



40 anos de Alma Ata 30 anos do SUS

Desafios da APS para o fortalecimento do SUS



FAMED/UFRGS

Profa. Dra. Claunara Schilling Mendonça

cmendonca@hcpa.edu.br

claunara@ghc.com.br



SSC/GHC

Roteiro

- **Conquistas de 1978 e 1988**
- **Desafios contextuais que impactam a implantação da APS**
- **Saúde da Família – Linha do Tempo**
- **Fortalezas, Deficiências e Ameaças na implantação da Saúde Família**
- **Considerações para o futuro**



Saúde para Todos no ano 2000?
Lições aprendidas & o que falta?

Três grandes contribuições de Alma Ata para a Saúde Global

Trouxe o acesso universal como uma questão central para os formuladores de políticas públicas – APS é implantada em diferentes configurações ao redor do mundo – e o aumento do acesso ao cuidado resultou em ganhos na saúde das pessoas.

Mudou o paradigma dos sistemas focados em hospital e nas doenças e colocou as pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no centro. As experiências em países de baixa, média e alta renda estabeleceu contrafactos para a reorientação dos sistemas de saúde.

A discussão de Políticas de Saúde Pública passou a ter valores indispensáveis como solidariedade, universalidade, justiça social, participação e direito à saúde para todos.

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”.



Falsas Rotas

“Programas” v. Política, desconsiderando os Determinantes Sociais da Saúde (Desigualdade)

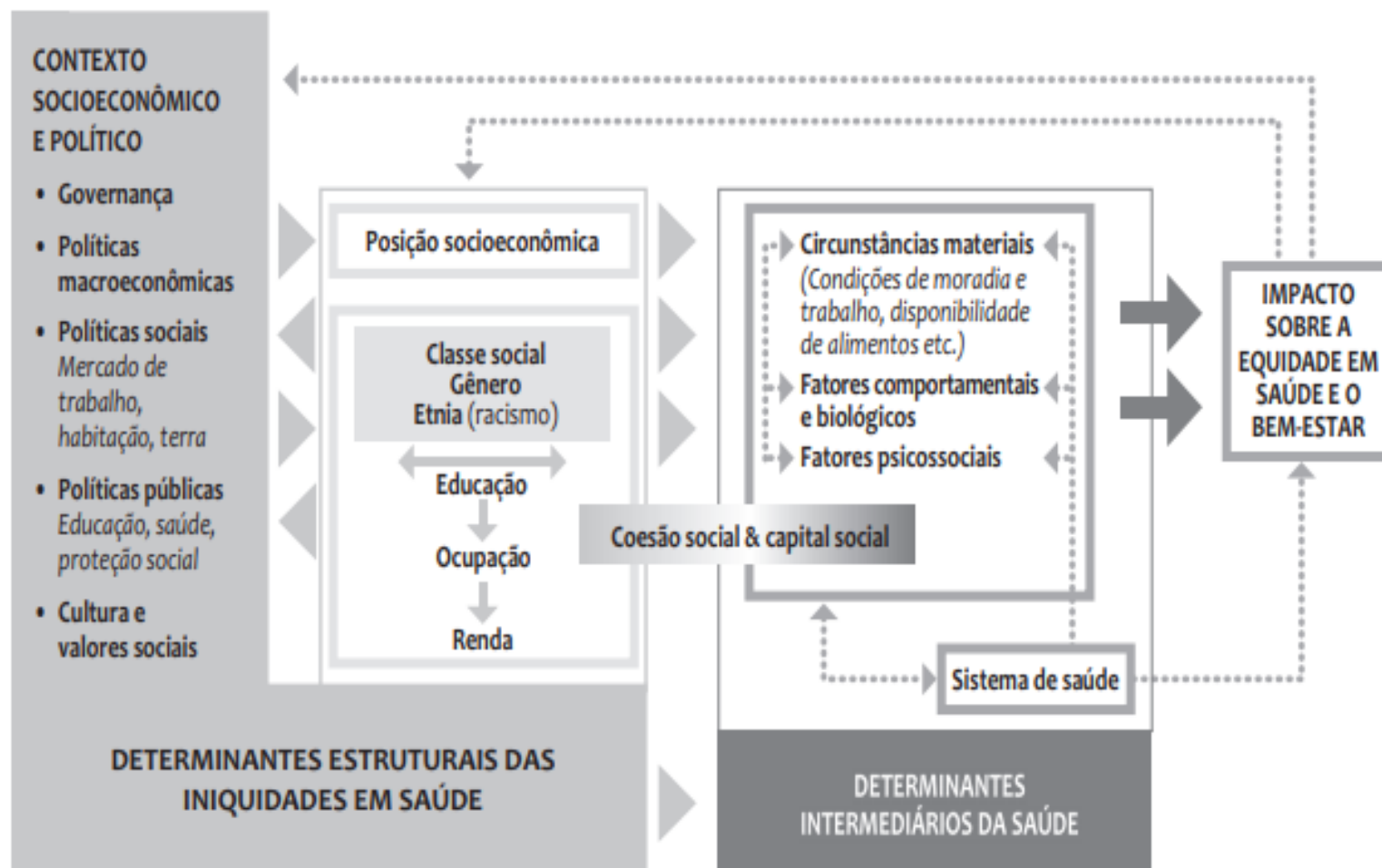
Concentração em resultados de curto prazo relacionados a cuidados curativos especializados, doenças únicas e população restrita
Comercialização não regulamentada de saúde sob o disfarce de eficiência

Resultado

Ricos (menor necessidade geral): consome mais serviços de saúde.
Pobres (+ carga de problemas de saúde): ainda mais empobrecido por despesas extras.

Atenção primária: subfinanciada, subvalorizada e subtreinada
O cuidado é fragmentado, direcionado a programas curativos, hospitalares e verticais, inacessíveis a muitos.
Segurança e a voz do paciente são negligenciadas

Figura 1 — Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: SOLAR e IRWIN, 2010.

Resultados...

50% da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde que poderiam ser oferecidos por meio da atenção primária;

O déficit projetado da força de trabalho é de 18 milhões de trabalhadores de saúde

Cerca de 40% dos gastos em saúde em todo o mundo são desperdiçados por ineficiência

Nas Américas, apenas 22% dos provedores de atenção primária classificam seus sistemas de encaminhamento para serviços especializados como bons ou muito bons

Das 421 milhões de hospitalizações globalmente a cada ano, cerca de 1 em cada 10 resulta em danos ao paciente

Em 2015, as doenças não transmissíveis representaram 73% da carga global de doenças no mundo

No Mundo



No Brasil

1978 MI: 90/1.000 NV. MM 154,3/100.000 NV

Infec/parasitárias:12%/; 25,2% Circulatórias e 21,5% mal definidas

2000 MI: 29/1.000 NV. MM 101/100.000 NV

MDCNT: 680/100.000. MDCNT prematura:450/100.000

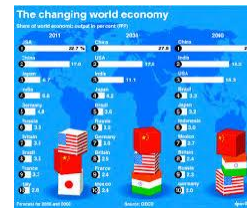
A Changing World



Urbanization



Social Media & Comm.



Changing Economy



Climate Change



Rural & Remote



Growing Inequity



Condition of Women



(Forced) Migration

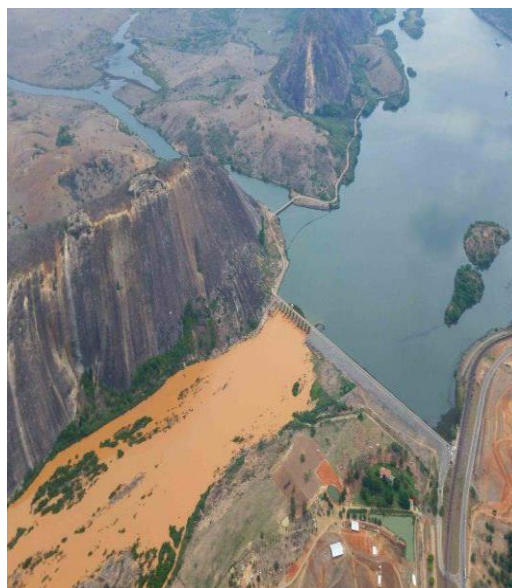


Geopolitical landscape



Consumer Movement

Mudanças Climáticas



Migração (forçada)



Venezuelanos



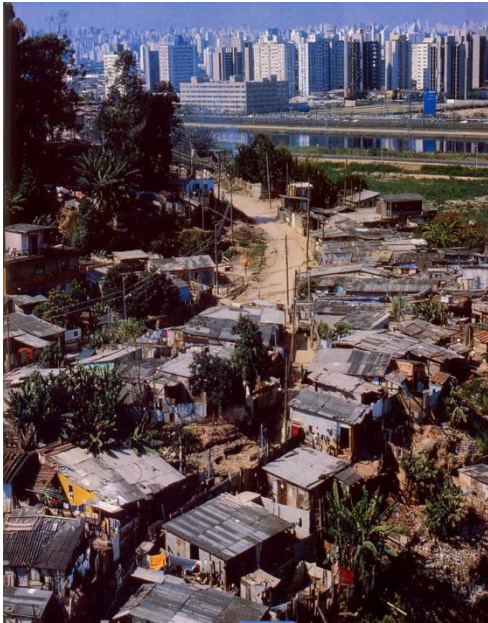
Haitianos



Sírios

Brasil que muda

Urbanização



Situação de Saúde no Brasil

Envelhecimento



Tripla Carga de Doença



Alocação Recursos



Doenças Emergentes



Resistência
Microbiana

antibiotic
resistance

health medicine bacteria disease drug biology

Condições crônicas
complexas/multimorbidade



Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)



1

ACABAR COM A FOME
E A MISÉRIA



2

EDUCAÇÃO BÁSICA
DE QUALIDADE PARA
TODOS



3

IGUALDADE ENTRE
SEXOS E VALORIZAÇÃO
DA MULHER



4

REDUZIR A
MORTALIDADE INFANTIL



5

MELHORAR A SAÚDE
DAS GESTANTES



6

COMBATER A AIDS,
A MALÁRIA E OUTRAS
DOENÇAS



7

QUALIDADE DE VIDA
E RESPEITO AO MEIO
AMBIENTE



8

TODO MUNDO
TRABALHANDO PELO
DESENVOLVIMENTO



1

ACABAR COM A FOME
E A MISÉRIA

Extrema Pobreza no Brasil chega a 3%, menor índice da história





2

EDUCAÇÃO BÁSICA
DE QUALIDADE PARA
TODOS

Queda de um terço na desigualdade que separa os mais pobres

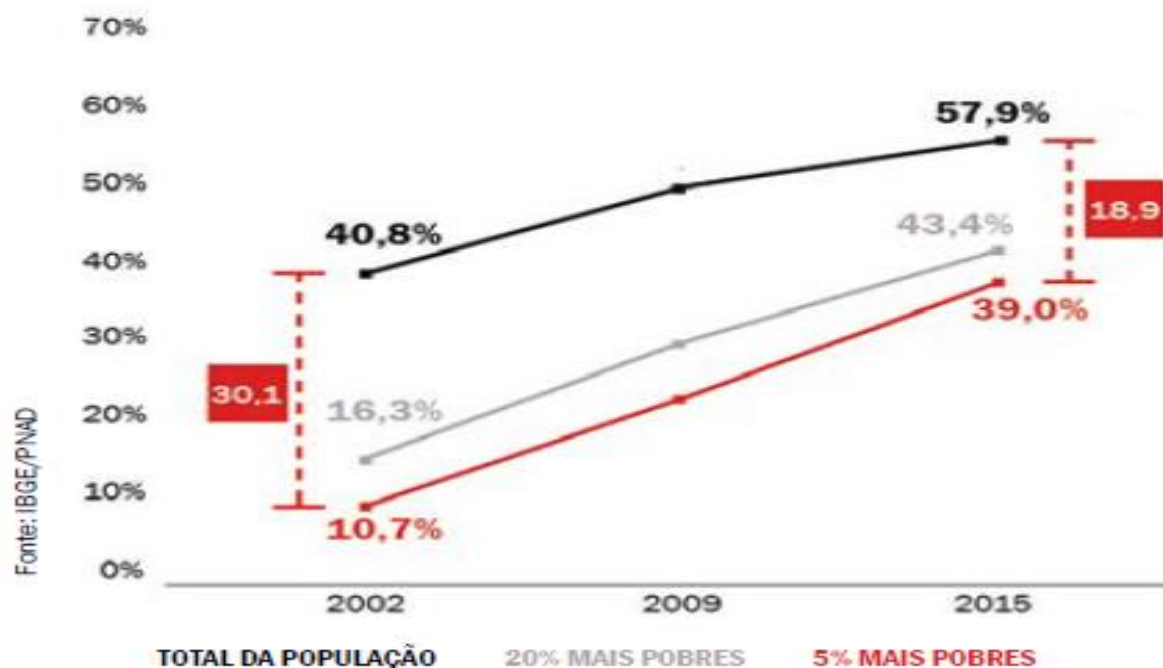


Gráfico 1 – Percentual da população de 15 a 17 anos que frequenta escola no ensino médio ou etapa de ensino posterior, por faixa de renda



Meninas e mulheres são a maioria em todos os níveis de ensino

Entre 2003 e 2011, a População Economicamente Ativa (PEA) feminina cresceu 17,3% (masculina 9,7%). As mulheres aumentaram sua participação na população ocupada, passando de 43,0% para 45,4%.

A remuneração média das mulheres passou a corresponder a 72,3% da masculina, em 2011.

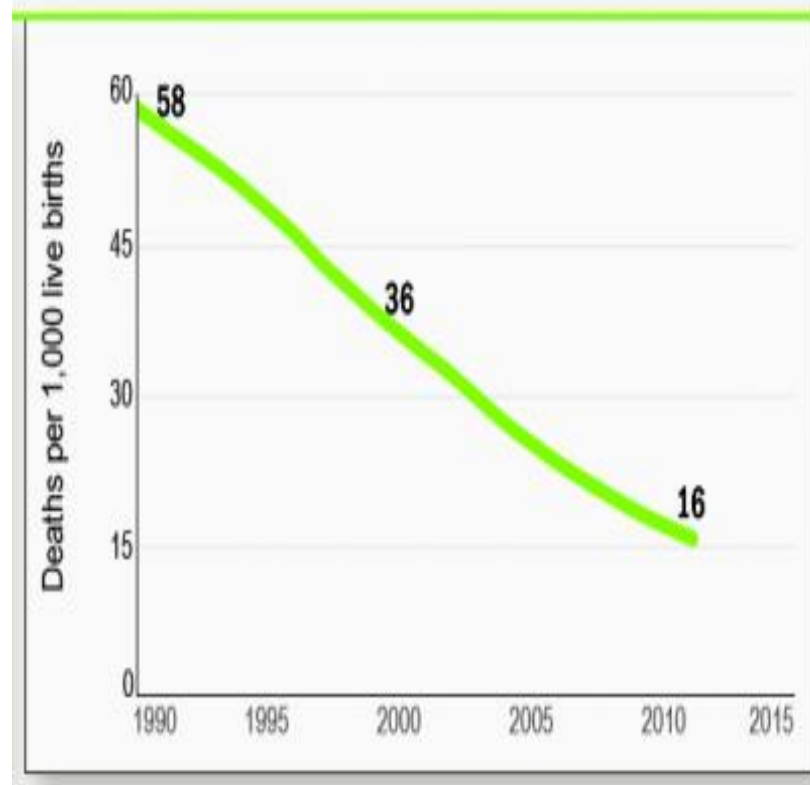
“Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher” (1.011 serviços)

85% das famílias beneficiadas pelo Minha Casa Minha Vida são chefiadas por mulheres



**REDUZIR A
MORTALIDADE INFANTIL**

Tendência temporal na mortalidade infantil, Brasil, 1990 -2010

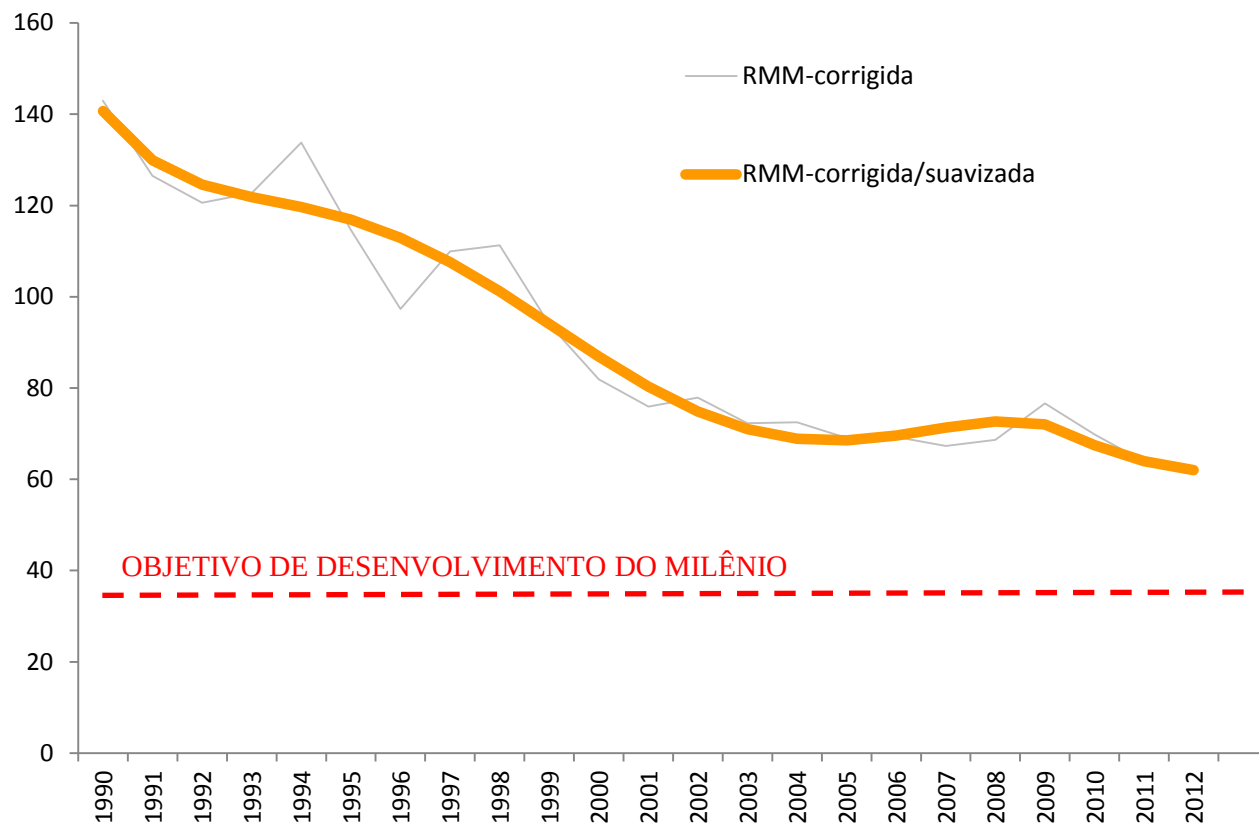




5

MELHORAR A SAÚDE
DAS GESTANTES

Tendência temporal na mortalidade materna





- HIV

Taxa de Incidência 20/100.000 em 2003 para 17,9/100.000 em 2010

- Malária: 33,2 (1990) para 13,1 (2010)
- Tuberculose: 51,8 (1990) para 37,6 (2010)



**QUALIDADE DE VIDA
E RESPEITO AO MEIO
AMBIENTE**

- Controle Desmatamento da Amazônia Legal: 81,2% Floresta Original (2010)
- Terras Indígenas: 109,77 milhões de hectares (12,9% do Território Nacional) responsável por 30% da preservação da biodiversidade Brasileira
- Acesso à água (91,9% dos domicílios (2010))
- Esgotamento sanitário: 75,3%

> Acesso à água foi 7 vezes mais rápido entre os 5% mais pobres

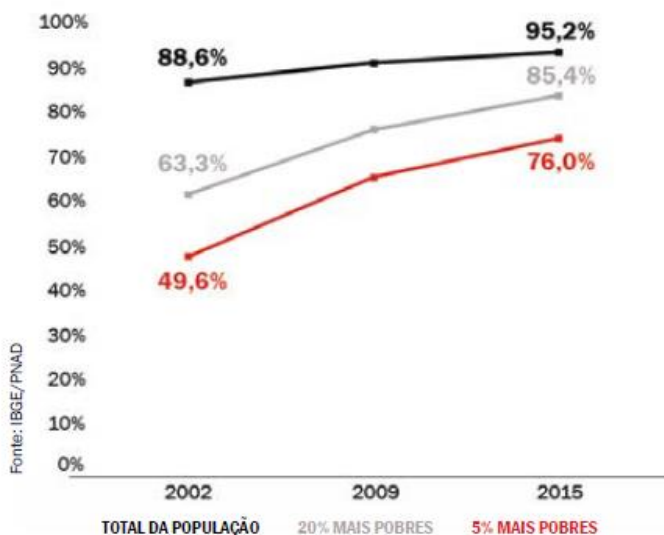


Gráfico 6 – Percentual de domicílios particulares permanentes com acesso à água por rede geral, poço ou nascente com canalização interna, por faixa de renda

> Escoamento sanitário foi ampliado em 114% para a faixa mais pobre

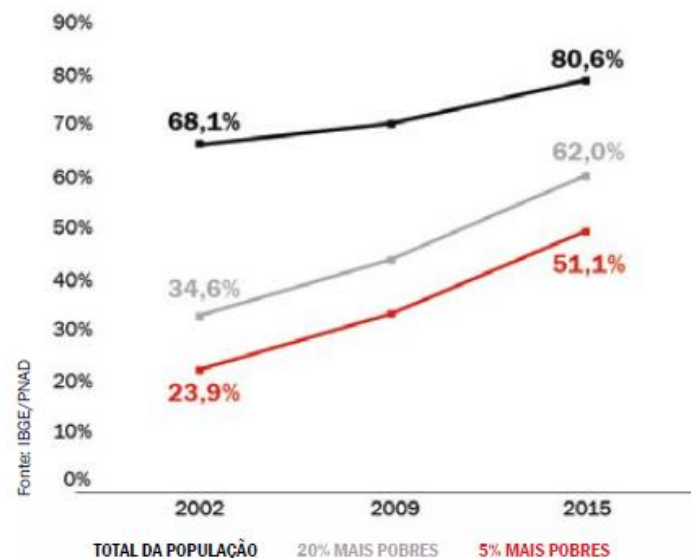


Gráfico 7 – Percentual de domicílios particulares permanentes com escoamento sanitário adequado (rede geral ou fossa séptica), por faixa de renda

Em 13 anos, água de qualidade chegou a quase 10 milhões de novas famílias do Norte e Nordeste – equivalente a Portugal



- Criação do G-20 nas negociações de liberalização de comércio da Rodada de Doha da Organização Mundial de Comércio
- Ajuda Pública para o Desenvolvimento (APD) como porcentagem da renda nacional bruta dos países doadores membros da OCDE/Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento
 - CAD (meta de 0,7% no total e 0,15% para os PMA).

Proporção das exportações (por valores e excluindo armas) livres de taxas ou quotas.

Tarifas médias e quotas para produtos agrícolas, têxteis e vestuários.

Subsídios agrícolas domésticos e para exportações nos países da OCDE.

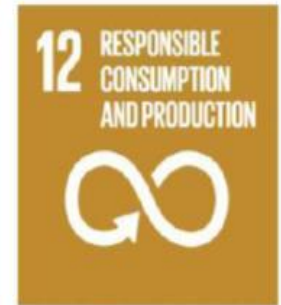
Proporção da APD para promover o comércio.

Proporção da APD para o meio ambiente nos países insulares em desenvolvimento.

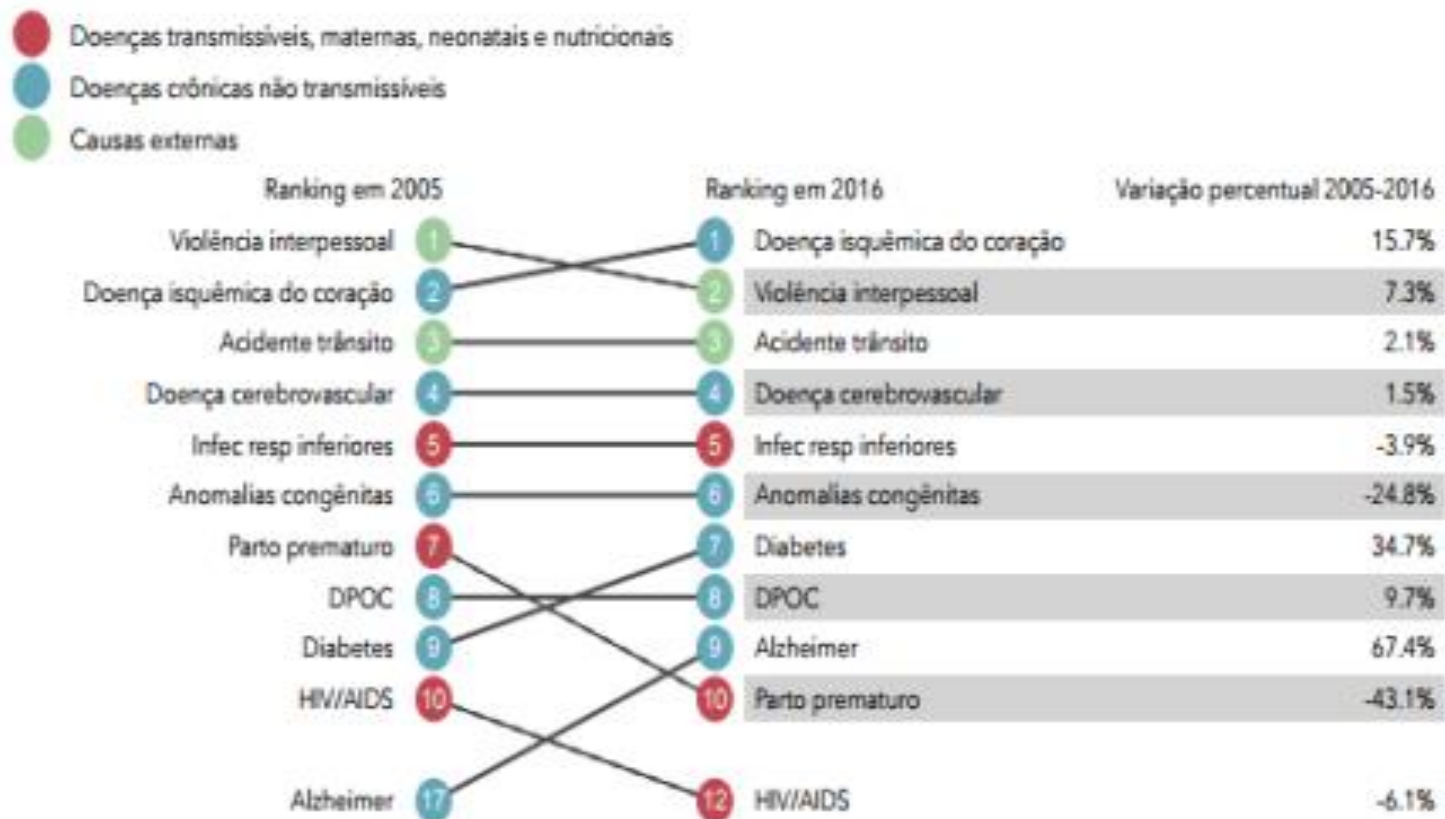


SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

2015



O que causa a maioria das mortes prematuras?

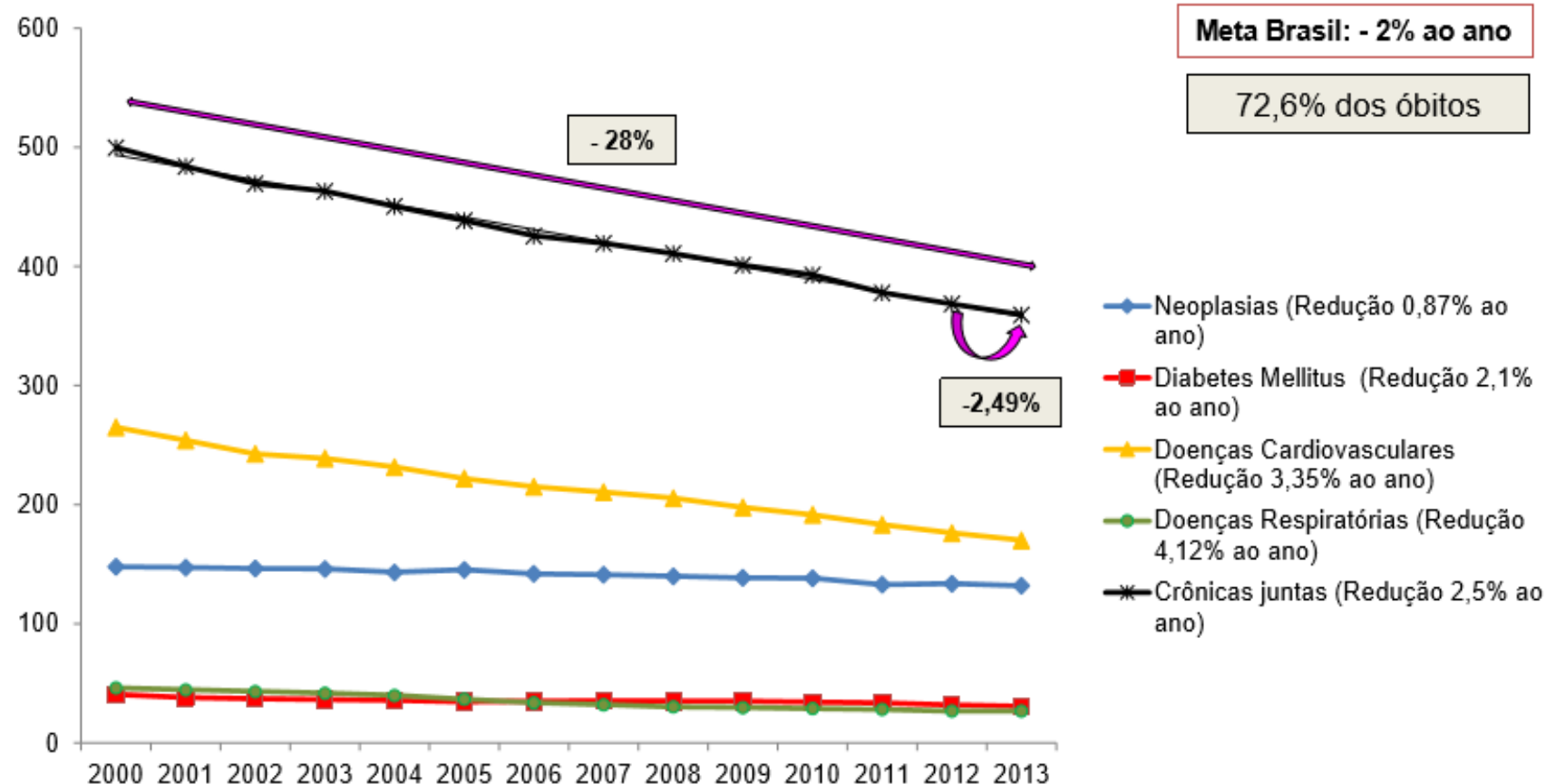


As 10 principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura (YLLs) em 2016 e variação percentual, 2005-2016, todas as idades, número

Fonte: GBD Brazil, 2017

Metas do Plano de DCNT	Fonte	Linha base	Valor da linha de base	Resultado mais recente	Próxima medida
Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano	SIM	2010	392,96	359,46 (2013) - 8,5%	SIM

Mortalidade (óbitos/100 mil habitantes) pelas principais doenças crônicas no Brasil, 2000 a 2013



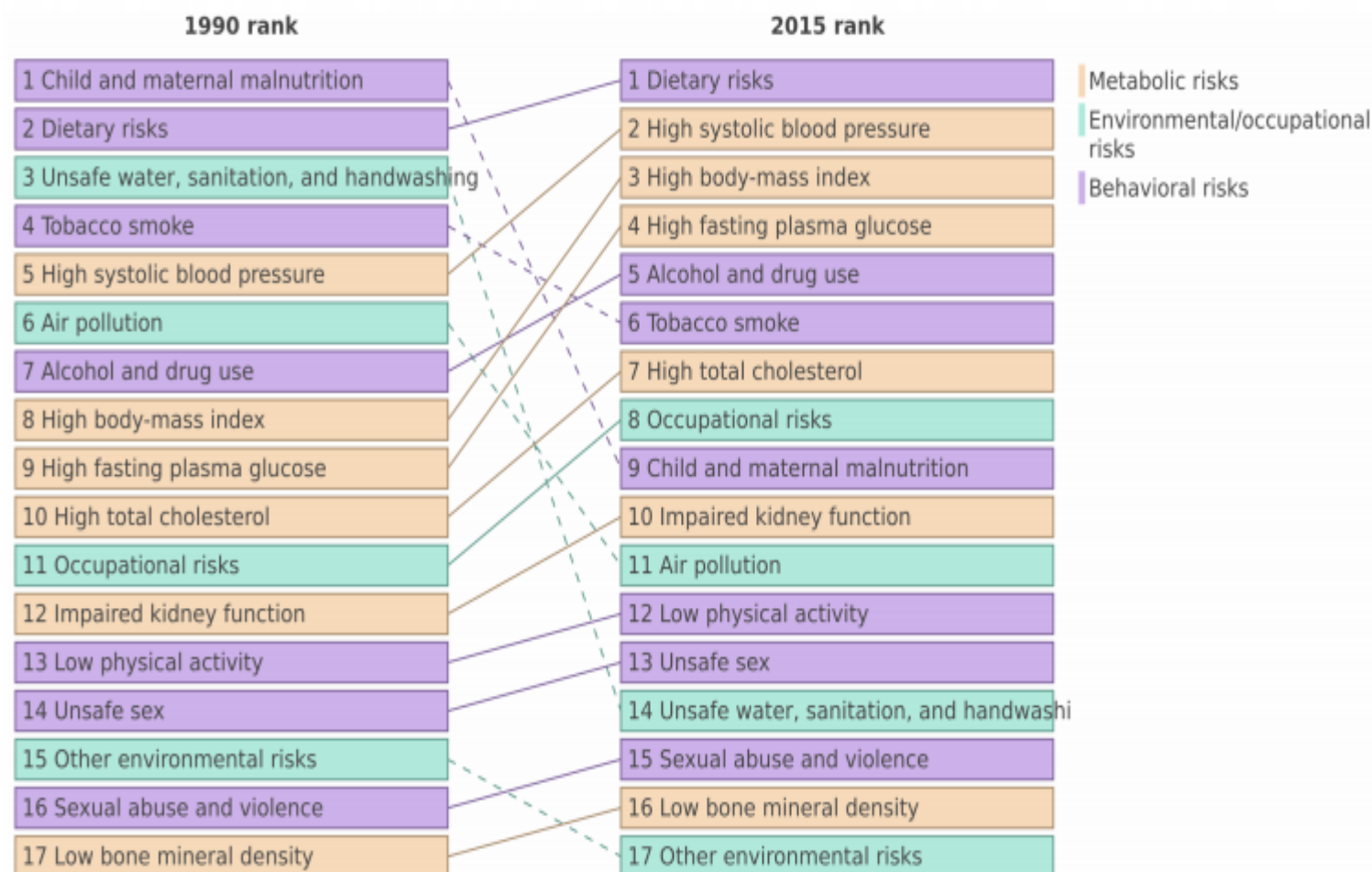
Acesso global a medicamentos para doenças crônicas de acordo com o número de doenças crônicas referidas. PNAUM, Brasil, 2014



Gráfico representado por proporção e erro-padrão
 Percentuais calculados a partir da amostra expandida

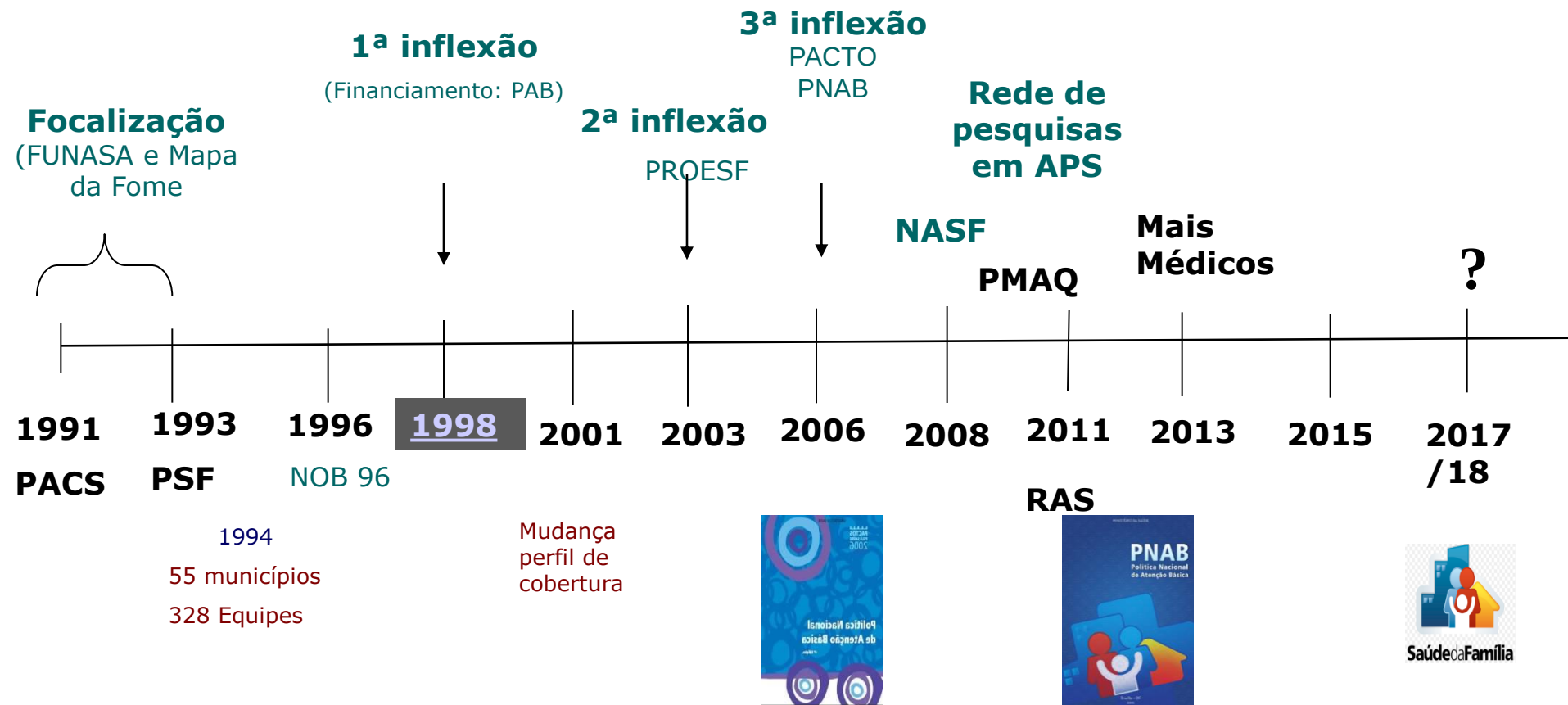
Fonte: www.portalsaude.gov.br, 2015.

Ranking dos 17 fatores de risco principais para DALYs em ambos os sexos no Brasil entre os anos de 1990 e 2015



Atenção Primária à Saúde no Brasil

Saúde da Família

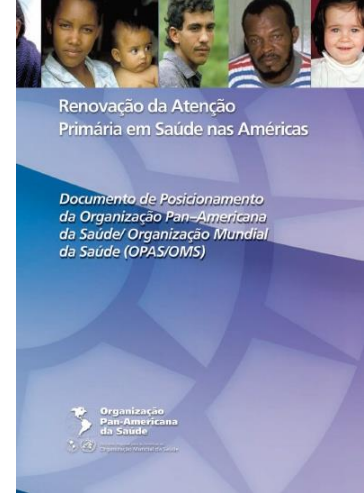
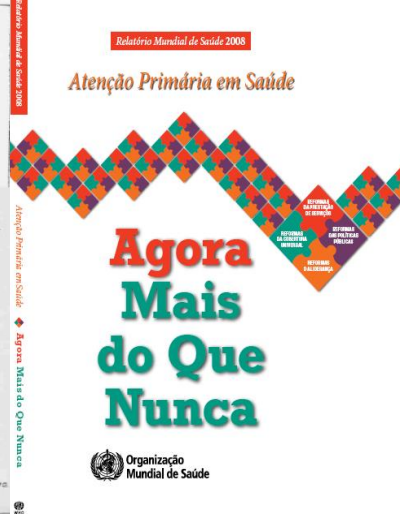
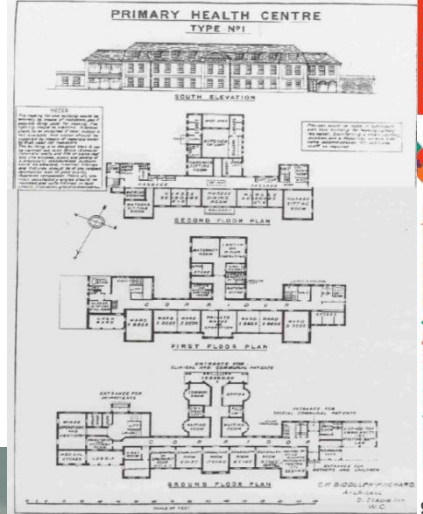


(Baseado em Aquino, Medina, Vilasbôas e Barreto, 2009; Aquino, Medina e Abdon, 2014)

O que dá sustentabilidade aos Programas/Políticas Sociais?

- **Teoria**
- **Efetividade demonstrável**
- **Financiamento**
- **Flexibilidade**
- **Recursos Humanos**
- **Avaliação**

TEORIA



Um sistema de Saúde orientado pela APS é mais efetivo, é mais barato, traz mais satisfação à população e é mais eqüânime, mesmo em contextos de injustiça social. *Starfield, 1996.*

Diminuição da mortalidade infantil (Macinko,2006; Aquino,2009; Zanini,2009)

Diminuição da mortalidade em menores de 5 anos (Rasella, 2010)

Maior cobertura vacinal da terceira dose da tetravalente em menores de um ano de idade (Brasil, 2008)

Redução de 50% na prevalência da desnutrição infantil crônica no Brasil, no período de 1996 a 2006/07 (Monteiro,2009)

Aumento do acesso a pré-natal (Brasil, 2006)

Maior qualidade do pré-natal (Anversa, 2012)

Maior razão entre exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 nos estratos municipais com maior cobertura de ESF (Brasil, 2008)

Melhor cuidado de portadores de hipertensão arterial sistêmica (Araujo, 2007)

Diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (Macinko, 2010,2011; Mendonça, 2011)

Aumento do acesso a ações de saúde bucal (FONAD,2008)

Diminuição do número de dentes cariados, perdidos ou obturados (SB 2010)

Maior satisfação do usuário (IPEA, 2011)

Maior acesso, trabalho multiprofissional, utilização dos serviços e assistência domiciliar em idosos.(Piccini,2006)

Maior presença e extensão dos atributos da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária) (Macinko,2004,2010; Elias,2006;Ibañez,2006;Harzheim, 2006,2007; Facchini, 2006; Chomatas, 2012)

Reforço à organização das redes de atenção à saúde em municípios com alta cobertura de ESF (Giovanella, 2009; Harzheim, 2011)

Efeito sobre o aumento da oferta da força de trabalho na população com oito anos de exposição à SF (Rocha,2009)

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).

SAÚDE DA FAMÍLIA E REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS

Diversos estudos demonstram associação entre cobertura da SF e redução das ICSAP;

As taxas padronizadas dessas internações variam de acordo com o grau de implantação da APS/SF e da ampliação do acesso e da longitudinalidade

Após um período de redução, pode haver estabilização nas taxas e as variações irão ocorrer dentro do grupo de CIDs das internações

A Emenda Constitucional nº 29/2000

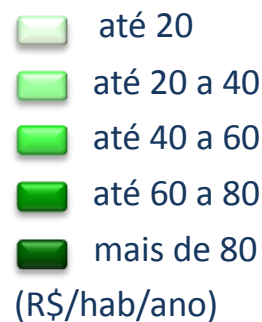
- ☐ De 1988 a 2000, sem regras constitucionais.
- ☐ Origem na PEC 169/93.
- ☐ Vinculação de receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.
- ☐ Estados
 - 12%
- ☐ Municípios
 - 15%
- ☐ DF
 - 12% e 15%
- ☐ União
 - Variação do PIB
- ☐ Definição de **ações e serviços públicos de saúde (ASPS)**
 - Lei Complementar 141/2012

DISTRIBUIÇÃO PER CAPITA DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

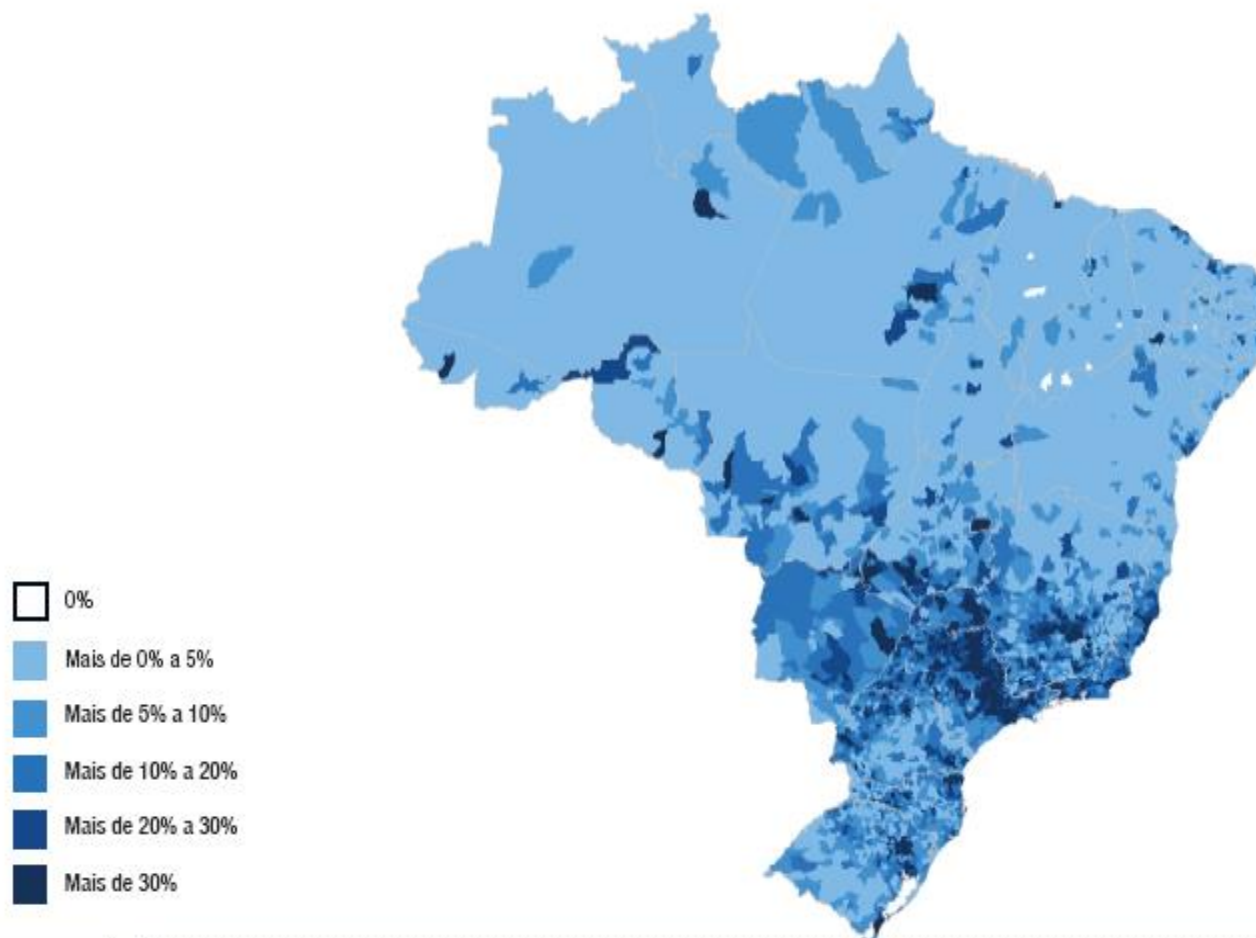


1998

2008



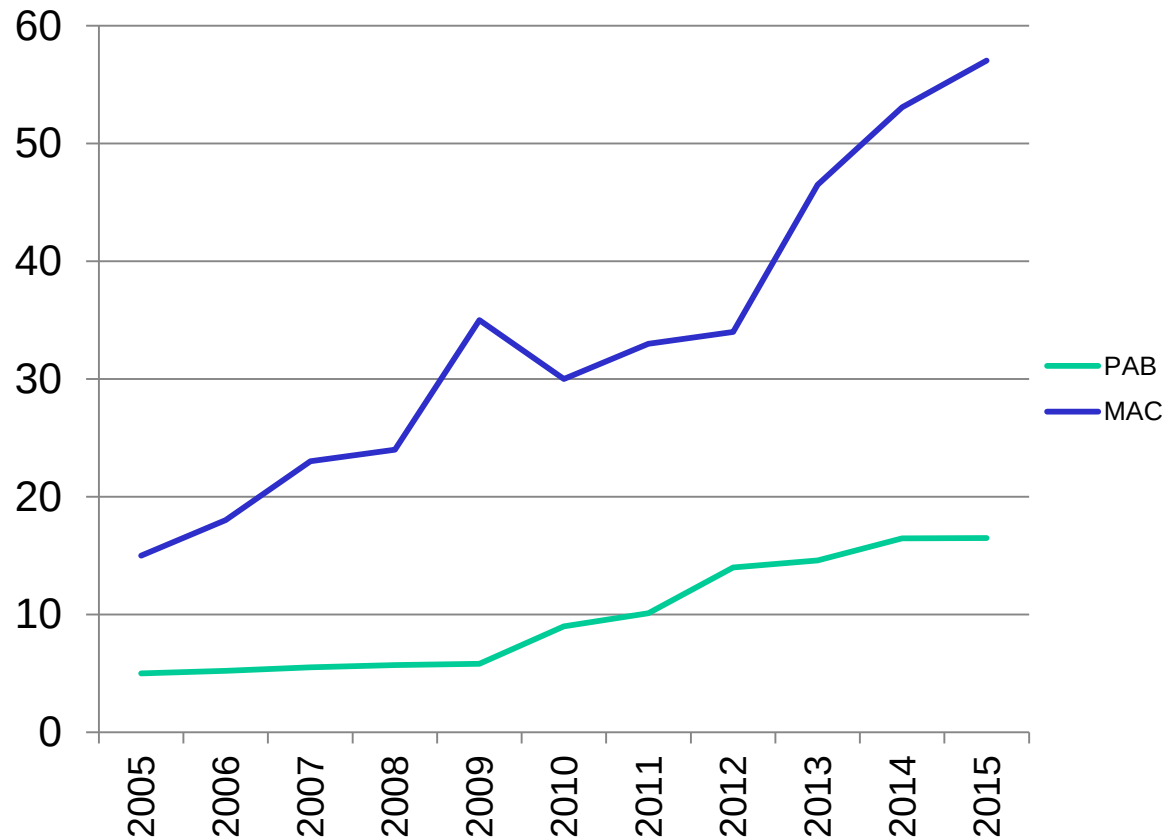
**Mapa 3 - Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por municípios
(Brasil - junho/2013)**



Financiamento

Evolução dos Recursos Federais PAB e MAC Brasil, 2005 - 2015

Valores em Bilhões
de Reais



Evolução do Financiamento Federal

C:\Users\roosevelt.teixeira\Desktop\novo BG.jpg

Ano	PAB fixo	PAB variável	Estruturação + Construção e Ampliação	Emendas Parlamentares	Total s/ Emendas	Total c/ Emendas
2010	R\$ 3,65 Bi	R\$ 5,92 Bi	R\$ 147 Mi	R\$ 73 Mi	R\$ 9,71 Bi	R\$ 9,79 Bi
2011	R\$ 4,44 Bi	R\$ 7,19 Bi	R\$ 761 Mi	R\$ 118 Mi	R\$ 12,38 Bi	R\$ 12,50 Bi
2012	R\$ 4,42 Bi	R\$ 8,31 Bi	R\$ 633 Mi	R\$ 497 Mi	R\$ 13,36	R\$ 13,86 Bi
2013	R\$ 5,22 Bi	R\$ 9,44 Bi	R\$ 1,46 Bi	R\$ 504 Mi	R\$ 16,11 Bi	R\$ 16,62 Bi
2014	R\$ 5,29 Bi	R\$ 11,17 Bi	R\$ 1,72 Bi	R\$ 1,9 Bi	R\$ 18,18 Bi	R\$ 20,08 Bi
Variação 2010- 2014	R\$ 1,64 Bi 44%	R\$ 5,25 Bi 88%	R\$ 1,57 Bi 1070 %	R\$ 1,82 Bi 2502%	R\$ 8,47 Bi 87%	R\$ 10,29 Bi 105%

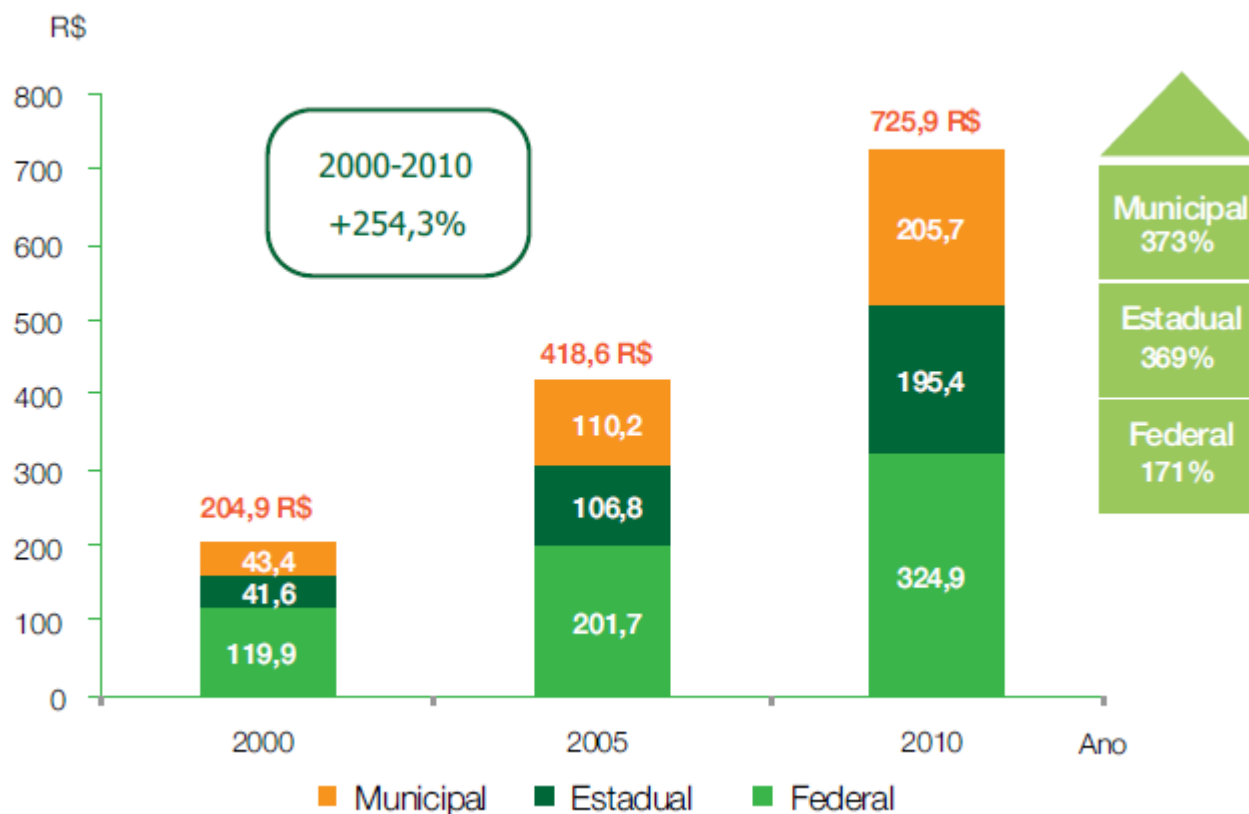
ESF: 3,7 Bilhões

ACS: 3,3 Bilhões

NASF: 816 Milhões

ESB: 680 Milhões

Distribuição do gasto em saúde por esfera de governo – 2000, 2005 e 2010 (em R\$)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de informações do SIOPS. In: ANAHP. Livro Branco – Brasil Saúde 2015. Caderno Conceitual. 2014.

DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242
HEALTH AFFAIRS 32,
NO. 4 (2013): 686–694
©2013 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

By Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen

Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending

Dionne S. Kringos (d.s.kringos@amc.uva.nl) is a postdoctoral health systems researcher in the Department of Social Medicine at the Academic Medical Center, University of Amsterdam, in the Netherlands.

Wienke Boerma is a senior researcher at NIVEL, the Netherlands Institute for Health Services Research, in Utrecht.

Jouke van der Zee is a part-time professor in the Department of International Health at Maastricht University, in the Netherlands.

Peter Groenewegen is the director of NIVEL.

ABSTRACT Strong primary care systems are often viewed as the bedrock of health care systems that provide high-quality care, but the evidence supporting this view is somewhat limited. We analyzed comparative primary care data collected in 2009–10 as part of a European Union-funded project, the Primary Health Care Activity Monitor for Europe. Our analysis showed that strong primary care was associated with better population health; lower rates of unnecessary hospitalizations; and relatively lower socioeconomic inequality, as measured by an indicator linking education levels to self-rated health. Overall health expenditures were higher in countries with stronger primary care structures, perhaps because maintaining strong primary care structures is costly and promotes developments such as decentralization of services delivery. Comprehensive primary care was also associated with slower growth in health care spending. More research is needed to explore these associations further, even as the evidence grows that strong primary care in Europe is conducive to reaching important health system goals.

P rimary care is the first level of professional care, where people present their health problems and where most therapeutic and preventive health needs can be satisfied.¹ Strong primary care is believed to contribute to high-performing health care systems, a belief that is supported by evidence to some extent.^{1–4} Decision makers have trusted this evidence and invested in primary care reforms, such as the Affordable Care Act in the United States, as well as in numerous charters and statements made by nongovernmental organizations worldwide.^{1,6} Several studies that compare primary care internationally and within the United States have provided evidence of the benefits of strong primary care, in terms of better opportunities to control costs, improved quality of care, better population health, and less socioeconomic inequality in health.^{1–4} These studies have shown the potential of primary care to improve the

health of populations and the performance of health systems, and they suggest directions for further research.

In Europe these studies have evoked an increased interest in the great variation among health systems and the different roles assumed by primary care. The question that we believed needed to be answered was whether results from previous studies about the benefits of strong primary care systems would still be valid using more recent data and more tailor-made measures. Also, we wondered, could the results be generalizable if many more European countries were considered?

In 2009–10, as part of a European Union-funded project, the Primary Health Care Activity Monitor for Europe, we performed a systemic literature review to derive seventy-seven indicators. These measured five key dimensions of primary care: structure, access, coordination, continuity, and comprehensiveness.

Flexibilidade

Saúde da Família e Especificidades Regionais

- Amazônia Legal/Microscopista
- IDH < 0,7
- Assentamentos
- População quilombola
- Saúde da Família para populações ribeirinhas
- Custeio para Unidades de Saúde fluviais
- Saúde Indígena

Flexibilidade

Ações Intersectoriais

- Programa de Saúde na Escola – MEC e PET Saúde
- Um Milhão de Cisternas e Mobilização Nacional pela Certidão de Nascimento - MDS
- Territórios da Cidadania - MDA Criação de Unidades Móveis de Saúde Bucal, nos municípios dos TCs que não tinham a presença da Saúde Bucal (51 em 2010)
- ESF Prisional e SUPERA (Mapa da Violência) - MJ
- Saúde e Cultura – MINC
- Telessaúde - MTel
- Requalifica UBS (PAC da Saúde)
- Equipes Consultórios na Rua
- PAD – Melhor em Casa
- Academias da Saúde

Flexibilização carga horário do médico na ESF

Incentivo Saúde da Família (ESF)	ESF modalidade 1 (municípios de até 30.000 hab e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos) : R\$ 10.495,00 por equipe/mês	VALORES INCENTIVO ESF CONFORME CARGA HORÁRIA DO MÉDICO (Portaria nº 2488, de 21.10.2011):
	ESF modalidade 2 (todas as equipes que não se enquadram no critério da mod 1): R\$ 7.130,00 por equipe/mês	ESF (1 médico 40 h/semanais): incentivo total 1 equipe
	Incentivo implantação: R\$20.000, 00 por equipe implantada (ESF mod 1 e 2)	ESF Tipo I (2 médicos 30h/semanais): incentivo total 1 equipe ESF Tipo II (3 médicos 30 h/semanais): incentivo total 2 equipes ESF Tipo III (4 médicos 30h/semanais): incentivo total 3 equipes ESF Tipo IV (2 médicos de 20h/semanais): 85% do incentivo de 1 equipe ESF transitória (1 médico 30h/semanais): 60% do incentivo de 1 equipe

Qual resultado a partir da mudança da PT 2.488, de out 2011?

Estado de São Paulo:

Nº Equipes Mais Médicos:

EAB 1 154

EAB 2 8

EAB 3 2

ESF Tipo I 125

ESF Tipo II 6

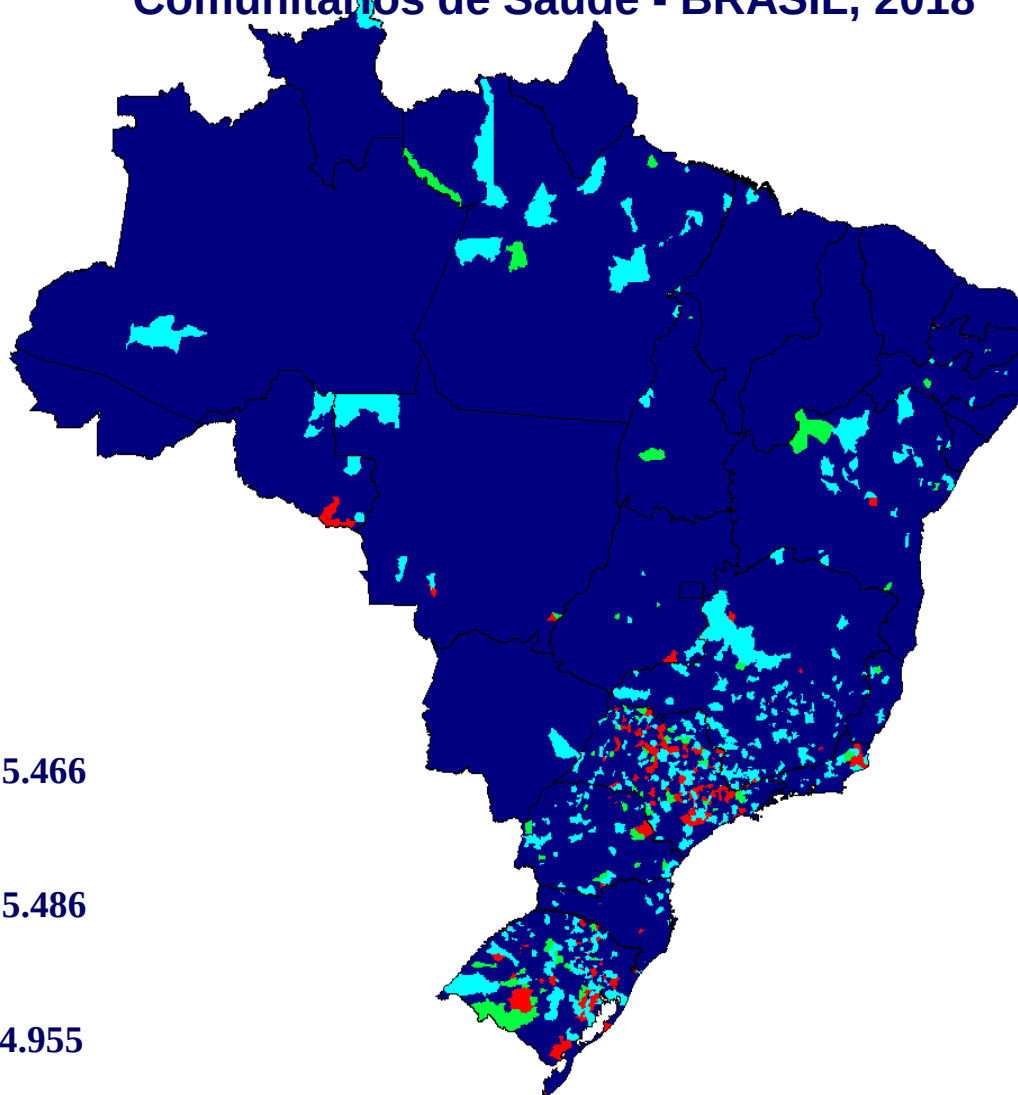
ESF Tipo III 0

ESF Tipo IV 117

263

2.220

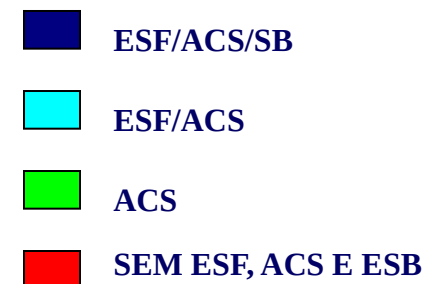
Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - BRASIL, 2018



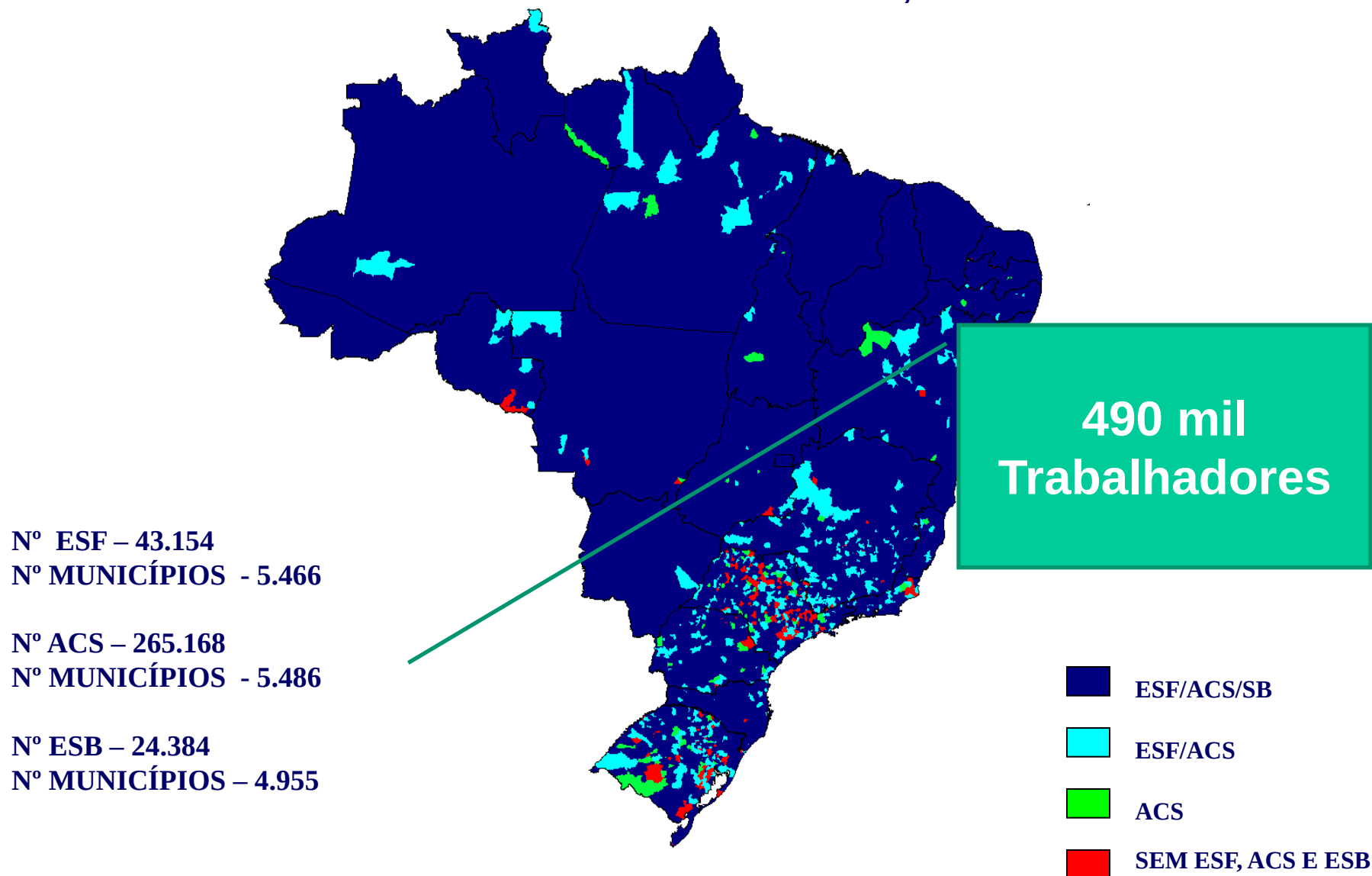
Nº ESF – 43.154
Nº MUNICÍPIOS - 5.466

Nº ACS – 265.168
Nº MUNICÍPIOS - 5.486

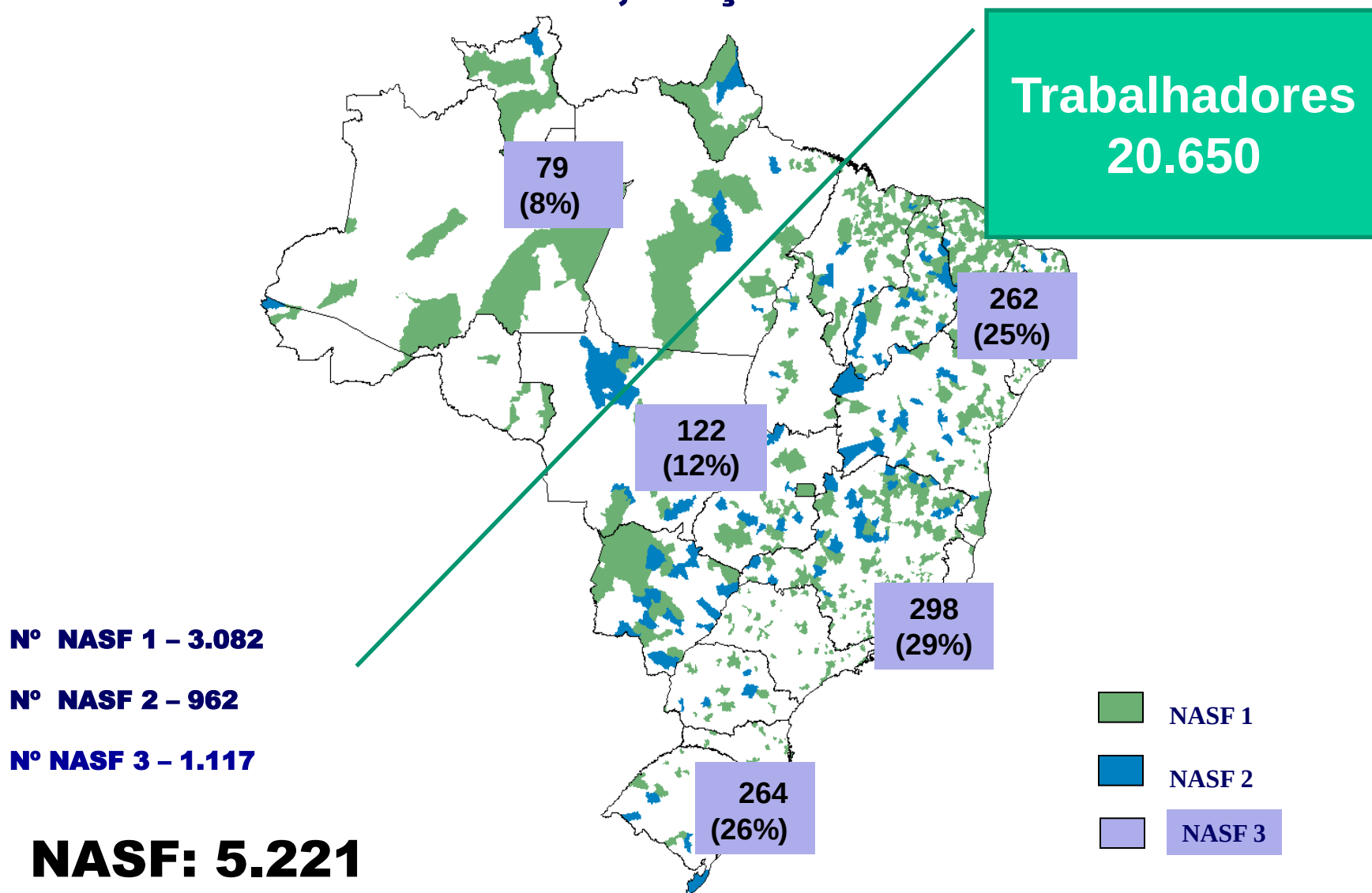
Nº ESB – 24.384
Nº MUNICÍPIOS – 4.955



Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - BRASIL, 2016



Situação de Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família BRASIL, março/2018



**Informações de Saúde
(TABNET)**

Indicadores de Saúde e
Pactuações

Assistência à Saúde

Epidemiológicas e
Morbidade

► Rede Assistencial

Estatísticas Vitais

Demográficas e
Socioeconômicas

Inquéritos e Pesquisas

Saúde Suplementar

Estatísticas de acesso
ao TABNET

Tutorial

Módulo gráfico/mapa do
TABNET

Informações Financeiras

Serviços

Início > Informações de Saúde (TABNET) > Rede Assistencial

Opção selecionada: CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007

- Ocupações classificadas pela CBO 2002

☐ Ocupações

☒ Profissionais

[Nota Técnica](#)

Abrangência Geográfica:

Selecione a opção ou clique no mapa ▼

[Escolher outro grupo](#)



Total de Profissionais no SUS:

2.755.620

Total na ESF:

510.650

18,53%

Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas (MS, 2015).

Especialidade	Razão médico/100 mil habitantes	Número de habitantes/especialista
Médico da Família (*)	50	2.000
Clínico Geral (*)	25	4.000
Ginecologista/Obstetra	25	4.000
Pediatra	25	4.000
Acupunturista	1	100.000
Alergista	1	100.000
Angiologista (*)	1,5	66.666
Cardiologista	6,5	15.385
Cirurgião Geral	16	6.250
Cirurgião Pediatra	2	50.000
Cirurgião Plástico	2	50.000
Coloproctologista	2	50.000
Dermatologista (*)	2,3	43.478
Endocrinologista	1,5	66.666
Gastroenterologista (*)	2,5	40.000
Geriatra	1	100.000
Hematologista	1	100.000
Homeopata	1	100.000
Infectologista	1	100.000

Vagas ofertadas de residência médica por especialidade e região do País no ano de 2011

Especialidade médica / região	Sudeste		Nordeste		Sul		Centro- Oeste		Norte		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clínica Médica	865	54,5	252	15,9	251	15,8	134	8,4	84	5,3	1.586	20,00
Pediatria	626	56,9	179	16,3	152	13,8	105	9,5	39	3,5	1.101	13,88
Cirurgia Geral	579	53,8	182	16,9	162	15,1	87	8,1	66	6,1	1.076	13,57
Ginecologia e Obstetrícia	418	52,9	140	17,7	125	15,8	73	9,2	34	4,3	790	9,96
Anestesiologia	298	58,2	90	17,6	71	13,9	31	6,1	22	4,3	512	6,46
Medicina da Família e Comunidade	189	41,8	116	25,7	87	19,2	15	3,3	45	10,0	452	5,70
Traumatologia e Ortopedia	273	60,8	74	16,5	52	11,6	35	7,8	15	3,3	449	5,68
Psiquiatria	172	57,3	41	13,7	62	20,7	16	5,3	9	3,0	300	3,78
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	162	61,1	34	12,8	54	20,4	10	3,8	5	1,9	265	3,34
Infectologia	97	51,3	35	18,5	21	11,1	10	5,3	26	13,8	189	2,38
Dermatologia	103	59,5	30	17,3	24	13,9	10	5,8	6	3,5	173	2,18
Neurologia	103	63,6	26	16,0	25	15,4	6	3,7	2	1,2	162	2,04
Neurocirurgia	67	66,3	13	12,9	14	13,9	4	4,0	3	3,0	101	1,27
Patologia	66	66,7	10	10,1	17	17,2	4	4,0	2	2,0	99	1,25
Oftalmologia	38	46,3	16	19,5	12	14,6	13	15,9	3	3,7	82	1,03
Otorrinolaringologia	38	52,1	11	15,1	16	21,9	4	5,5	4	5,5	73	0,92
Medicina do Trabalho	14	43,8	7	21,9	5	15,6	6	18,8	-	0,0	32	0,40
Medicina Física e da Reabilitação	29	82,9	-	0,0	3	8,6	3	8,6	-	0,0	35	0,44
Radioterapia	29	80,6	3	8,3	4	11,1	-	0,0	-	0,0	36	0,45
Patologia Clínica e Medicina Laboratorial	11	45,8	9	37,5	2	8,3	-	0,0	2	8,3	24	0,30
Genética Médica	1	5,3	-	0,0	16	84,2	2	10,5	-	0,0	19	0,24
Medicina do Esporte	2	10,0	-	0,0	18	90,0	-	0,0	-	0,0	20	0,25
Medicina Preventiva e Social	16	76,2	-	0,0	5	23,8	-	0,0	-	0,0	21	0,26
Medicina do Tráfego	12	100,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	12	0,15
Medicina Nuclear	9	75,0	1	8,3	2	16,7	-	0,0	-	0,0	12	0,15
Nutrologia	1	33,3	-	0,0	2	66,7	-	0,0	-	0,0	3	0,04
Homeopatia	2	100,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	0,03
Medicina Legal e Perícia Médica	2	100,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	0,03
Total	4.222	53,2	1.269	16,0	1.202	15,2	568	7,2	367	4,6	7.931	100,0

Fonte: Chaves et al, REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 37 (4) : 557-565; 2013

2017 R-1 Main Residency Match - first iteration
Table 12: Quota offered to CMG applicants by discipline

Discipline	Quota Offered (#)	% of Total Quota Offered	Total Quota after Reversion (#)	Quota Filled (#)	Quota Vacant (#)
Anatomical Pathology	39	1.3%	41	37	4
Anesthesiology	100	3.4%	100	100	0
Cardiac Surgery	9	0.3%	8	8	0
Dermatology	31	1.0%	31	31	0
Diagnostic Radiology	78	2.6%	78	75	3
Emergency Medicine	66	2.2%	66	66	0
Family Medicine	1362	45.8%	1359	1208	151
General Pathology	8	0.3%	8	4	4
General Surgery	84	2.8%	84	84	0
Hematological Pathology	4	0.1%	3	1	2
Internal Medicine	451	15.2%	451	448	3
Medical Biochemistry	1	0.0%	1	0	1
Medical Genetics	7	0.2%	6	4	2
Medical Microbiology	7	0.2%	5	2	3
Neurology	44	1.5%	44	43	1
Neurology - Pediatric	9	0.3%	9	8	1
Neuropathology	5	0.2%	5	3	2
Neurosurgery	15	0.5%	15	15	0
Nuclear Medicine	10	0.3%	10	7	3
Obstetrics and Gynecology	77	2.6%	77	77	0
Ophthalmology	35	1.2%	35	35	0
Orthopedic Surgery	51	1.7%	51	51	0
Otolaryngology - Head and Neck Surgery	28	0.9%	28	28	0
Pediatrics	132	4.4%	132	131	1
Physical Medicine & Rehabilitation	28	0.9%	28	27	1
Plastic Surgery	26	0.9%	26	26	0
Psychiatry	181	6.1%	181	173	8
Public Health and Preventive Medicine	24	0.8%	24	18	6
Radiation Oncology	20	0.7%	20	13	7
Urology	33	1.1%	33	33	0
Vascular Surgery	8	0.3%	8	8	0

Discipline	Quota Offered (#)	% of Total Quota Offered	Total Quota after Reversion (#)	Quota Filled (#)	Quota Vacant (#)
TOTAL	2973	100%	2967	2764	203

https://carms.ca/wp-content/uploads/2017/05/Table_12_Quotaoffered_to_CMG_Applicants_by_Discipline_English.pdf

CATEGORIAS DE ANÁLISE DO CURRÍCULO

1. CARGA HORÁRIA TOTAL
2. CARGA HORÁRIA DE ATIVIDADE PRÁTICA
3. ATIVIDADE FORA DO HOSPITAL DE ENSINO EM SERVIÇO DE SAÚDE: **9,2%**
4. ATIVIDADES FORA DO HOSPITAL DE ENSINO EM OUTROS LOCAIS: 22,8%
5. METODOLOGIA DE ENSINO COM INDICADORES DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA: **67%**
6. METODOLOGIA DE ENSINO COM INDICADORES DE PEDAGOGIA TRADICIONAL: **61,3%**
7. PRESENÇA DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO FORMATIVA/SOMATIVA: **59,8%**
8. PRESENÇA DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO TRADICIONAL: **58,9%**
9. PREDOMÍNIO DE AULAS EXPOSITIVAS: **18,1%**
10. PRESENÇA DE ATIVIDADES EM PEQUENOS GRUPOS: **87,3 %**
11. PREDOMINÂNCIA DOS DETERMINANTES BIOLÓGICOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: **82,3%**
12. ELEMENTOS DE ARTICULAÇÃO BIOLÓGICO-SOCIAL NOS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: **25,5%**



Prof: Odalci Pustai e Roger Rosa

Onde atuam?

Distribuição de médicos, segundo atuação nos setores público e privado da saúde - Brasil, 2014



73,1% Setor Público

78,4% Setor Privado

Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2015.

Distribuição de médicos que atuam no setor público, segundo local de trabalho - Brasil, 2014

Local de trabalho público	Frequência	%	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
Hospital público ¹	1.236	51,5	46,5	50,5
Atenção primária em saúde ²	563	23,5	21,8	25,1
Atenção secundária em saúde ³	115	4,8	3,9	5,7
Universidade pública ⁴	99	4,1	3,3	5,0
Gestão pública ⁵	99	4,1	3,3	4,9
Atendimento pré-hospitalar (SAMU, Resgate)	30	1,3	0,9	1,7

Médicos (as) < 35 anos

- 40% público, 18,7% no privado
- 46% são plantonistas
- 29% com 4 ou mais vínculos
- 25% mais de 80 horas por semana
- 32% ganham até 8 mil reais e 27% até 12 mil (60% até 12 mil)
- 48,3% são assalariados



Na hipótese de que os salários e as condições de trabalho fossem as mesmas, 62,2% optariam pelo setor público

Lições aprendidas desde Alma Ata:

Recursos humanos são chave e centrais: Quem faz o que e como...

Precisa de iniciativas para mudar...

Num mundo em constante mudança ...além das implicações econômicas e políticas, esta mudança deveria resultar numa melhor experiência humana.

AMEAÇAS

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.

Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde

- “Em um determinado momento, vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e outros países que tiveram que **repactuar** as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las.
- Não adianta lutar por direitos que não poderão ser entregues pelo Estado. Temos que chegar ao ponto do equilíbrio entre o que o Estado tem condições de suprir e o que o cidadão tem direito de receber.”
- Ricardo Barros, ministro da Saúde, entrevista em 16/05/2016.
- Fonte: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>. Acesso: 11/06/2016.

A PEC 241, de 15/06/2016

- ☐ 1º turno com 366 votos (mín. 308) em 10/10
- ☐ 2º turno com 359 votos (mín. 308) em 25/10
- ☐ Leitura no Senado em 26/10
- ☐ PEC 55/2016 no Senado
- ☐ Leitura do parecer do relator na CCJ em 01/11
- ☐ Votação na CCJ em 09/11
- ☐ 1º turno (mín. 49) em 29/11
- ☐ 2º turno (mín. 49) em 13/12
- ☐ Promulgação em 14/12

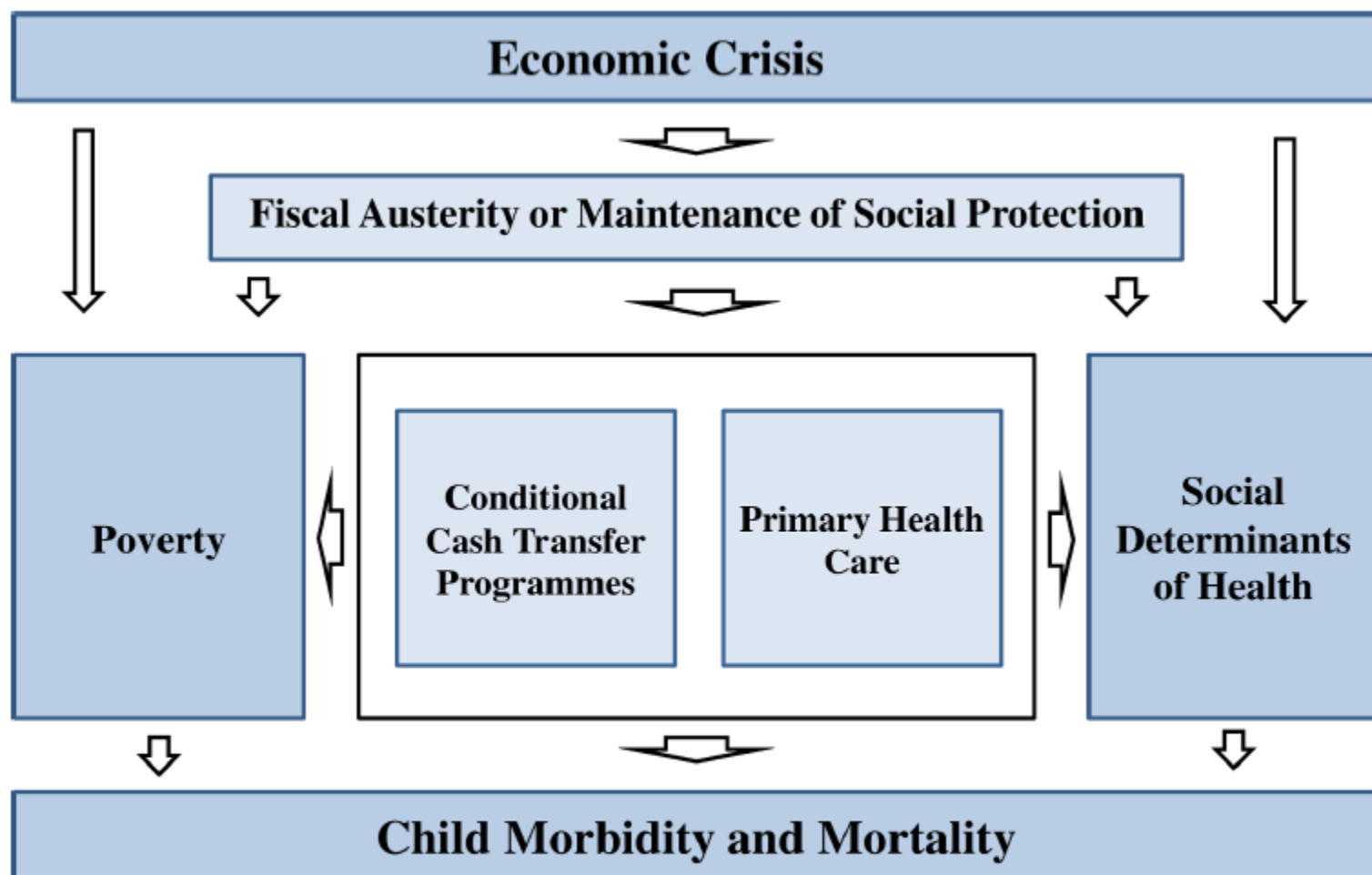


Fig 2. Framework showing pathways between the economic crisis, the austerity and social protection scenarios, conditional cash transfers, primary healthcare, and child health outcomes.



1978 MI: 90/1.000 NV

2000 MI: 29/1.000 NV

2008 MI: 18,9/1.000 NV

2015 MI: 12,4/1.000

2016 MI: 12,7/1.000 (Marinho, 2018)

Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study

Davide Rasella^{1,2,*}, Sanjay Basu^{3,4,5,6}, Thomas Hone², Romulo Paes-Sousa⁷, Carlos Octávio Ocké-Reis⁸, Christopher Millett^{2,9}

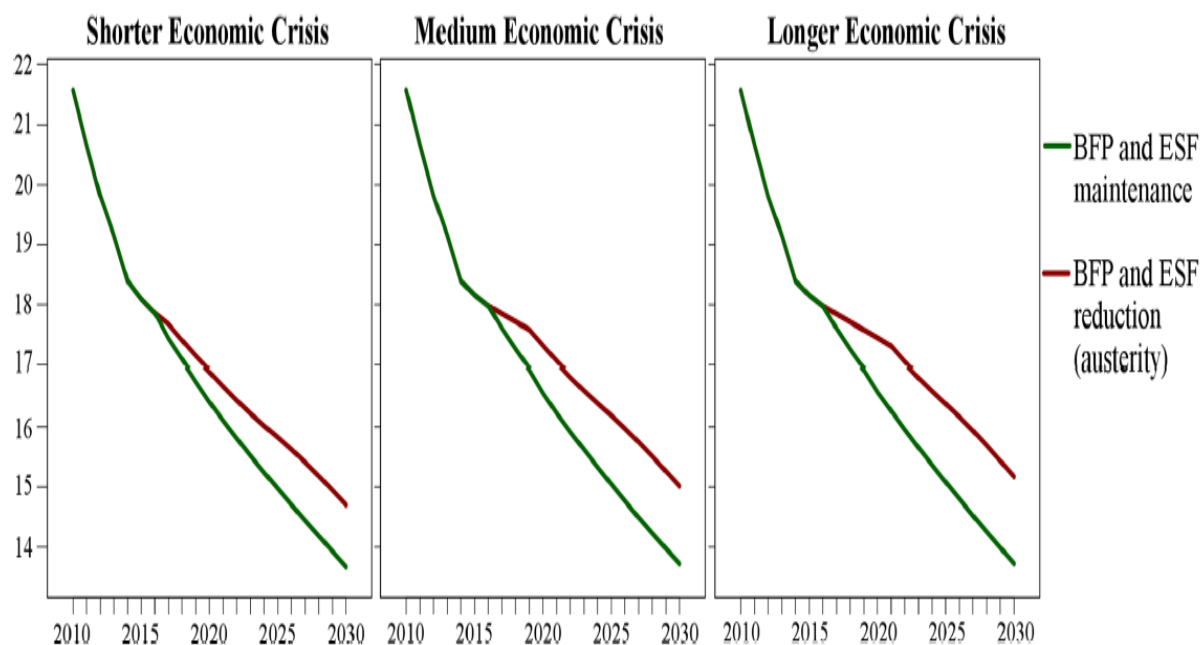


Fig 4. Mean municipal under-five mortality rates (per 1,000 live births) under different economic crisis and policy response scenarios for 2010–2030. BFP, Bolsa Família Programme; ESF, Estratégia Saúde da Família.

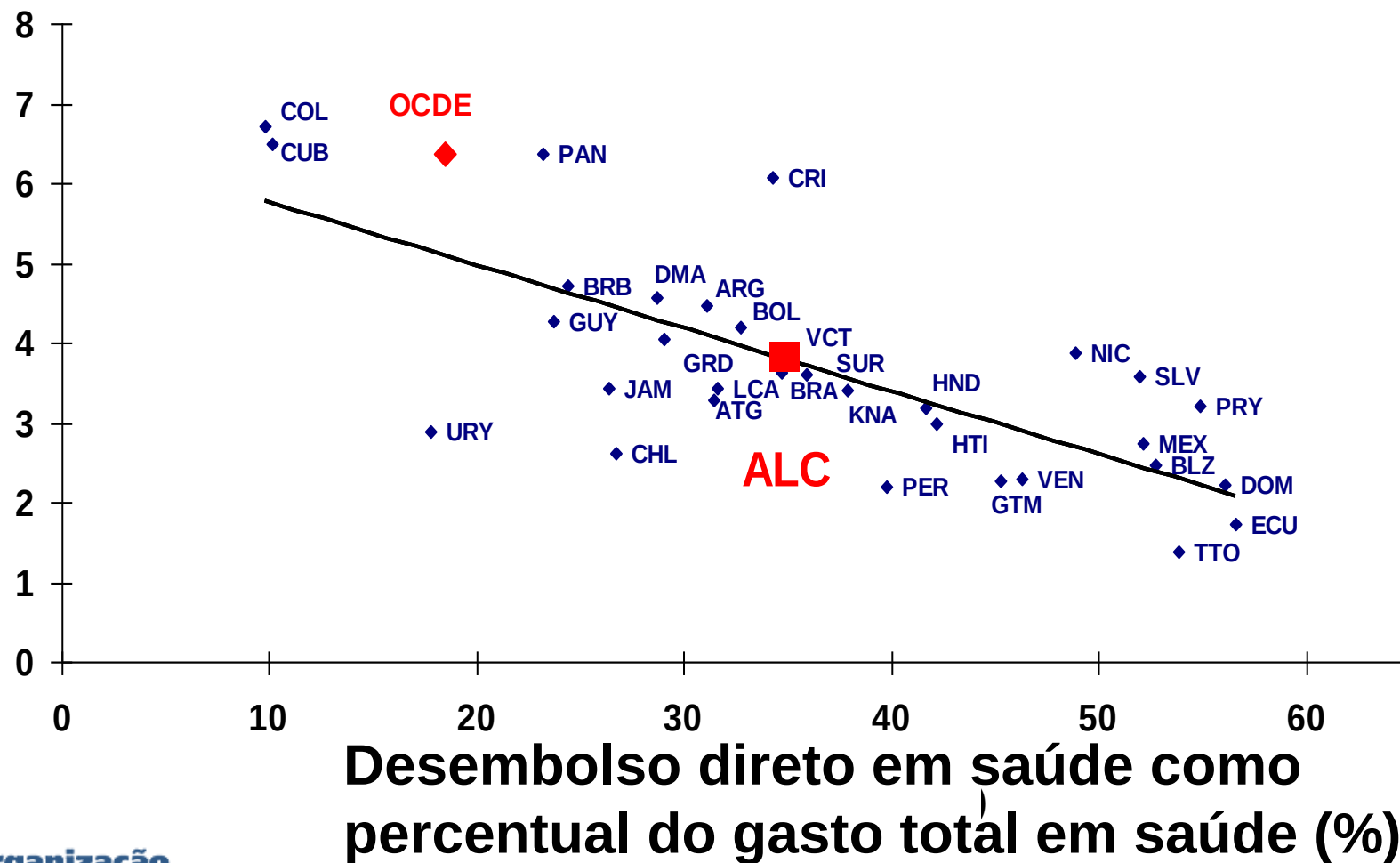
Plano de saúde “popular”

Ministro da Saúde defende plano de saúde 'popular' para aliviar o SUS

- O ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmou nesta quarta-feira (6) que irá defender a criação de um plano de saúde "mais popular", com acesso a menos serviços do que a cobertura mínima obrigatória determinada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), mas também com menor custo ao consumidor. Segundo Barros, a medida pode "contribuir com o financiamento do SUS".
- "Quando uma pessoa tem um plano [de saúde], ela participa dos custos de atendimento da saúde. E como tem menor cobertura, parte dos atendimentos continuarão sendo feitos pelo SUS para os casos que não estão na cobertura definida pela ANS."
- Ricardo Barros, ministro da Saúde, entrevista em 06/07/2016.
- Fonte: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml> Acesso: 03/08/2016.

Gasto público em saúde como percentual do PIB

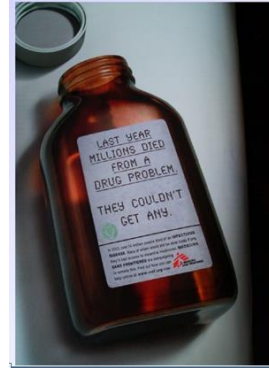
Iniquidade: Desembolso direto em saúde



A equidade se rompe nos seus extremos:
população muito desfavorecida e muito favorecida

Brasil terá até 3,6 milhões de 'novos pobres' em 2017, diz Bird

Instituição afirma que crise econômica ameaça redução da pobreza e recomenda aumento do orçamento do Bolsa Família para R\$ 30,4 bilhões para conter avanço da miséria.



...a estimativa é que o Brasil tenha **61,7 milhões de brasileiros com alguma conta em atraso** .
O número representa **40,5%** da população com idade entre 18 e 95 anos.

40% das crianças de até 14 anos estão em situação de pobreza no Brasil, mostra estudo  124

Aztana, Kazakhstan, 25-26 Outubro de 2018



Aztana, Kazakhstan, 25-26 Outubro de 2018

- I. APS é essencial para o desenvolvimento da Saúde**
- II. APS é essencial para o sucesso e sustentabilidade dos Sistemas de Saúde**
- III. APS é essencial para atingir a cobertura universal e os objetivos do desenvolvimento sustentável**

O que precisa ser feito



It's time to achieve #healthforall, once and for all!

Adoção da saúde em todas as estratégias para abordar questões estruturais que sustentam os determinantes sociais adversos da saúde.

Inclui engajamento significativo de comunidades, setores de atenção secundária e terciária, etc.

Equipes de atenção primária altamente eficazes

Prestadores de cuidados primários bem treinados, apoiados e valorizados

Pesquisa voltada para atenção primária

Esforços deliberados em prol da integração e coordenação

Tecnologia

Proteção financeira



“Precisamos transformar nosso foco em como usar as informações da APS para melhorar a saúde da população”

Professora Barbara Starfield, 2011

Como?

- O impacto dos serviços de APS e da APS nos Sistemas de Saúde: "atenção primária forte" (efeitos sobre os sistemas de saúde em geral)
- Quais elementos da atenção primária forte estão relacionados com desempenhos específicos, em diferentes tipos de sistemas de cuidados de saúde e para situações urbanas e rurais
- O papel da APS em aumentar a equidade em saúde
- O papel dos especialistas e demais profissionais de saúde em melhorar a APS, especialmente a integralidade
- P4: reduzir a iatrogênese e evitar a superutilização
- Carga de doenças, nos pacientes e na população, não somente "taxas de doenças" como medida

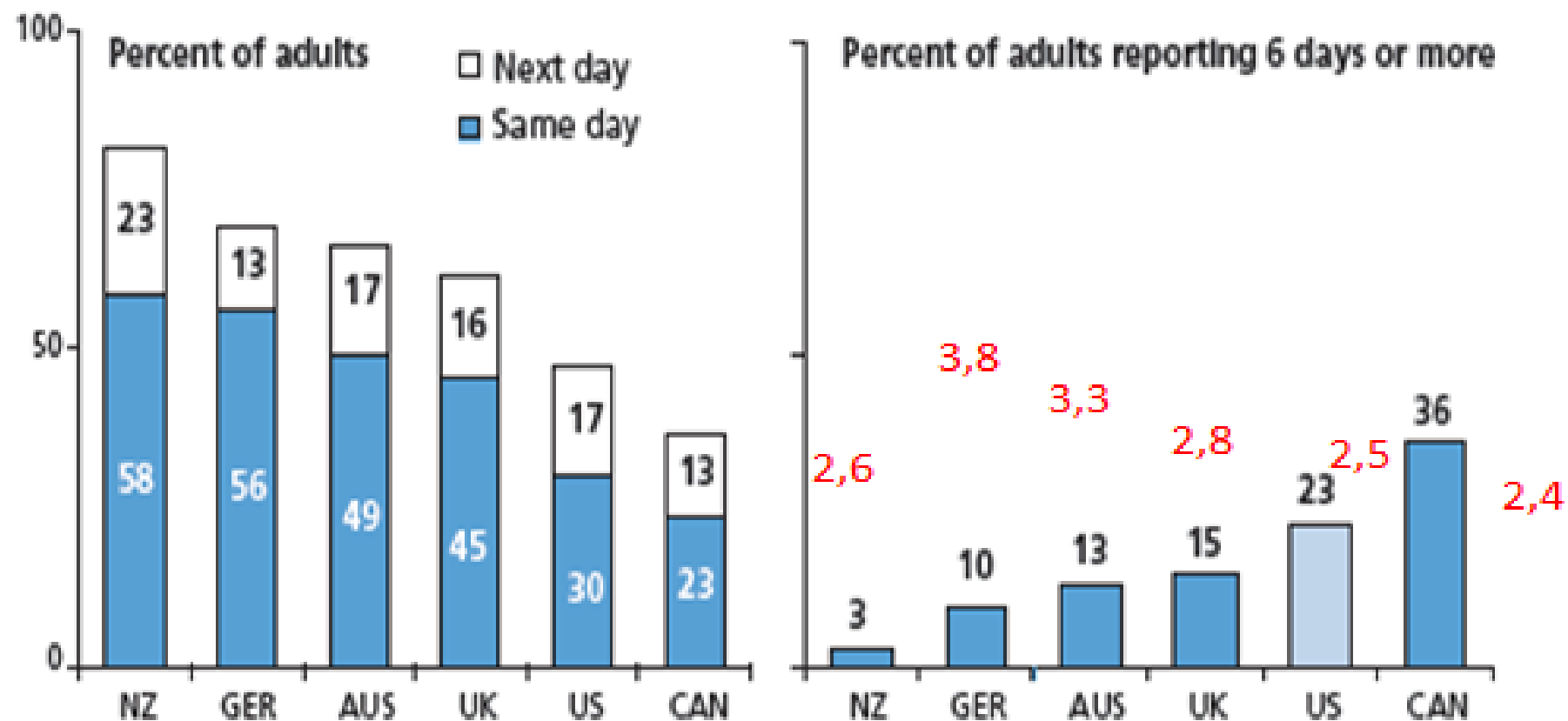
PERCENTAGE OF PATIENTS WHO TRUST THE HEALTH CARE SYSTEM IN
THEIR COUNTRY COMPARED TO HEALTH CARE PROFESSIONALS



Guanais, F. BID. CONASS Debate. A crise contemporânea dos Sistemas de Saúde. Maio de 2014, Brasília/DF.

Waiting Time to See Doctor When Sick or Need Medical Attention, Sicker Adults in Six Countries, 2005

Last time you were sick or needed medical attention, how quickly could you get an appointment to see a doctor?



Data: 2005 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults (Schoen et al. 2005a).

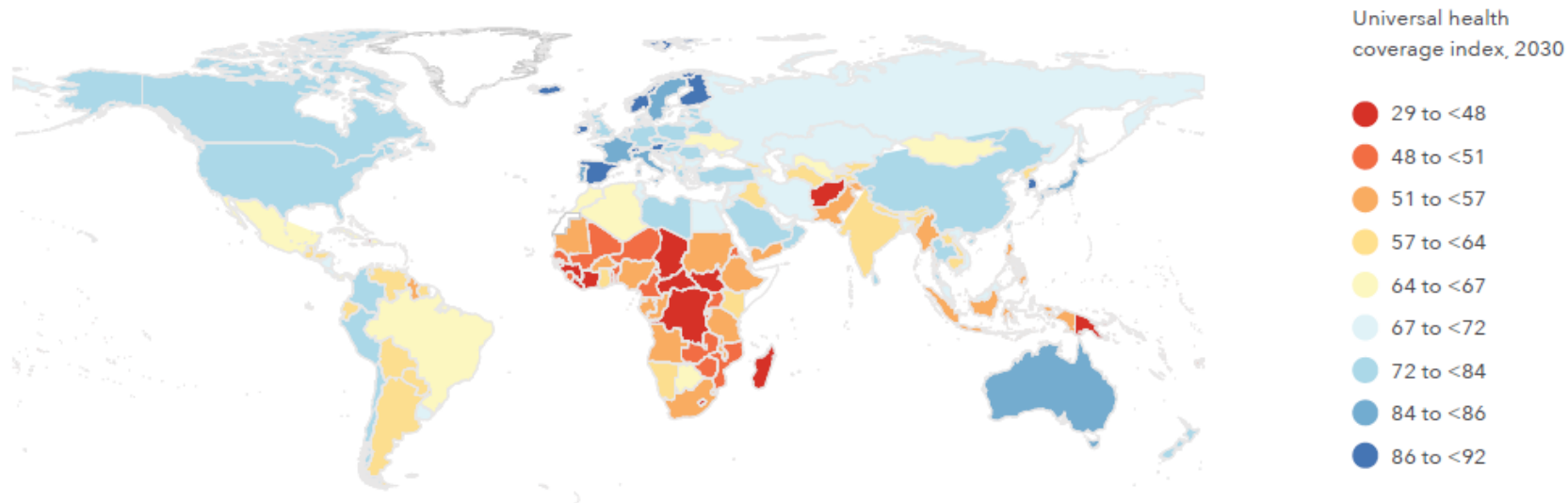
Source: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2006

**UNIVERSALIDADE
X
COBERTURA UNIVERSAL**

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

There is great variation in expected health spending around the world.

Universal health coverage in 2030



The universal health coverage (UHC) index - developed as part of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 - is a summary measure of essential health service coverage based on the coverage of nine interventions and risk-standardized death rates from 32 causes amenable to health care. The index is measured on a scale of 0 (lowest coverage) to 100 (highest coverage).

Countries with the highest and lowest projected UHC indices in 2030

Top 5

Iceland	91.9
Finland	90.7
Luxembourg	89.4
Slovenia	87.9
Spain	87.9

Bottom 5

Chad	40.1
Afghanistan	38.8
Vanuatu	35.8
Central African Republic	31.7
Somalia	28.6

Financing Global Health 2017

TRENDS IN SPENDING

Low-income and lower-middle-income countries accounted for a higher percentage of the total population, a higher percentage of the disease burden, and a lower percentage of total health spending

- A** The bulk of 2015 spending was in high-income countries, while these same countries accounted for a smaller fraction of the population and disease burden.
- B** High-income countries spent **\$5,551** per person on health, upper-middle-income countries spent **\$949**, lower-middle-income countries spent **\$266**, and low-income countries spent **\$110**. **Six high-income countries** account for as much spending as **the rest of the world combined**.

Health spending, disease burden, and population, 2015



- High-income countries
- Upper-middle-income countries
- Lower-middle-income countries
- Low-income countries

Escore de Acesso, Escore de Longitudinalidade e Escore Geral da APS avaliado por usuários adultos que consultam com médicos cubanos (MM Cuba) e brasileiros (MM Brasil) vinculados ao PMM e médicos brasileiros não vinculados ao PMM (MedESF). Brasil, 2016.

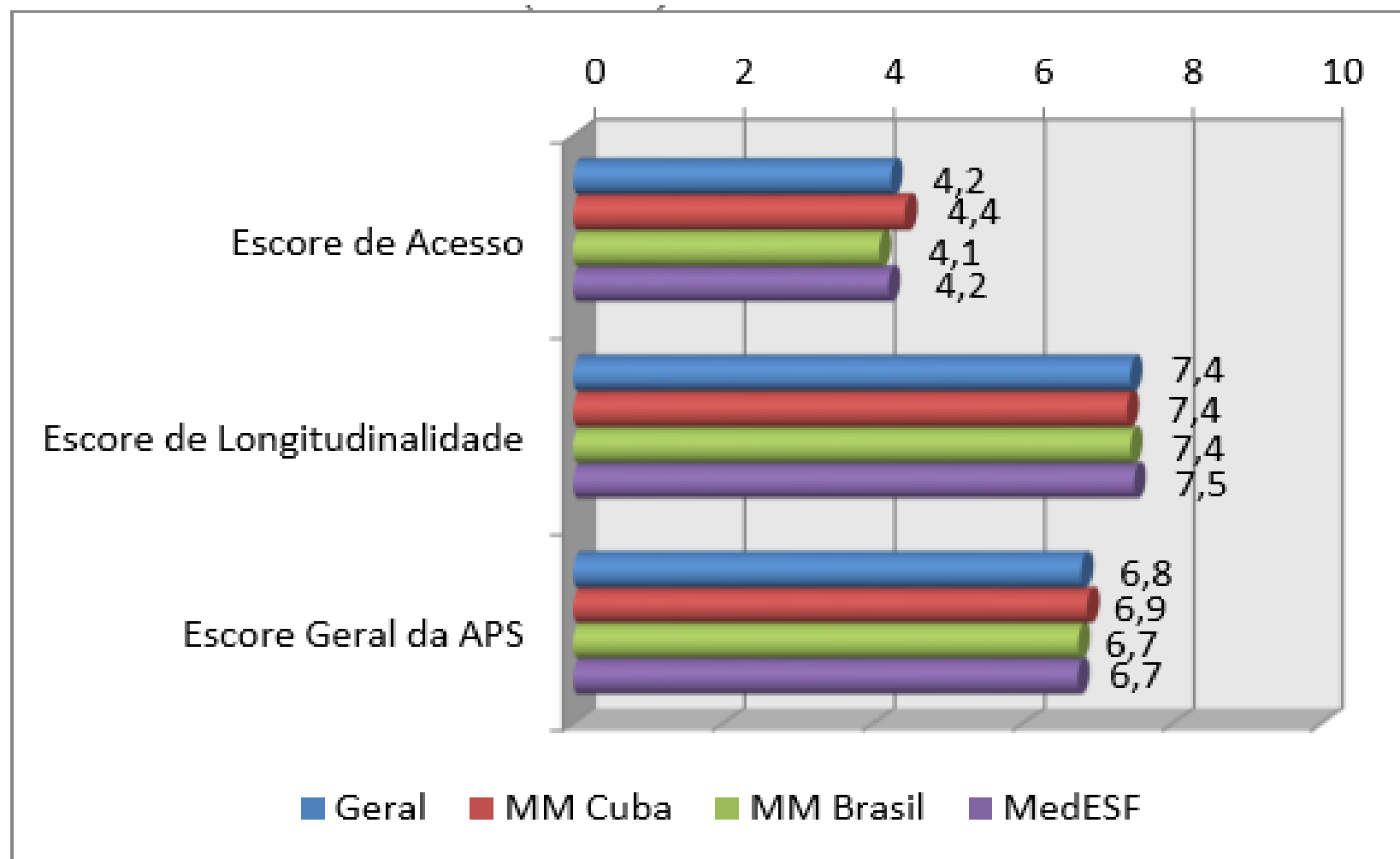


Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas, histórico de saúde e de atendimento referidas pelos usuários adultos [n(%) ou média(ep)]

	Geral (n = 6.160)	MM Cuba (n = 2.087)	MM Brasil (n = 2.062)	MedESF (n = 2.011)
Tipo de consulta no dia da entrevista				
Agendada	3287 (53,4)	1005 (48,2)	1210 (58,7)	1072 (53,3)
Obtida no mesmo dia	2873 (46,6)	1082 (51,8)	852 (41,3)	939 (46,7)
Procura o médico selecionado se tem um novo problema de saúde antes de ir a outro serviço?				
Com certeza sim/provavelmente sim	5510 (89,5)	1914 (91,7)	1812 (87,9)	1784 (88,7)
Com certeza não/provavelmente não	631 (10,2)	165 (7,9)	241 (11,7)	225 (11,2)
Não sabe/não lembra	19 (0,3)	8 (0,4)	9 (0,4)	2 (0,1)
É difícil para você conseguir atendimento com o médico quando pensa que é necessário?				
Com certeza sim/provavelmente sim	1785 (29,0)	553 (26,5)	644 (31,3)	588 (29,2)
Com certeza não/provavelmente não	4319 (70,1)	1518 (72,8)	1397 (67,7)	1404 (69,8)
Não sabe/não lembra	56 (0,9)	16 (0,7)	21 (1,0)	19 (1,0)
A unidade fica aberta pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 hs?				
Com certeza sim/provavelmente sim	466 (7,5)	147 (7,0)	162 (7,8)	158 (7,8)
Com certeza não/provavelmente não	4735 (76,9)	1644 (78,8)	1556 (75,5)	1535 (76,4)
Não sabe/não lembra	959 (15,6)	296 (14,2)	345 (16,7)	318 (15,8)
ESF: Estratégia de Saúde da Família; PMM: Programa Mais Médicos ep: erro padrão n(%) ou média(ep)				

Fonte: Dissertação MILENA RODRIGUES AGOSTINHO, 2017. AVALIAÇÃO COMPARATIVA MULTINÍVEL DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL ENTRE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARTICIPANTES OU NÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS