

## Relatório Técnico nº14/2023

### Atenção Primária à Saúde

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: [www.agendamaisus.org.br](http://www.agendamaisus.org.br).

#### Resumo

**De modo a garantir a universalidade afirmada na concepção do SUS, o caminho com resultados mais promissores parece ser o de investimento e ampliação de cobertura da APS [1]. Uma APS pública e universal é consistentemente apontada na literatura especializada como o investimento mais custo efetivo em saúde, com melhoria dos resultados em saúde e redução das iniquidades em saúde, além de potenciais benefícios econômicos.**

- Evidências mostraram que em 30 países de alta renda (2000-2009), os sistemas de saúde com **investimentos robustos na APS** têm maior capacidade de apresentar **melhores resultados na saúde da população**, com redução de hospitalizações desnecessárias, além de menores desigualdades em saúde [2].
- Investir em modelos de APS de alta qualidade com profissionais de saúde altamente qualificados e agentes comunitários de saúde integrados pode proporcionar reduções na mortalidade por diabetes e doenças cardiovasculares e hospitalizações de gestantes e pessoas com hanseníase em países de baixa renda [3].
- Várias intervenções e investimentos têm demonstrado melhorar o desempenho da APS, melhorar a qualidade da atenção e gerar economia. Isso inclui a **incorporação de farmacêuticos às equipes de APS**, o desenvolvimento de **estratégias de gerenciamento de casos** para melhorar e qualificar o gerenciamento de doenças crônicas e **prontuários eletrônicos que incluem recall do paciente e lembretes aos profissionais de saúde para cuidados preventivos e gerenciamento de doenças crônicas** [4].
- **Melhorias no desempenho da APS podem desencadear benefícios econômicos.** Os melhores resultados de saúde têm um impacto positivo sobre o emprego, a produtividade e o crescimento econômico. Os resultados da simulação indicam que o aumento da taxa de vacinação contra influenza da população idosa resulta em economia de custos. Melhores resultados de saúde para o gerenciamento de doenças crônicas foram vinculados à economia de custos por meio de reduções em hospitalizações, visitas profissionais, visitas a pronto-socorros e aumento da produtividade; e maior

continuidade do atendimento foi associada a menor utilização de recursos e custos de saúde reduzidos [4].

- Evidências sugerem que os cuidados primários de saúde podem produzir uma gama de benefícios econômicos por meio de seu potencial para melhorar os resultados de saúde, a eficiência do sistema de saúde e a equidade em saúde:
  - Resultados de saúde - a APS pode melhorar a saúde da população em termos de expectativa de vida, todas as causas mortalidade, mortalidade materna, infantil e neonatal, bem como resultados de saúde mental.
  - Eficiência do sistema de saúde - a APS pode reduzir o total de hospitalizações, admissões evitáveis e internações e hospitalizações de emergência.
  - Equidade em saúde - a APS melhora o acesso equitativo aos cuidados de saúde e resultados de saúde equitativos [5].

Mendes [15] compilou estudos realizados a partir de 2010 que indicam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem impacto sobre:

- a redução sobre a taxa de mortalidade pós-neonatal, infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos;
- a diminuição de mortes de adultos, através da redução das Internações por Questões Sensíveis à APS (ICSAP) e da mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, sendo que esse efeito aumenta com o tempo de implantação dessa estratégia nos municípios e é maior nos municípios com cobertura de ESF igual ou superior a 70% da população. A expansão da ESF também foi associada com uma redução de 15,4% na mortalidade por ICSAP na população parda/preta.
- o aumento do acesso a consultas médicas anuais, no SUS, tanto entre homens quanto entre mulheres e crianças, inclusive em algumas faixas etárias se aproximando dos grupos com planos privados;
- a melhoria no acesso, especialmente entre a população mais pobre e a população idosa, a melhoria na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos;
- a ampliação do número de visitas domiciliares;
- a eficiência dos serviços de média e alta complexidade que parece aumentar em função do aumento da eficiência da APS;
- a melhoria do desempenho do SUS.

Além disso, apresenta efeitos combinados com o Programa Bolsa Família, tornando-o, ao mesmo tempo, mais eficaz e se beneficiando de seus resultados.

**A APS tem o potencial de ser resolutiva para as principais questões de saúde da população, em especial as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No contexto de transição epidemiológica do Brasil e com o envelhecimento da população, a APS é o nível de atenção mais adequado para endereçar fatores de risco:**

- **O Brasil está passando por uma transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da mortalidade por doenças crônicas.** Os municípios brasileiros apresentam realidades diversas: enquanto algumas regiões, principalmente Norte e Nordeste, ainda possuem um perfil epidemiológico definido pelas doenças infecciosas, outras já passaram pela transição, com carga de doenças próximas à realidade de países da União Europeia. As heterogeneidades na carga de doenças tendem a ser maiores em municípios mais pobres e com uma população mais jovem [6].
- **Aproximadamente 3 a cada 4 mortes de brasileiros (74%) são causadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).** Tal fato faz com que as DCNT sejam, hoje, o principal desafio de nosso sistema de saúde e que a eficácia de suas linhas de cuidado seja um importante determinante do bem estar da população brasileira [7].
- O Vigitel 2021 indica que 9,1% da população adulta das capitais é fumante, 57,2% tem excesso de peso e 22,4% é obesa - todos fatores de risco para as DCNT. O consumo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de frutas e hortaliças não abrange nem ¼ da população adulta, ao mesmo tempo em que 14% das pessoas indicaram consumir refrigerantes em 5 ou mais dias da semana e 18,2% das pessoas entrevistadas indicaram ter consumido alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista. Apenas 36,7% da população praticava 150 minutos de atividade moderada por semana, 48,2% não alcançando um nível suficiente de prática de atividade física.

### **Promoção da saúde como estratégia de enfrentamento às DCNTs**

As intervenções de promoção e prevenção em saúde consideradas mais efetivas para enfrentar DCNT pela Organização Mundial de Saúde [8] são:

- A. Aumentar os impostos especiais de consumo e os preços dos produtos de tabaco;
- B. Implementar embalagens simples / padronizadas e / ou gráficos grandes com advertências de saúde em todas as embalagens de tabaco;
- C. Decretar e aplicar proibições abrangentes à publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco;
- D. Eliminar a exposição ao fumo passivo do tabaco em todos locais de trabalho internos, lugares públicos, transporte público;
- E. Implementar campanhas eficazes de mídia de massa que eduquem o público sobre os danos do tabagismo / uso do tabaco e fumo passivo;
- F. Aumentar os impostos especiais de consumo sobre bebidas alcoólicas;
- G. Decretar e aplicar proibições ou restrições abrangentes sobre exposição à publicidade de álcool (em vários tipos de mídia);

- H. Decretar e impor restrições à disponibilidade física de álcool no varejo (por meio de horas reduzidas de venda);
- I. Reduzir a ingestão de sal por meio da reformulação dos produtos para que contenham menos sal e a definição de níveis-alvo para a quantidade de sal nos alimentos e refeições;
- J. Reduzir a ingestão de sal em instituições públicas, como hospitais, escolas, locais de trabalho e lares de idosos, ofertando opções para a redução do sódio;
- K. Reduza a ingestão de sal por meio de campanha de comunicação e mídia de massa para fomentar uma mudança de comportamento;
- L. Reduzir a ingestão de sal por meio da implementação de rotulagem na frente da embalagem;
- M. Implementar educação e conscientização públicas em toda a comunidade através de campanha de atividade física que inclui mídia de massa, campanha combinada com outra educação comunitária, programas motivacionais e ambientais voltados para apoiar a mudança comportamental dos níveis de atividade física;
- N. Terapia medicamentosa (incluindo controle glicêmico para diabetes mellitus e controle da hipertensão com abordagem de risco total) e aconselhamento para indivíduos que tiveram um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral e para pessoas com moderado ( $\geq 20\%$ ) a alto risco ( $\geq 30\%$ ) de uma doença cardiovascular fatal e não fatal evento nos próximos 10 anos;
- O. Vacinação contra o papilomavírus humano (2 doses) para meninas de 9-13 anos;
- P. Prevenção do câncer do colo do útero por meio do rastreamento de mulheres com idade de 30-49 anos.

**No entanto, o potencial completo da APS em saúde não parece estar sendo atingido [9], fato que se torna mais nítido e crítico durante a pandemia.**

- **No país, essa baixa resolutividade resulta no agravamento dos problemas de saúde da população e numa série de óbitos e doenças que poderiam ser prevenidos.** A regulação ineficiente dos fluxos assistenciais causa filas que restringem o acesso ao sistema. Além disso, os municípios brasileiros enfrentam amplas desigualdades regionais na quantidade e na qualidade da força de trabalho na saúde. Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, em um contexto não-pandêmico, cerca de 40% das internações são de condições sensíveis à atenção básica [6].
- A pandemia da Covid-19 testou a resiliência dos sistemas de saúde municipais e deu visibilidade aos principais desafios dos sistemas no manejo de crises. Do lado da assistência, às secretarias tiveram **dificuldades em criar um fluxo assistencial eficiente na atenção básica para responder a esta contingência.** Para além disso, a rede de muitos municípios ficou sobrecarregada, e serviços essenciais como as consultas pré-natais e as consultas de manejo das doenças crônicas foram interrompidos, potencialmente causando um aumento na mortalidade materna e infantil e na agudização de doenças crônicas [6].

- Durante os primeiros meses da pandemia, observou-se um declínio nas internações hospitalares associado a um aumento da mortalidade hospitalar por doenças cardiovasculares no Brasil. Esses dados possivelmente são consequência do planejamento inadequado no manejo das DCNT durante a pandemia [10].
- Também não foi aproveitado o potencial dos Agentes Comunitários de Saúde de realização de vigilância comunitária, atuando no rastreamento e monitoramento de contatos. Sem diretrizes do governo federal, esses profissionais não dispunham de informações objetivas e atualizadas para realizar essa vigilância ou ações de comunicação em saúde [11].

**O modelo de ESF é amplamente valorizado. Existem evidências suficientes para concluir que a expansão da ESF teve um impacto importante na saúde da população brasileira.** Especificamente, a expansão e adequação da ESF facilitou:

- Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa - pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças;
  - Melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária;
  - Expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas;
  - Melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos;
  - Eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família e;
  - Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil [12].
- Os serviços de Programa de Saúde da Família (PSF/ESF) oferecem atendimento de alta qualidade em comparação com outros serviços de APS - ou seja, apresentam pontuação mais alta em indicadores relacionados a características relevantes como integralidade ou longitudinalidade -, e os ACS que trabalham em PSF/ESF têm melhor desempenho em comparação com outros ACS [3].
  - De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (2019), dentre as pessoas com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da APS nos 6 meses que antecederam a entrevista, 69,9% eram mulheres, 60,9% das pessoas eram negras. No que tange a renda, 64,7% tinham rendimento domiciliar per capita inferior a 1 salário mínimo à época, 32,4% estavam na faixa de 1 a 3 salários mínimos e 53,8% estavam desempregadas. Sobre as condições de moradia, 84% tinham a rede geral como forma principal de abastecimento de água; 53,8% utilizavam como destino do esgoto à rede geral de esgoto ou pluvial; e 83,8% dispunham de lixo coletado diretamente por serviço de limpeza. Além disso, 76,5% dos domicílios com moradores de 18 anos ou mais de idade que tiveram pelo menos dois atendimentos no âmbito da APS estavam cadastrados na Unidade de Saúde da Família. Em relação à frequência de visitas de agentes comunitários de saúde ou outros membros da Equipe de Saúde da Família, 62,5% do grupo de referência recebeu a visita pelo menos uma vez nos últimos seis meses

anteriores à data da entrevista. Com relação ao número de domicílios cadastrados na unidade de saúde, em média, 73,0% dos domicílios brasileiros receberam, pelo menos uma vez, a visita de algum agente de combate de endemias. A pesquisa também apontou que pessoas com alguma morbidade declararam maior satisfação com o atendimento da APS do que pessoas sem morbidades.

## Recomendações

- A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) [9] recomenda o fomento a **modelos de atenção que abrigam vários profissionais com habilidades avançadas de trabalho em equipes, apoiados por tecnologia digital para permitir a coordenação dos cuidados e que estão pró-ativamente engajados na prevenção, e em um atendimento adaptado às necessidades da população**. Além disso, propõe **incentivos econômicos para encorajar a atenção primária à saúde a trabalhar em equipes e focar na prevenção e na continuidade da atenção**, especialmente para pacientes com condições crônicas, com o uso de pagamentos adicionais específicos para incentivar a coordenação de cuidados, atividades de prevenção ou gestão ativa de doenças crônicas, além de pagamento por desempenho na atenção primária à saúde. Por fim, destaca o **papel dos usuários do sistema, que devem ser estimulados ao protagonismo em saúde através de melhor suporte para a autogestão e comunicação em saúde**. Ouvir os pacientes por meio da coleta regular de experiências e resultados de cuidados será cada vez mais necessário como uma ferramenta para melhorar o que é mais importante para elas.

Conheça a [tabela da publicação](#), que traz experiências de diferentes países (em inglês).

- Quanto mais ampla a cobertura, mais eficiente será a APS (de 0,57 nos municípios com até 20% de cobertura a 0,65 nos municípios com mais de 80% de cobertura). A extensão da APS a 100% resultaria em ganhos de eficiência de pelo menos 0,03% do PIB [13].
- A fim de contribuir para que o SUS do Brasil alcance uma APS forte, a Organização Pan-Americana (OPAS/OMS) apresentou as seguintes propostas no relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?” [2]:
  - **Ampliar formas de acesso à APS**, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
  - **Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS**, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
  - **Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população**, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
  - **Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS**, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.

- **Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e tecnologia do cuidado** (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
- **Promover adensamento tecnológico na APS**, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma), de forma presencial ou à distância.
- **Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores**; disponibilizar Registro Eletrônico em Saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
- **Desenvolver sistema de regulação centrado na APS**, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.
- **Aumentar o financiamento da APS** até atingir níveis adequados e suficientes.
- **Garantir estrutura física e tecnológica adequadas**, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
- **Planejar a oferta de recursos humanos para a APS** e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
- **Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para atenção primária à saúde** em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
- **Promover apoio assistencial às equipes de APS** (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), matriciamento), de forma presencial ou à distância.
- **Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS**, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
- **Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.**
- **Promover estratégias de defesa e fortalecimento da atenção primária à saúde**, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
- **Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde** (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.
- **Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços** pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria, entre outros.
- **Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas** para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

## Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da Agenda Mais SUS. As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

## Organizações

**Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão)** - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

**Umane (Idealização e Revisão)** - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

**Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências)** - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

## Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

## Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

**Conheça a Agenda Mais SUS: [www.agendamaisus.org.br](http://www.agendamaisus.org.br)**

## Referências

- [1] Bhalotra; Rocha; Soares. Can universalization of health work? evidence from health systems restructuring and expansion in Brazil, 2019. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/02/WPS3.pdf>
- [2] OPAS/OMS; Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?; 2018 - Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
- [3] Mrejen, M. et al. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis, 2021 - Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100034>
- [4] Dahrouge et al; Economic Impact of Improvements in Primary Healthcare performance; 2012 - Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/264535487\\_Economic\\_Impact\\_of\\_Improvements\\_in\\_Primary\\_Healthcare\\_performance](https://www.researchgate.net/publication/264535487_Economic_Impact_of_Improvements_in_Primary_Healthcare_performance)
- [5] World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018 - Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf>
- [6] IEPS; Saúde na Cidade; 2020 - Disponível em <https://saudenacidade.org/>
- [7] IEPS; Linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde; 2021 - Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama\\_IEPS\\_02.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama_IEPS_02.pdf)
- [9] World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2017 - Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>
- [10] Berchet, C.; Guanais, F. Realising the potential of Primary Health Care, 2020 - Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a92adee4-en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en&csp=11e8b4af7aae0212bc3f99670160b6f2&itemIGO=oecd&itemContentType=book>
- [11] Normando, P.G et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil, 2021 - Disponível em: <https://abccardiol.org/article/reducao-na-hospitalizacao-e-aumento-na-mortalidade-por-doencas-cardiovasculares-durante-a-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>
- [12] Lotta, G. Entrevista, 2021 - Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/colunas/cristiane-segatto/2021/07/07/com-a-omissao-do-governo-federal-esta-dificil-ser-prefeito-na-pandemia.htm>
- [13] Macinko; Mendonça; Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados; 2018 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>
- [14] Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro - Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>
- [15] Mendes. Atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças, 2021 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-38/>