

**SEMINÁRIO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO AGAP
BRASÍLIA, 28 DE JULHO DE 2010**

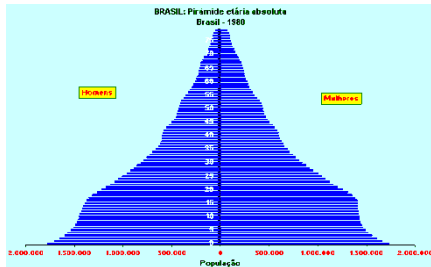
**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS**

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

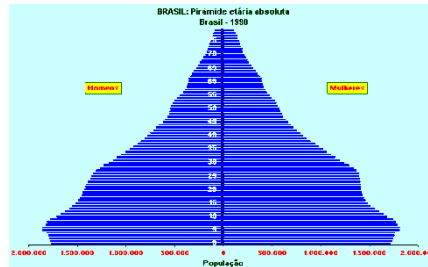
A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

- **A SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA**
- **A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

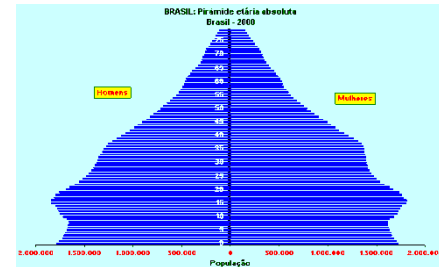
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL



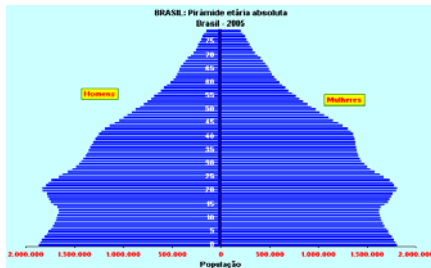
1980



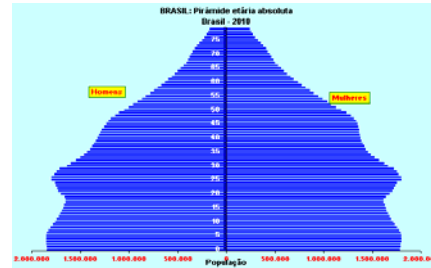
1990



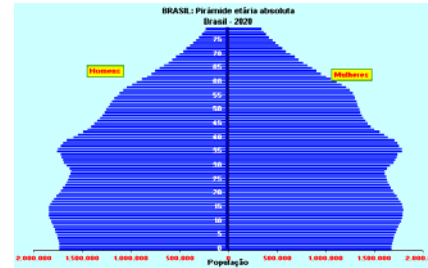
2000



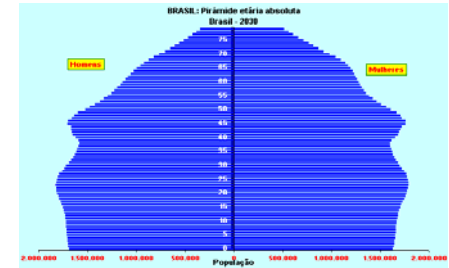
2005



2010



2020



2030

9% da população idosa

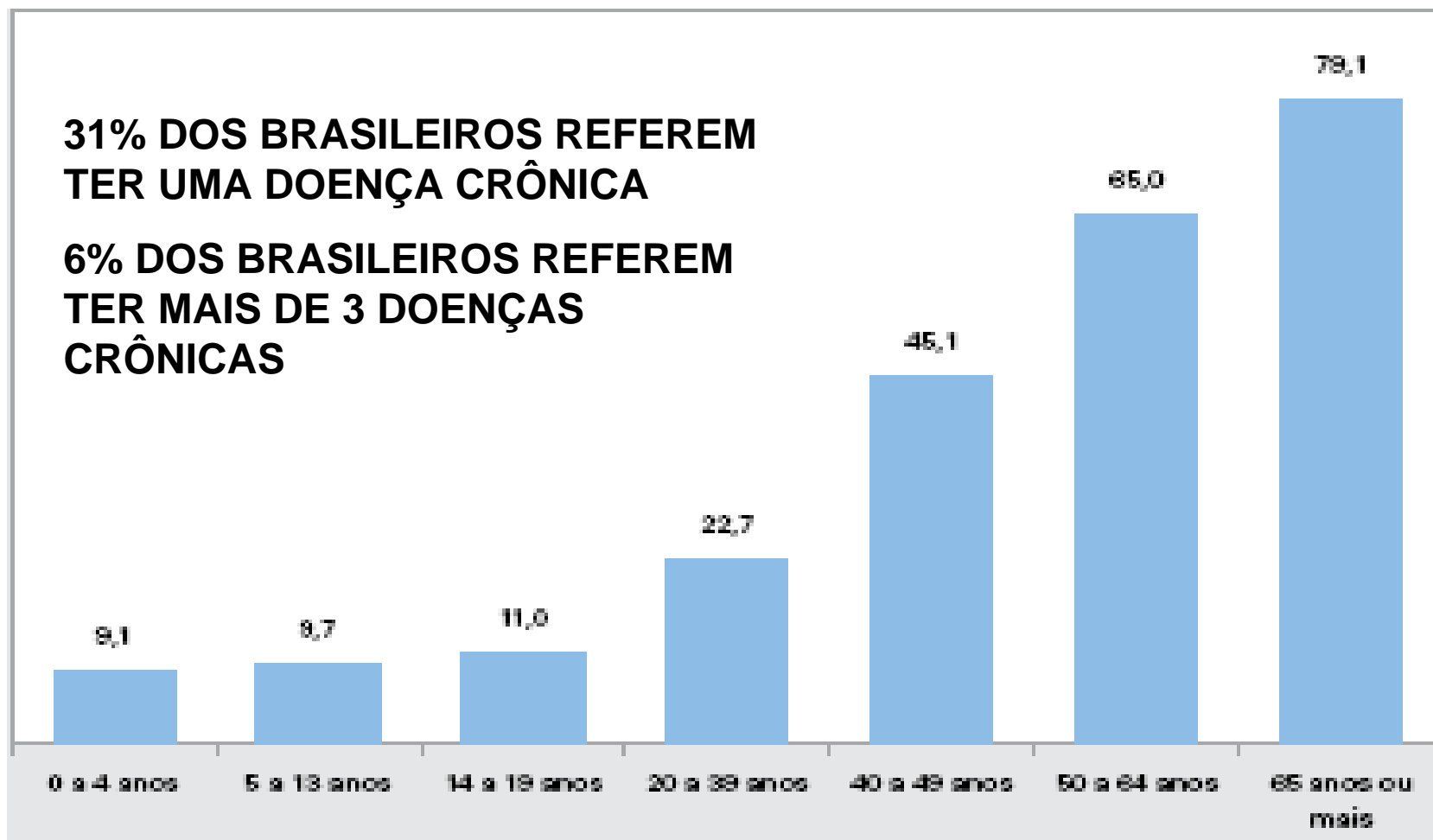
20 MILHÕES

BRASIL
2005 a 2030

15% da população idosa

MAIS DE 40 MILHÕES

PERCENTUAL DE PESSOAS COM DECLARAÇÃO DE PELO MENOS UM DOS DOZE TIPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE – BRASIL, 2008



A CARGA DE DOENÇAS EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI'S), BRASIL, 1998

CONDIÇÕES DE SAÚDE	AVAI'S POR MIL HABITANTES	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	124	66,2
TOTAL	232	100

A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS

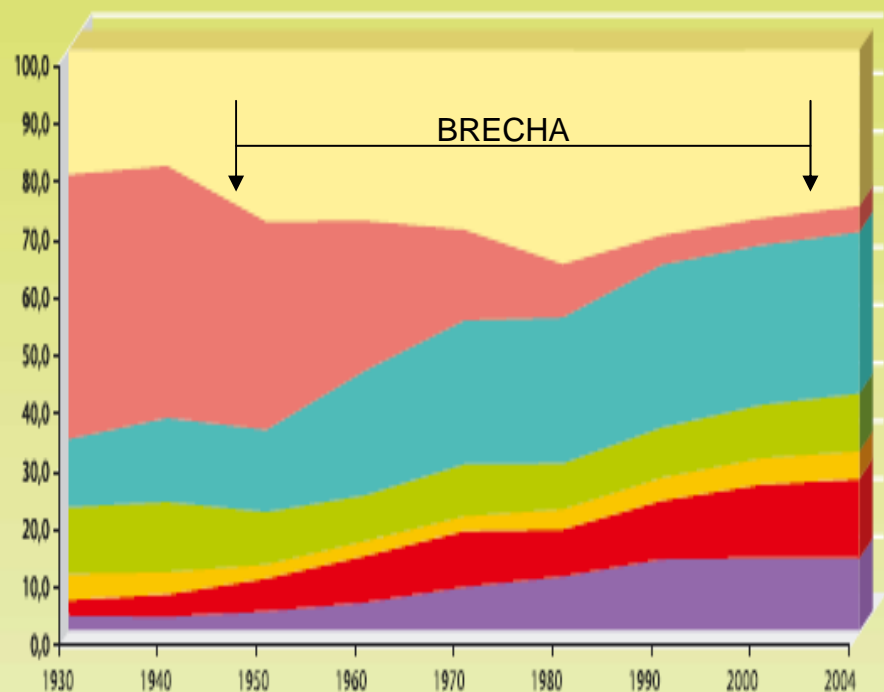
- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **A FORTE PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, SOBREPESO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**
- **O FORTE CRESCIMENTO DA VIOLÊNCIA E DAS CAUSAS EXTERNAS**

O PROBLEMA CRÍTICO DO SUS

A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇAS, COM FORTE PREDOMINÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA EPISÓDICA E REATIVA E QUE É VOLTADO PRINCIPALMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E ÀS AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

A CRISE DO SUS

Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas no Brasil (1930-2004)



■ CAUSAS EXTERNAS ■ NEOPLASIAS ■ DIGESTIVAS ■ RESPIRATÓRIAS
■ CIRCULATORIAS ■ INFECTO-PARASITÁRIAS ■ OUTRAS CAUSAS

UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA METADE DO SÉCULO XX

POR QUÊ?

O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)

FONTE: MENDES (2009)

AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **ORGANIZADOS POR COMPONENTES ISOLADOS**
- **ORIENTADOS PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E PARA AS AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **VOLTADOS PARA INDIVÍDUOS**
- **OS SUJEITOS SÃO OS PACIENTES**
- **REATIVIDADE**
- **ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS E REABILITADORAS**
- **SISTEMAS DE ENTRADA ABERTA E SEM COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PELA APS**
- **ÊNFASE NO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **GESTÃO DA OFERTA**
- **PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS**

O CONTROLE DO DIABETES

NO BRASIL

- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 427,00
- APENAS 10% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- APENAS 27% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 45% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 44% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 16% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM ALTERAÇÕES RENAIIS

NOS ESTADOS UNIDOS

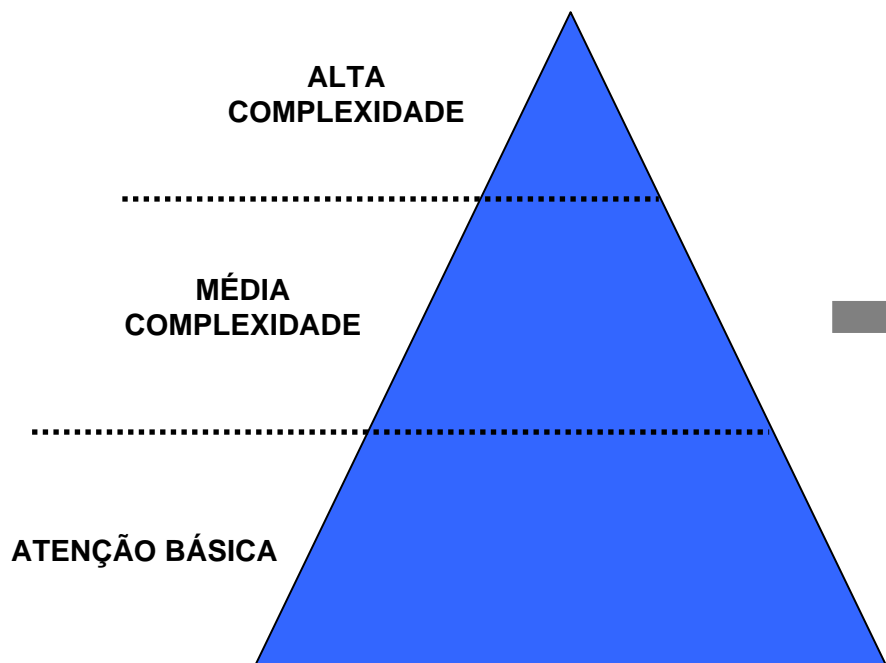
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 6.719,00
- 8 MILHÕES DE PORTADORS DE DIABETES E OUTRO TANTO SEM DIAGNÓSTICO
- 35% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 58% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- 30% A 70% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 15% DOS PORTADORES DE DIABETES SUBMETERAM-SE A AMPUTAÇÕES

A SOLUÇÃO DO PROBLEMA CRÍTICO DO SUS

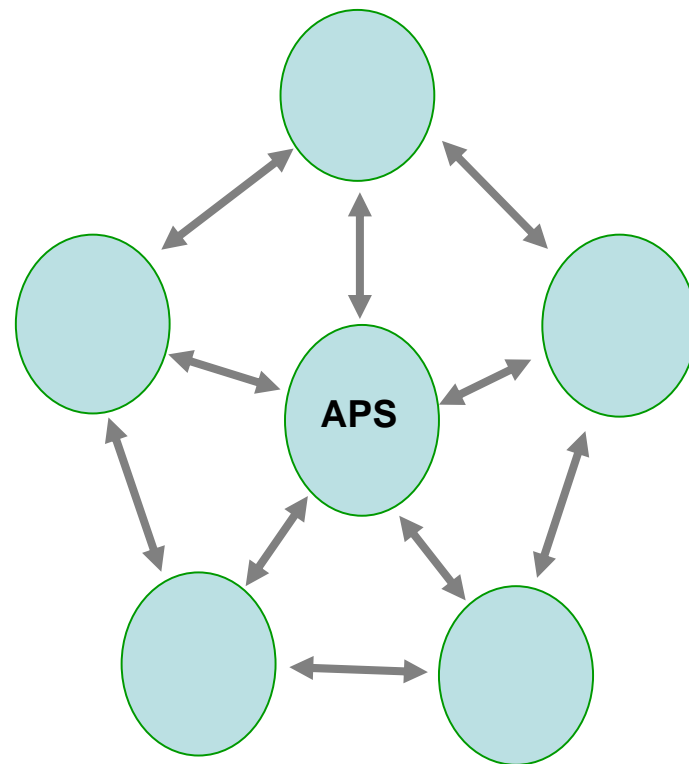
O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE COM TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇAS COM PREDOMÍNIO RELATIVO FORTE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA CONTÍNUA E PROATIVA E VOLTADO EQUILIBRADAMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ORGANIZAÇÃO HIERÁRQUICA



ORGANIZAÇÃO POLIÁRQUICA EM REDE



O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO ORGANIZAÇÕES POLIÁRQUICAS DE CONJUNTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, VINCULADOS ENTRE SI POR UMA MISSÃO ÚNICA, POR OBJETIVOS COMUNS E POR UMA AÇÃO COOPERATIVA E INTERDEPENDENTE, QUE PERMITEM OFERTAR UMA ATENÇÃO CONTÍNUA E INTEGRAL A DETERMINADA POPULAÇÃO, **COORDENADA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** - PRESTADA NO TEMPO CERTO, NO LUGAR CERTO, COM O CUSTO CERTO, COM A QUALIDADE CERTA E DE FORMA HUMANIZADA -, E COM RESPONSABILIDADES SANITÁRIA E ECONÔMICA POR ESTA POPULAÇÃO

FONTE: MENDES (2009)

OS ELEMENTOS DAS REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **UMA POPULAÇÃO:**
A POPULAÇÃO ADSCRITA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UM MODELO LÓGICO:**
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **UMA ESTRUTURA OPERACIONAL:**
OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

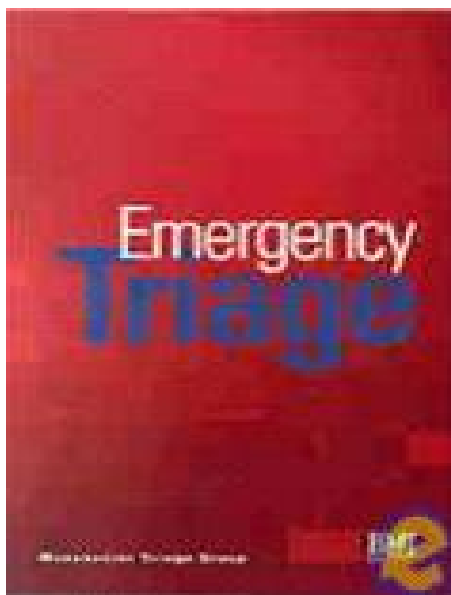
OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAUDE

- **OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS**
- **OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICA**

FONTE: MENDES (2009)

UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

O PROTOCOLO DE MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS



	VERMELHO	Emergência	0 minutos
	LARANJA	Muito urgente	10 minutos
	AMARELO	Urgente	60 minutos
	VERDE	Pouco urgente	120 minutos
	AZUL	Não urgente	240 minutos

70% DAS CONDIÇÕES AGUDAS SÃO AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

A ATENÇÃO À SAÚDE

POPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA MUITO COMPLEXA

Gestão de Caso
Nível 5

POPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE ALTO OU MUITO ALTO RISCOS

Gestão da Condição de Saúde
Nível 4

POPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE BAIXO OU MÉDIO RISCOS E/OU COM FATOR DE RISCO BIOPSIOLÓGICO

Gestão da Condição de Saúde
Nível 3

CONDIÇÃO DE SAÚDE E/OU FATOR DE RISCO BIOPSIOLÓGICO ESTABELECIDOS

POPULAÇÃO COM FATOR DE RISCO COMPORAMENTAL

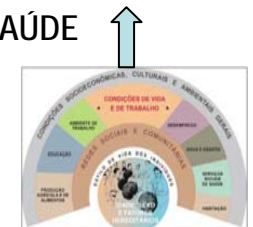
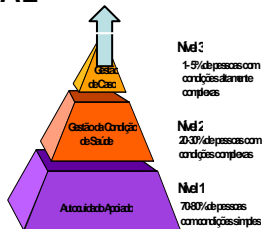
Intervenções de Prevenção das Condições de Saúde
Nível 2

DETERMINANTES SOCIAIS PROXIMAI DA SAÚDE

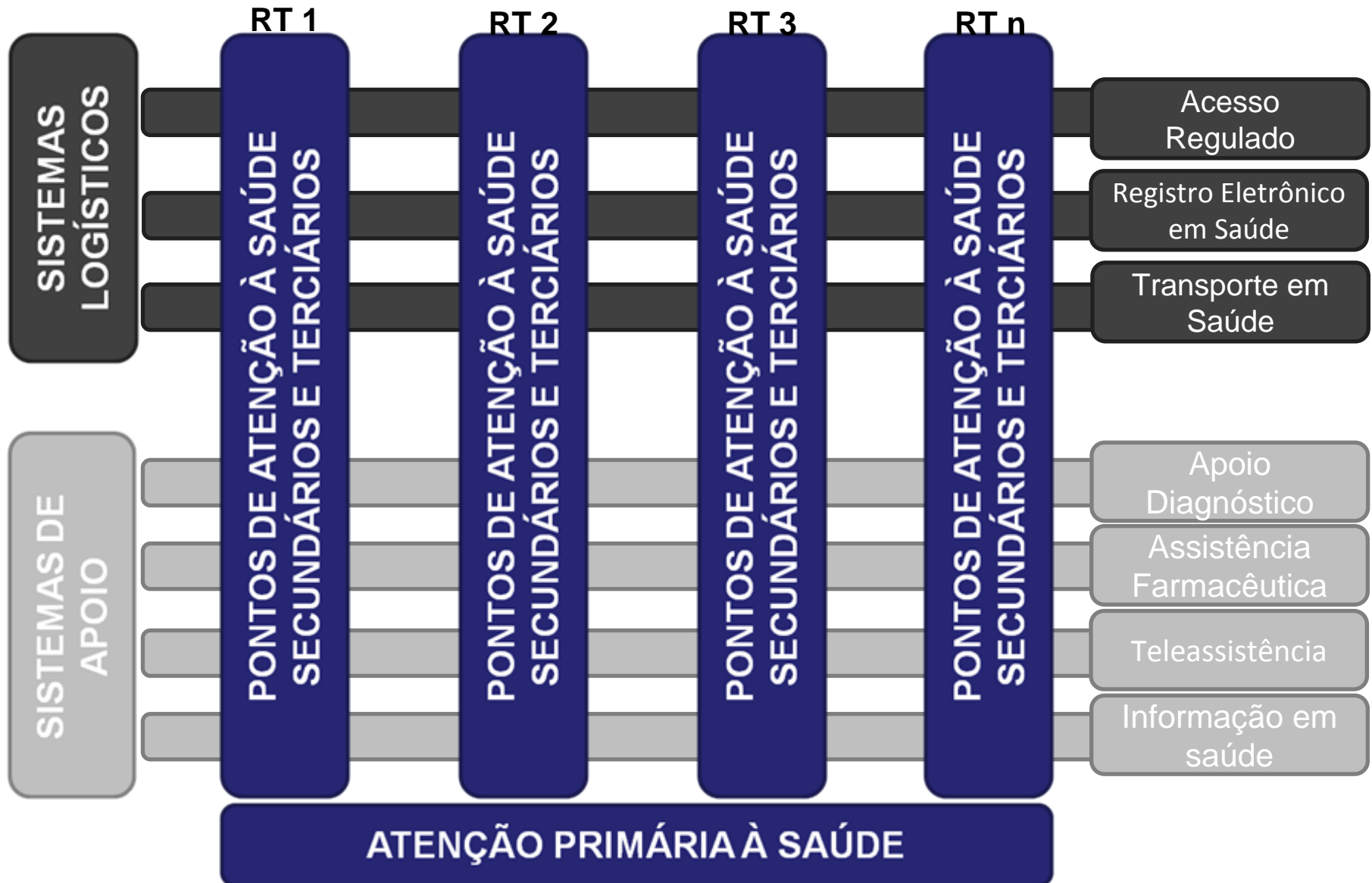
POPULAÇÃO TOTAL

Intervenções de Promoção da Saúde
Nível 1

DETERMINANTES SOCIAIS DISTAIS E INTERMEDIÁRIOS DA SAÚDE



A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



RT: Rede Temática

A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

• ATRIBUTOS

PRIMEIRO CONTACTO

LONGITUDINALIDADE

INTEGRALIDADE

COORDENAÇÃO

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

ORIENTAÇÃO

COMUNITÁRIA

COMPETÊNCIA CULTURAL

• FUNÇÕES

RESOLUTIVIDADE

CENTRO DE

COMUNICAÇÃO

RESPONSABILIZAÇÃO

APS: POR QUE SIM?

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO PARA A APS EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FRACA ORIENTAÇÃO

APRESENTAM:

- **DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE**
- **REDUÇÃO DO FLUXO DE PESSOAS USUÁRIAS PARA OS SERVIÇOS SECUNDÁRIOS E PARA OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- **REDUÇÃO DOS CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MAIOR ACESSO A SERVIÇOS PREVENTIVOS**
- **REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL E DAS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MELHORIA DA EQUIDADE**

FONTES: STARFIELD (1994); SHI (1994); INSTITUTE OF MEDICINE (1994); BINDMAN et al (1995); STARFIELD (1996); REYES et al (1997); SALTMAN & FIGUERAS (1997); BOJALIL et al (1998); RAJMIL et al (1998); ROBINSON & STEINER (1998); BILLINGS et al (2000); COLIN-THOME (2001); ENGSTRON et al (2001); GRUMBACK (2002); STARFIELD (2002); ANSARY et al (2003); MACINKO, STARFIELD & SHI (2003); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003); ATUN (2004); CAMINAL et al (2004); DOCTEUR & OXLEY (2004); GREB et al (2004); GWATKIN et al (2004); HEALTH COUNCIL OF NETHERLANDS (2004); HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004); JONES et al (2004); PALMER et al (2004); ROSERO (2004); SILVA & VALENTINE (2004); PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005); STARFIELD, SHI & MACINKO (2005); MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

APS: POR QUE NÃO?

- **UTILIZA TECNOLOGIAS DE MENOR DENSIDADE TECNOLÓGICA, MAIS INTENSIVAS EM COGNIÇÃO**
- **TENDE A SER DESVALORIZADA NUM SISTEMA DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS QUE PRIVILEGIA OS DE MAIOR DENSIDADE TECNOLÓGICA E QUE OFERTA MAIS SERVIÇOS E NÃO OS SERVIÇOS MAIS NECESSÁRIOS À POPULAÇÃO**
- **NÃO MOTIVA OS PRESTADORES MAIS ORGANIZADOS E MELHOR POSICIONADOS NA ARENA POLÍTICA DA SAÚDE**
- **NÃO É DEVIDAMENTE VALORIZADA PELAS PESSOAS USUÁRIAS, ESPECIALMENTE AQUELAS MELHOR SITUADAS NA HIERARQUIA SOCIAL, E PELA MÍDIA**
- **ROMPE COM ALGUNS ELEMENTOS ESSENCIAIS DO PARADIGMA FLEXNERIANO (BIOLOGISMO, ESPECIALISMO, INDIVIDUALISMO, ÊNFASE NO CURATIVO)**
- **APRESENTA MENOR VISIBILIDADE, TANTO MATERIAL QUANTO SIMBÓLICA, AOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS, INCLUINDO A POPULAÇÃO**

APS: POR QUE NÃO?

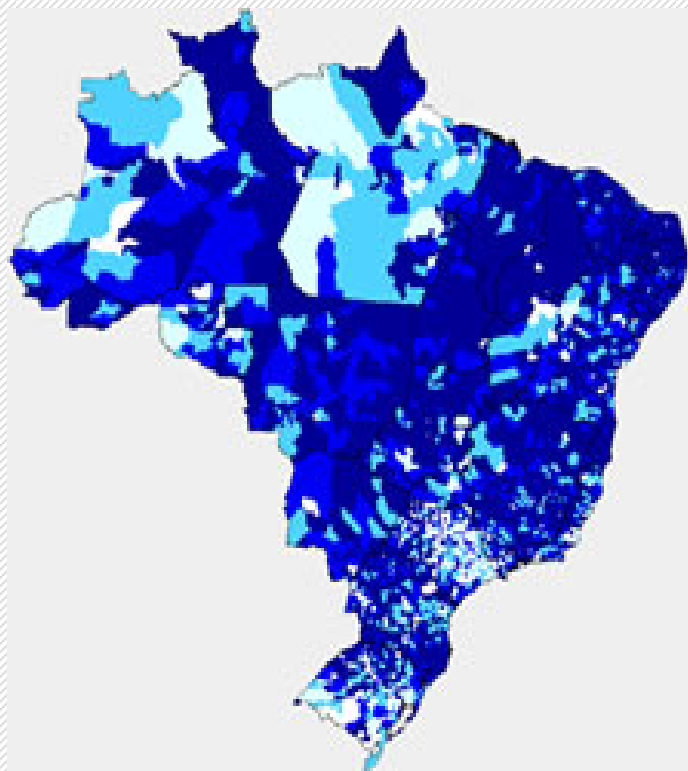
PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	VALOR MÉDIO EM LIBRAS
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15,00
CALL CENTER	16,00
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	150,00
HOSPITAL/DIA	1.000,00
HOSPITAL SECUNDÁRIO	5.000,00
HOSPITAL TERCIÁRIO	20.000,00

“EXAMINE OS NÚMEROS E OBSERVE OS CONTRASTES. OS PACIENTES PODERIAM PAGAR A UM MÉDICO US\$ 100 POR UMA VISITA DE PREVENÇÃO À ASMA E MAIS US 200 POR SEU INALADOR, VENDIDO SOB PRESCRIÇÃO. UMA VISITA AO SETOR DE EMERGÊNCIA PODERIA GERAR DE US\$ 2.000 A US\$ 4.000 EM RECEITAS PARA O PRESTADOR, ENQUANTO UMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PODERIA RENDER US\$ 10.000 A US\$ 40.000 EM RECEITAS PARA A INSTITUIÇÃO. SE O PAGAMENTO INCENTIVA O COMPORTAMENTO DOS PRESTADORES, ONDE, COMO SOCIEDADE, ESTAMOS COLOCANDO NOSSO DINHEIRO HOJE? NÃO É NA PREVENÇÃO DA ASMA, MESMO ESTANDO OS ESTADOS UNIDOS DIANTE DE UMA EPIDEMIA DE ASMA”

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

- **1º CICLO: OS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA, ANOS 20**
- **2º CICLO: O MODELO DA FUNDAÇÃO SESP, ANOS 40**
- **3º CICLO: OS CENTROS DE SAÚDE ESTADUAIS, ANOS 60**
- **4º CICLO: O MODELO DA MEDICINA SIMPLIFICADA, ANOS 70**
- **5º CICLO: AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE, ANOS 80**
- **6º CICLO: A MUNICIPALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, INÍCIO DOS ANOS 90**
- **7º CICLO: O MODELO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, DE 1993 ATÉ O PRESENTE: A IMPLANTAÇÃO DO PSF**

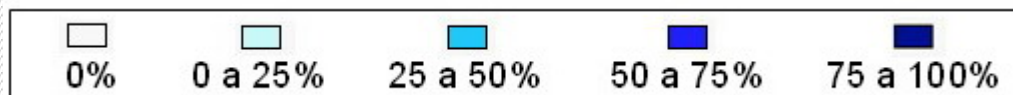
COBERTURA DO PSF NO BRASIL EM 2010



Nº DE EQUIPES DE PSF: 30.603

Nº DE ACS's: 235.768

Nº DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES DE PSF: 5.261



EVIDÊNCIAS SOBRE O PSF NO BRASIL

O AUMENTO DE 10% NAS EQUIPES DE PSF NO PERÍODO 1992/2002, DIMINUIU A MORTALIDADE INFANTIL EM 4,6%

FONTES: MACINKO et al. (2004); MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006)

ESCORES MÉDIOS DOS ATRIBUTOS DA APS NAS UNIDADES TRADICIONAIS E DE PSF - CURITIBA - 2008

ATRIBUTOS	UNIDADE TRADICIONAL	UNIDADE DE PSF
ESSENCIAIS	6,2	7,0
Acessibilidade	4,7	5,1
Longitudinalidade	6,2	6,7
Coordenação	6,9	7,0
Integralidade	5,9	8,3
DERIVADOS	7,7	8,3
Orientação familiar	7,8	8,5
Orientação comunitária	7,6	8,1
GERAL	6,6	7,4

FONTE: CHOMATAS (2009)

O PSF EM RISCO

- **UMA PERCEPÇÃO DIFUSA DOS PROBLEMAS DO PSF**
- **UMA LEITURA EQUIVOCADA: O FRACASSO DO PSF**
- **O PERIGO DO RETROCESSO**

O RETORNO À APS SELETIVA POR MEIO DE ESTRATÉGIAS DE FLEXIBILIZAÇÃO DO PSF

A CONSOLIDAÇÃO OU O RETORNO AO MODELO TRADICIONAL DE APS

O FORTALECIMENTO DAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO COMO PORTAS DE ENTRADA DO SUS

O ESGOTAMENTO DO CICLO DA ATENÇÃO BÁSICA: OS PROBLEMAS DO PSF NO SUS

- **A QUESTÃO IDEOLÓGICA**
- **A BAIXA VALORIZAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL**
- **A FRAGILIDADE INSTITUCIONAL**
- **A BAIXA DENSIDADE TECNOLÓGICA**
- **A CARÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS**
- **A CARÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA ADEQUADA**
- **A BAIXA PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO**
- **OS PROBLEMAS EDUCACIONAIS**
- **AS DEFICIÊNCIAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO**
- **A FRAGILIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **O SUBFINANCIAMENTO**

UM NOVO CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A RADICALIZAÇÃO DO PSF

- **A APS COMO ESTRATÉGIA DE REORDENAÇÃO DO SUS: ALÉM DO DISCURSO:
A SUPERAÇÃO DOS ENFOQUES RESTRITOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SELETIVA E DA APS COMO NÍVEL DE ATENÇÃO**
- **O INCREMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS:
O AUMENTO DA EFICIÊNCIA ALOCATIVA DO SUS
A VINCULAÇÃO DE PARTE DOS RECURSOS ADICIONAIS DA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29 PARA A APS**
- **O INCREMENTO QUANTITATIVO DO PSF:
A CONSOLIDAÇÃO EM REGIÕES E POPULAÇÕES POBRES
A EXPANSÃO PARA REGIÕES INTEGRADAS ECONOMICAMENTE:
GRANDES E MÉDIAS CIDADES
A EXPANSÃO PARA POPULAÇÕES ECONOMICAMENTE INTEGRADAS:
SETORES DE CLASSE MÉDIA**

UM NOVO CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A RADICALIZAÇÃO DO PSF

- **O FORTALECIMENTO DA APS NOS ÓRGÃOS GESTORES DO SUS**
A CRIAÇÃO DE UMA SECRETARIA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
O FORTALECIMENTO DA APS NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE
- **O ADENSAMENTO TECNOLÓGICO**
A IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS
A MELHORIA DA INFRA-ESTRUTUTURA FÍSICA DE PRÉDIOS E EQUIPAMENTOS
A IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS
A EXPANSÃO DA TELESSAÚDE
- **A INSERÇÃO DA APS COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO COM BASE NA POPULAÇÃO
A APS COMO LUGAR DE PLANEJAMENTO DE TODA REDE: UMA NOVA PPI
A APS COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE REGULAÇÃO DAS INTERVENÇÕES ELETIVAS

UM NOVO CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A RADICALIZAÇÃO DO PSF

- **A PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO
A INTRODUÇÃO DE GERENTE PROFISSIONAL
A INTRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA**
- **A MELHORIA DOS PROCESSOS EDUCACIONAIS NA
GRADUAÇÃO E NA PÓS-GRADUAÇÃO
A FOCALIZAÇÃO DA GRADUAÇÃO NA FORMAÇÃO DE
GENERALISTAS
O INCREMENTO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA
A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE, COM BASE NOS PRINCÍPIOS DA ANDRAGOGIA,
EM TEMPO PROTEGIDO
O INCREMENTO DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

UM NOVO CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A RADICALIZAÇÃO DO PSF

- **A SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO**
 - O REFORÇO DOS REGIMES ESTATUTÁRIOS**
 - A IMPLANTAÇÃO DE PLANOS DE CARREIRAS**
 - A CRIAÇÃO DE UM FUNDO DE EQUALIZAÇÃO SALARIAL COM RECURSOS FEDERAIS E ESTADUAIS**
 - DEFINIÇÃO DE ENTES CONTRATADORES ESTADUAIS OU REGIONAIS**
 - O ABONO DE PERMANÊNCIA EM REGIÕES CRÍTICAS**
- **A IMPLANTAÇÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS**
 - A IMPLANTAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES E AOS EVENTOS AGUDOS**
 - A IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS**

RELATÓRIO ANUAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE 2008



**Agora
Mais
do Que
Nunca**

REFORMAS
DA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS

REFORMAS
DA COBERTURA
UNIVERSAL

REFORMAS
DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

REFORMAS
DA LIDERANÇA

A MUDANÇA DA APS

Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde

Atenção à saúde para toda a comunidade

Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças

Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde

Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos

Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability*

Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado

Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal

Solidariedade global e aprendizagem conjunta

APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção

APS não é tão barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas