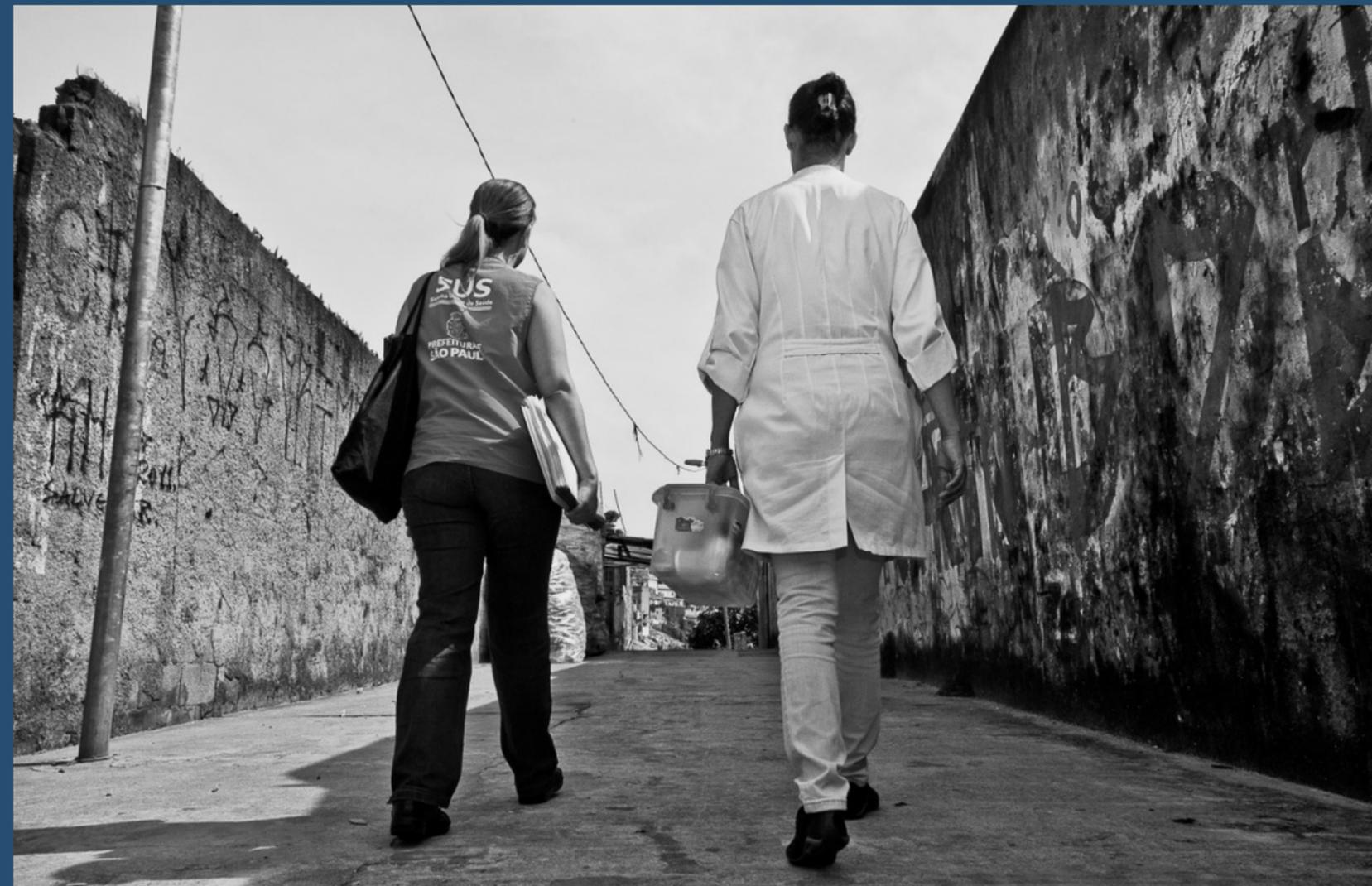
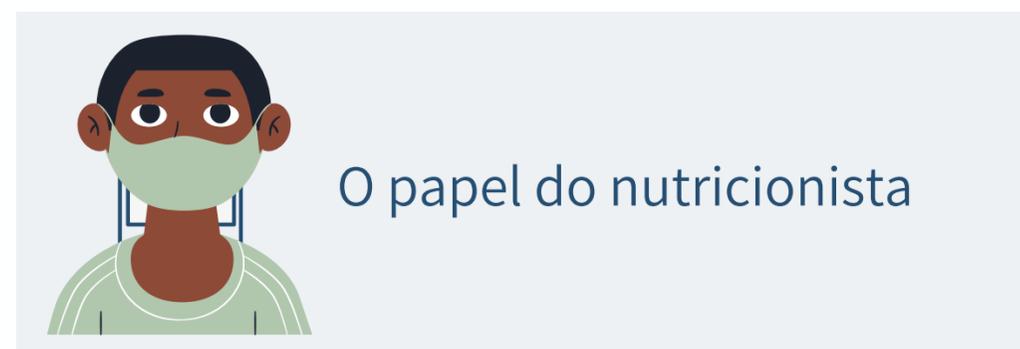
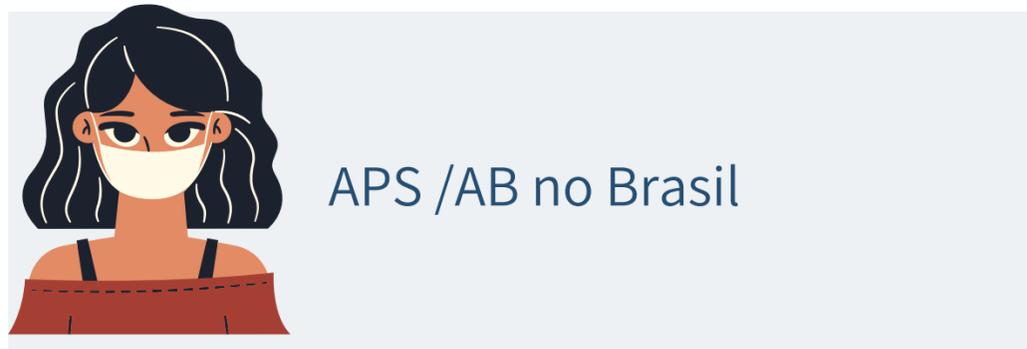
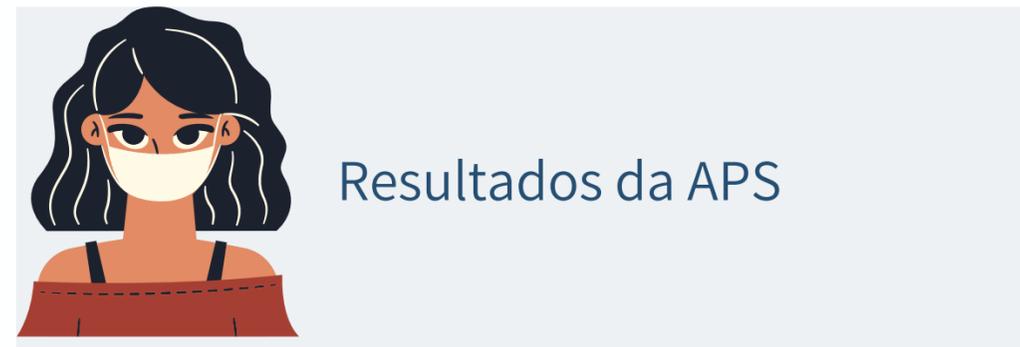


Atenção Primária à Saúde (APS)

Aylene Bousquat- FSP- USP
Curso Nutrição
1º Semestre 2022



Aula de hoje....



História...

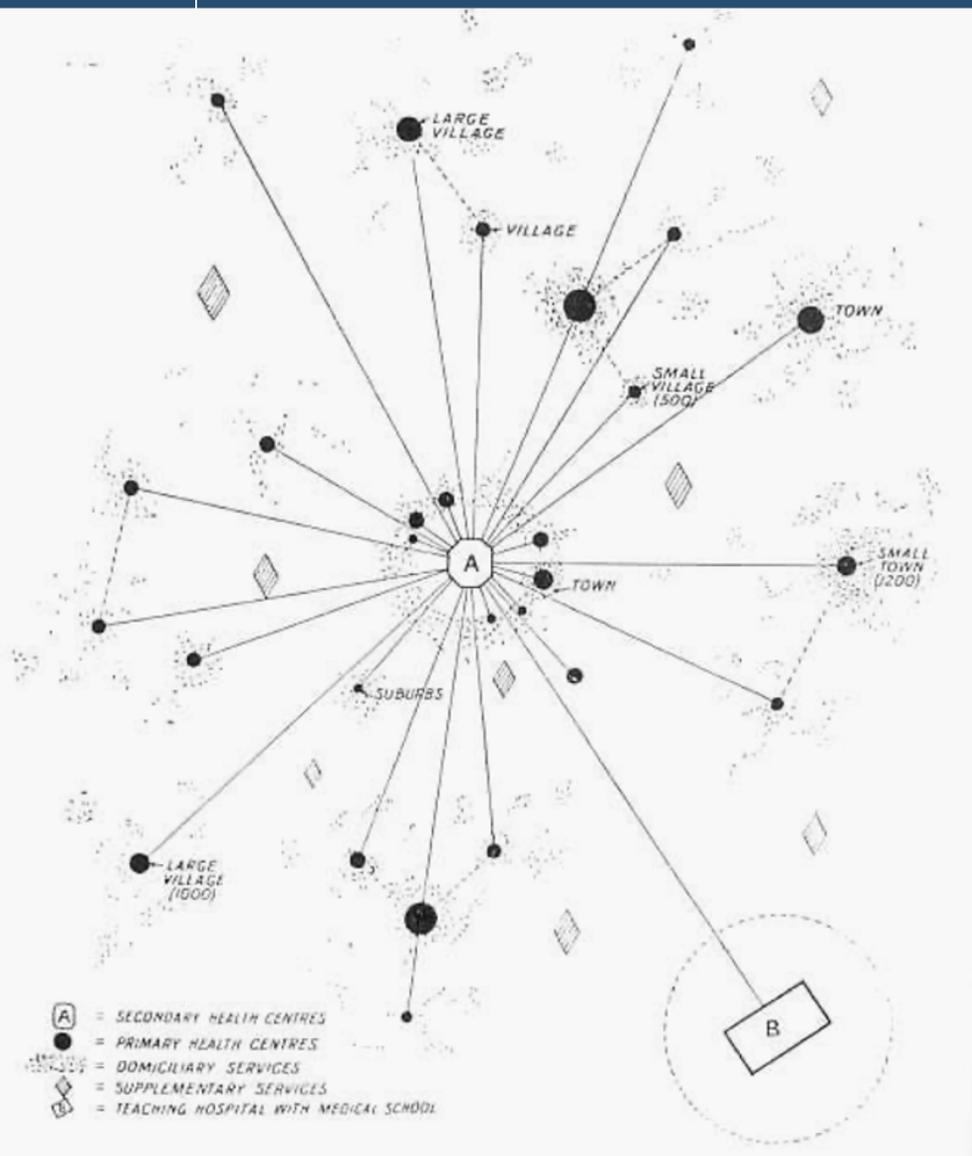


Relatório Dawson (1920)

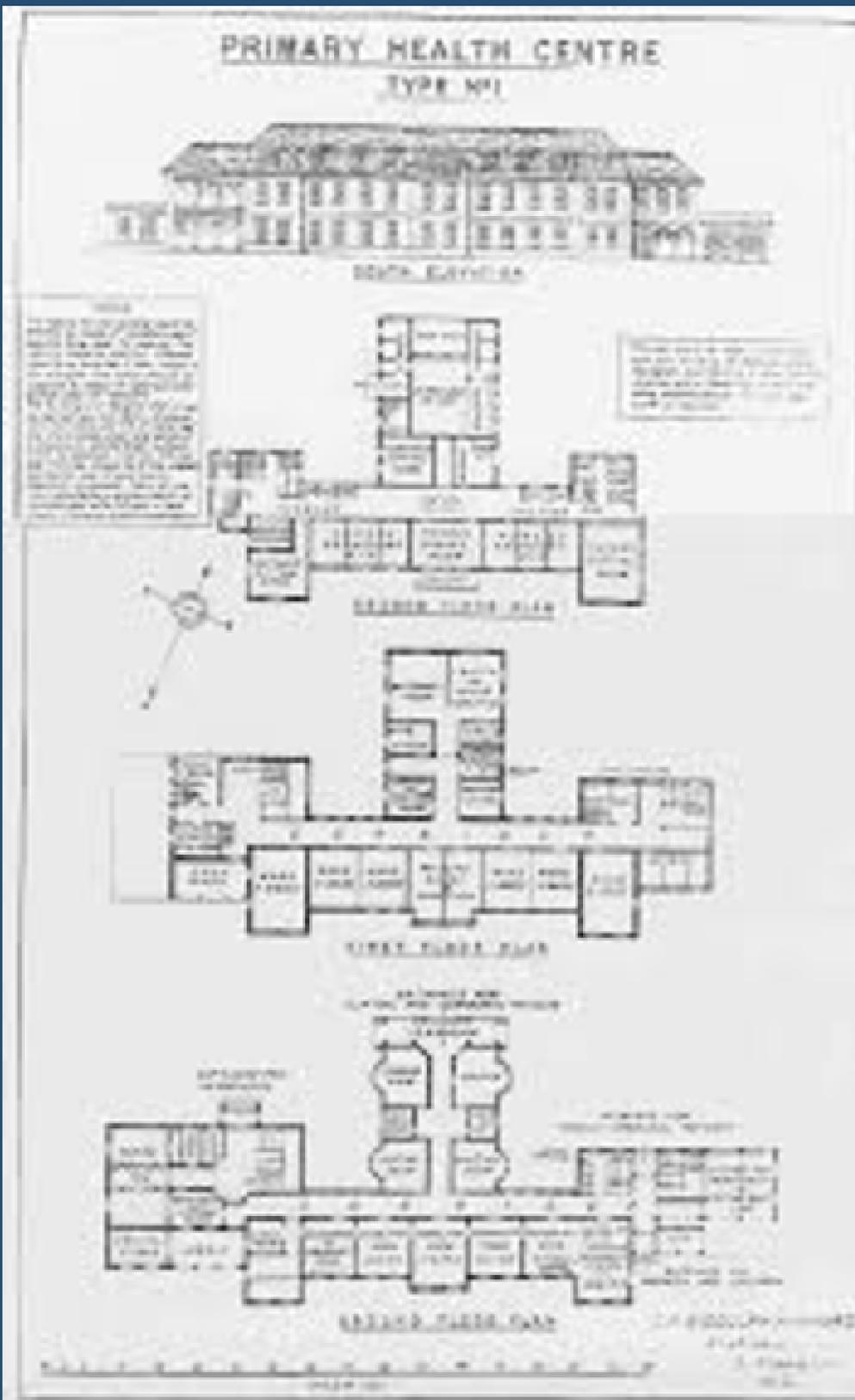
Conferência de Alma Ata (1978)

APS Renovada

Relatório Dawson



- Estabelecia a existência de Centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola.
- Foram propostas as funções de cada um desses níveis de atenção e seus vínculos formais.
- Continha também a indicação de não separar as medidas preventivas das assistenciais.
- A implementação só aconteceu depois da segunda guerra mundial (1948).



"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]





Primeira Resolução Internacional



DECLARAÇÃO DE ALMA ATA





Alma Ata

"Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação".

< >

Alma Ata

"É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção em saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde."

Saúde para todos no ano 2000

APS COMO ESTRATÉGIA;

APS COMO PORTA DE ENTRADA DE UM SISTEMA DE SAÚDE;

MELHOR RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO NOS PAÍSES QUE ASSIM A EFETIVARAM.

Astana, 2018

ASTANA, KAZAKHSTAN
25-26 OCTOBER 2018

GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE



The illustration depicts a stylized community scene. On the left, a person in a yellow shirt and blue pants is kicking a soccer ball. In the center, a large tree is formed by several colorful geometric shapes (yellow, blue, orange). To the right of the tree, two people are standing; one is carrying a blue medical bag. On the far right, there is a simple building with a blue roof and a yellow cross on its side, representing a clinic or health center. The background is a dark blue sky and an orange ground plane.

 Ministry of Healthcare
Republic of Kazakhstan

 World Health
Organization

 unicef 

Astana, 2018

- A APS de qualidade foi reiterada como a forma mais efetiva e eficiente para a aplicação de recursos, e houve um alerta sobre a necessidade de maiores investimentos públicos para saúde e uso mais eficiente: “more money for health and more health for money”.

Algumas Questões

APS - Polissêmico



Atenção Primária à Saúde?

Seletiva

Primeiro Nível de
Atenção

Abrangente ou Integral

Abordagem da Saúde e
dos Direitos Humanos

APS não é



- apenas um serviço de base comunitária sem interligação com os demais níveis do sistema de saúde;
- primeiro nível de contato da população mas, com pouca ênfase nos princípios da APS;
- serviços somente para pobres em países pobres;
- núcleo de um conjunto mínimo de serviços, com apenas algumas atividades consideradas “essenciais”;
- focado em áreas rurais com atividades simples e incorporação de trabalhadores de baixa qualificação que “assumem” o papel do médico
- por fim um cuidado de baixo custo “adequado” para países em desenvolvimento

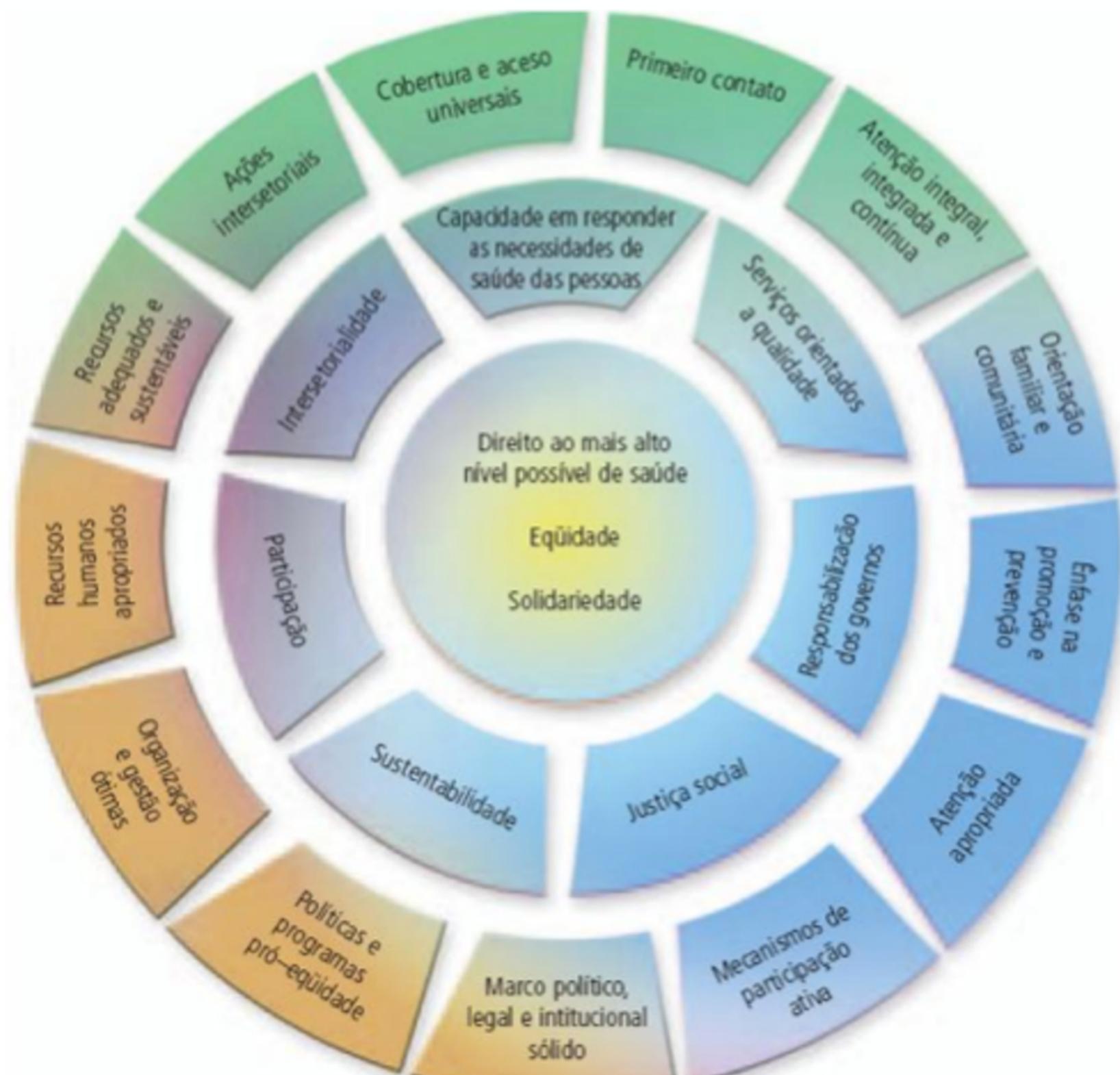
APS Abrangente



Integrada ao sistema de saúde,
garantindo integralidade e com
participação social

Enfrenta os determinantes sociais da
doença

Estratégia para organizar os
sistemas de atenção à saúde e para a
sociedade promover a saúde



Abordagem de saúde e de direitos humanos



- **ENFATIZA A
COMPREENSÃO DA
SAÚDE COMO DIREITO
HUMANO E A
NECESSIDADE DE
ABORDAR OS
DETERMINANTES
SOCIAIS E POLÍTICOS
MAIS AMPLOS**
- **POLÍTICA DE
DESENVOLVIMENTO
DEVEM SER INCLUSIVAS
E APOIADAS POR
COMPROMISSOS
FINANCEIROS E DE
LEGISLAÇÃO PARA
PROMOVER A EQUIDADE
EM SAÚDE**

**FILOSOFIA QUE
PERMEIA OS
SETORES SOCIAIS E
DE SAÚDE**

Vuori,

Saúde como direito

"Atenção Primária é a provisão do primeiro contato, focado no indivíduo e continuado ao longo do tempo, que corresponda às necessidades de saúde das pessoas. A referência se dará somente naqueles casos incomuns que extrapolarão sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção"

Starfield

Características da assistência na APS

(Starfield, 2002)



A atenção primária lida com problemas mais comuns e menos definidos.



Os pacientes têm acesso a uma forma adequada de atenção, continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos



É menos intensiva (capital e trabalho) e menos hierárquica em sua organização

Características da assistência na APS

(Starfield, 2002)



Médicos/Equipes da APS lidam com uma variedade mais ampla de problemas (pacientes individuais e comunidades).



Como estão mais próximos do paciente e seu ambiente estão em melhor condição para avaliar os determinantes do processo de saúde – doença e para propor alternativas mais eficazes de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Características da assistência na APS – Específicas

(Starfield, 2002)



ENTRADA PARA NOVAS NECESSIDADES E PROBLEMAS



ATENÇÃO SOBRE A PESSOA NO DECORRER DO
TEMPO (NÃO EXCLUSIVAMENTE À ENFERMIDADE)



ABRANGE TODAS AS SITUAÇÕES (EXCETO AS RARAS)

Características da assistência na APS – Compartilhadas

(Starfield, 2002)



RESPONSABILIDADE PELO ACESSO, QUALIDADE E CUSTOS



ATENÇÃO À PREVENÇÃO, AO TRATAMENTO E À REABILITACÃO



TRABALHO EM EQUIPE

A questão central em relação ao primeiro nível de atenção é que, para cumprir estas funções, ele também precisa ser “dotado de complexidade”. Complexidade que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos e pelas articulações

- Garantir acesso aos demais níveis do sistema.







Proposta Starfield



Atributos da APS



Atributos exclusivos

Quatro atributos exclusivos/essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação, que são os de maior especificidade .

Estes atributos são distintos conceitualmente, mas apresentam superposição e complementação na prática das equipes (Starfield, 2002).



Atributos derivativos

Quanto aos aspectos derivativos da APS, pode-se dizer que contribuem para o alcance dos atributos exclusivos e potencializam a qualidade da APS à medida que pressupõem interação com os indivíduos e com a comunidade. São eles: centralidade na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade.



Primeiro Contato

Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro da saúde

Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados



Abrangência / Integralidade

Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde.

Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário



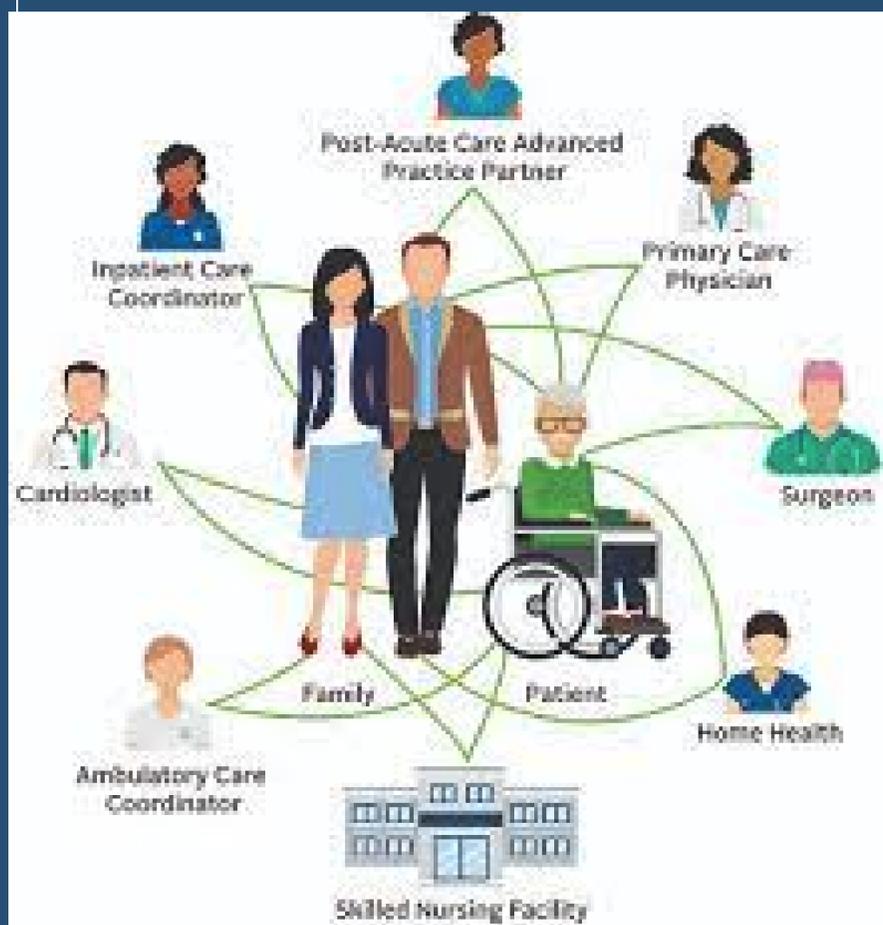
◀ ▶ Longitudinalidade / continuidade

Acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente.

O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade

Coordenação

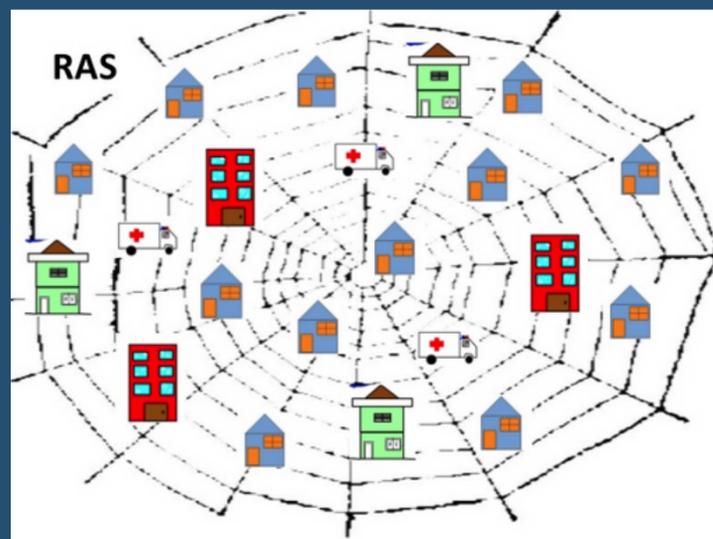
Coordenação significa integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que os pacientes tenham sido recebidos. Ocorre a partir da disponibilidade de informações relacionadas às necessidades de saúde para o presente atendimento



Coordenação

Uma articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde, que tem por objetivo comum garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas necessidades.

Uma coordenação do cuidado efetiva se sustenta em três pilares de coordenação: a da informação, a clínica e a administrativa/organizacional.



◁○▷ Orientação para comunidade

- Conhecimento das necessidades de saúde da população em razão do contexto econômico e social
- Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade
- Participação da comunidade nas decisões sobre saúde

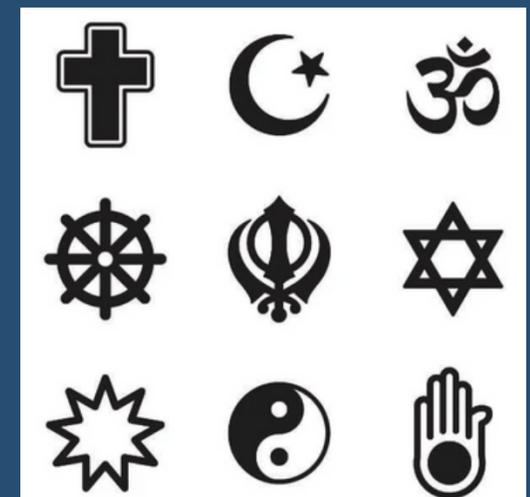


Centralidade na família

- **Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro**
- **Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde**

Competência cultural

Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-doença

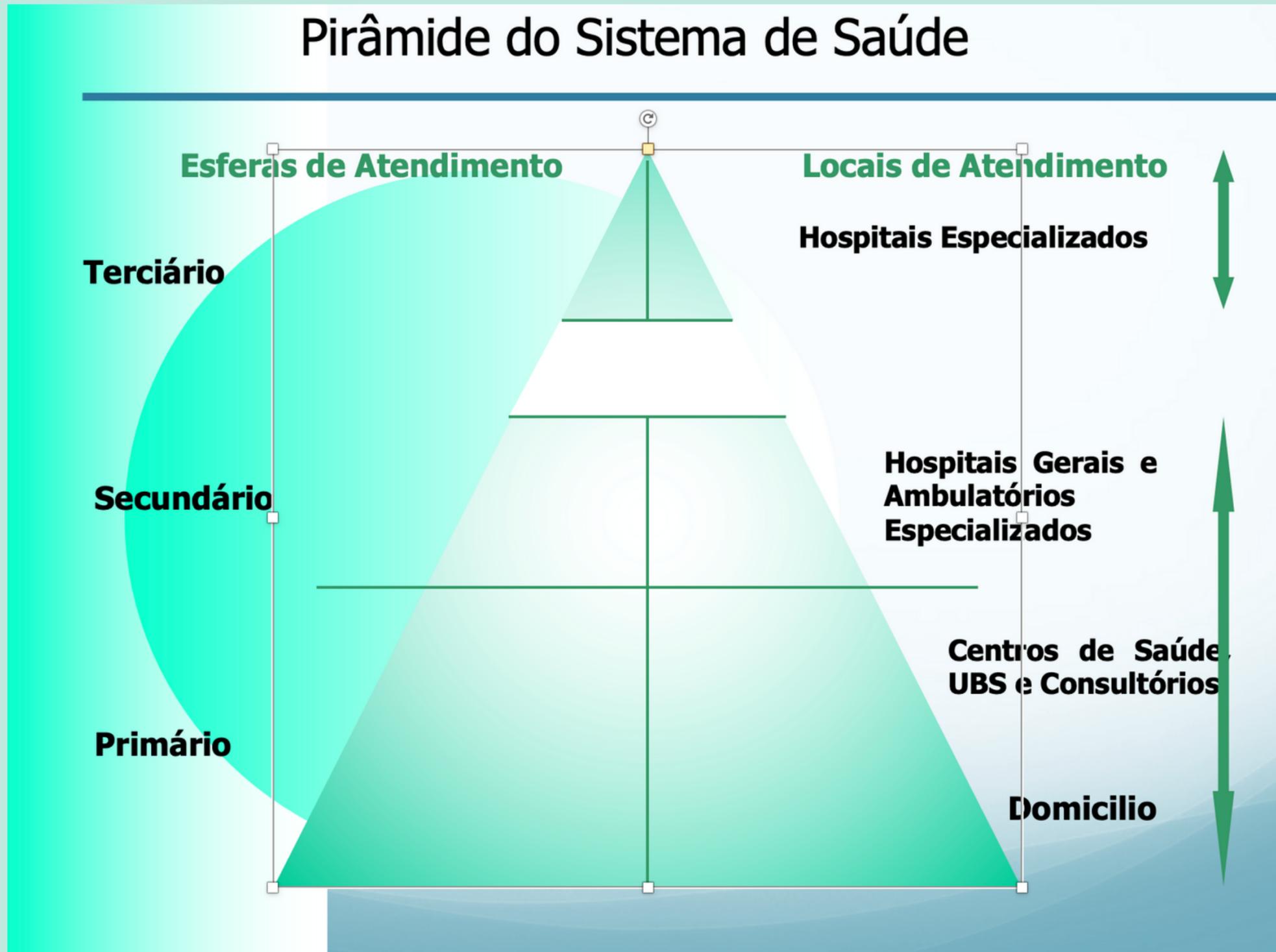




O lugar da APS no sistema de saúde

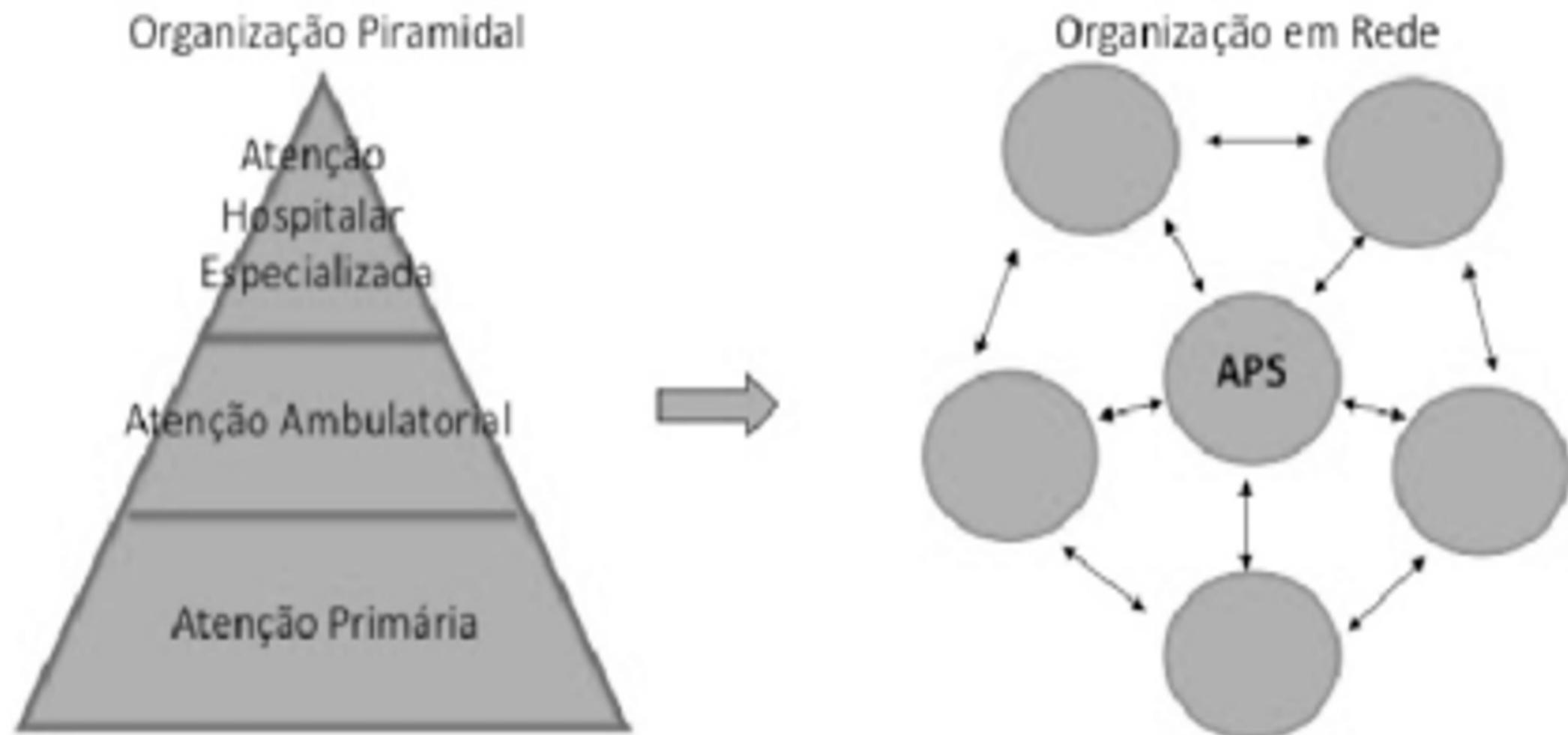


Pirâmide do Sistema de Saúde



Organização do Sistema

MINISTÉRIO DA SAÚDE | SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE | DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA | COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Ministério da Saúde, 2006⁽²⁾

Figura 1. Organização do Sistema de Saúde.

Os serviços de saúde desempenham um papel fundamental ao materializar muitos dos valores, princípios e elementos centrais de um sistema de saúde com base na APS.

Os serviços de atenção primária, por exemplo, são fundamentais para garantir o acesso equitativo a serviços básicos de saúde a toda a população.

Por que a Atenção Primária é importante?

Melhores resultados em saúde

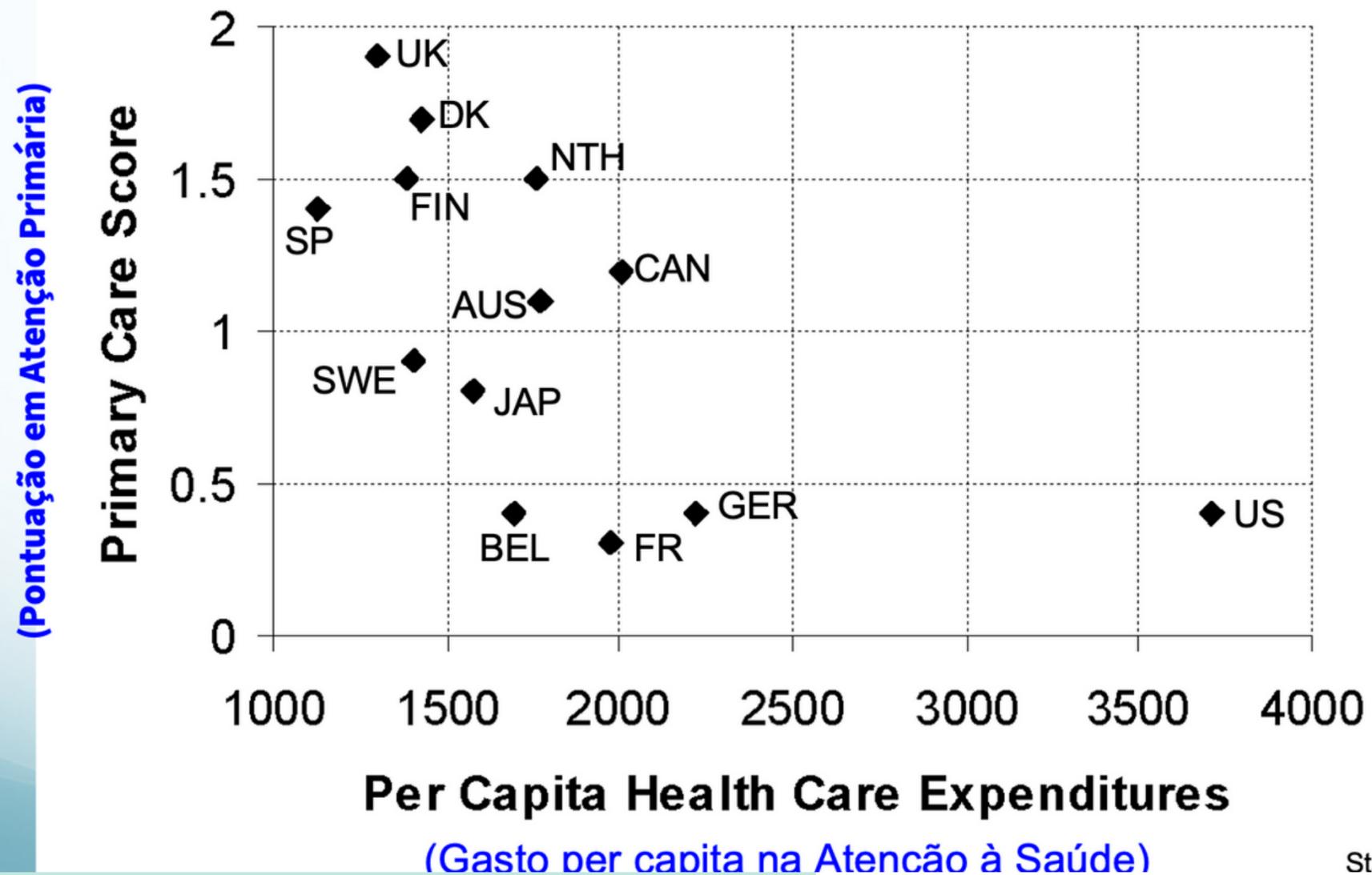
Custos mais baixos

Maior equidade em saúde



Estudo Clássico...

Pontuação em Atenção Primária vs. Gastos com Atenção à Saúde, 1997



Países orientados para a Atenção

Primária têm:

- Menos crianças com baixo peso ao nascer
- Menor mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal
- Menor mortalidade precoce devido a suicídio
- Menor mortalidade precoce relacionada a todas as causas “exceto as externas”
- Maior expectativa de vida em todas as faixas de idade, exceto aos 80 anos



Brasil...

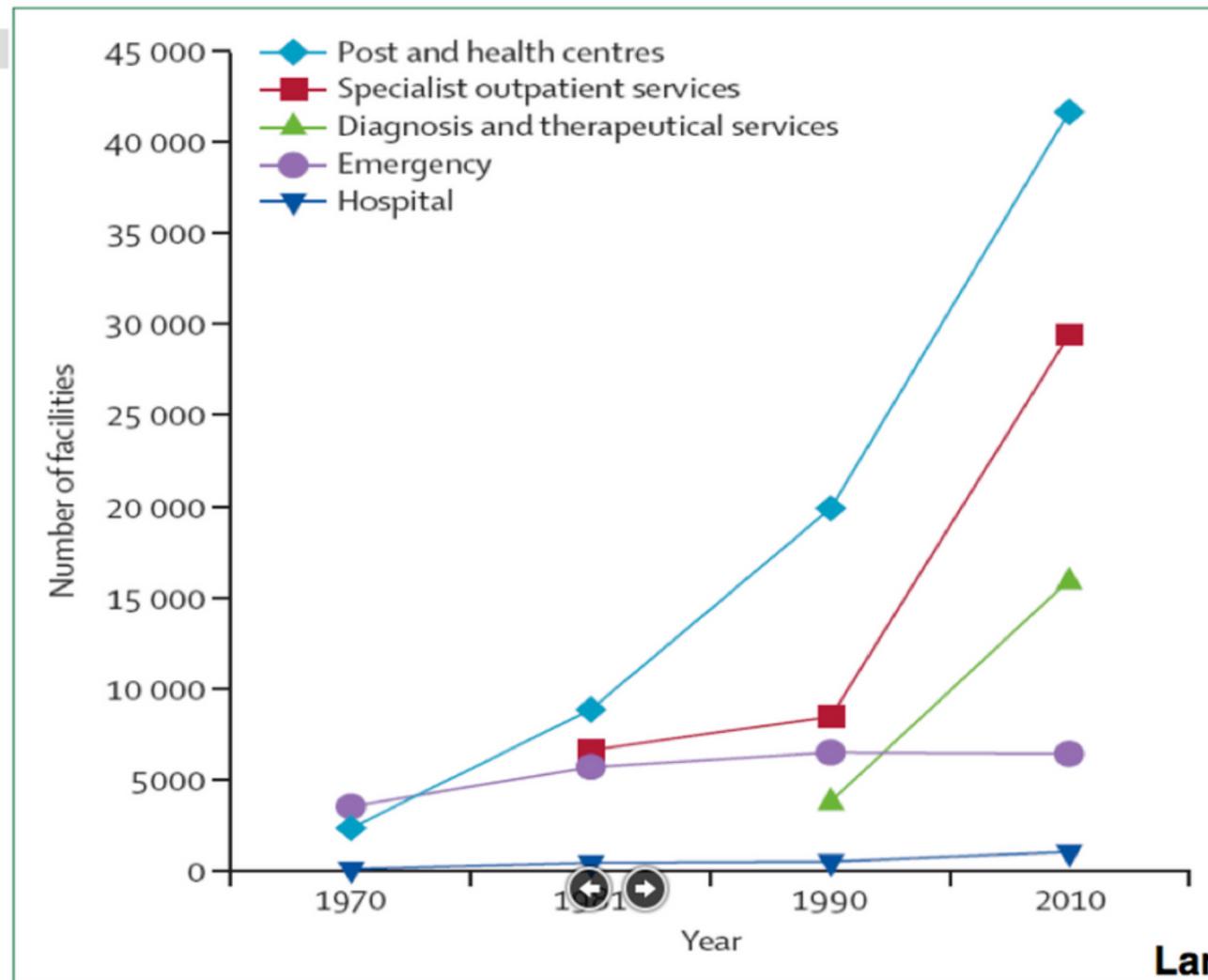


Estratégia Brasileira • Saúde da Família



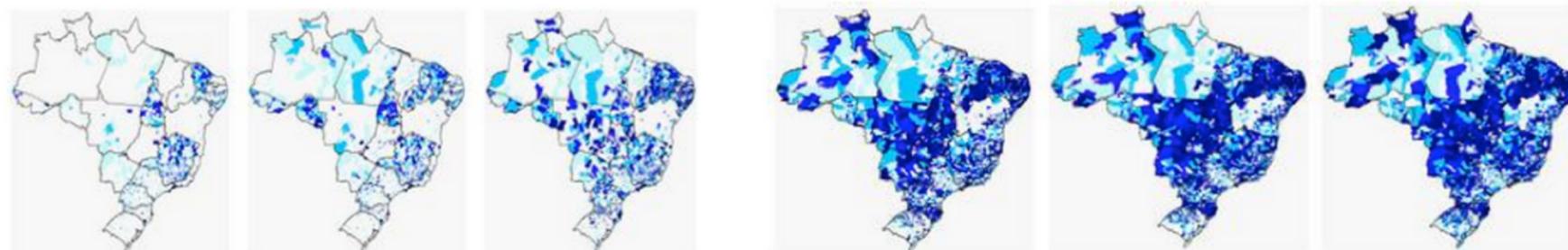


Expansion of the health-care facilities in Brazil, 1970-2010



- Início 1994 com Programas de Agente Comunitários de Saúde
- Municípios do Mapa da Fome
- Rápida Expansão

Cobertura da Estratégia Saúde da Família



1998

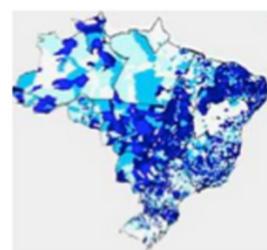
1999

2000

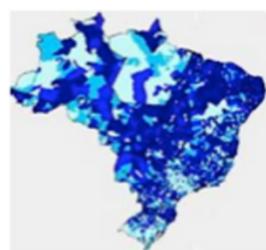
2002

2003

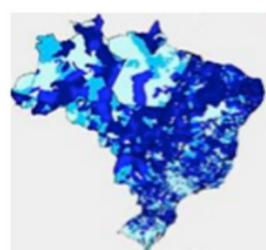
2004



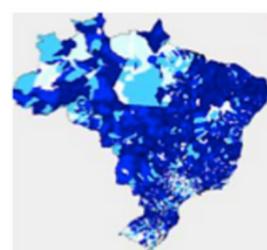
2005



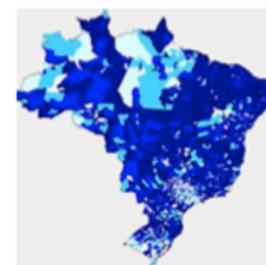
2006



2007



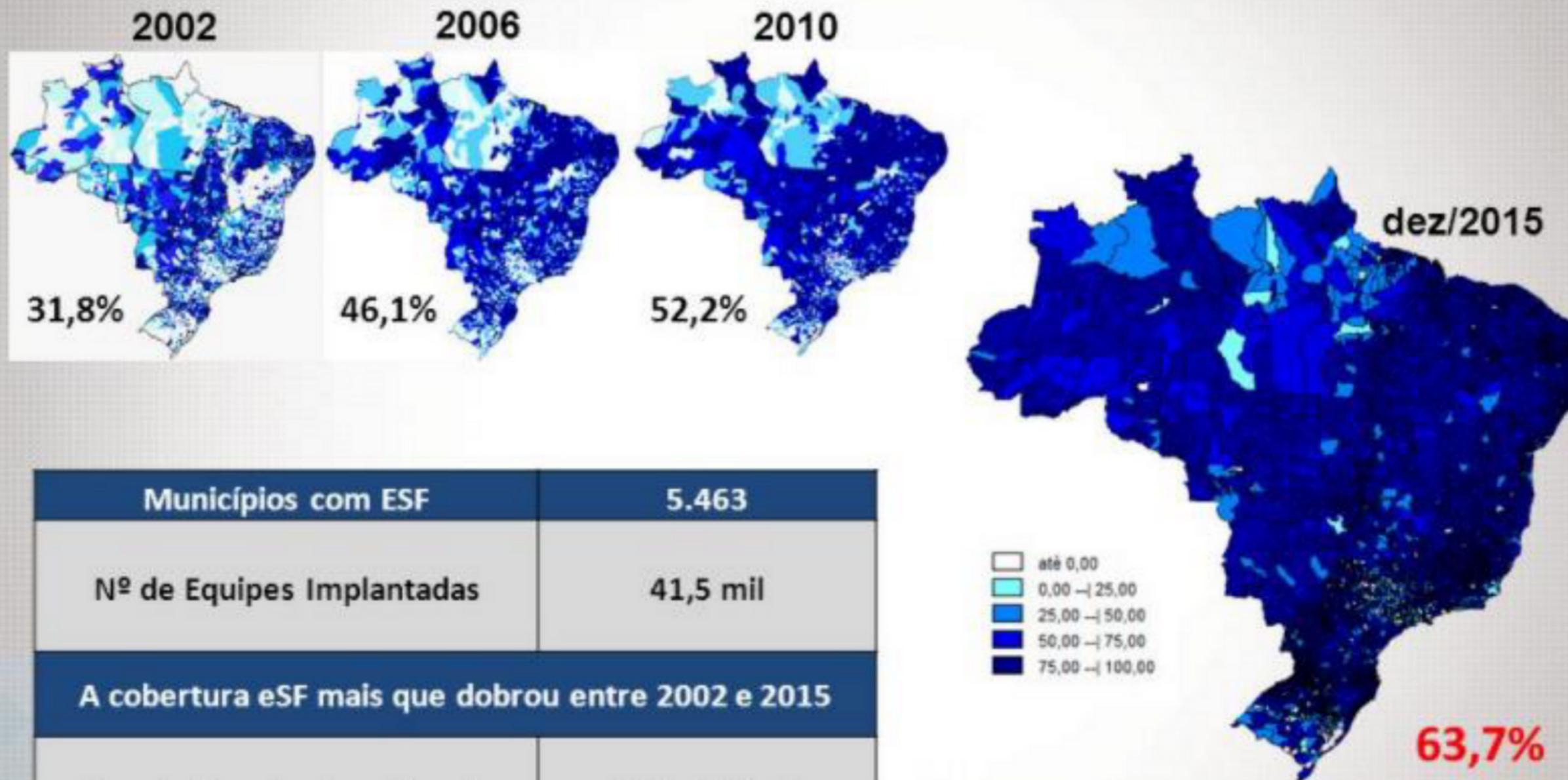
2008



2010



Cobertura Saúde da Família



Municípios com ESF	5.463
Nº de Equipes Implantadas	41,5 mil
A cobertura eSF mais que dobrou entre 2002 e 2015	
População coberta estimada	124 milhões*

Fonte: Histórico DAB

O PSF no Brasil é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade, embora seus êxitos ainda não tenham recebido o merecido reconhecimento internacional... A ascensão política e econômica do Brasil no mundo deve englobar também seu papel de liderança na APS.”

British Medical Journal –Matthew Harris e Andy Haines

(2010):



- médico
- enfermeiro
- técnico de enfermagem
- agentes comunitários de saúde (ACS).

•cirurgião-dentista
auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.





•O número de ACS inicialmente seria suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.



Intervenções no âmbito da APS: ampliação do acesso e elenco de práticas



- 2008 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- 2011 – Academia da Saúde;
- 2011 – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) - populações ribeirinhas na AM Legal e Mato Grosso do Sul;
- 2011 – Consultórios de Rua - população em situação de rua;
- 2011 – Atenção Domiciliar – SAD;
- 2013 – Programa Mais Médicos

Políticas e programas: ampliação do acesso e elenco de práticas



- 1999 - Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- 2003 - a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – ações no âmbito da APS e atenção especializada;
- 2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;
- 2007 - Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação;
- 2011 - Programa Farmácia Popular do Brasil;
- 2014 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);

Intervenções no âmbito da APS: financiamento, M&A, formação de profissionais e infraestrutura de UBS



- 1996 – criação do Piso de Atenção Básica – PAB;
- 1998 – 2015 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- 1997 – 2003 - Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família;
- 2001 - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS;
- 2005 - Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ)
- 2009 - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)
- 2011 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)
- 2011 - Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Impactos na saúde da população....



Mortalidade infantil e de menores de 5 anos:

.Estudos nacionais demonstraram impacto da ESF, desde os primeiros anos de sua implantação;

- Declínio da TMI, especialmente, do componente pós-neonatal, e da TMM5;
- Evidências de redução das desigualdades;
- Ampliação do acesso a ações e serviços de saúde (consultas médicas, atividades educativas, visitas domiciliares, atenção pré-natal e cobertura vacinal).

Going to scale with community-based primary care:
An analysis of the family health program and infant mortality
in Brazil, 1999–2004

James Macinko^{a,*}, Maria de Fátima Marinho de Souza^b,
Frederico C. Guanais^c, Celso Cardoso da Silva Simões^d

^aUniversity of Pennsylvania, RWJF Health and Society Scholars program, 3641 Locust Walk, Philadelphia, PA 19104, USA

^bSecretariat of Health Surveillance, Ministry of Health, Brasília, Brazil

^cMinistry of Social Development and the Fight against Hunger, Brasília, Brazil

^dInstitute of Geography and Statistics (IBGE), Rio de Janeiro, Brazil

Table 5
Marginal effects^a by outcome, Brazilian microregions 1999–2004

Variable	Infant mortality rate	Post-neonatal mortality rate ^b	Diarrhea mortality ^b
Coverage of family health program	−0.447** (−0.506, −0.387)	−0.591** (−0.909, −0.273)	−1.034* (−2.030, −0.037)
Physicians per 1000 population	−0.251** (−0.439, −0.064)	−0.401* (−0.816, 0.015)	−1.088 (−2.880, 0.704)
Hospital beds per 1000 population	0.348** (0.242, 0.455)	−0.526 (−1.310, 0.257)	−1.038 (−3.536, 1.459)
Hepatitis B coverage (%)	−0.376** (−0.452, −0.300)	0.359 (−0.252, 0.971)	−3.770** (−5.951, −1.589)
Population (1000s)	−1.048** (−1.340, −0.755)	−2.873** (−4.154, −1.593)	−4.715** (−7.439, −1.991)
Population in poorest income quintile (%)	0.213** (0.102, 0.323)	0.497* (0.035, 0.958)	0.801 (−0.229, 1.831)
Mothers with no formal education (%)	0.190** (0.134, 0.245)	0.093 (−0.459, 0.644)	1.879** (−0.628, 3.130)
Mothers with no prenatal care (%)	0.252** (0.204, 0.300)	0.784** (0.420, 1.147)	−0.619 (−1.570, 0.332)
LBW births (% of all births)	−0.546** (−0.686, −0.406)	0.973 (−0.414, 2.360)	−1.572 (−5.245, 2.101)

Robust 95% confidence intervals in parentheses; microregion fixed effects not shown.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

^aMarginal effects represent percent change in the outcome associated with a 10 percent change in the independent variable. All marginal effects were calculated in terms of elasticities evaluated at the means of all other independent variables.

^bRates expressed as per 1000 live births and are based on observed counts that have not been adjusted for underreporting of infant deaths in some municipalities.

- TMI declinou **13%** de 1999 a 2004, enquanto que a cobertura da ESF aumentou de **14% para 60%**.
- Controlando por outros determinantes, **10%** de aumento de cobertura esteve associado a **0,45% de declínio na TMI**, a **0,6% na TMI pós-neonatal** e **1 % na TMI por diarreia**, mas não esteve associado a TMI neonatal.

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 pe-

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 771 of 5561 Brazilian municipalities from 1996 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%, 16.0%, 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 index at the beginning of the study period.

Conclusions. The FHP had an important effect on reducing the infant mortality rate in Brazilian municipalities from 1996 to 2004. The FHP may also contribute toward reducing health inequalities. (*Am J Public Health*. 2008;99:87-93. doi:

Variables	Infant Mortality Rate		Neonatal Mortality Rate, RR (95% CI)	Postneonatal Mortality Rate, RR (95% CI)
	Crude RR (95% CI)	Adjusted RR (95% CI)		
FHP coverage				
No FHP ^a (Ref)	1.00	1.00	1.00	1.00
Incipient FHP ^b	0.84 (0.82, 0.85)	0.87 (0.86, 0.89)	0.90 (0.89, 0.92)	0.82 (0.80, 0.84)
Intermediate FHP ^c	0.77 (0.75, 0.79)	0.84 (0.82, 0.86)	0.86 (0.84, 0.89)	0.78 (0.75, 0.81)
Consolidate FHP ^d	0.68 (0.64, 0.73)	0.78 (0.73, 0.83)	0.81 (0.76, 0.88)	0.69 (0.62, 0.76)
Total fertility rate ≤2.4 children per childbearing-age woman		0.90 (0.87, 0.93)	0.92 (0.88, 0.95)	0.88 (0.84, 0.92)
Per capita income ≥BR\$258.00		0.92 (0.89, 0.94)	0.93 (0.89, 0.96)	0.89 (0.85, 0.93)
Functional illiterates rate ≤26.0% of individuals aged ≥15 y		0.87 (0.84, 0.89)	0.89 (0.86, 0.92)	0.83 (0.79, 0.87)
Percentage of persons living in households with running water ≥96.0%		0.91 (0.89, 0.93)	0.93 (0.90, 0.95)	0.88 (0.85, 0.91)
Gini index ^e ≤0.55		1.18 (1.14, 1.22)	1.21 (1.16, 1.26)	1.10 (1.05, 1.16)
Local hospitalization		0.88 (0.82, 0.96)	0.88 (0.80, 0.96)	0.94 (0.84, 1.06)

- Associação negativa estatisticamente significativa entre cobertura do ESF e TMI, no período de 1996 a 2004:

- Incipiente - **13% (IC 95% 11% - 14%)**
- Intermediário - **16% (IC 95% 14% - 18%)**
- Consolidado - **22% (IC 95% 17% - 27%)**

- Mortalidade pós-neonatal: **18%, 22% e 31%**
- Maior efeito em municípios com maior TMI e menor IDH: redução de inequidades.
- Consultas médicas, atividades educativas, visitas domiciliares, atenção pré-natal e cobertura vacinal

◁ ▷ Internações por condições sensíveis:

- Diversos estudos demonstraram impacto da ESF nas ICSAP, mas existem controvérsias;
- Complexidade do fenômeno: acesso a internações e gravidade dos eventos;
- Construção do indicador de ICSAP

Revisão sistemática sobre APS

(Bastos e cols., 2017)

- Considerável evidência sobre associação entre ESF e redução da TMI e TMM5, principalmente com a mortalidade pós-neonatal;
- A associação da ESF e ICSAP é menos clara, mas a maioria dos estudos reportaram redução das taxas de ICSAP;
 - COMPLEXIDADE NA CADEIA CAUSAL;
 - CONDIÇÕES DOS MUNICÍPIOS, ESPECIALMENTE, DISPONIBILIDADE DE LEITOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DO DIAGNÓSTICO;
 - EFEITOS DA ESF SOBRE AS CONDIÇÕES CRÔNICAS PODEM ENVOLVER LONGOS PERÍODOS DE TEMPO.

Acesso e qualidade dos serviços de saúde:

- **Ampliação do acesso às ações e serviços básicos de saúde;**
- **Unidade de saúde da família como fonte usual de cuidado;**
- **Elenco de ações e serviços de saúde.**

Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?

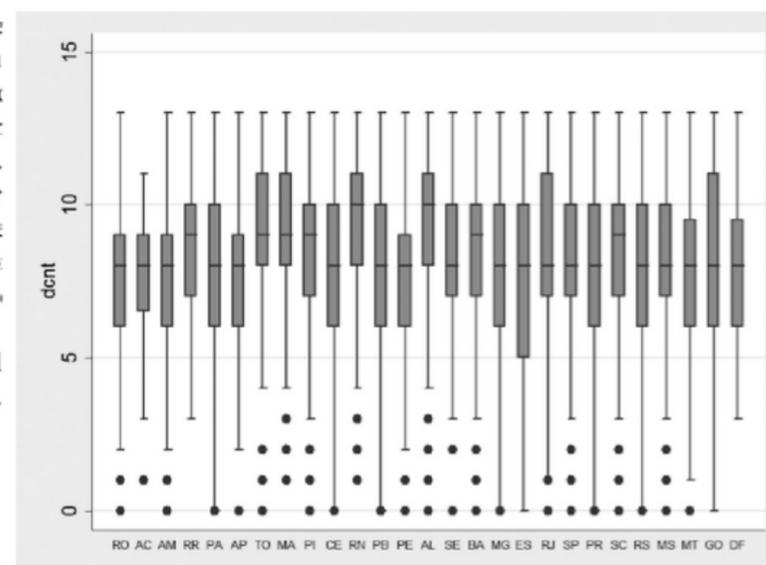
Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing?

Maria Guadalupe Medina¹, Rosana Aquino², Ana Luiza Queiroz Vilasbôas³, Eduardo Mota⁴, Elzo Pereira Pinto Júnior⁵, Leandro Alves da Luz⁶, Davllyn Santos Oliveira dos Anjos⁷, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁸

RESUMO Este estudo objetiva descrever as ações crônicas realizadas pelas equipes de Saúde da Família, com base na Melhoria do Acesso e da Qualidade (MAQ) e nas formações prestadas pelos profissionais através de comprovação documental. Os resultados foram analisados a partir da base de dados do PMAQ-AB. As ações analisadas, especialmente aquelas realizadas em escolas, além de pouca contextualização dessas ações no âmbito

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde crônica; Estratégia Saúde da Família.

Gráfico 1. Box plots da distribuição das equipes de Atenção Básica segundo número de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT e por unidade federada. Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

Realização de ações:

- > 70% - ações dirigidas a mulheres (82,1%), homens (87,4%), DM (89,5%), autocuidado (89,6%), HAS (74,6%), e alimentação (71,7%);
- incentivo a atividades físicas (61,0%), práticas corporais (42,7%), ações dirigidas aos idosos (36,5%),
- detecção precoce de HAS (45,7%), avaliação antropométrica (26,2%) e nutricional (21,4%) nas escolas

Realização de 1 ou + ações:

- gerais: 96,0% / 16,1% documentos;
- escolas: 75,3% / 53,7% documentos

Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities



Davide Rasella, Rosana Aquino, Carlos A T Santos, Rômulo Paes-Sousa, Mauricio L Barreto

Summary

Background In the past 15 years, Brazil has undergone notable social and public health changes, including a large reduction in child mortality. The *Bolsa Família* Programme (BFP) is a widespread conditional cash transfer programme, launched in 2003, which transfers cash to poor households (maximum income US\$70 per person a month) when they comply with conditions related to health and education. Transfers range from \$18 to \$175 per month, depending on the income and composition of the family. We aimed to assess the effect of the BFP on deaths of children younger than 5 years (under-5), overall and resulting from specific causes associated with poverty: malnutrition, diarrhoea, and lower respiratory infections.

Methods The study had a mixed ecological design. It covered the period from 2004–09 and included 2853 (of 5565) municipalities with death and livebirth statistics of adequate quality. We used government sources to calculate all-cause under-5 mortality rates and under-5 mortality rates for selected causes. BFP coverage was classified as low (0–17.1%), intermediate (17.2–32.0%), high (>32.0%), or consolidated (>32.0% and target population coverage ≥100% for at least 4 years). We did multivariable regression analyses of panel data with fixed-effects negative binomial models, adjusted for relevant social and economic covariates, and for the effect of the largest primary health-care scheme in the country (Family Health Programme).

Findings Under-5 mortality rate, overall, increased. The rate ratios (RR) for the effect of intermediate coverage, 0.88 (0.85–0.91) and of consolidated BFP coverage was 0.83 (0.79–0.88) and diarrhoea (0.47; 0.37–0.59).

Interpretation A conditional cash transfer programme, overall, and in particular for deaths attributable to diarrhoea, in a large middle-income country such as Brazil.

Funding National Institutes of Science and Technology Development.

Published Online
May 15, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)
See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61035-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61035-1)
Instituto de Saúde Coletiva, Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil (D Rasella PhD, R Aquino MD, C A T Santos PhD, Prof M L Barreto MD); Department of Exact Sciences, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil (C A T Santos); Institute of Development

	BFP models		FHP models		FHP and BFP (adjusted)
	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted	
BFP population coverage					
Low (0-17.1%)	1.00	1.00	--	--	1.00
Intermediate (17.2-32.0%)	0.91 (0.90-0.93)	0.93 (0.91-0.95)	--	--	0.94 (0.92-0.96)
High (>32.0%)	0.82 (0.80-0.85)	0.86 (0.83-0.89)	--	--	0.88 (0.85-0.91)
Consolidated (>32.0% and TPC ≥100% for at least 4 years)	0.76 (0.72-0.80)	0.81 (0.76-0.85)	--	--	0.83 (0.79-0.88)
FHP municipality population coverage					
No FHP (0-0%)	--	--	1.00	1.00	1.00
Incipient (<30%)	--	--	0.97 (0.92-1.02)	0.98 (0.94-1.03)	0.99 (0.94-1.04)
Intermediate (≥30%)	--	--	0.89 (0.85-0.93)	0.91 (0.87-0.96)	0.93 (0.88-0.97)
Consolidated (≥70% and implemented for at least 4 years)	--	--	0.81 (0.77-0.86)	0.85 (0.80-0.90)	0.88 (0.83-0.93)
Income per person (monthly, >BR\$380) ^a	--	0.94 (0.92-0.97)	--	0.93 (0.91-0.96)	0.95 (0.92-0.97)
Proportion of municipality population eligible for BFP ^b >22.4%	--	1.07 (1.02-1.11)	--	1.10 (1.06-1.15)	1.07 (1.03-1.12)
Proportion of individuals living in households with inadequate sanitation ^c <16.7%	--	1.10 (1.05-1.15)	--	1.11 (1.06-1.15)	1.10 (1.05-1.15)
Proportion of individuals older than 15 years who are illiterate ^d >11.1%	--	1.04 (1.00-1.09)	--	1.05 (1.01-1.10)	1.04 (1.00-1.08)
Total fertility rate ^e >2.32	--	1.08 (1.04-1.11)	--	1.08 (1.05-1.12)	1.07 (1.03-1.10)
Rate of admission to hospital (per 100 inhabitants) ^f >4.27	--	1.02 (0.99-1.04)	--	1.02 (0.99-1.04)	1.01 (0.99-1.04)
Number of observations	17 118	17 118	17 118	17 118	17 118
Number of municipalities	2853	2853	2853	2853	2853

Data are rate ratio (95% CI) unless otherwise specified. TPC=target population coverage. ^aCutoff is median value. ^bCutoff taken from Rasella and colleagues, 2010.¹¹

Table 2: Fixed-effect negative binomial models for association between under-5 mortality rates and Bolsa Família Programme (BFP) and Family Health Programme (FHP) coverage

- Redução da TMM5 associada com PBF (0,81 IC95% 0,76–0,85) e ESF (0,81 IC95% 0,77–0,86), sendo maior no nível consolidado, e não associados com causas externas (controle). Maior efeito do PBF sobre desnutrição e do PSF sobre diarreia e IRA.

- Interação do PBF e ESF e redução da TMM5 (0,95, IC95% 0,91-0,99)



Associação Positiva com PTR

Evidências de interação dos efeitos da ESF e do Programa Bolsa Família na melhoria do estado de saúde da população.

Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019

Em 2019, 60,0% dos domicílios estavam cadastrados em USF e a cobertura de moradores era 62,6%.

A cobertura é superior na área rural e nas regiões Nordeste e Sul.

Entre 2013 e 2019, observa-se aumento de cobertura em 11,6% e redução na visita mensal do ACS.

A cobertura é mais elevada entre a população mais vulnerável, considerada escolaridade do responsável pelo domicílio ou renda familiar.

A disponibilidade de serviço de procura regular é maior entre cadastrados na USF.

Ligia Giovanella (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>) ¹

Aylene Bousquat (<https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>) ²

Simone Schenkman (<https://orcid.org/0000-0003-1140-1056>) ²

Patty Fidelis de Almeida (<https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>) ³

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha (<https://orcid.org/0000-0002-3679-3618>) ⁴

Maria Lúcia França Pontes Vieira (<https://orcid.org/0000-0002-5284-6214>) ⁵

O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde

SISTEMA CONSELHOS
FEDERAL E REGIONAIS
DE NUTRICIONISTAS



A ação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva. Sua atual inserção nesse nível de atenção à saúde ainda está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional.



Equipe NASF (AB)

Assistente Social

Nutricionista

Educador Físico

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta

Farmacêutico

Terapeuta Ocupacional

Psicólogo

Psiquiatra

Homeopata

Pediatra

Ginecologista

Médico do Trabalho

Veterinário

Educador de Artes

Médico de clínica médica

Profissional Sanitarista

Reunião de Matriciamento

Grupo de Orientação
Nutricional

Reunião de geral , técnica
e categorias

Capacitação com Equipe
de Saúde

**Atividades
desenvolvidas
pelo
nutricionista**

Programa Saúde na
Escola

Atividades externas às
Unidades de Saúde

Atendimento
individual

Visitas Domiciliares





PNAB, 2017: os retrocessos

- Indução federal para implantação de outras modalidades de equipes de APS, flexibilização da carga horária dos integrantes das equipes (até profissionais da mesma categoria poderão ser contratados para cumprir as 40h);
- Carteira de serviços essenciais;
- Redução do número de ACS para 1 por equipe – 4 para nas regiões de “vulnerabilidade social”;
- 40% dos 329 mil agentes já possuem qualificação como técnicos em enfermagem e podem realizar as “novas funções”.

NASF...

A Secretaria de Atenção Primária em Saúde, em 2020, revoga os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e cria um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo programa “Previne Brasil”.

De acordo com o documento, “a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe.”

Problemas

PNAB 2017

Tensões MF e dimensões comunitária

Proposta de Privatização de espaço não mercantil

Financiamento

Demais níveis

Financiamento

Qualidade da atenção (resolutividade)

Recursos Humanos capacitados
Desigualdades Regionais
Instalações precárias
Pandemia
Etc, etc, etc...