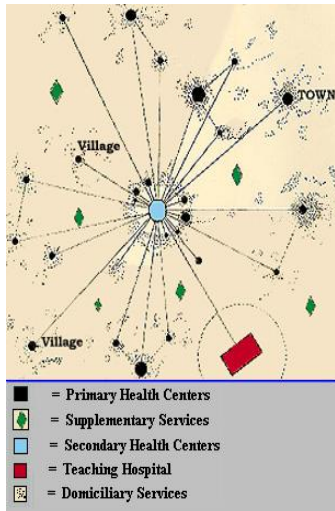
Descentralização

**Gestão local da atenção primária.
Substituição do modelo tradicional.**

Atenção primária à Saúde no Brasil: eventos críticos



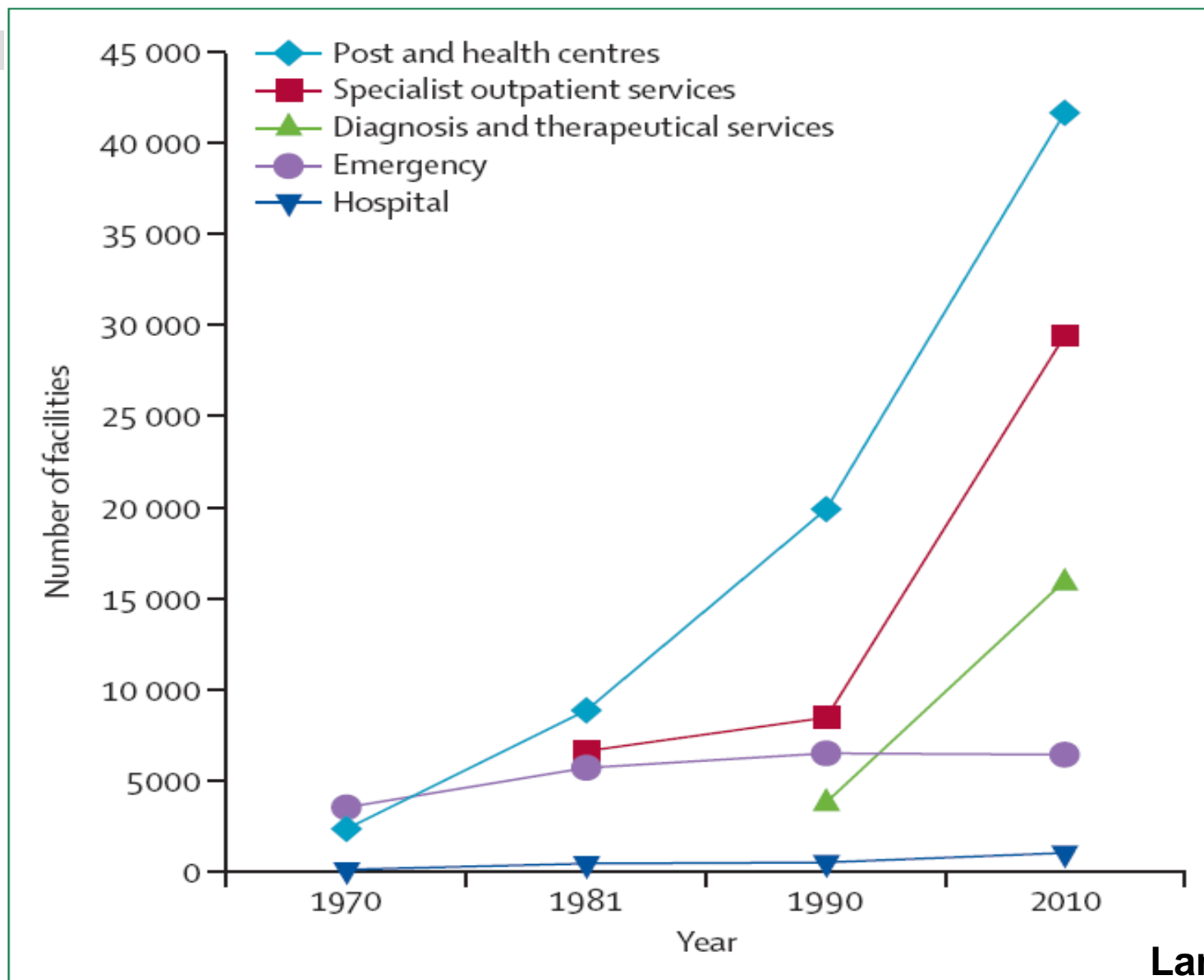
(Baseado em Aquino, Medina, Vilasbôas e Barreto, 2009; Aquino, Medina e Abdon, 2014)



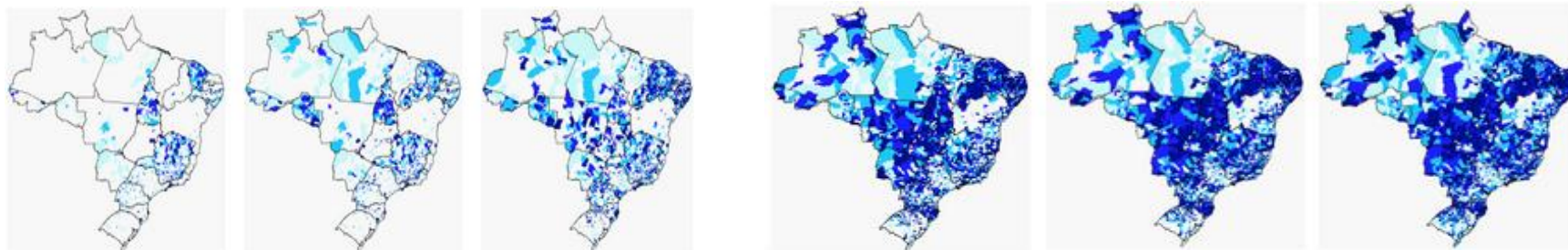
Atenção primária à saúde:
 uma construção histórica e
 social

**APS no Brasil:
dados institucionais e
resultados de
pesquisa...**

Expansion of the health-care facilities in Brazil, 1970-2010



Cobertura da Estratégia Saúde da Família



1998

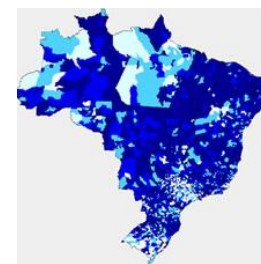
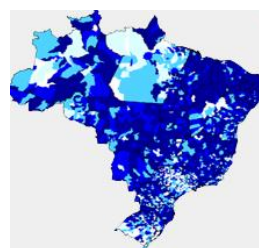
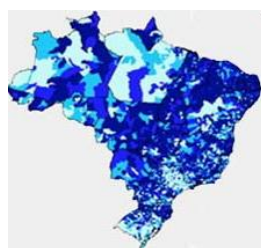
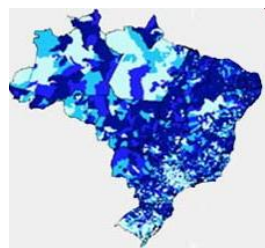
1999

2000

2002

2003

2004



2005

2006

2007

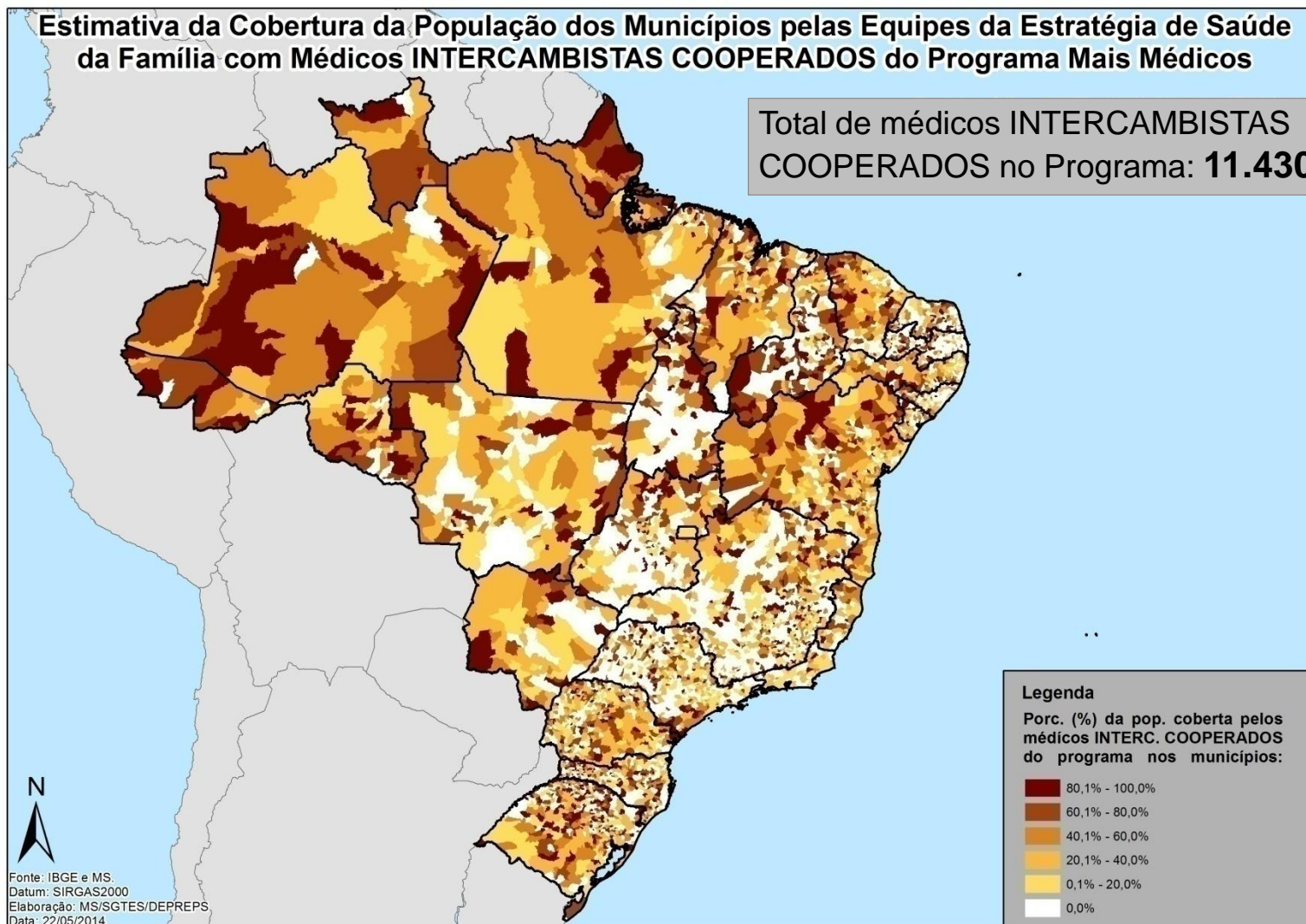
2008

2010



Estimativa da Cobertura da População dos Municípios pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família com Médicos INTERCAMBISTAS COOPERADOS do Programa Mais Médicos

Total de médicos INTERCAMBISTAS COOPERADOS no Programa: **11.430**



CRESCIMENTO DO SETOR PRIVADO

(Paim, et al., 2011)

- Estado brasileiro estimulou o setor privado e tem promovido a privatização da atenção à saúde; o SUS não transformou!
- Antes do SUS, recursos públicos financiaram 68% dos atendimentos; depois do SUS, a proporção caiu para 56%; atendimentos pagos pelos planos cresceram 466%.
- Antes do SUS, recursos públicos pagaram 75% das internações e os planos 6%; depois do SUS, reduziram para 67% e os planos aumentaram para 20%.

**Redução da mortalidade
infantil e de menores de 5
anos...**

Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities

Rosana Aquino, MD, PhD, Nelson F. de Oliveira, PhD, and Mauricio L. Barreto, MD, PhD

Despite stagnation in economic growth, civil wars, and the HIV/AIDS epidemic, with the exception of a few countries in Africa and Asia, infant mortality continued to decline throughout the 1990s in developing countries, although the rate of decline was less than in the 2 previous decades.¹ Although social and economic factors are still fundamental determinants of these trends, even in contexts of recession and economic crisis, the persistent reduction in infant mortality draws attention to other factors. Support is increasing for the idea that the decline in infant mortality is the result of a broad range of determinants, many of which result from social policies that were implemented during this period.²⁻⁴ However, although different entities by health systems affect infant mortality, few studies have evaluated the total impact of programs, such as primary health care ones, that combine a set of interventions aimed at various risk factors.⁵

In Brazil, infant mortality rates have shown important declines in recent decades but are still higher than expected when compared with other countries with similar economies.⁶⁻⁹ Concerning the principal determinants of the observed downward trends, studies have pointed to the importance of implementing public policies in basic sanitation and nutrition; the sharp drop in fertility, especially in the 1980s; and the expansion of primary care services, especially maternal and child health programs.¹⁰⁻¹⁵

Since 1994, the Family Health Program (FHP) has been an important pillar in the reorganization of the Unified National Health System, whose organizational principles include universality and equity. By 2004, the program had been implemented in 82% of Brazil's 5563 municipalities, covering some 40% of the total national population. The FHP is centered on a family and community approach in which multidisciplinary teams (including physicians, nurses, community health agents, and oral health professionals) work under the principles of comprehensive care.¹²

Objectives. We evaluated the effects of the Family Health Program (FHP), a strategy for reorganization of primary health care at a nationwide level in Brazil, on infant mortality at a municipality level.

Methods. We collected data on FHP coverage and infant mortality rates for 5563 of 5563 Brazilian municipalities from 1990 to 2004. We performed a multivariable regression analysis for panel data with a negative binomial response by using fixed-effects models that controlled for demographic, social, and economic variables.

Results. We observed a statistically significant negative association between FHP coverage and infant mortality rate. After we controlled for potential confounders, the reduction in the infant mortality rate was 13.0%, 10.0%, and 22.0%, respectively for the 3 levels of FHP coverage. The effect of the FHP was greater in municipalities with a higher infant mortality rate and lower human development

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil

Davide Rasella, Rosana Aquino and Mauricio L. Barreto

Pediatrics published online Aug 2, 2010;

DOI: 10.1542/peds.2009-3197

primary health care gives the complexity of today's health challenges.¹²⁻¹⁵

study only if they presented adequate information on infant deaths for the period 1995 to

EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH POLICY AND PRACTICE

Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002

James Macinko, Frederico C Guanais, Maria de Fátima Marinho de Souza

J Epidemiol Community Health 2006;60:13–19. doi: 10.1136/jech.2005.038323

secondary data to assess the impact of Brazil's Family Health Program (FHP) during the 1990s.

We are using panel data from secondary sources. Analyses controlled for variables such as water and sanitation, average income, women's literacy and population density, and 1000 population. Additional analyses tested interactions between Family Health Program coverage and acute respiratory infections.

Results from 27 Brazilian states.

Infant mortality declined from 49.7 to 28.9 per 1000 live births. During the same period, FHP coverage increased from 0% to 36%. A 10% increase in Family Health Program coverage was associated with a 4.5% decrease in IMR, controlling for all other health variables. Water and hospital beds per 1000 were negatively associated with mortality rates, and mean income were positively associated with IMR. Family Health Program coverage and diarrhoea deaths suggests the impact is partly through reductions in diarrhoea deaths. Interactions with

deaths from acute respiratory infections were ambiguous.

Conclusions: The Family Health Program is associated with reduced IMR, suggesting it is an important, although not unique, contributor to declining infant mortality in Brazil. Existing secondary datasets provide an important tool for evaluation of the effectiveness of health services in Brazil.

nyu.edu

Accepted for publication
7 June 2005

□ ...Contribuição na redução de iniquidades ...

- Maiores efeitos em áreas com maiores taxas de mortalidade e menor índice de desenvolvimento humano (IDH)**

**□ melhoria de algumas
ações de saúde..**

Table 3: Coverage and use of health care service, 1970–2010

	1970	1980	1990	2000	2010
Immunisation coverage by the SUS					
BCG	88.29% (1994)	111.74%*	105.86%* (2009)
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	87.85%	0.64%
Influenza	67.46%	82.77%
Hepatitis B (HepB)	8.85%	91.08%	97.88%
Measles	71.35%	105.35%*	..
Oral poliomyelitis (VOP)	58.23%	101.44%*	100.76%*
Diphtheria, pertussis, tetanus (DPT)	64.75%	94.71%	0.08%
Measles, mumps, and rubella (MMR)	77.5%	101.64%*
Measles and rubella	0.13%
Oral human rotavirus (RR)	84.26%
Tetavalent DPT-HepB	99.34%
Influenza A H1N1	37.0% (2010)

Indicadores de ações básicas de saúde (Modelos bivariados de efeitos fixos). Brasil, 2000-2005 (Rasella, Aquino, Barreto)

Variáveis	Consultas básicas (95% CI)		Visitas domiciliares (95% CI)	
Cobertura do PSF				
Sem PSF	1		1	
Baixa	1.00	(0.98 – 1.02)	1.00	(0.91 – 1.10)
Intermediária	1.03	(1.01 – 1.05)	1.45	(1.30 – 1.60)
Alta	1.22	(1.20 – 1.25)	2.66	(2.41 – 2.94)
Observações	15606		8634	
Municípios	2601		1439	

Acesso e qualidade na promoção da saúde no pré-natal

(Projeto AQUARES - UFPel, 2010)

Variáveis	Geral		APS	
	n	%#	n	%##
Orientação para amamentar exclusivamente ao peito até os 6 meses	4.748	91,5	2.849	60,0
Orientação para parar de fumar durante a gravidez####	515	84,4	401	77,9
Orientação para limpar a boca e escovar os dentes da criança	4.507	71,7	2.574	57,1

proporção sobre o total de entrevistados
 ## proporção sobre quem referiu o recebimento de orientações / ter consultado
 #### Apenas para mães fumantes durante a gravidez (n = 613)

Acesso e qualidade na prevenção de agravos em < 5 anos (Projeto AQUARES - UFPEl, 2010)

Variáveis	Geral		APS	
	n	%#	n	%##
Consultou até 15 dias para pesar/medir ou fazer revisão	5.192	82,9	3.145	61,5
Realizou teste do pezinho até 15 dias de vida	6.007	95,0	3.355	53,0
Realizou vacina BCG até 15 dias de vida	6.179	97,5	3.734	60,8

proporção sobre o total de entrevistados

proporção sobre quem referiu o recebimento de orientações / ter consultado

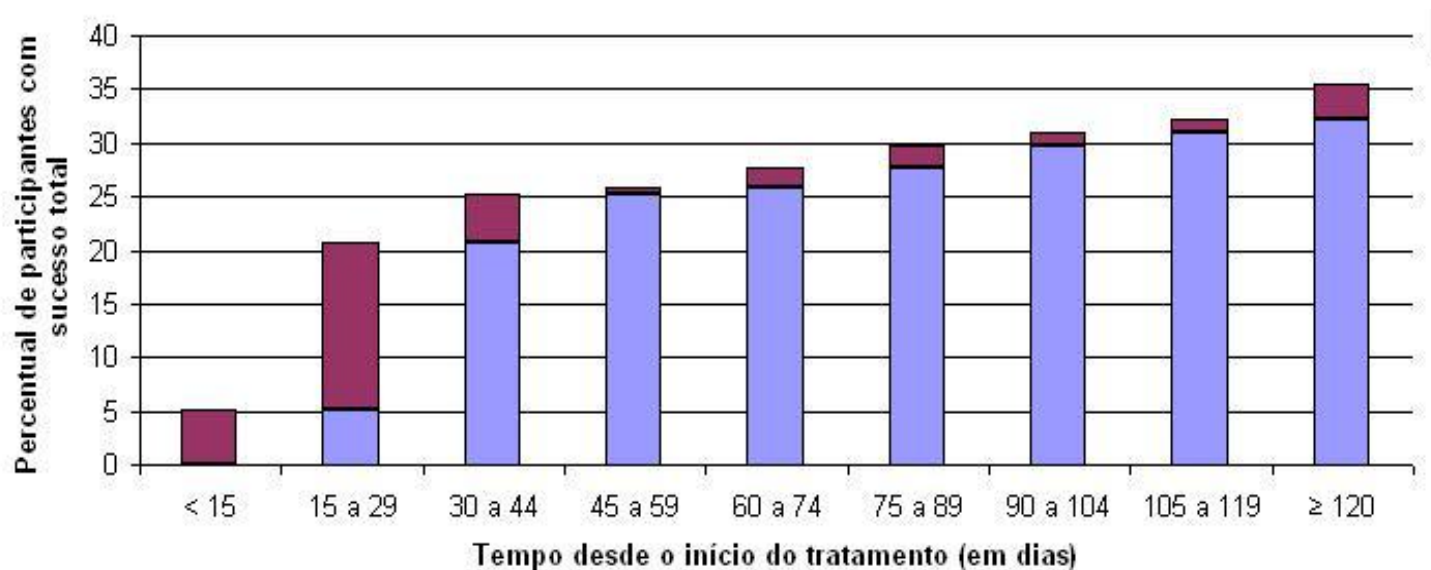
Effectiveness of Community Health Workers in Brazil

A Systematic Review

Table 2. Summary of the Evidences According to Overall Effect and GRADE Evidence Level

Outcomes with POSITIVE EFFECT and MODERATE evidence level	Frequency of weighing children Overall breast-feeding Exclusive or predominant breast-feeding Late introduction of bottle-feeding
Outcomes with POSITIVE EFFECT and LOW evidence level	Immunization coverage in children Adherence to DOT for tuberculosis Index of <i>Aedes aegypti</i> larvae Drinking water treatment Women's knowledge about sexually transmitted diseases Inequities reduction

Cessação do Tabagismo em Cenário da Atenção Primária (seguimento de 18 meses)



**redução de internações
desnecessárias...**

Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil

The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)

Ines Dourado, MD, MPH, PhD, Veneza B. Oliveira, MD, PhD,† Rosana Aquino, MD, PhD,*
Palmira Bonolo, MD, PhD,‡ Maria Fernanda Lima-Costa, MD, PhD,†
Maria Guadalupe Medina, MD, PhD,* Eduardo Mota, MD, PhD,*
Maria A. Turci, MSc,† and James Macinko, PhD§*

Results: It was shown that, at the national level, PHCSC hospital admissions declined by 24%—over 2.5 times more than the decline in hospitalizations for all other (non-PHCSC) conditions. Greater reductions in the PHCSC admission rates were also seen in municipalities with the non-PHCSC admission rates were also higher. Regression data were divided by regions and states. Regression analysis showed that at the state level the greater the FHP coverage, the lower the PHCSC hospital admissions even when controlling for other variables.

(Med Care 2011;49: 577–584)

CHRONIC DISEASE WORLDWIDE

By James Macinko, Inês Dourado, Rosana Aquino, Palmira de Fátima Bonolo, Maria Fernanda Lima-Costa, Maria Guadalupe Medina, Eduardo Mota, Veneza Berenice de Oliveira, and Maria Aparecida Turci

Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization

ABSTRACT In 1994 Brazil launched what has since become the world's largest community-based primary health care program. Under the Family Health Program, teams consisting of at least one physician, one nurse, a medical assistant, and four to six trained community health agents deliver most of their services at community-based clinics. They also make regular home visits and conduct neighborhood health promotion activities. This study finds that during 1999–2007, hospitalizations in Brazil for ambulatory care-sensitive chronic diseases, including cardiovascular disease, stroke, and asthma, fell at a rate that was statistically significant and almost twice the rate of decline in hospitalizations for all other causes. In municipalities with high Family Health Program enrollment, chronic disease hospitalization rates were 13 percent lower than in municipalities with low enrollment, when other factors were held constant. These results suggest that the Family Health Program has improved health system performance in Brazil by reducing the number of potentially avoidable hospitalizations.

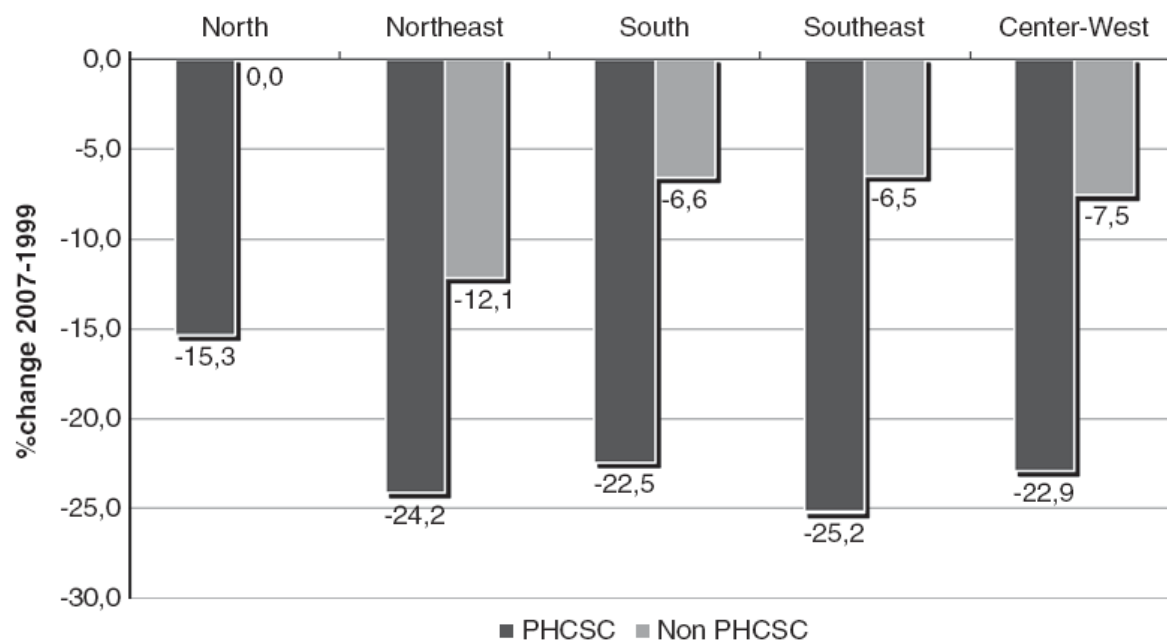


FIGURE 2. Percentage change between 1999 and 2007 in hospital admissions sensitive to primary healthcare (PHCSC) and nonsensitive (non-PHCSC) per 10,000 inhabitants aged below 80 years, by Brazilian Region. PHCSC indicates primary healthcare-sensitive conditions.

EXHIBIT 3**Ambulatory Care-Sensitive Hospitalization Rates For All Chronic Conditions, By Level Of Family Health Program Enrollment In Brazil, 1999-2007**

Quintile of municipalities by enrollment	Adjusted prevalence ratio compared to quintile 1 (lowest enrollment)
Quintile 2	0.96
Quintile 3	0.92
Quintile 4	0.89
Quintile 5 (highest enrollment)	0.87

SOURCES Brazilian Ministry of Health, Institute for Applied Economic Research, and Brazilian Institute of Geography and Statistics. **NOTES** All adjusted prevalence ratios are significant ($p < 0.001$). Results from fixed-effects negative binomial regression of hospitalizations per municipality, controlling for log population size, age distribution, hospital beds per 10,000, clean water, female illiteracy rates, log income, and years (1999 as reference). Family Health Program enrollment estimated using instrumental-variable approach described in text

... **melhoria da
qualidade de dados
institucionais**

RESEARCH ARTICLE

Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study

Davide Rasella*, Rosana Aquino and Mauricio L Barreto

Rosana Aquino¹
Mauricio L. Barreto²

Abstract

This study aimed to evaluate the adequacy of the Family Health Program's (FHP) coverage indicator, calculated by using the estimated number of people served by the FHP team, obtained from a national standard. The study included all the Brazilian counties (municipalities) that adopted the FHP strategy from 1998 to 2006. The analytical methods were Pearson's correlation, Lin's concordance correlation coefficient, and the Deming regression model. The results showed that at the beginning of the observation period, the coverage indicator did not express the size of the program's population of beneficiaries, when comparing the enrolled population, the number of families under follow-up, and the number of live births recorded. Gradually, and especially beginning in 2000, the indicator began to represent a good estimate of FHP coverage, although the trend differed according to the size of the municipalities (it was more evident among the larger municipalities). The study emphasizes the importance of defining coverage of actions and services in order to orient health program implementation.

Family Health Program: Health Services Coverage Program Evaluation

Introdução

Nas avaliações de efetividade de serviços de saúde, a intervenção é definida através de um indicador. Ao mesmo tempo em que estabelece a existência das ações e serviços, a cobertura expressa a magnitude da ação em um dado território populacional, constituindo-se, enquanto indicador de efetividade. Assim, a avaliação da intervenção deve considerar a magnitude da cobertura expressa em um dado território populacional, constituindo-se, enquanto indicador de efetividade. Assim, a avaliação da intervenção deve considerar a magnitude da cobertura expressa em um dado território populacional, constituindo-se, enquanto indicador de efetividade.

Abstract

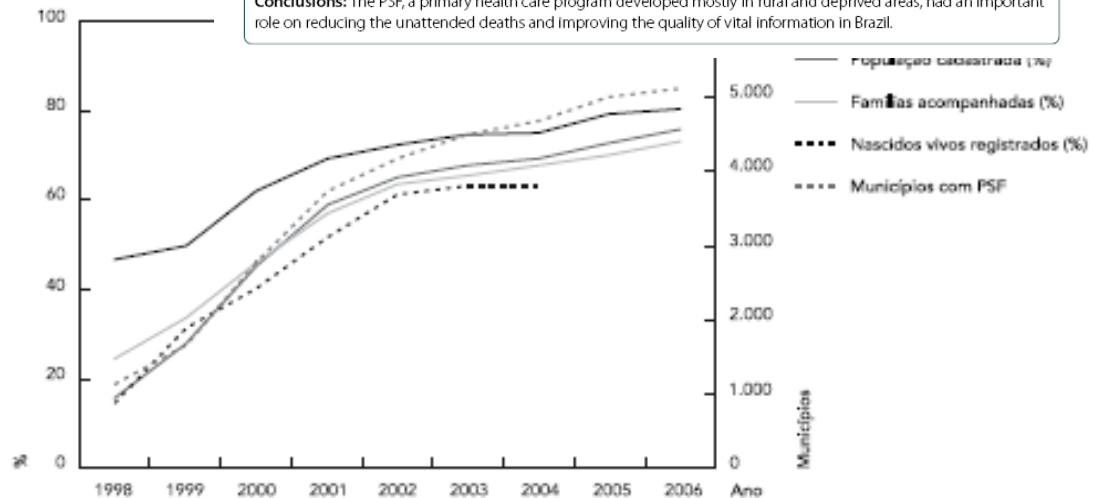
Background: Vital information, despite of being an important public health instrument for planning and evaluation, in most of the developing countries have still low quality and coverage. Brazil has recently implemented the Family Health Program (PSF), one of the largest comprehensive primary health care programs in the world, which demonstrated effectiveness on the reduction of infant mortality. In the present study we evaluate the impact of the PSF on mortality rates related to the quality of vital information: the under-five mortality rate due to ill-defined causes and unattended death.

Methods: Data on mortality rates and PSF coverage was obtained for the total 5,507 Brazilian municipalities from 2000 to 2006. A multivariate regression analysis of panel data was carried out with a negative binomial response by using fixed effects models that control for relevant covariates.

Results: A statistically significant negative association was observed between PSF coverage levels, classified in none (0%, the reference category), low (<30.0%), intermediate (≥ 30.0% and <70.0%) and high (≥ 70.0%), and all analysed mortalities rates, with a reduction of 17% (Rate Ratio [RR]: 0.83; 95% confidence interval [CI]: 0.79 - 0.88), 35% (RR: 0.65; 95% CI: 0.61-0.68) and 50% (RR: 0.50; 95% CI: 0.47-0.53) on under-five mortality due to ill-defined causes, respectively. In the mortality rate for unattended death the reduction was even greater, reaching 60% (RR: 0.40; 95% CI: 0.37-0.44) in the municipalities with the highest PSF coverage. The PSF effect on unattended deaths was slightly stronger in municipalities with a higher human development index.

Conclusions: The PSF, a primary health care program developed mostly in rural and deprived areas, had an important role on reducing the unattended deaths and improving the quality of vital information in Brazil.

Número de municípios, percentual de famílias a



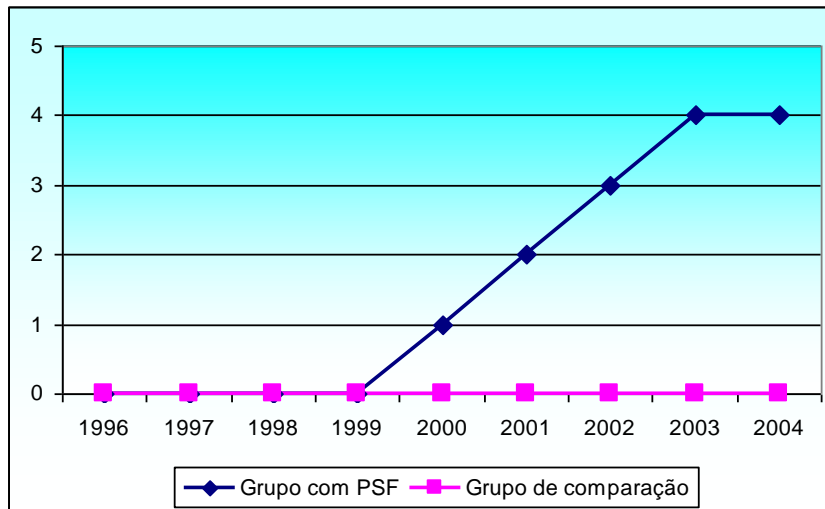
¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência: D. Rasella, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia, Rua Nestor de Gama s/n, Salvador, BA 40110-000, Brasil. rasella@ufba.br

**possivelmente, tem
contribuído com melhoria
da participação social m
saúde...**

PSF e participação social

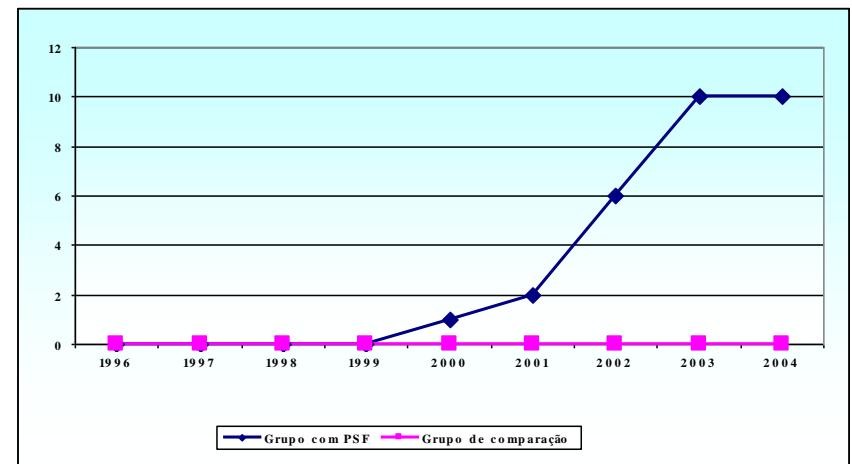
Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: LOPES, SM.

A influência da implantação do PSF na criação de Conselhos Locais de Saúde nos municípios da Bahia, 2007.

Conselhos Locais de Saúde



MAS

**□ é uma intervenção complexa
com forte dependência do
contexto local...**

**que não promoveu ainda uma
mudança radical nas práticas e no
modelo de atenção à saúde.**

The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems

O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde

Maria Guadalupe Medina ¹
Zulmira Maria de Araújo Hartz ^{2,3,4}

Abstract

The contribution of primary care to population health and health systems organization has been well documented, but some authors have highlighted that in Third World countries it has gained more ground in discourse than in facts and practices, with different possible configurations. The objectives of the current study were to evaluate and correlate organizational and local contextual characteristics to the degree of implementation of primary care in two municipalities (counties) in the State of Bahia State, Brazil, that had adopted the Family Health Program (FHP) as the system's central thrust. The research was based on two case studies with interwoven levels of analysis, using as the point of departure the underlying goal-image of primary care in the definition of criteria and standards for degree of implementation. The total scores for Municipalities A and B were 66 and 81, respectively (maximum total score = 100), while differences were observed between the urban and rural teams. The political and institutional contexts helped explain differences in the degree of implementation of primary care, but regardless of the municipal context, the study showed the emergence of organizational innovations closely related to the FHP.

Primary Health Care; Family Health Program; Health Systems

Introduction

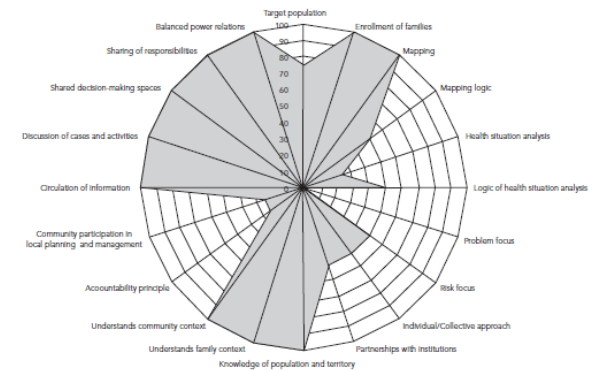
The contribution of primary care to the health of populations and organization of health systems has been well documented in the international scientific literature ^{1,2}. A health system organized with primary care as the basis theoretically improves the possibilities for performance by the health services network first, because unlike specialized care, primary care plays an integrative role; second, because it is more accessible; third, because patient management becomes more appropriate for the types of complaints users present in their first contact with health services; and fourth, because it organizes and rationalizes the use of resources (both basic and specialized) by targeting the promotion, maintenance, and improvement of health.

Some studies have further highlighted that the organizational characteristics, type of professional (family physician, general practitioner, or pediatrician), and type of service in which the care is provided have an impact on the outcomes ^{3,4}.

In Third World countries, primary care has gained more ground in health discourse than in facts and practices ⁵, since its actual implementation falls short of the original goal-image proposed at Alma Ata. In Latin America, various authors have called attention to different possible configurations in primary care and the risk of implementing "primitive health care", or simplified medicine with low case-resolving capacity

Figure 1

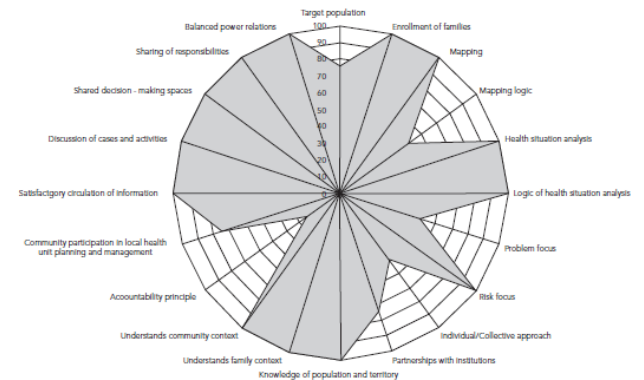
Evaluation of implementation of primary care in Municipality A.



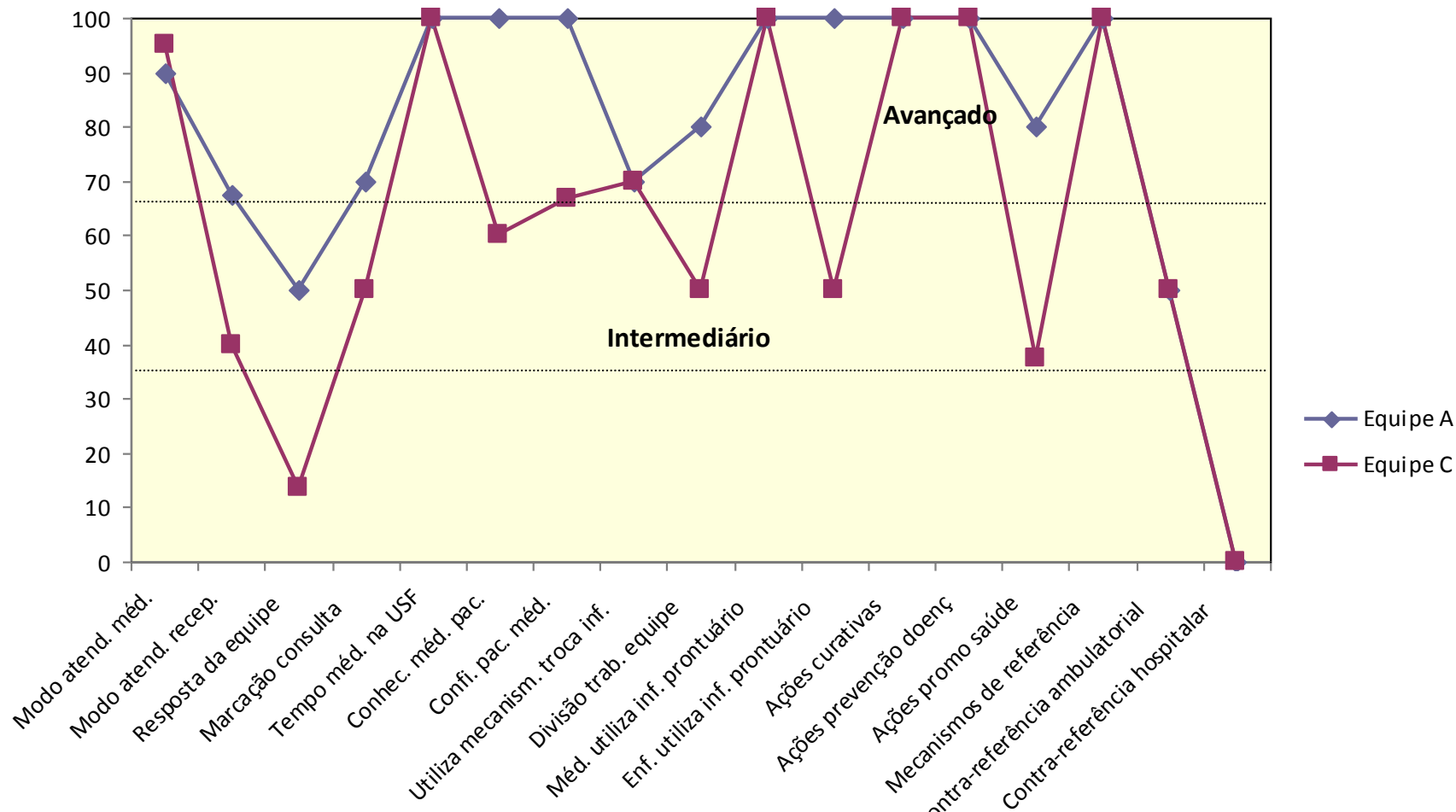
1160 Medina MG, Hartz ZMA

Figure 2

Evaluation of implementation of primary care in Municipality B.



Evaluation of the implementation of comprehensive health care according dimensions and criteria, in teams of the Family Health Program in a city of Bahia.



Fonte: Nunes CA Avaliação da implantação da integralidade do cuidado em dois municípios do Estado da Bahia [tese de doutorado] Epidemiol Community Health 2006;60:13–19. 42/peds.2009-3197

Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos

Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência
P. F. Almeida
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4036, sala 1001, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.
patty@ensp.fiocruz.br

Abstract

This article analyzes the development of instruments for coordination between the Family Health Strategy and other levels in the health system, with a focus on measures to promote coordination linked to the "integration among levels of care". The results of case studies in four large cities indicate the presence of mechanism for integration among levels of care, suggesting concern with guaranteeing comprehensive care. The principal strategies identified here were: creation and strengthening of regulatory structures in the Municipal Health Secretariats and family health units with decentralization of roles to the local level, organization of flows, electronic patient charts, and expansion in the supply of specialized services at the municipal level. However, lack of integration among different providers, insufficient formal flows for hospital care, and absence of policies for medium complexity care were detected as barriers to the guarantee of comprehensive care, making the network's integration incomplete.

Primary Health Care; Systems Integration; Health Services

Patty Fidelis de Almeida ¹
Lígia Giovanella ¹
Maria Helena Magalhães de Mendonça ¹
Sarah Escorel ¹

Discussões e problemas vinculados à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial, ausência de comunicação entre prestadores não constituem temas novos nas discussões sobre a organização dos sistemas de saúde. No entanto, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência, tornaram premente a busca de soluções ^{1,2,3}. Na União Européia, desde a década de 1990, reformas pró-coordenação vêm sendo implementadas, sobretudo voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção ^{4,5}.

Os ritmos de implantação deste conjunto de reformas têm sido diferenciados entre os países a depender do modelo de proteção social ^{2,5}. Na região da América Latina ainda são incipientes reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema. Segundo Conill & Fausto ⁵, a histórica segmentação e fragmentação que caracterizou a maior parte dos sistemas de saúde latino-americanos, com oferta de Atenção Primária à Saúde seletiva, fragilizaram aspectos como a constituição de redes integradas. Ainda assim, no contexto do recente movimento de valorização e defesa da concepção abrangente de Atenção Primária à Saúde parecem ser promissoras iniciativas pró-coordenação.



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 38, NÚMERO ESPECIAL
RIO DE JANEIRO, OUT 2014



Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil

Alguns resultados do PMAQ (2012)

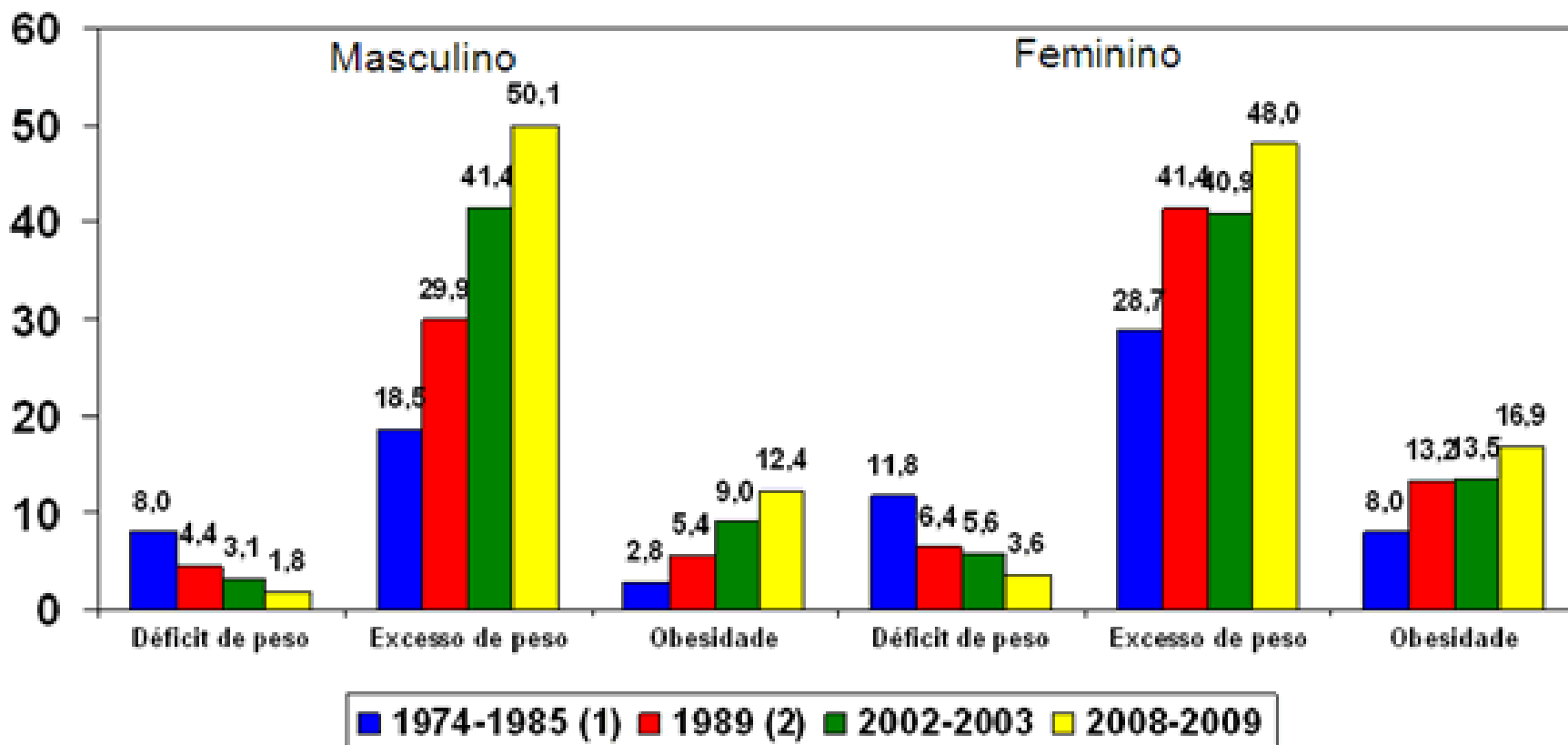
- ❑ A ESF tem se configurado como o modelo de organização da APS em mais de 95% dos municípios
- ❑ Baixa institucionalização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas
- ❑ As equipes atuam cada vez mais como primeiro contato e referência para serviços especializados
- ❑ Diferenças nas condições de acesso e escopo de ações ofertadas – iniquidades
- ❑ Problemas na coordenação dos cuidados e integração de serviços
- ❑ Vínculos precários
- ❑ Baixa disponibilidade de medicamentos

**□ Desafios e
armadilhas da
pesquisa em APS...**

Desafios e armadilhas da pesquisa em APS

- epidemiológicos**
- metodológicos**
- epistemológicos e éticos**

Tendências Sobrepeso e Obesidade Brasil 1974 - 2009

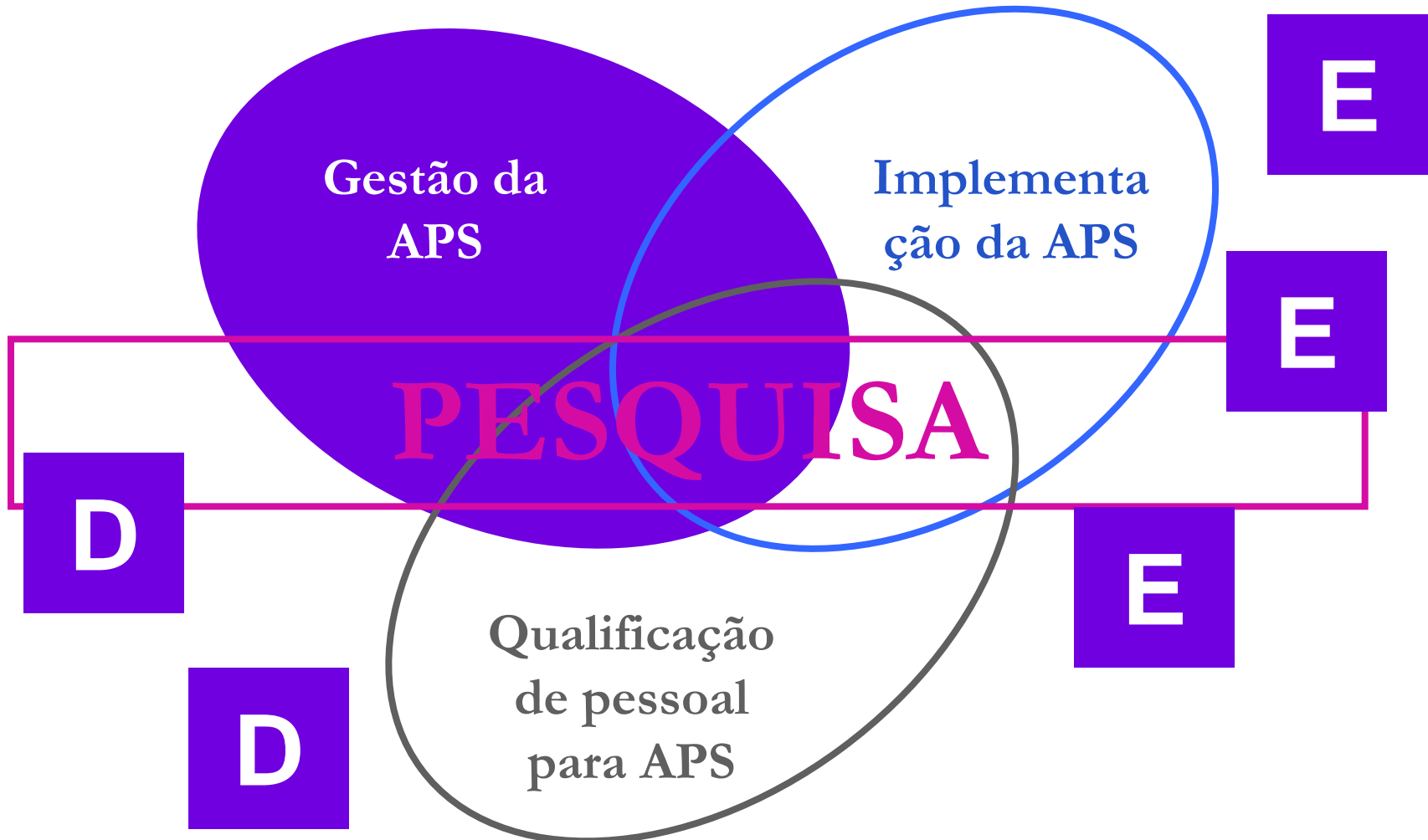


Fonte:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/images/1699_2818_181838_579966.gif

**Desafios
metodológicos:**

Desafios metodológicos: APS um objeto multifacetado



- ❑ Inclusão de componentes da APS em estudos de base populacional
- ❑ Adaptar e utilizar instrumentos de vigilância, tais como ICSAP
- ❑ Investir em inquéritos específicos em atenção primária que avaliem práticas e utilizá-los para melhoria da qualidade
- ❑ Uso de métodos experimentais para testar inovações

Desafios epistemológicos e éticos

- imposição de problemática versus absenteísmo político
- não submissão ao senso comum e senso comum douto: o pré-conceito
- superação da dicotomia modelo “promotor da saúde” versus “modelo cuidador de pessoas”

Mais do mesmo?

*O futuro da Epidemiologia é tema recorrentemente debatido em congressos e área. O foco recente desse debate aborda o tipo de pergunta que orienta a pesquisa epidemiológica. A ênfase em questões etiológicas deve ser substituída pela **busca de orientações para as intervenções em Saúde Pública** (Kuller LH. *Am J Epidemiol* 2013; 177:279-80; Glass TA et al. *Annu Rev Public Health* 2013; 34:61-75). Mais importante do que confirmar reiteradamente a associação entre atividade física, padrões de dieta e tabagismo com as doenças cardiovasculares, precisamos de avaliações sobre medidas efetivas que levem a mudanças na distribuição populacional destes fatores de risco. É preciso ter em mente que a pesquisa etiológica representa apenas uma etapa de uma agenda de investigação, que deve avançar na busca de resultados que possam de fato ser traduzidos na implementação de políticas públicas.*

Population Health Intervention Research - pesquisa intervencional

- Ciência das soluções (em oposição à “ciência dos problemas”).
- Crítica de que a avaliação se tornou de natureza administrativa.
- Declarado interesse nos determinantes sociais de saúde.
- Decomposição dos mecanismos, compreensão da sequência de eventos que produz os efeitos.
- Propósitos diversos: testar efetividade, elucidar os processos de ação, documentar as variações de implementação, rastrear alcance em populações mais necessitadas.

-
- **Conclusões provisórias:
pesquisa em APS,
desafios para o SUS**

- A reforma do setor saúde no Brasil que deu origem ao SUS e à atual forma de organização da APS no país ocorreu par e passo com o processo de democratização da sociedade que envolveu a participação de indivíduos e profissionais, de movimentos e organizações sociais. O pouco ou muito que conquistamos é um legado histórico, resultado de um processo de aprendizado institucional e social que hoje se encontra ameaçado por constrangimentos políticos, econômicos e sociais de diversas ordens.

A austeridade econômica e restrição de recursos de financiamento, as pressões dos lobistas e do setor privado, expressas nas emendas constitucionais que foram e estão sendo objeto de votação do Congresso, como o orçamento impositivo, a representação contra o Programa Mais Médicos e, finalmente, a Emenda Constitucional que prevê a expansão dos planos privados de saúde de baixa qualidade para todos os trabalhadores, apontam para reformas que afetam profundamente os pilares sobre os quais foram construídos o SUS.

O discurso da APS no Brasil ainda está muito distante da prática da APS. Embora possamos reconhecer várias iniciativas e avanços, ainda não foram criadas certas condições de possibilidade para que a APS se configure como centralidade do sistema de saúde. Tais condições passam, necessariamente, por criação de condições objetivas dadas pelo financiamento, mudanças radicais nos processos de formação e melhoria da infra-estrutura e desprecarização do trabalho e mudanças nos processos de trabalho nas unidades e organização de redes de atenção mas, também, por mudanças efetivas nas relações de poder e nos valores o que só é possível com o aprofundamento dos processos democráticos.

THE LANCET

Health in Brazil · May, 2011

www.thelancet.com



“The challenge is ultimately political, requiring continuous engagement by Brazilian society as a whole to secure the right to health for all Brazilian people”

Obrigada!

medina@ufba.br