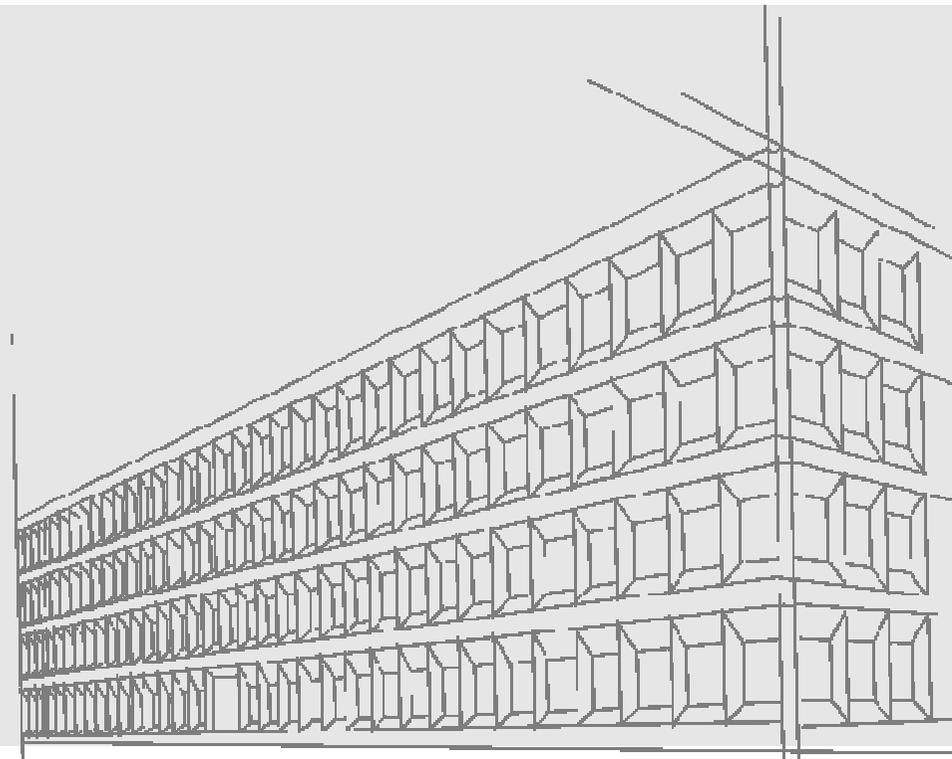
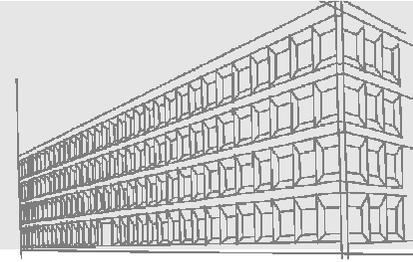


Atenção Primária à Saúde



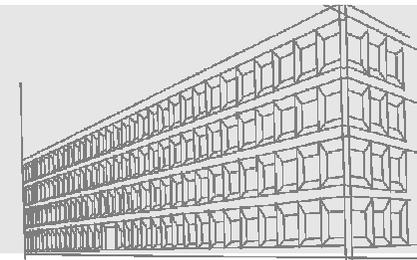
Carlos Augusto de Melo Ferraz
26/9/2019

Preâmbulo: Sobre a demanda



Objetivo geral: “investigar qual a efetividade do modelo de atenção primária do SUS, comparando-o com outros sistemas universais de saúde, além de indicar meios para a ampliação de sua efetividade”

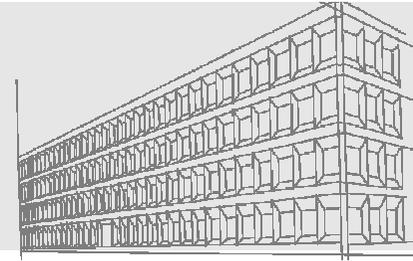
Sumário



1. FOC Qualidade da Atenção Básica à Saúde
2. FOC Programa Mais Médicos
3. ANOp Farmácia Popular
4. Considerações sobre a atenção primária e as expectativas de futuro

FOC Qualidade da Atenção Básica à Saúde

ACÓRDÃO Nº 1714/2015 – TCU – Plenário

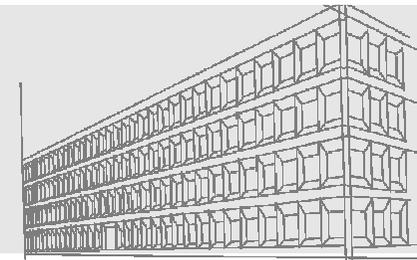


Participantes:

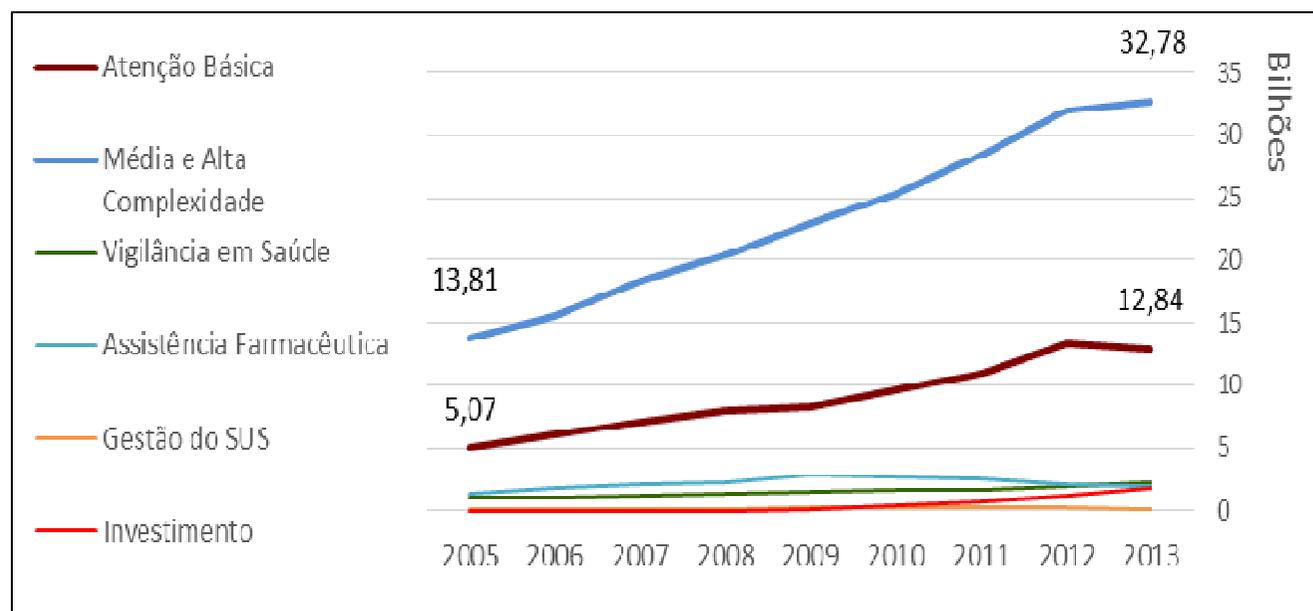
- Tribunal de Contas da União (TCU);
- Tribunais de Contas dos Estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, da Bahia, do Ceará, do Espírito Santo, de Goiás, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul, de Minas Gerais, do Pará, da Paraíba, do Paraná, de Pernambuco, do Piauí, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Norte, do Rio Grande do Sul, de Rondônia, de Roraima, de Santa Catarina, de São Paulo e do Tocantins;
- Tribunal de Contas do Distrito Federal;
- Tribunais de Contas dos Municípios do Ceará, de Goiás e do Pará;
- Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e do Município de São Paulo.

FOC Qualidade da Atenção Básica à Saúde

ACÓRDÃO Nº 1714/2015 – TCU – Plenário



Transferências fundo a fundo do FNS, por bloco de financiamento, entre 2005 e 2013

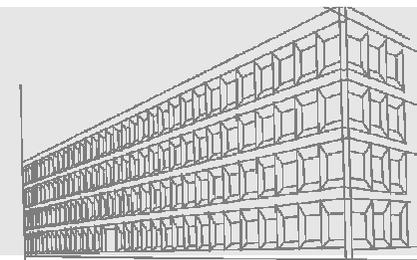


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (<http://189.28.128.178/sage/>)

Nota: Valores líquidos em R\$ - Caixa - posição de 13/11/2014

FOC Qualidade da Atenção Básica à Saúde

ACÓRDÃO Nº 1714/2015 – TCU – Plenário



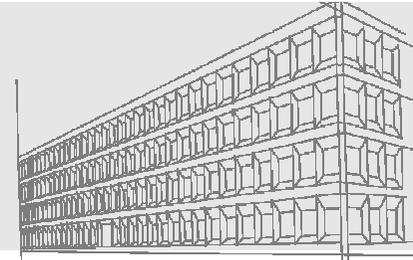
Gastos estaduais com atenção básica *per capita* em 2011

Características	Brasil	Portugal	Reino Unido
Gasto per capita	U\$ 320	U\$ 1.604	U\$ 2.895
Cobertura da atenção básica	59,5%	100%	100%
Quantidade de pessoas atendidas por um médico da família	A PNAB define como máximo 4.000 pacientes por equipe.	Em média, um médico é responsável por 1.500 pacientes.	Em média, um médico GP (<i>general practitioners</i>) é responsável por 1.432 pacientes.

Fonte: Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo da República – Exercício 2012, TCU.

FOC Qualidade da Atenção Básica à Saúde

ACÓRDÃO Nº 1714/2015 – TCU – Plenário



Achados de auditoria:

Fragilidades detectadas no processo de levantamento das necessidades de saúde e de planejamento da atenção básica

Deficiências verificadas na atuação ministerial relacionada à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap)

Precariedades detectadas no contrarreferenciamento de pacientes no âmbito do SUS

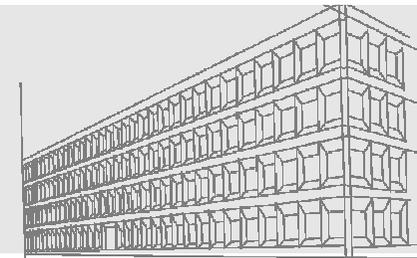
Levantamento precário das carências existentes na capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica e seus impactos na oferta de ações de educação permanente

Insuficiência de indicadores capazes de avaliar e monitorar os processos de trabalho

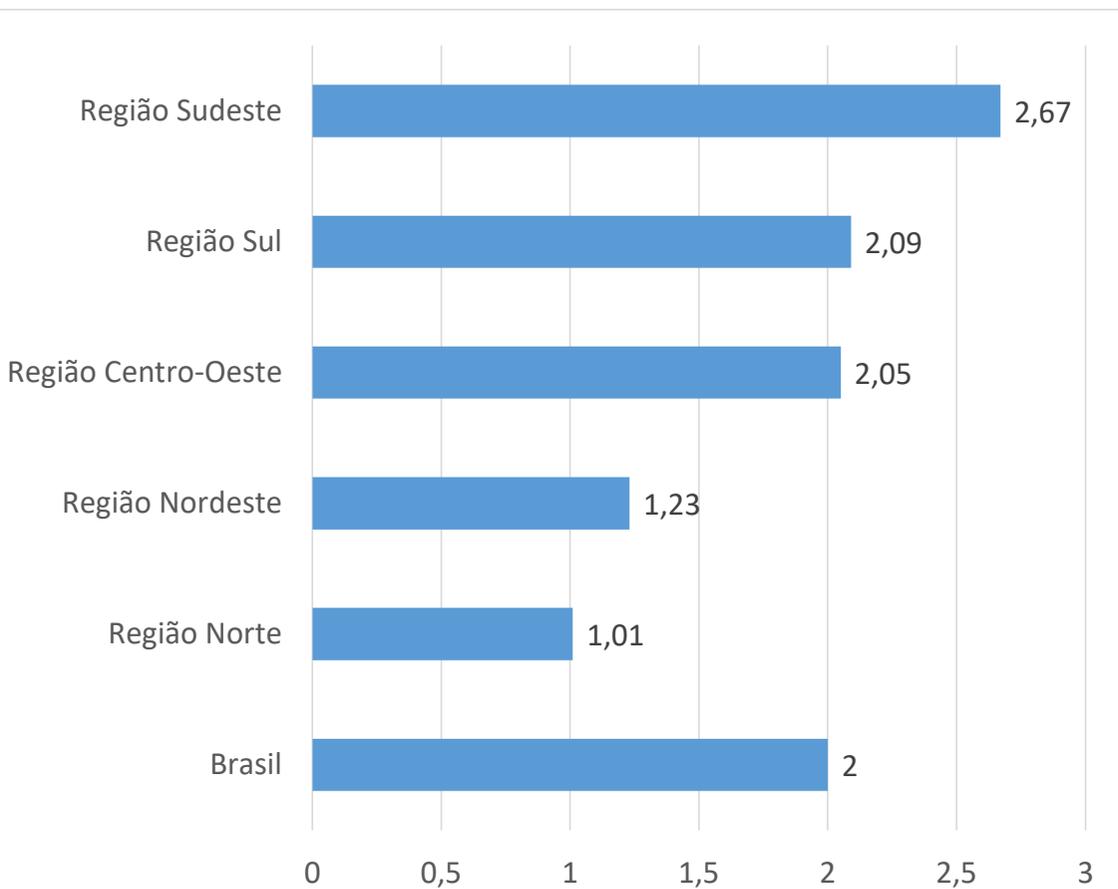
Ausência de diagnóstico estruturado da situação da TI nos estados e municípios

FOC Programa Mais Médicos

ACÓRDÃO Nº 331/2015 – TCU – Plenário



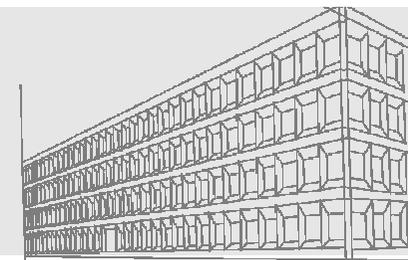
Distribuição de médicos registrados no CFM por mil habitantes



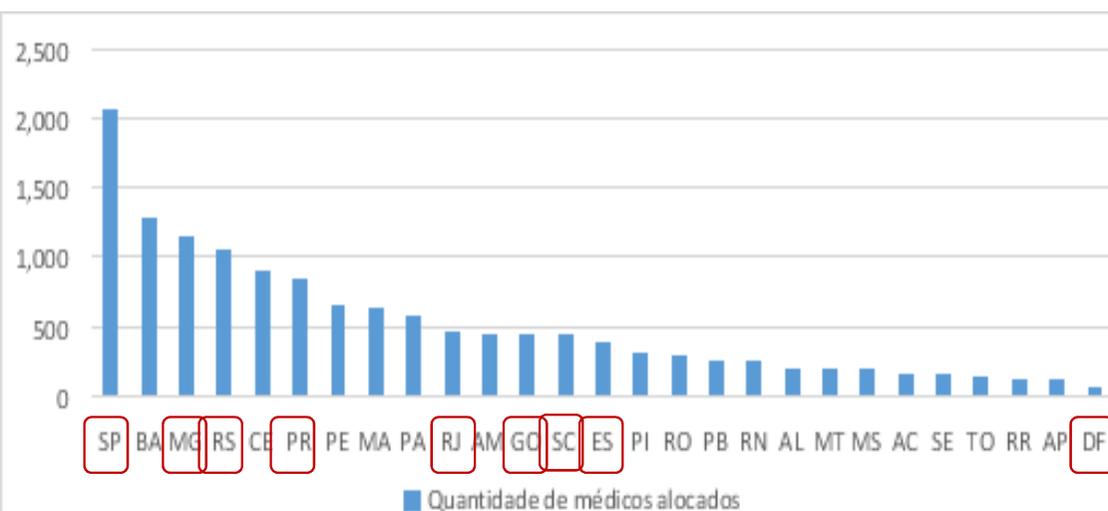
Unidade Federada/Brasil	Médicos registrados (CFM) por mil habitantes
Distrito Federal	4,09
Rio de Janeiro	3,62
São Paulo	2,64
Rio Grande do Sul	2,37
Espírito Santo	2,17
Minas Gerais	2,04
Brasil	2,00
Santa Catarina	1,98
Paraná	1,87
Goiás	1,73
(...)	(...)
Alagoas	1,24
Rondônia	1,19
Ceará	1,16
Amazonas	1,12
Acre	1,08
Piauí	1,05
Amapá	0,95
Pará	0,84
Mato Grosso	0,71

FOC Programa Mais Médicos

ACÓRDÃO Nº 331/2015 – TCU – Plenário



Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os estados

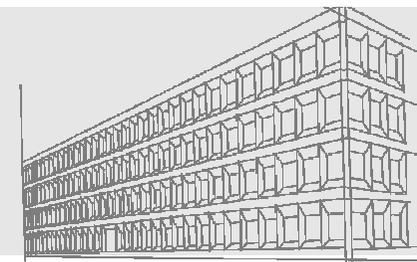


Municípios que concentraram a alocação de médicos do PMM

Município	Quantidade de médicos alocados	% em relação ao total de médicos
São Paulo - SP	250	1,81%
Rio de Janeiro - RJ	141	1,02%
Fortaleza - CE	124	0,90%
Porto Alegre - RS	121	0,88%
Manaus - AM	99	0,72%
Campinas - SP	85	0,62%
Salvador - BA	82	0,59%
Osasco - SP	82	0,59%
Serra - ES	81	0,59%
Boa Vista - RR	77	0,56%
Brasília - DF	67	0,49%
Belo Horizonte - MG	65	0,47%
Macapá - AP	62	0,45%
Rio Branco - AC	59	0,43%
Ponta Grossa - PR	58	0,42%
Porto Velho - RO	56	0,41%
Guarulhos - SP	51	0,37%
Goiânia - GO	49	0,36%
Recife - PE	48	0,35%

ANOP Farmácia Popular

ACÓRDÃOS 3030/2010-Plenário; 2074/2015 – TCU – Plenário



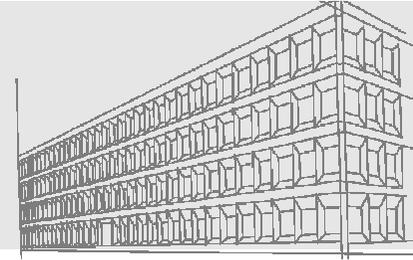
Voto do Relator:

37. Na análise da adequação dos preços de referência definidos pelo Ministério da Saúde, o relatório em exame apontou que, mesmo considerados os custos indiretos dos medicamentos disponibilizados pelas farmácias credenciadas, **os gastos incorridos pelo Ministério da Saúde ainda se mostraram superiores aos valores que seriam dispendidos caso os mesmos fármacos fossem adquiridos e distribuídos pela rede básica de saúde.**

(...)

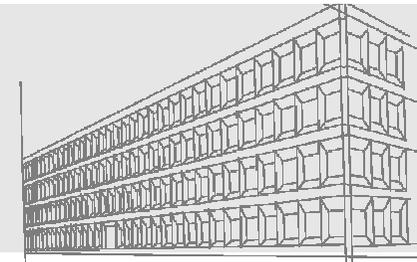
54. A alta materialidade dos recursos envolvidos, justifica a recomendação de que sejam feitos **estudos adicionais que possibilitem concluir a avaliação do custo/benefício do Programa Farmácia Popular do Brasil na modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular”.**

A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. World Health Organization (WHO). Unicef.



A APS é uma abordagem de saúde de toda a sociedade que visa garantir o mais alto nível de saúde e bem-estar possível e sua distribuição equitativa, concentrando-se nas necessidades e preferências das pessoas (como indivíduos, famílias e comunidades) o mais cedo possível ao longo do contínuo que vai desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos e o mais próximo possível do ambiente cotidiano das pessoas.

A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. World Health Organization (WHO). Unicef.

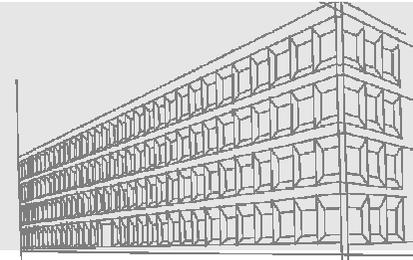


A experiência acumulada nos últimos 40 anos apoia uma definição abrangente de APS, que incorpora três componentes inter-relacionados e sinérgicos (Fig. 1).

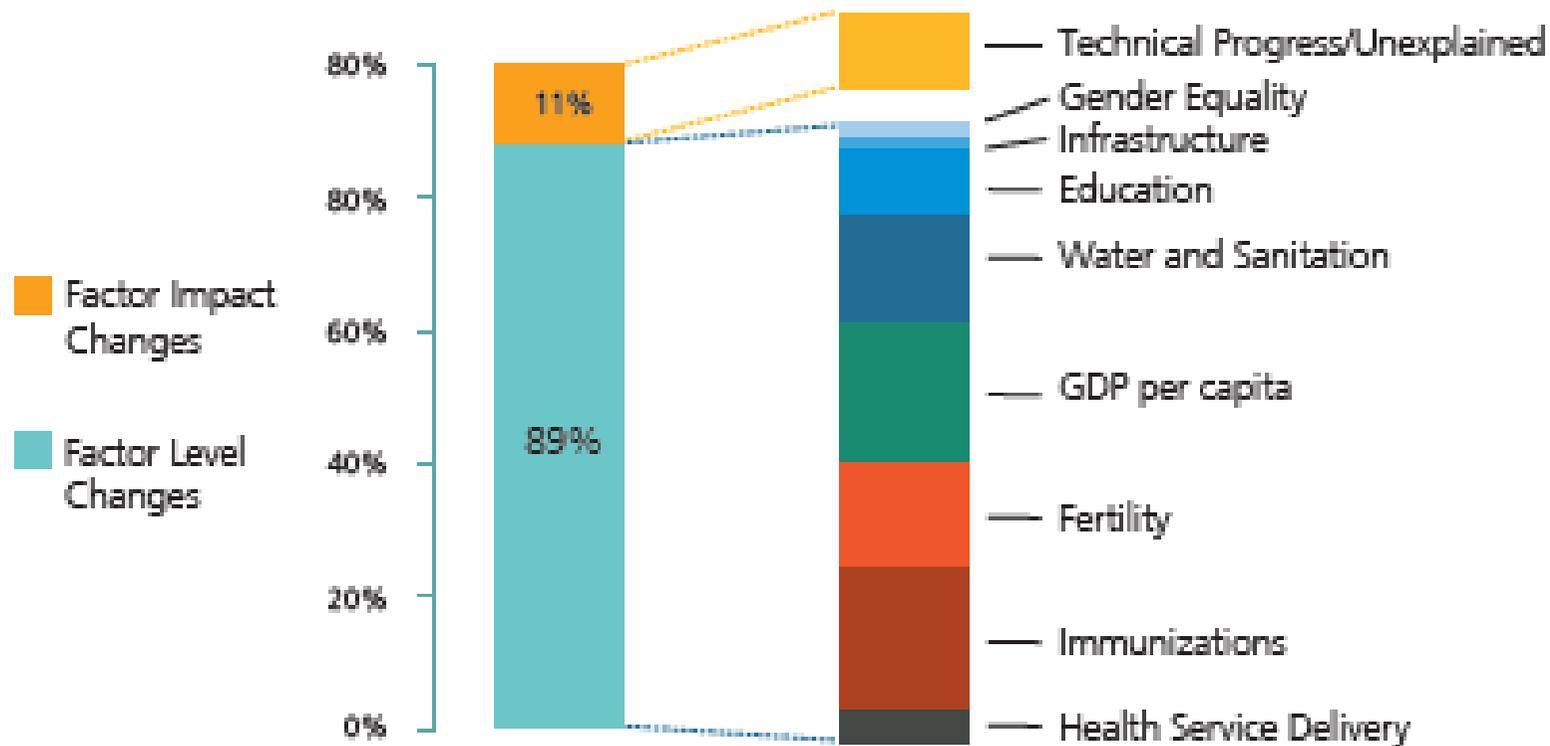
1. Atender às necessidades de saúde das pessoas por meio de **cuidados abrangentes, promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos ao longo da vida**, priorizando estrategicamente os principais serviços de saúde voltados para indivíduos e famílias através da atenção primária e a população através das funções de saúde pública como o centro elementos de serviços de saúde integrados;
2. **Abordar sistematicamente os determinantes mais amplos da saúde (incluindo fatores sociais, econômicos e ambientais, bem como características e comportamentos individuais)** por meio de políticas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e
3. **Capacitar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde**, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde e **como cuidadores de si mesmos e cuidadores uns dos outros**.



A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. World Health Organization (WHO). Unicef.



Caixa 1. A interação complexa de fatores que levam à melhoria da saúde [redução da mortalidade de menores de cinco anos atribuível a cada um de vários fatores diferentes entre 1990 e 2010]



Increasing the Capacity of Primary Care Through Enabling Technology. Heather M. Young, PhD, RN, FAAN and Thomas S. Nesbitt, MD, MPH

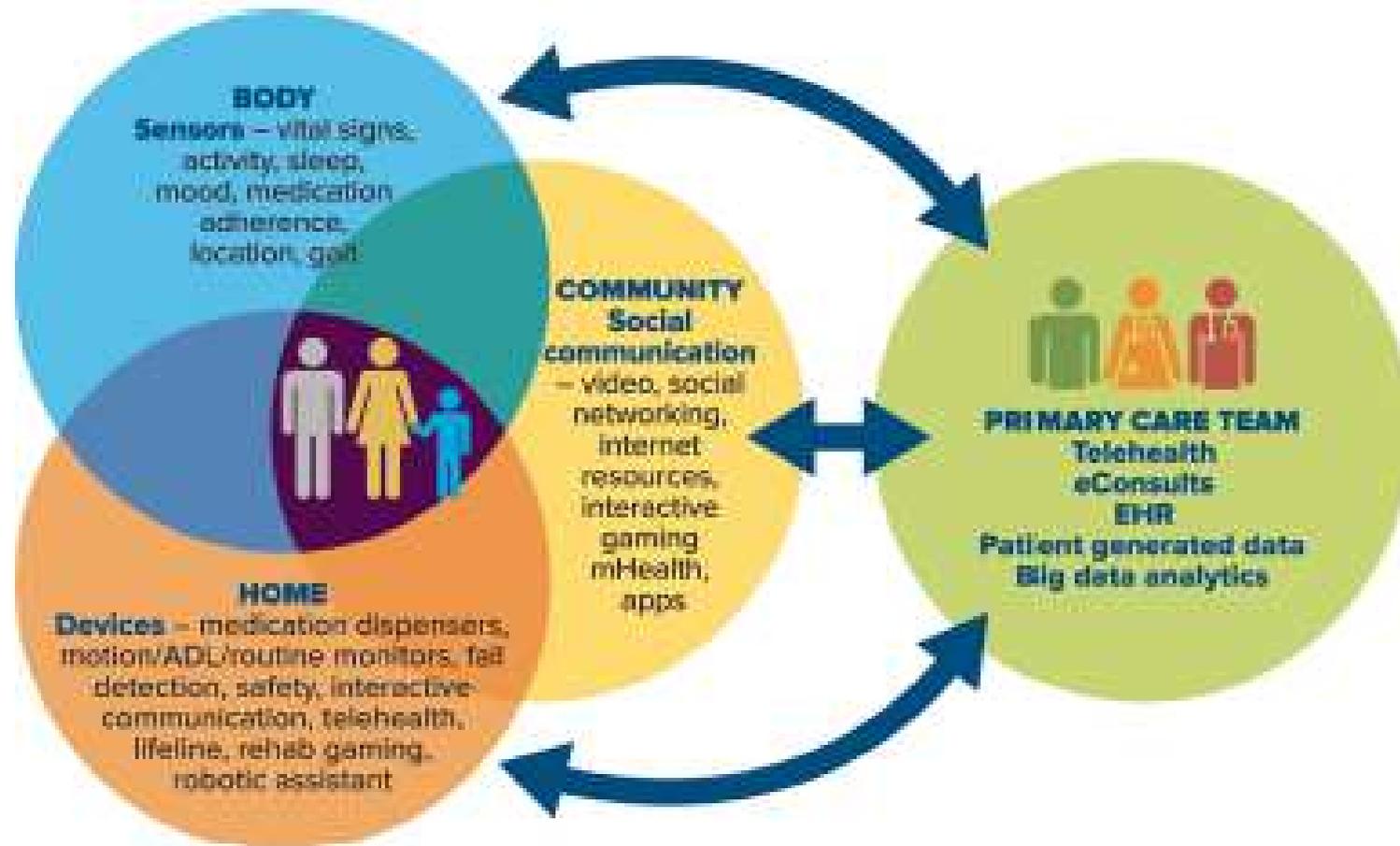
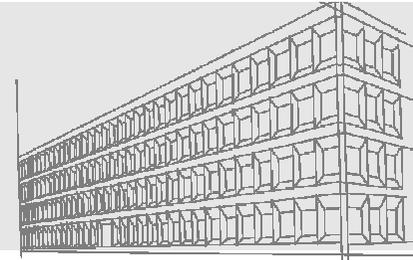
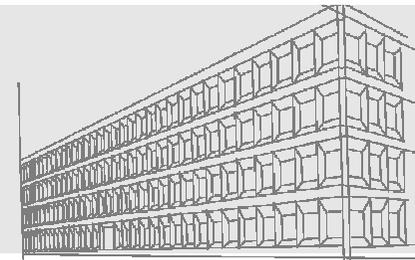


Figure 1 Technology-enabled primary care.

A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. World Health Organization (WHO). Unicef.



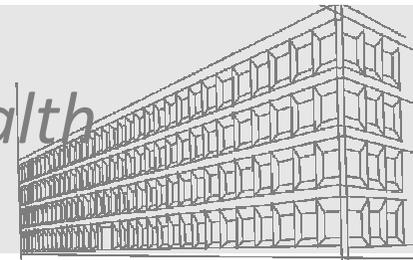
4.3. Força de trabalho em saúde

Os serviços de saúde pessoal de atenção primária são melhor prestados por **equipes eficazes e coordenadas, com uma gama de habilidades e competência para atender à maioria das necessidades de saúde da população, perto de onde vivem** (12,40,41,42). As equipes de atenção primária são idealmente multidisciplinares e podem incluir **médicos de família, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, assistentes médicos, agentes de reabilitação, nutricionistas, gerentes de assistência, assistentes sociais, farmacêuticos, dentistas, curandeiros tradicionais e equipe de apoio.** (...)

Enfermeiras e parteiras também formam um grupo crítico de profissionais de saúde. (...)

Médicos generalistas abrangentes (comumente chamados de **médicos de família**) **desempenham um papel central nos sistemas de saúde orientados para a APS, com atenção primária eficaz. O médico de família, especialista treinado em cuidados abrangentes, generalizados e para todas as pessoas, pode apoiar a equipe de atenção primária na abordagem de uma série de problemas de saúde.** Isso permite uma intervenção precoce na comunidade e maximiza a relação custo-benefício, além de proporcionar benefícios às populações que, de outra forma, precisam procurar atendimento longe de suas comunidades (12,50). (...)

Digital technologies: shaping the future of primary health care. World Health Organization (WHO).

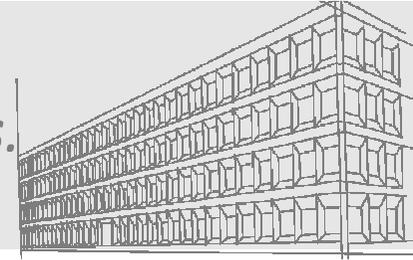


Redirecionar intervenções de instalações de cuidados secundários e terciários, como instalações hospitalares, para lares de pessoas através de telemedicina, atendimento remoto e saúde móvel já está transformando a atenção primária e movendo os sistemas de saúde para um modelo mais integrado e centrado nas pessoas de prestação de serviços de saúde. Serviços como **monitoramento doméstico (por exemplo, pressão arterial, ajuste de medicamentos e exames de sangue e urina)** são essenciais para essa tendência. As tecnologias que permitem o acesso do paciente a informações personalizadas, agendamento de consultas e ferramentas para gerenciar suas condições crônicas fornecem suporte adicional nas configurações domésticas.

As tecnologias podem desempenhar um papel importante na segurança do paciente, identificando riscos e reduzindo os danos no cenário da atenção primária. Por exemplo, **sensores eletrônicos permitem a medição de sinais vitais e rastreamento de atividades** para auxiliar a equipe no monitoramento de pacientes em risco de queda (7). Garantir que as informações sobre medicamentos prescritos possam ser compartilhadas com precisão e segurança por meio da **prescrição eletrônica** reduz a probabilidade de eventos adversos evitáveis dos medicamentos (8).

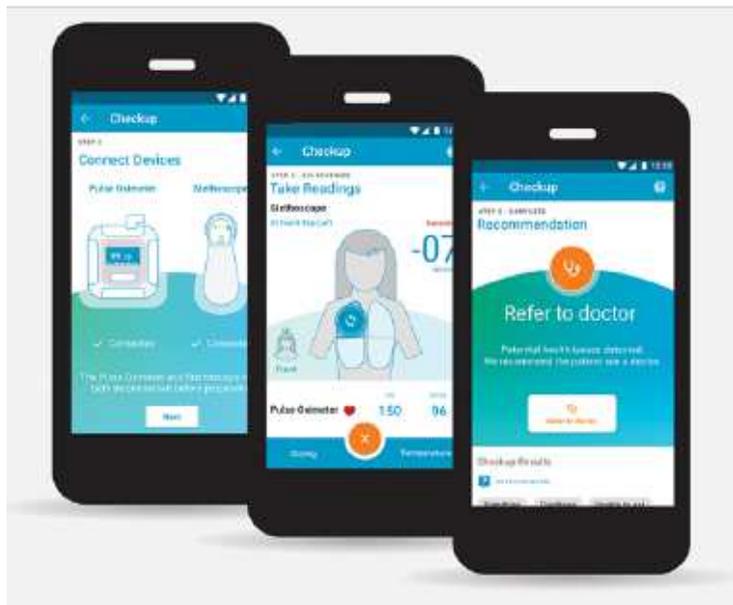
Os pesquisadores estão capitalizando o valor do **big data e o poder da inteligência artificial para apoiar a tomada de decisões clínicas complexas e a identificação e notificação de eventos adversos** (9).

Technologies for Primary Health Care Help Meet Global Goals. *IEEE Pulse. Wudan Yan. May 28, 2019.*



(...) Feebris, que usa aprendizado de máquina para diagnosticar distúrbios respiratórios.

(...). Até agora, nas favelas de Mumbai, essa tecnologia tem cerca de 85% de precisão em comparação com diagnósticos feitos na clínica. Naydenova e seus colegas da Feebris também estão tentando verificar se a tecnologia é precisa no diagnóstico de problemas respiratórios em idosos.



Obrigado

Carlos Augusto de Melo Ferraz

Secretaria de Controle Externo da Saúde do
Tribunal de Contas da União

