

Relatório Mundial de Saúde 2008

Atenção Primária em Saúde



Àgora Mais do Que Nunca

REFORMAS
DA COBERTURA
UNIVERSAL

REFORMAS
DA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS

REFORMAS
DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

REFORMAS
DA LIDERANÇA



Organização
Mundial de Saúde

Relatório Mundial de Saúde 2008

Atenção Primária em Saúde

Àgora Mais do Que Nunca



Organização
Mundial de Saúde

Editor da versão Portuguesa

**Alto Comissariado da Saúde,
Ministério da Saúde de
Portugal**

Tradução para Língua
Portuguesa

**CISCOS Centro de
Investigação em Saúde
Comunitária**

Departamento Universitário de
Saúde Pública da Faculdade de
Ciências Médicas
LISBOA, PORTUGAL

Tradução:

Dra. Maria Cristina Moniz
Pereira

Revisão Científica:

Professor Doutor Jorge Torgal

Revisão: Maria Isabel Alves

**Adaptação ao Português do
Brasil 2010**

MGNET/Satia Marini

Revisão técnica no Brasil

Dr. Newton S. L. Lemos
OPAS/OMS Representação Brasil

Diagramação no Brasil

All Type Assessoria Editorial

**Esta obra foi adaptada ao
Português do Brasil com
recursos financeiros oriundos
da cooperação técnica com o
Ministério da Saúde do Brasil**

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2008 sob o título

The world health report 2008 : primary health care now more than ever.

© Organização Mundial da Saúde 2008

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

The world health report 2008 : primary health care now more than ever.

1. World health trends. 2. Primary health care trends. 3. Delivery of health care. 4. Health policy.
I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 156373 4

(NLM classification: W 84.6)

ISSN 1020-3111

World Health Organization 2008

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial de Saúde podem ser obtidas em WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Pedidos para permissão de reprodução ou tradução das publicações da OMS tanto para venda como para distribuição não-comercial devem ser dirigidos à WHO Press, na morada acima (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As designações empregues e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial de Saúde no que se refere ao estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou área ou as suas autoridades, nem relativamente às suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais pode não haver ainda um acordo total.

A referência a empresas ou a fabricantes de determinados produtos, não implica que estes sejam apoiados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde em detrimento de outros de natureza similar que não sejam mencionados. Excetuando erros e omissões, os nomes dos produtos com marca registrada são distinguidos com letras iniciais maiúsculas.

Todas as precauções sensatas foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem qualquer tipo de garantia, quer expressa quer implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhuma circunstância será a Organização Mundial de Saúde responsável por danos causados pelo seu uso.

Informação relativa a esta publicação pode ser obtida em:

World Health Report
World Health Organization
1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: whr@who.int

Podem ser encomendados exemplares através de: bookorders@who.int

The World Health Report 2008 foi produzido sob a direção geral de Tim Evans (Assistente do Diretor Geral) e Wim Van Lerberghe (editor-chefe). A equipe principal de escritores foi composta por Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Umanan Rasanathan e Abdelhay Mechbal. Outros colaboradores principais no rascunho do relatório foram: Anne Andermann, David Evans, Benedicte Galichet, Alec Irwin, Mary Kay Lindhauser, Remo Meloni, Thierry Mertens, Charles Mock, Hernan Montenegro, Denis Porignon e Dheepa Rajan. A supervisão organizacional do relatório foi feita por Ramesh Shademani.

Contribuições em termos de caixas de texto, figuras e análise de dados vieram de: Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekeddam, Andre Biscaia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Dhan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabrega, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadreza Hosseinpour, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Ahmed Isakov, Michel Lancelot, Miloud Madder, Hippolyte Malambaye, Guy Megels, Meleckidzedek Hayesi, Ilona Mickbush, Johannes Müfui, Tord Bjellstrom, Rüdiger Rech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Joe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Rob Ridley, Ritu Sadana, David Sanders, Saif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Surup, Benji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard e Bob Woollard.

Foram recebidas contribuições valiosas sob a forma de revisões críticas, sugestões e críticas da parte dos Diretores Regionais e do seu pessoal, do Sub-Diretor-Geral, Anarfi Asamoah Bah, e do Assistente do Diretor-Geral.

A primeira versão do relatório foi revista numa reunião em Montreux, Suíça, com os seguintes participantes: Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Zaffer, Safurah Zaafar, Pongpisut Jongudomsuk, Joseph Mazonde, Samran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Sauli Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermdee, Thomson Prentice, Umanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo

Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus e Maria Hamlin Ujiga.

O relatório beneficiou grandemente das contribuições dos seguintes participantes num Workshop de uma semana em Bellagio, Itália: Ahmed Abdullatif, Chris Bailey, Douglas Bettcher, John Bryant, Tim Evans, Marie Therese Feuerstein, Abdelhay Mechbal, Thierry Mertens, Hernan Montenegro, Ronald Labonte, Socrates Litsios, Thelma Narayan, Thomson Prentice, Umanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Ramesh Shademani, Viroj Tangcharoensathien, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega e Jeremy Veillard.

Os grupos de trabalho da OMS forneceram os dados iniciais para o relatório. Estes grupos de trabalho, incluindo pessoal da Sede e dos Escritórios Regionais, incluíram: Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Blas, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Claire Boueseau, Gui Carrin, Venkatraman Chandramouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Dhan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt,

Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Ersten Gutschmidt, Alex Malache, Alim Khan, Ilona Mickbush, Yunkap Nwanam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Amami Mendis, Shanthi Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Umanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Eil Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpbier, Ramesh Shademani, Benji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudia Stein, Wolcho Tang, Andreas Ullrich, Mukund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil e Juliana Yartey.

A equipe de produção editorial foi dirigida por Thomson Prentice, gestor de edição. O relatório foi editado por Diana Hopkins, assistida por Barbara Campanini. Gaël Jermen deu assistência nos gráficos e produziu a versão do website e outros meios eletrônicos. Lina Tucker Reinders deu conselhos editoriais. O índice foi preparado por June Morrison. O apoio administrativo na preparação do relatório foi dado por Saba Amdezelassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriquele, Evelyn Omukubi e Christine Perry.

Créditos das fotografias: capa: WHO/Marko Jokic; Fotografia da Diretora-Geral: WHO; segunda capa: WHO/Marko Jokic; contracapa: WHO/Christopher Black (em cima, à esquerda); WHO/Aren Robinson (em cima, à direita); Alayne Adams (centro esquerda e direita); Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho /John Haskew (em baixo, à esquerda); WHO/Marko Jokic (em baixo, à direita).

Design: Reda Sadki

Layout: Steve Ewart and Reda Sadki

Figuras: Christophe Grangier

Paginação e Coordenação de impressão da versão Portuguesa: Syntaxe



Índice

Mensagem da Diretora-Geral

viii



Introdução e Visão Global

xii

Responder aos desafios de um mundo em mudança	xii
Expectativas crescentes de um melhor desempenho	xiii
Dos pacotes do passado às reformas do futuro	xv
Quatro conjuntos de reformas da APS	xvi
Aproveitar as oportunidades	xix



Capítulo 1. Os desafios de um mundo em mudança

1

Crescimento desigual, resultados desiguais	2
Vidas mais longas e melhor saúde, mas não em todo lugar	2
Crescimento e estagnação	4
Adaptação a novos desafios em saúde	8
Um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento	8
Pouca antecipação e reações lentas	11
Tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde	12
Hospitalocentrismo: sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialistas	12
Fragmentação: sistemas de saúde construídos em torno de programas prioritários	14
Sistemas de saúde deixados à deriva em direção à comercialização desregulamentada	15
Valores em mudança e expectativas crescentes	15
Equidade em saúde	17
Cuidados que colocam as pessoas em primeiro lugar	17
Garantir a saúde das comunidades	19
Autoridades de saúde empáticas e confiáveis	19
Participação	20
Reformas da APS: impulsionadas pela demanda	20



Capítulo 2. Promover e manter a Cobertura Universal

25

O papel central da equidade em saúde na APS	26
Promover a cobertura universal	27
Desafios da promoção da cobertura universal	30
Escalonar o desenvolvimento de redes de atenção primária para corrigir a falta de disponibilidade	31
Ultrapassar o isolamento das populações dispersas	34
Criar serviços alternativos aos serviços comerciais não regulamentados	34
Intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal	35
Mobilizar para a equidade em saúde	37
Aumentar a visibilidade das iniquidades em saúde	37
Criar espaço para a participação e empoderamento da sociedade civil	38



Cuidados Primários
Dar prioridade às pessoas

Os cuidados primários são, em todo o mundo, uma prioridade e a base da saúde. A atenção primária é a primeira linha de defesa da saúde pública e a base de um sistema de saúde eficaz. Ela é responsável por garantir que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, que sejam preventivos, curativos e paliativos. Ela também é responsável por garantir que os recursos sejam usados de forma eficiente e equitativa.

Capítulo 3	
Bons cuidados têm a ver com pessoas	44
O que distingue a atenção primária	46
A efetividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos	46
Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas	49
Respostas abrangentes e integradas	51
Continuidade dos cuidados	53
Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada	55
Organização de redes de atenção primária	56
Trazer os cuidados para mais perto das pessoas	57
Responsabilidade por uma população bem identificada	57
A equipe de atenção primária como um núcleo de coordenação	59
Monitoramento do progresso	61



Políticas Públicas
para a saúde do público

As políticas públicas para a saúde do público são fundamentais para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade. Elas envolvem a criação de leis, regulamentos e programas que abordam questões como o financiamento da saúde, a regulação dos serviços de saúde e a promoção da saúde pública. Essas políticas são essenciais para reduzir as desigualdades em saúde e melhorar os resultados de saúde para toda a população.

Capítulo 4	
Importância de políticas públicas efetivas para a saúde	68
Políticas sistêmicas alinhadas com as metas da APS	70
Políticas de saúde pública	72
Alinhar os programas de saúde prioritários com a APS	72
Iniciativas nacionais de saúde pública	72
Capacidade de resposta rápida	73
Saúde em todas as políticas	74
Compreender o subinvestimento	77
Oportunidades para melhores políticas públicas	79
Melhor informação e evidência	79
Um cenário institucional em mudança	81
Ações globais de saúde equitativas e eficientes	82



Lideranças
e governo efetivo

Lideranças fortes e governos efetivos são essenciais para a implementação bem-sucedida de reformas de saúde. Líderes políticos e gestores públicos devem trabalhar juntos para estabelecer uma visão clara e compartilhada para o futuro da saúde pública. Isso envolve a criação de uma agenda política prioritária, a mobilização de recursos e a implementação de políticas que promovam a equidade e a eficiência no sistema de saúde.

Capítulo 5	
Os governos como mediadores das reformas da APS	88
Mediação do controle social para a saúde	88
Descompromisso e as suas consequências	89
Participação e negociação	91
Diálogo político efetivo	93
Sistemas de informação para reforço do diálogo político	93
Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais	96
Estabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar	97
Controle do processo político: do lançamento à implementação das reformas	99



Seguir em frente

Manter o impulso e seguir em frente são desafios contínuos para os sistemas de saúde. É necessário garantir que as reformas implementadas sejam sustentáveis e que os ganhos sejam consolidados. Isso requer um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a promoção da transparência e a participação da comunidade na tomada de decisões. A inovação e a adaptação são essenciais para enfrentar os desafios futuros da saúde pública.

Capítulo 6	
Adaptar as reformas ao contexto de cada país	108
Economias da saúde com despesas elevadas	109
Economias da saúde em crescimento rápido	112
Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento	113
Mobilizar os impulsores da reforma	117
Mobilizar a produção de conhecimento	118
Mobilizar o empenho da força de trabalho	119
Mobilizar a participação das pessoas	120

Capítulo 3. Atenção Primária: Dar prioridade às pessoas 43

Bons cuidados têm a ver com pessoas	44
O que distingue a atenção primária	46
A efetividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos	46
Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas	49
Respostas abrangentes e integradas	51
Continuidade dos cuidados	53
Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada	55
Organização de redes de atenção primária	56
Trazer os cuidados para mais perto das pessoas	57
Responsabilidade por uma população bem identificada	57
A equipe de atenção primária como um núcleo de coordenação	59
Monitoramento do progresso	61

Capítulo 4. Políticas Públicas para a saúde do público 67

Importância de políticas públicas efetivas para a saúde	68
Políticas sistêmicas alinhadas com as metas da APS	70
Políticas de saúde pública	72
Alinhar os programas de saúde prioritários com a APS	72
Iniciativas nacionais de saúde pública	72
Capacidade de resposta rápida	73
Saúde em todas as políticas	74
Compreender o subinvestimento	77
Oportunidades para melhores políticas públicas	79
Melhor informação e evidência	79
Um cenário institucional em mudança	81
Ações globais de saúde equitativas e eficientes	82

Capítulo 5. Liderança e governo efetivo 87

Os governos como mediadores das reformas da APS	88
Mediação do controle social para a saúde	88
Descompromisso e as suas consequências	89
Participação e negociação	91
Diálogo político efetivo	93
Sistemas de informação para reforço do diálogo político	93
Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais	96
Estabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar	97
Controle do processo político: do lançamento à implementação das reformas	99

Capítulo 6. Seguir em frente 107

Adaptar as reformas ao contexto de cada país	108
Economias da saúde com despesas elevadas	109
Economias da saúde em crescimento rápido	112
Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento	113
Mobilizar os impulsores da reforma	117
Mobilizar a produção de conhecimento	118
Mobilizar o empenho da força de trabalho	119
Mobilizar a participação das pessoas	120

Lista de Figuras

Figura 1. Reformas da APS necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde para todos	xvii	Figura 3.1 O efeito na adesão à contracepção da reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais da Nigéria	44
Figura 1.1 Países selecionados como os que tiveram uma melhor performance na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos, 80%, por regiões, 1975-2006	2	Figura 3.2 Oportunidades perdidas para prevenção da transmissão do HIV da mãe para filho na Costa do Marfim: só é prevenida uma fração minúscula das transmissões previstas	48
Figura 1.2 Fatores explicativos da redução da mortalidade em Portugal 1960-1991	3	Figura 3.3 Os centros de saúde com maior abrangência do cuidado têm melhor cobertura vacinal	52
Figura 1.3 Progresso variável na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade, 1975 e 2006, em países selecionados com taxas semelhantes em 1975	3	Figura 3.4 Prescrições inadequadas de testes de diagnóstico para doentes “falsos” que se apresentam com queixas gástricas leves na Tailândia	57
Figura 1.4 PIB per capita e expectativa de vida ao nascer, em 169 países, 1975 e 2005	4	Figura 3.5 A atenção primária como um núcleo de coordenação: redes na comunidade servida e com parceiros exteriores	60
Figura 1.5 Tendências do PIB per capita e expectativa de vida ao nascer em 133 países, agrupados pelo PIB de 1975, 1975-2005	5	Figura 4.1 Mortes atribuíveis ao aborto inseguro por 100.000 nascidos vivos, em países que permitem o aborto legalmente	69
Figura 1.6 Países agrupados de acordo com as suas despesas totais em saúde, em 2005 (em dólares internacionais)	6	Figura 4.2 Despesa anual com medicamentos e número de receitas aviadas na Nova Zelândia, desde que a Agência de Gestão de Medicamentos foi estabelecida, em 1993	70
Figura 1.7 As crianças de África estão em maior risco de morte devido a acidentes de trânsito do que as crianças europeias: mortes de crianças em acidentes na estrada, em 100 000 pessoas	8	Figura 4.3 Percentagem de registros de nascimentos e de óbitos nos países com sistemas abrangentes de registros civis, por região da OMS, 1975-2004	79
Figura 1.8 Aumento das doenças não transmissíveis e dos acidentes como causas de morte	9	Figura 4.4 Funções essenciais de saúde pública que 30 instituições nacionais de saúde pública vêem como fazendo parte do seu portfólio	81
Figura 1.9 Iniquidades, nos países, em saúde e em cuidados de saúde	10	Figura 5.1 Percentagem do PIB investida em saúde, 2005 ⁴	88
Figura 1.10 Como os sistemas de saúde são desviados dos valores essenciais à APS	12	Figura 5.2 Despesa em saúde na China: desinvestimento do Estado, nos anos 80 e 90 e o compromisso recente	90
Figura 1.11 Percentagem da população que cita a saúde como a sua maior preocupação, mais que outros temas, como problemas financeiros, habitação ou criminalidade	16	Figura 5.3 Transformar os sistemas de informação em instrumentos para as reformas da APS	93
Figura 1.12 A profissionalização dos cuidados ao nascer: percentagem de partos assistidos por profissionais e outros prestadores de cuidados em áreas selecionadas, 2000 e 2005 com projeções para 2015	18	Figura 5.4 Reforço mútuo entre a inovação operacional e o desenvolvimento de políticas nos processos de reforma da saúde	96
Figura 1.13 Os valores sociais que orientam a APS e os correspondentes grupos de reformas	20	Figura 5.5 Um mercado crescente: cooperação técnica como parte da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde. Fluxos de ajuda anual em 2005, índice de deflação ajustada	98
Figura 2.1 Despesa catastrófica relacionada com o pagamento direto no momento em que o serviço é prestado	26	Figura 5.6 Reemergência da liderança nacional em saúde: o deslocamento do financiamento dos doadores para o apoio a sistemas de saúde integrados, e o seu impacto na estratégia da APS na República Democrática do Congo, em 2004	101
Figura 2.2 Três modos de avançar em direção à cobertura universal	28	Figura 6.1 Contribuição das despesas gerais do governo, das despesas do privado pré-pago e do pagamento direto, para o crescimento anual na despesa total da saúde per capita, percentagem, médias ponderadas	109
Figura 2.3 Impacto da eliminação do desembolso direto no número de consultas externas no distrito de Isiro, Uganda; consultas externas 1998-2002	29	Figura 6.2 Projeção da despesa em saúde per capita, em 2015, economias da saúde com crescimento rápido (médias ponderadas)	112
Figura 2.4 Diferentes padrões de exclusão: de privação generalizada em alguns países, marginalização dos pobres noutros. Partos apoiados por pessoal com formação médica (percentagem), por quintil de rendimento	30	Figura 6.3 Projeção da despesa em saúde per capita, em 2015, economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento (médias ponderadas)	114
Figura 2.5 Mortalidade entre crianças menores de 5 anos, em zonas rurais e urbanas, República Islâmica do Irã, 1980-2000	31	Figura 6.4 Aumento progressivo da cobertura, por centros de saúde que são propriedade das e operados pelas comunidades, no Mali, 1998-2007	116
Figura 2.6 Melhorar os resultados dos centros de saúde em meio a catástrofes: Rutshuru, República Democrática do Congo, 1985-2004	33		

Lista de Caixas

Caixa 1 Cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde	xiv	Caixa 4.1 Mobilizar os recursos da sociedade para a saúde, em Cuba	69
Caixa 2 O que foi considerado como atenção primária em contextos com recursos adequados foi excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos	xviii	Caixa 4.2 Recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	73
Caixa 1.1 Desenvolvimento econômico e opções de investimento nos cuidados de saúde: a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal	3	Caixa 4.3 Como tomar decisões sobre políticas públicas impopulares	78
Caixa 1.2 Maior despesa em saúde está associada a melhores resultados, mas com grandes diferenças entre países	6	Caixa 4.4 O escândalo da invisibilidade: onde os nascimentos e as mortes não são contados	79
Caixa 1.3 Uma medida que a informação melhora, as múltiplas dimensões da crescente iniquidade em saúde vão se tornando mais óbvias	10	Caixa 4.5 Orientações para a avaliação de impacto na União Europeia	80
Caixa 1.4 As indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos constituem importantes forças econômicas	13	Caixa 5.1 Desinvestimento e reinvestimento na China	90
Caixa 1.5 A saúde está entre as principais preocupações pessoais	16	Caixa 5.2 Definição de políticas, com auxílio do diálogo político: experiências de três países	92
Caixa 2.1 Boas práticas de promoção da cobertura universal	28	Caixa 5.3 Equity Gauges: colaboração para abordar as desigualdades em saúde	95
Caixa 2.2 Definir os "pacotes essenciais": o que tem de ser feito	29	Caixa 5.4 Limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixa e de média Renda	98
Caixa 2.3 Reduzir as diferenças entre o urbano e o rural através da expansão escalonada da cobertura da APS em áreas rurais na República Islâmica do Irã	31	Caixa 5.5 Reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso econômico	101
Caixa 2.4 A robustez dos sistemas de saúde liderados pela APS: 20 anos de expansão da performance em Rutshuru, na República Democrática do Congo	33	Caixa 6.1 Estratégia nacional da Noruega para reduzir as desigualdades sociais em saúde	110
Caixa 2.5 Direcionar a proteção social no Chile	36	Caixa 6.2 O ciclo virtuoso da oferta e da procura de atenção primária	116
Caixa 2.6 Política social na cidade de Ghent, Bélgica: como as autoridades locais podem apoiar a colaboração intersectorial entre as organizações de saúde e de segurança social	39	Caixa 6.3 Do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno: a investigação faz a ponte	119
Caixa 3.1 Rumo a uma ciência e cultura de aperfeiçoamento: evidências para a promoção da segurança do paciente e de melhores resultados	47		
Caixa 3.2 Quando a procura induzida pela oferta e movida pelo consumidor determinam o tratamento médico: os cuidados ambulatoriais na Índia	47		
Caixa 3.3 Resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres	49		
Caixa 3.4 Empoderamento dos usuários para contribuírem para a sua própria saúde	51		
Caixa 3.5 Tecnologias de informação e de comunicação para melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência na atenção primária	54		

Lista de Tabelas

Tabela 1 Como a experiência mudou o rumo do movimento da APS	xv
Tabela 3.1 Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais da atenção primária orientada para as pessoas	45
Tabela 3.2 Orientação para a pessoa: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	50
Tabela 3.3 Abrangência: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	52
Tabela 3.4 Continuidade dos cuidados: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	53
Tabela 3.5 Ponto de entrada regular: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	56
Tabela 4.1 Efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho	75
Tabela 5.1 Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, na Inglaterra	96
Tabela 5.2 Fatores significativos na melhoria da capacidade institucional para administração do setor da saúde, em seis países	99



Diretora-Geral Mensagem

Quando assumi a direção em 2007, tornei claro o meu compromisso em centrar a atenção da OMS na atenção primária em saúde. Mais importante do que a minha convicção pessoal, este compromisso reflete a ampla e crescente procura de cuidados de saúde em Atenção Primária, por parte dos Estados Membros. Por sua vez, esta procura revela, por parte dos legisladores, um apetite crescente pelo conhecimento sobre como os sistemas de saúde podem se tornar mais equitativos, inclusivos e justos. Também reflete, de forma mais fundamental, uma mudança em direção à necessidade de um pensamento mais abrangente sobre o desempenho do sistema de saúde como um todo.

Este ano assinala, paralelamente, o 60º aniversário da OMS e o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária em Saúde, em 1978. Enquanto o nosso contexto global de saúde tem se alterado, de forma notável, durante as últimas seis décadas, os valores subjacentes à Constituição da OMS e os que constam da Declaração de Alma-Ata têm sido testados e continuam verdadeiros. Contudo, apesar do enorme progresso em saúde em termos globais, as nossas falhas coletivas em prestar cuidados de acordo com estes valores são dolorosamente óbvias e merecem a nossa maior atenção.

Vemos uma mãe sofrendo de complicações no parto e sem acesso a cuidado qualificado, uma criança a quem faltam as principais vacinas, um habitante das favelas do interior de uma cidade vivendo em condições deploráveis. Vemos a ausência de proteção aos pedestres que caminham em estradas e avenidas cheias de tráfego e o empobrecimento resultante do pagamento direto de cuidados devido à falta de seguro de saúde. Estas e muitas outras realidades do dia a dia personificam os retrocessos inaceitáveis e evitáveis no desempenho dos nossos sistemas de saúde.

Ao andar para a frente, é importante aprender com o passado e, ao olhar para trás, fica claro que podemos fazer melhor no futuro. Por isso, este Relatório Mundial de Saúde revisita a visão ambiciosa

da atenção primária em saúde como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde. O Relatório representa uma oportunidade importante para aprender com as lições do passado, considerar os desafios que se avizinham e identificar as avenidas mais importantes para os sistemas de saúde estreitarem os intoleráveis vazios entre aspiração e implementação.

Estas avenidas estão definidas no Relatório como quatro conjuntos de reformas que refletem a convergência entre os valores da Atenção Primária em Saúde, as expectativas dos cidadãos e os desafios do desempenho de saúde que atravessam todos os contextos. Estes incluem:

- *reformas da cobertura universal* que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a proteção social da saúde;
- *reformas na prestação de serviços* que reorganizem os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e mais capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo em que produzam melhores resultados;
- *reformas de políticas públicas* que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública com atenção primária, buscando políticas saudáveis em todos os setores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais; e

- *reformas de liderança* que substituam uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando e controle, e por outro, o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Embora aplicáveis universalmente, estas reformas não constituem nenhum plano ou manifesto de ação. Os pormenores necessários para lhes dar vida em cada país devem ser guiados por condições e contextos específicos, com base nas melhores evidências disponíveis. No entanto, não há razões para que os países – ricos ou pobres – atrasem o início destas reformas. Como as últimas três décadas demonstraram, o sucesso está ao alcance de todos.

Fazer melhor nos próximos 30 anos significa que precisamos de investir agora na nossa capacidade de alinhar o desempenho real com as nossas aspirações, expectativas e a realidade em constante mudança do nosso mundo interdependente em saúde. Unidos pelo desafio comum da atenção primária em saúde, chegou a hora de, agora mais que nunca, incentivar aprendizagens conjuntas e partilhar, entre todas as nações, o desenho da rota mais curta em direção à saúde para todos.



Dra. Margaret Chan
Diretora-Geral
Organização Mundial de Saúde



Atenção
Primária
em Saúde

Agora Mais
do Que Nunca



Introdução e Visão Global

Porquê renovar a atenção primária em Saúde (APS), e porquê agora, mais do que nunca? A resposta imediata é a exigência palpável por parte dos Estados Membros – não só dos profissionais de saúde, mas também da arena política.

Em muitos países, a globalização está colocando a coesão social sob estresse e os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitetura das sociedades contemporâneas, não estão claramente atuando tão bem como deveriam.

As pessoas estão cada vez mais impacientes perante a incapacidade dos serviços de saúde em prestar níveis de cobertura nacional, que vão ao encontro das exigências expressas e das necessidades de mudança, bem como perante a sua incapacidade de prestação de serviços nos moldes que correspondam às suas expectativas. Poucos discordam da ideia de que os sistemas de saúde precisam responder melhor – e mais rapidamente – aos desafios de um mundo em mudança. A APS pode fazê-lo.

Responder aos desafios de um mundo em mudança	<i>xii</i>
Expectativas crescentes de um melhor desempenho	<i>xiv</i>
Dos pacotes do passado às reformas do futuro	<i>xv</i>
Quatro conjuntos de reformas da APS	<i>xvi</i>
Aproveitar as oportunidades	<i>xix</i>

Existe ainda hoje o reconhecimento que as populações continuam esquecidas e o mesmo sentimento de oportunidades perdidas que impulsionou, há 30 anos, em Alma-Ata, uma mudança de paradigma no pensar sobre saúde. A Conferência de Alma-Ata mobilizou um “movimento de Atenção Primária em Saúde” de profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, investigadores e de pequenas organizações que decidiram encontrar respostas para as desigualdades em saúde, em todos os países, que eram “*política, social e economicamente inaceitáveis*”¹.

A Declaração de Alma-Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade¹. Havia, então, a sensação de que o progresso em direção a estes valores requeria mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde operavam e que limitava o potencial de outros setores.

A tradução destes valores em reformas tangíveis tem sido irregular. No entanto, hoje em dia, a equidade em saúde goza de uma grande visibilidade no discurso de líderes políticos e ministros da saúde², bem como de reconhecimento por parte das estruturas de governo local, organizações profissionais e organizações da sociedade civil.

Os valores da APS para alcançar a saúde para todos requerem sistemas de saúde que: “Ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde”³. O que as pessoas consideram formas desejáveis de viver como indivíduos e o que esperam das suas sociedades – isto é, aquilo que as pessoas valorizam – constituem parâmetros importantes para governar o setor da saúde. A APS tem sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento da APS tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e a essas expectativas sociais^{4,5,6,7}. Conseguir isto, requer contrapartidas que têm de começar por ter em mente as “expectativas dos cidadãos sobre saúde e cuidados de saúde” e garantir “que a sua voz e escolha influenciem decisivamente a forma como os serviços são designados e como operam”⁸. Um artigo recente sobre APS faz eco desta perspectiva quando cita “o direito ao mais

alto nível de saúde que se possa alcançar”, “maximizar equidade e solidariedade” enquanto se é guiado por “receptividade às necessidades das pessoas”⁴. Caminhar em direção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Isto envolve uma reorientação substancial e a reforma da maneira como os sistemas de saúde operam nas sociedades de hoje: essas reformas constituem a agenda de renovação da APS.

Responder aos desafios de um mundo em mudança

Em geral, as pessoas estão hoje mais saudáveis, mais ricas e vivem mais tempo do que há 30 anos. Se as crianças ainda estivessem morrendo de acordo com as taxas de 1978, teriam havido 16,2 milhões de mortes globalmente em 2006. De fato, só se observaram 9,5 milhões⁹. Esta diferença de 6,7 milhões equivale a 18.329 crianças salvas todos os dias. A noção, outrora revolucionária, de medicamentos essenciais tornou-se lugar comum. Têm havido melhorias significativas no acesso à água, saneamento e cuidados prenatais.

Isto mostra que o progresso é possível. E também pode ser acelerado. Nunca houve tantos recursos disponíveis para a saúde como agora. A economia global de saúde está crescendo mais depressa que o produto interno bruto (PIB), aumentando a sua quota de 8% para 8,6% do PIB mundial entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustado à inflação, isto representa um crescimento de 35% em despesas mundiais com a saúde num período de cinco anos. O conhecimento e o entendimento sobre saúde estão crescendo rapidamente. A acelerada revolução tecnológica está multiplicando o potencial para melhorar a saúde e transformar a formação em saúde numa sociedade global, bem educada e modernista. Está surgindo uma administração global resultante: de intercâmbios intensificados entre países, em resposta, muitas vezes, a ameaças, desafios ou oportunidades que lhes são comuns; de uma solidariedade crescente; e do compromisso global com a eliminação da pobreza, exemplificado pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

No entanto, existem outras tendências que não devem ser ignoradas. Primeiro, o progresso substancial em saúde nas décadas mais recentes tem sido profundamente desigual, com convergência para um melhor estado de saúde para uma grande parte do mundo mas, ao mesmo tempo, com um considerável número de países ficando cada vez mais para trás ou perdendo terreno. Soma-se a isso a existência de ampla documentação – não disponível há 30 anos – de consideráveis e muitas vezes crescentes desigualdades em saúde entre os países.

Segundo, a natureza dos problemas de saúde está mudando, assumindo formas apenas parcialmente antecipadas, e a um ritmo que era totalmente inesperado. O envelhecimento e os efeitos de uma urbanização e globalização mal geridas, aceleram a disseminação mundial de doenças transmissíveis e aumentam o peso das doenças crônicas e não transmissíveis. A realidade, cada vez mais frequente, de muitos indivíduos que apresentam sintomas complexos e múltiplas doenças, coloca à prestação de serviços desafios a uma gestão de casos mais integrada e abrangente. Está em jogo uma rede complexa de fatores interrelacionados, envolvendo aumentos graduais, num horizonte ampliado, no rendimento e na população, alterações climáticas, desafios à segurança alimentar e tensões sociais, todos com implicações bem estabelecidas, mas muito imprevisíveis, para a saúde nos anos vindouros.

Terceiro, os sistemas de saúde não estão isolados do ritmo rápido de mudança e transformação que é uma característica essencial da globalização de hoje. As crises políticas e econômicas criam obstáculos na resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento. A comercialização desregulamentada é acompanhada pela indefinição das fronteiras entre atores públicos e privados, enquanto a negociação de direitos está cada vez mais politizada. A era da informação transformou as relações entre cidadãos, profissionais e políticos.

Em muitos aspectos, as respostas do setor da saúde ao mundo em mudança têm sido inadequadas e ingênuas. Inadequadas, na medida em que falham não só na antecipação mas também

na resposta apropriada: muitas vezes com muito pouco, tarde demais ou excessivamente no local errado. Ingênuas, na medida em que falhas do sistema requerem uma solução ao nível do sistema, e não soluções temporárias. Os problemas com os recursos humanos para a saúde pública e cuidados de saúde, com sistemas de financiamento, infraestruturas ou sistemas de informação estendem-se invariavelmente para além do setor da saúde no seu sentido restrito, para além de um único nível de influência política e, cada vez mais, atravessam fronteiras: isto eleva o patamar em termos de trabalho efetivo entre todos os governos e parceiros.

Enquanto o setor da saúde se mantém massivamente deficitário em termos de recursos em demasiados países, a base de recursos para a saúde tem vindo a crescer de forma consistente ao longo da última década. As oportunidades que este crescimento oferece na indução de mudanças estruturais e na criação de sistemas de saúde mais eficazes e equitativos, são muitas vezes desperdiçadas. Os processos globais de formulação de políticas e, cada vez mais, os nacionais, têm focado temas individuais, com os vários constituintes a competirem pelos poucos recursos, enquanto se tem dado atenção pontual aos constrangimentos subjacentes que atrasam o desenvolvimento dos sistemas de saúde em contextos nacionais. Em vez de melhorarem a sua capacidade de resposta e anteciparem novos desafios, os sistemas de saúde parecem estar à deriva entre prioridades imediatistas, cada vez mais fragmentados e sem uma orientação definida.

Hoje sabemos que, sem uma orientação clara e uma administração firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através da atenção primária em saúde, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata. Os sistemas de saúde estão desenvolvendo-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social e são pouco eficientes na consecução de melhores resultados em saúde. As três tendências mais preocupantes, podem ser caracterizadas da seguinte forma:

- sistemas de saúde centrados, de forma desproporcional, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados;

- sistemas de saúde em que a prestação de serviços está sendo fragmentada por abordagens de controle de doenças, com objetivos imediatistas, num espírito de comando-e-controle;
- sistemas de saúde em que uma abordagem *laissez-faire* da administração facilitou a expansão de uma comercialização desregulamentada da saúde.

Estas tendências vão totalmente contra uma resposta abrangente e equilibrada às necessidades de saúde. Em alguns países, a iniquidade de acesso, os custos empobrecedores e a erosão

da confiança nos cuidados de saúde resultantes, constituem uma ameaça à estabilidade social.

Expectativas crescentes de um melhor desempenho

O apoio à renovação da APS tem origem na crescente percepção, entre os decisores sobre políticas de saúde, de que a APS pode contribuir para uma definição mais clara de um rumo a seguir e para uma abordagem unificadora no atual contexto de fragmentação dos sistemas de saúde, estabelecendo-se como alternativa às curas rápidas que têm sido promovidas para os males dos sistemas de saúde. Há também uma consciência cada vez maior de que a prestação de cuidados de saúde convencionais, através de mecanismos diversos e por razões diferentes, é não só menos eficaz do que poderia ser, mas sofre também de um conjunto de vícios e contradições ubíquos e que estão resumidos na Caixa 1.

Este desencontro entre as expectativas e a prestação é um motivo de preocupação para as autoridades de saúde. Havendo um peso econômico cada vez maior e dado o significado social do setor da saúde, ele é também um motivo de preocupação entre os políticos: é revelador que os temas associados à prestação de cuidados de saúde tenham, em média, sido referidos mais de 28 vezes em cada um dos recentes debates para as eleições primárias nos Estados Unidos²². Ficar tudo como antes não é uma opção viável para os sistemas de saúde. A correção das limitações dos atuais sistemas de saúde exigirá uma gestão e responsabilização coletivas mais fortes, orientadas por uma noção mais clara da direção a seguir e dos objetivos desejados.

De fato, é isto que as pessoas esperam que aconteça. À medida que as sociedades se modernizam, as pessoas exigem mais dos seus sistemas de saúde, para si próprios e para as suas famílias, bem como para a sociedade em que vivem. Assim, há um apoio popular cada vez maior para mais equidade na saúde e para o fim da exclusão; para serviços de saúde centrados nas necessidades e expectativas das pessoas; para segurança sanitária para as comunidades em que vivem; e por ter voz ativa nas decisões que afetam a sua saúde e a das suas comunidades²³.

Caixa 1 Cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde

Inversão de Cuidados. As pessoas com mais posses não em que as necessidades de cuidados de saúde são muitas vezes menores não consomem mais cuidados, enquanto que aqueles com menos posses e maiores problemas de saúde consomem o mínimo¹⁰. A despesa pública em serviços de saúde beneficia frequentemente os ricos em detrimento dos pobres¹¹ tanto em países de renda elevada como nos de baixa renda^{12,13}.

Cuidados que empobrecem. Sempre que as pessoas têm falta de proteção social e têm de pagar os cuidados de saúde do seu bolso, são confrontadas com despesas catastróficas. Anualmente, mais de 100 milhões de pessoas caem na pobreza porque têm de pagar pelos cuidados de saúde recebidos¹⁴.

Cuidados fragmentados e fragmentadores. A excessiva especialização dos prestadores de cuidados de saúde e o estreito enfoque de muitos programas de controle de doença, desencorajam uma abordagem holística aos indivíduos e às famílias com quem lidam e não apreciam a necessidade de continuidade dos cuidados¹⁵. Os serviços de saúde para grupos pobres e marginalizados são muitas vezes altamente fragmentados e apresentam déficits graves de recursos¹⁶, enquanto a ajuda ao desenvolvimento reforça com frequência essa fragmentação¹⁷.

Cuidados pouco seguros. Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, leva a elevadas taxas de infecções contraídas nos hospitais, juntamente com erros de medicação e outros efeitos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas¹⁸.

Cuidados mal direcionados. Os recursos são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% da carga da doença^{19,20}. Ao mesmo tempo, o setor da saúde não consegue mitigar os efeitos adversos de outros setores na saúde e aproveitar o que estes podem contribuir para a saúde²¹.

Estas expectativas fazem eco dos valores defendidos na Declaração de Alma-Ata. Explicam a exigência atual de alinhamento dos sistemas de saúde com estes valores. Conferem às tentativas de reforma dos sistemas de saúde pelo atual movimento da APS validade social e pertinência política.

Dos pacotes do passado às reformas do futuro

As expectativas cada vez maiores e o amplo apoio à visão refletida nos valores de Alma-Ata nem sempre se traduziram numa transformação

efetiva dos sistemas de saúde. Existiram circunstâncias e tendências vindas de fora do setor da saúde – o ajustamento estrutural, por exemplo – sobre as quais o movimento da APS teve pouca influência ou controle. Além disso, e com bastante frequência, o movimento da APS simplificou demais a sua mensagem, o que resultou em receitas tipo “chapa três”, iguais para todos, mas mal adaptadas aos diferentes contextos e problemas²⁴. Como resultado disso, as autoridades de saúde nacionais e globais passaram, muitas vezes, a olhar para a APS não como um conjunto de reformas, como eram supostos, mas como mais um programa de prestação de

Tabela 1 Como a experiência mudou o rumo do movimento da APS

PRIMEIRAS TENTATIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA APS	PREOCUPAÇÕES ATUAIS DAS REFORMAS DA APS
Amplio acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os pobres em áreas rurais	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde
Concentração na saúde da mãe e da criança	Preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade
Focalização num pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente infecciosas e agudas	Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, ampliando o espectro de riscos e de doenças abrangidas
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde ao nível das comunidades	Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde a facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos
Participação vista como a mobilização de recursos locais e a gestão de centros de saúde através de comitês de saúde locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização
Serviços financiados e prestados pelo Governo, com gestão centralizada e de cima para baixo	Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado
Gestão da crescente escassez e redução de postos de trabalho	Pôr o aumento dos recursos para a saúde a serviço da cobertura universal.
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Atenção primária como a antítese do hospital	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada a todos os níveis
APS é barata e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata: requer um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa

cuidados de saúde, entre muitos outros, que prestava cuidados pobres a pessoas pobres. A tabela 1 apresenta as diferentes dimensões das primeiras tentativas de implementação da APS e contrasta-as com as abordagens atuais. Inerente a esta evolução está o reconhecimento de que uma definição mais clara da direção a seguir e dos objetivos desejados, requer um conjunto de reformas específicas, sensíveis ao contexto, que correspondam aos desafios de saúde de hoje e preparem para os desafios de amanhã.

O fundamental destas reformas vai muito além da prestação de serviços “básicos” e abarca o conjunto dos elementos estruturantes dos sistemas nacionais de saúde²⁵. Por exemplo, alinhar serviços de saúde pelos valores que orientam a APS exigirá políticas ambiciosas de recursos humanos. No entanto, seria uma ilusão pensar que elas podem ser desenvolvidas isoladamente das políticas de financiamento ou prestação de serviços, das reformas do funcionalismo público e dos acordos sobre a migração transfronteiriça de profissionais de saúde.

Paralelamente, as reformas da APS, e o movimento da APS que as promove, têm de ser mais sensíveis à mudança social e ao aumento de expectativas associado ao desenvolvimento e à modernização. As pessoas têm cada vez mais voz ativa sobre a saúde como parte integrante de como elas e as suas famílias vivem o seu dia a dia, e sobre a forma como a sociedade aborda as questões da saúde e dos cuidados de saúde. A dinâmica da procura tem de encontrar voz nos processos de definição de políticas e de tomadas de decisão. A necessária reorientação dos sistemas de saúde tem de ser baseada em evidências científicas sólidas e na gestão racional da incerteza, mas também deve integrar o que as pessoas esperam da saúde e dos cuidados de saúde para si próprias, as suas famílias e a sua sociedade. Isto requer concessões e negociações, muitas vezes delicadas, com múltiplos parceiros, e o abandono de modelos lineares e imposições de cima para baixo observados no passado. Assim, as reformas da APS de hoje não são definidas nem pelos elementos estruturantes a que se dirigem, nem pela escolha das intervenções de controle de doença a universalizar, mas pelas dinâmicas sociais que definem o papel dos sistemas de saúde na sociedade.

Quatro conjuntos de reformas da APS

Este relatório organiza as reformas da APS em quatro grupos que refletem a convergência entre a evidência sobre o que é preciso para dar resposta efetiva aos desafios de saúde do mundo de hoje, os valores da equidade, solidariedade e justiça social que orientam o movimento da APS, e as crescentes expectativas da população em sociedades em modernização (Figura 1):

- reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde – *reformas da cobertura universal*;
- reformas que reorganizem os serviços de saúde como preconizado pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados – *reformas da prestação de serviço*;
- reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública na atenção primária em saúde e almejando políticas públicas saudáveis nos vários setores – *reformas de política pública*;
- reformas que substituam o comando e controle autoritário e o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos – *reformas da liderança*.

O primeiro destes 4 conjuntos de reformas tem por objetivo a diminuição da exclusão e das disparidades sociais em saúde. Em última análise, os determinantes de iniquidade em saúde requerem uma resposta da sociedade com escolhas políticas e técnicas que afetam muitos setores diferentes. As iniquidades em saúde também são modeladas pelas iniquidades em disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços, pelo ônus financeiro que estas impõem às pessoas, e até por barreiras linguísticas, culturais e com base

Figura 1 Reformas da APS necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde



no gênero que estão, por vezes, entranhadas na forma como a prática clínica é conduzida ²⁶.

Se os sistemas de saúde têm por objetivo reduzir as iniquidades em saúde, é condição prévia tornar os serviços acessíveis a todos, isto é, aumentar a oferta de serviços. As redes de serviços são hoje muito mais amplas do que há 30 anos, mas existem grandes bolsões populacionais sem acesso a essas redes. Em alguns locais, a guerra e a instabilidade social destruíram infraestruturas, em outros a comercialização desregulamentada aumentou a disponibilidade de serviços, mas não necessariamente dos mais necessários. Falhas na oferta ainda são uma realidade em muitos países, fazendo com que a ampliação das suas redes de serviços seja uma preocupação prioritária, tal como acontecia há 30 anos.

Uma vez que, em geral, a oferta de serviços de saúde melhorou, tornou-se mais óbvio que as barreiras ao acesso são fatores importantes de iniquidade: o desembolso direto, em particular, é importante fonte de exclusão dos cuidados necessários. Além disso, quando as pessoas têm de comprar cuidados de saúde a um preço que está além das suas posses, um problema de saúde pode rapidamente precipitá-las na pobreza ou na falência⁴. É por isso que a expansão da oferta de serviços tem de se apoiar na expansão

da proteção social de saúde, através de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em substituição de pagamentos diretos pelos serviços prestados. As reformas para possibilitar a cobertura universal – isto é, acesso universal combinado com proteção social da saúde – constituem condição necessária para uma melhor equidade em saúde. Tal como demonstrado pelos sistemas de saúde que se aproximaram da cobertura universal, as referidas reformas precisam ser complementadas com um outro conjunto de medidas proativas para alcançar os excluídos: aqueles a quem a disponibilidade de serviços e a proteção social pouco impacto têm em termos de contra-balançar as consequências negativas da estratificação social para a saúde. Muitos indivíduos neste grupo contam com redes de cuidados de saúde que assumem a responsabilidade pela saúde de comunidades inteiras. É aqui que entra um segundo grupo de reformas, as reformas de prestação de serviços.

Estas reformas da prestação de serviços têm o intuito de transformar a prestação tradicional de cuidados de saúde no modelo preconizado pela atenção primária, otimizando a contribuição dos serviços de saúde – sistemas de saúde locais, redes de cuidados de saúde, distritos de saúde – para a saúde e equidade, enquanto respondem às expectativas crescentes de “colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, harmonizando a mente e o corpo, as pessoas e os sistemas”³. Estas reformas da prestação de serviços não são mais do que um subgrupo das reformas da APS, mas com uma visibilidade tão elevada que têm, muitas vezes, ofuscado os outros elementos da agenda da APS. A confusão resultante foi amplificada pelo excesso de simplificação da agenda da atenção primária e do que os distingue da prestação de cuidados de saúde convencionais (Caixa 2)²⁴.

Existe um corpo substancial de evidências sobre as vantagens comparativas, em termos de eficácia e eficiência, de cuidados de saúde organizados como atenção primária orientada para as pessoas. Apesar das variações na terminologia específica, os seus traços característicos (orientado para a pessoa, abrangência e integração, continuidade de cuidados e participação dos doentes, famílias e comunidades) estão bem identificados^{16,27}. Para os cuidados terem estas

características é necessário que os serviços de saúde estejam organizados em consonância com equipes multidisciplinares próximas dos clientes que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros setores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas e organizações da comunidade. O recente crescimento econômico trouxe recursos adicionais à saúde. Combinada com a procura crescente de uma melhor prestação, esta situação cria enormes oportunidades de reorientar os serviços de saúde já existentes em direção à atenção primária – não só em ambientes bem aparelhados, mas também onde o dinheiro é escasso e as necessidades são elevadas. Em muitos países de baixa e média renda, onde a prestação de serviços se encontra numa fase de expansão acelerada, existe agora uma oportunidade de traçar um caminho que pode evitar a repetição de alguns dos erros que os países de renda elevada cometeram no passado.

A atenção primária pode fazer muito para melhorar a saúde das comunidades, mas não é suficiente responder aos desejos das pessoas de viver em condições que protejam a sua saúde,

apoiem a equidade em saúde e lhes permitam viver as vidas que valorizam. As pessoas também esperam que os seus governos ponham em ordem um conjunto de políticas públicas para dar resposta aos desafios da saúde, tais como os da urbanização, alterações climáticas, discriminação de gênero ou estratificação social.

Estas políticas públicas englobam políticas e programas técnicos que dão resposta aos problemas de saúde prioritários. Estes programas podem ser criados para trabalhar com a atenção primária, apoiá-la e impulsioná-la, ou podem não fazê-lo e, mesmo sem essa intenção, minar os esforços de reformar a prestação de serviços. As autoridades de saúde têm uma enorme responsabilidade nestas decisões. Programas orientados para problemas de saúde através de atenção primária precisam ser complementados por intervenções de saúde pública a nível nacional e internacional. Estas poderão beneficiar de escalas de eficiência; para alguns problemas, poderão mesmo ser a única opção viável. Existem evidências impressionantes de que intervenções selecionadas, que podem ir da higiene pública e prevenção da doença à promoção da saúde, podem

Caixa 2 O que foi considerado como atenção primária em contextos com recursos adequados foi excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos

A atenção primária foi definida, descrita e estudada exaustivamente em contextos com recursos adequados, muitas vezes com referência a médicos com especialização em medicina familiar ou clínica geral. Estas descrições constituem uma agenda bem mais ambiciosa do que as receitas inaceitavelmente restritivas e desagradáveis de atenção primária que têm sido alardeadas para os países de baixa renda^{27,28}.

- a atenção primária cria um espaço onde as pessoas podem se apresentar com leque ampliado de problemas de saúde e não é aceitável que em países de baixa renda, os cuidados de saúde dêem resposta a apenas algumas "doenças prioritárias";
- a atenção primária constitui uma central de coordenação da navegação dos doentes no sistema de saúde e não é aceitável que em países de baixa renda, a atenção primária esteja reduzida a um posto de saúde isolado ou a um trabalhador de saúde comunitária solitário;
- a atenção primária facilita relações duradouras entre os doentes e os médicos, criando oportunidades para a participação dos doentes na tomada de decisão sobre a sua saúde e sobre os seus cuidados de saúde; criam pontes entre cuidados de saúde personalizados e os familiares e comunidades dos doentes e não é aceitável que em países de baixa renda, a atenção primária seja limitada a um canal de prestação de sentido único para intervenções prioritárias de saúde;
- a atenção primária abre oportunidades para a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a detecção precoce da doença e não é aceitável que em países de baixa renda, a atenção primária sirva apenas para o tratamento das doenças mais comuns;
- a atenção primária requer equipes de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros profissionais e assistentes com sofisticadas competências sociais e biomédicas e não é aceitável que em países de baixa renda, a atenção primária seja sinónimo de cuidados não profissionais, com tecnologia pouco diferenciada, para os pobres de zonas rurais que não se podem dar ao luxo de ter algo melhor;
- a atenção primária requer recursos e investimentos adequados, dando origem a mais valias muito acima daquelas alternativas possíveis e não é aceitável que em países de baixa renda, os cuidados de saúde tenham de ser financiados por meio de pagamentos diretos, sob a assunção errada de que é barato e que os pobres têm capacidade financeira para essa despesa.

dar uma enorme contribuição para a saúde. Contudo, são surpreendentemente negligenciadas, em todos os países, independentemente do seu nível de renda. Isto é particularmente visível em momentos de crise e de grandes ameaças à saúde pública, quando uma capacidade de resposta rápida se torna essencial não só para garantir a saúde, mas também para manter a confiança pública no sistema de saúde.

As políticas públicas, no entanto, envolvem mais do que a ideia clássica de saúde pública. As reformas da atenção primária e da proteção social dependem, de uma forma incisiva, da escolha das orientações políticas dos sistemas de saúde, nomeadamente as que se relacionam com medicamentos essenciais, tecnologias, recursos humanos e financiamento, que apoiam reformas promotoras de equidade e orientadas para as pessoas. Soma-se a isso, é claro, que a saúde das populações pode ser melhorada através de políticas que são controladas por outros setores que não o da saúde. Os currículos escolares, as políticas da indústria relativamente à equidade de gêneros, a segurança alimentar e de bens consumíveis, ou o transporte de resíduos tóxicos, são assuntos que podem influenciar profundamente ou mesmo ser determinantes para a saúde de comunidades inteiras, de forma positiva ou negativa, dependendo das escolhas que forem feitas. Com esforços deliberados de mobilização da colaboração intersectorial, é possível dar relevância à “saúde em todas as políticas”²⁹ para garantir que, em paralelo com os objetivos e metas específicos dos outros setores, os efeitos na saúde passem a assumir papel determinante nas decisões de política pública.

Para que estas reformas sejam possíveis no extraordinariamente complexo setor da saúde, será necessário reinvestir em liderança pública de uma forma que siga modelos colaborativos de diálogo político⁸ com múltiplos parceiros – uma vez que isto é o que as pessoas esperam, e porque é o que dá melhores resultados. As autoridades de saúde podem fazer um trabalho muito melhor na formulação e implementação de reformas da APS adaptadas a contextos e limitações nacionais específicos, se a mobilização em torno da APS

for informada por lições do passado, incluindo sucessos e falhas. A administração da saúde é um desafio importante para os Ministérios da Saúde e outras instituições, governamentais e não governamentais, implicadas em liderar a saúde. Já não basta a mera administração do sistema: elas têm que se transformar em organizações de aprendizado. Isto requer uma liderança inclusiva que se comprometa com uma variedade de parceiros mesmo à margem do setor público, dos clínicos à sociedade civil, e das comunidades aos investigadores e académicos. As áreas de investimentos estratégicos para melhorar a capacidade das autoridades de saúde em liderar as reformas da APS, incluem tornar os sistemas de informação em saúde num instrumento dessas reformas; mobilizar as inovações no setor da saúde e as dinâmicas sociais a que dão origem em todas as sociedades; e criar capacidade através da interação e da exposição à experiência dos outros – no país e com outros países.

Aproveitar as oportunidades

Estes quatro conjuntos de reformas da APS são inspirados em valores partilhados que gozam de um amplo apoio e resultam em desafios comuns a um mundo globalizante. Porém, as realidades marcadamente diferentes entre países devem orientar a maneira como são impulsionadas. A operacionalização das reformas da cobertura universal, da prestação de serviços, das políticas públicas e da liderança não podem ser implementadas como um plano ou pacote padronizado.

Em economias com despesas elevadas em saúde, como é o caso da maioria dos países de renda elevada, existe um amplo espaço financeiro para acelerar a mudança de cuidados terciários para atenção primária, criar um ambiente político mais saudável e complementar o bem estabelecido sistema de cobertura universal com medidas direcionadas para reduzir a exclusão. Num grande número de economias de crescimento rápido – onde vivem 3 bilhões de pessoas – esse mesmo crescimento oferece oportunidades para, numa fase de plena expansão do sistema de saúde, criar sistemas de saúde fortemente enraizados na atenção primária e em princípios de cobertura universal, evitando erros

* Nota dos tradutores: “policy dialogue” é traduzido como “diálogo político”.

por omissão, tais como o não investimento em políticas de saúde pública, e por comissão, tais como o investimento desproporcionado em cuidados terciários, que têm caracterizado os sistemas em países de renda elevada no passado recente. O desafio é, assumidamente, mais assustador para os 2 bilhões de pessoas que vivem nas economias de saúde de baixo crescimento da África e do Sudeste Asiático, bem como para os mais de 500 milhões que vivem em Estados frágeis. Contudo, mesmo aqui, existem sinais de crescimento – e evidência de um potencial para acelerar, evitando o recurso aos pagamentos diretos – que oferecem possibilidades de expandir os sistemas e serviços de saúde. De fato, mais do que em outros países, estes não se podem dar ao luxo de não optar pela APS e, como em qualquer outro lado, podem começar a fazê-lo de imediato.

O meio internacional atual é favorável a uma renovação da APS. A saúde global está recebendo uma atenção sem precedentes, com interesse crescente em ações conjuntas, com apelos cada vez mais fortes a favor de cuidados abrangentes e universais – de pessoas que vivem com o HIV, de prestadores de cuidados, de ministros da saúde e do Grupo dos Oito (G8) – e um crescimento acelerado de fundos comuns de solidariedade global. Existem sinais claros e bem vindos de um desejo de trabalho em parceria para a construção de sistemas de saúde sustentáveis, em vez de confiar apenas em abordagens intermitentes e fragmentadas³⁰.

Paralelamente, existe uma perspectiva de investimento doméstico, para galvanização dos sistemas de saúde em torno dos valores da APS. O crescimento do PIB – particularmente vulnerável ao abrandamento econômico, às crises de energia e de alimentação e ao aquecimento global – está financiando as despesas de saúde em todo o mundo, com a notável exceção dos Estados frágeis. Este crescimento econômico cria oportunidades para reformar a APS que não existia nos anos 80 e 90. Apenas uma pequena parte das despesas em saúde são aplicadas à correção de distorções frequentes no funcionamento dos sistemas de saúde ou para ultrapassar os gargalos do sistema que dificultam a prestação de serviços, mas o potencial existe e está crescendo rapidamente.

A solidariedade global e a ajuda continuarão a ser importantes para complementar e apoiar os países no seu lento progresso, mas são menos importantes do que a interatividade, a aprendizagem conjunta e a administração global. Esta transição já teve lugar na maior parte do mundo: a maioria dos países em desenvolvimento já não estão dependentes de ajuda externa. A cooperação internacional pode acelerar a conversão dos sistemas de saúde mundiais, inclusive através de uma melhor canalização da ajuda, mas o progresso real virá de uma melhor administração da saúde nos países, quer sejam de renda baixa ou elevada.

As autoridades de saúde e os líderes políticos estão pouco à vontade com as tendências atualmente observadas no desenvolvimento dos sistemas de saúde e com a necessidade óbvia de se adaptarem aos desafios de uma saúde em mudança e à procura e expectativas crescentes. Isto está dando forma a oportunidades para implementar as reformas da APS. A frustração e a pressão das pessoas para cuidados diferentes e mais equitativos e por uma melhor proteção da saúde para a sociedade é cada vez maior: nunca foram tão elevadas as expectativas sobre o que as autoridades de saúde e, especificamente, os ministros da saúde deveriam estar fazendo neste campo.

Ao apostar nesta oportunidade, o investimento nas reformas da APS pode acelerar a transformação dos sistemas de saúde de forma a produzir resultados em saúde melhores e mais equitativamente distribuídos. O mundo tem melhor tecnologia e melhor informação para que possa maximizar o retorno da transformação do funcionamento dos sistemas de saúde. O crescente envolvimento da sociedade civil na saúde e um pensamento global coletivo associado a escalas de eficiência (por exemplo, nos medicamentos essenciais) contribuem ainda mais para as hipóteses de sucesso.

Na última década, a comunidade global começou a procurar soluções para a pobreza e iniquidade em todo o mundo de uma forma muito mais sistemática – estabelecendo os ODM e trazendo a questão da iniquidade para o centro das decisões de política social. Durante todo este processo, a saúde tem sido uma

preocupação central. Isto oferece oportunidades para uma ação mais efetiva em saúde. Também cria as condições sociais necessárias para o estabelecimento de alianças sólidas para além do setor da saúde. Desta forma, a ação inter-setorial está de novo no centro das atenções. Muitas das autoridades de saúde de hoje já não vêem a sua responsabilidade pela saúde como sendo limitada ao controle da sobrevivência e

da doença, mas como uma das competências chave que as pessoas e as sociedades valorizam³¹. A legitimidade das autoridades de saúde depende, cada vez mais, da sua capacidade em assumir a responsabilidade por desenvolver e reformar o setor da saúde de acordo com o que as pessoas valorizam – em termos de saúde e daquilo que se espera dos sistemas de saúde na sociedade.

Referências

1. *Primary health care report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva, 1978 (Health for All Series No. 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. *People at the centre of health care: harmonising mind and body*. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Primary health care in the Americas: position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: a national reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
7. *International Conference on Primary Health Care: 25th anniversary*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003, WHA56.6, Agenda Item 14.18).
8. *The Alma-Ata Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
9. *World Health Statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405-412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for World development report 2004: making services work for poor people).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
14. Xu J et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Affairs*, 2002, 21:2018-2021.
16. Moore G, Showstack R. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman M. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Affairs*, 2008, 27:958-960.
18. John LT, Corrigan EM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries EF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future: long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182-191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Overcoming business trends in health systems to improve health outcomes: WHO framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540-546.
27. *Primary care: America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
29. StÅhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. *The Paris declaration on aid effectiveness: partnership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.



Os desafios de um mundo em mudança



Este capítulo descreve o contexto onde a atual renovação da atenção primária em saúde está se desenrolando. O capítulo faz uma revisão dos atuais desafios para a saúde e para os sistemas de saúde e descreve um conjunto de expectativas sociais amplamente compartilhadas, que determinam a agenda da mudança dos sistemas de saúde do mundo de hoje.

Mostra como muito países registraram um progresso significativo em saúde em épocas recentes e como os ganhos foram compartilhados de forma desequilibrada. A lacuna entre países, e entre grupos sociais dentro dos próprios países, tornou-se maior. As transformações epidemiológicas, demográficas e sociais alimentadas pela globalização, urbanização e populações envelhecidas, colocam desafios de uma magnitude que não estava prevista há três décadas.

Capítulo I

Crescimento desigual, resultados desiguais	2
Adaptação a novos desafios em saúde	8
Tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde	12
Valores em mudança e expectativas crescentes	15
Reformas da APS*: impulsionadas pela demanda	20

* No atual contexto brasileiro, a APS é também conhecida por ABS

O capítulo defende que, em geral, a resposta a estes desafios por parte do setor da saúde e das sociedades tem sido lenta e inadequada. Isto tanto reflete uma incapacidade de mobilização dos recursos e instituições necessários para transformar a saúde em torno dos valores da atenção primária em saúde, como um fracasso em fazer frente ou modificar substancialmente as forças que empurram o setor da saúde para outras direções, nomeadamente: uma atenção desproporcional aos cuidados hospitalares especializados, a fragmentação dos sistemas de saúde e a proliferação de cuidados privados não regulamentados. Ironicamente, estas fortes tendências desviam os sistemas de saúde daquilo que as pessoas esperam da saúde e da atenção à saúde. Quando a Declaração de Alma-Ata enalteceu os princípios de equidade em saúde, cuidados centrados nas pessoas e um papel central para as comunidades de saúde em ação, foi considerada radical. A investigação social sugere, no entanto, que estes valores estão se tornando preponderantes em sociedades modernizadas: eles correspondem à forma como as pessoas olham para a saúde e ao que elas esperam dos seus sistemas de saúde. Por essa razão, aumentar as expectativas sociais no que diz respeito à saúde e à atenção à saúde deve, então, ser encarado como o grande impulsionador das reformas da APS.

Crescimento desigual, resultados desiguais

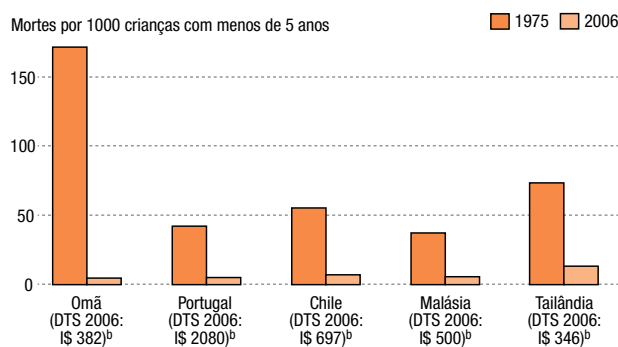
Vidas mais longas e saúde melhor, mas não em todo lugar

Nos finais dos anos 70, o Sultanato de Omã tinha apenas uma mão cheia de profissionais. As pessoas tinham de viajar até quatro dias só para chegar a um hospital, onde centenas de doentes já estariam à espera na fila para ver um dos poucos médicos (expatriados). Tudo isto mudou em menos que uma geração¹. Omã investiu consistentemente num serviço nacional de saúde e manteve esse investimento ao longo do tempo. Existe agora uma densa rede de 180 instalações de saúde regionais, distritais e locais apoiadas por mais de 5000 trabalhadores de saúde, que facultam o acesso quase universal a cuidados de saúde para os 2,2 milhões de pessoas que vivem

em Omã, com uma cobertura agora extensível a residentes estrangeiros². Mais de 98% dos nascimentos em Omã são agora atendidos por pessoal qualificado e mais de 98% dos bebês estão totalmente imunizados. A esperança de vida ao nascer, que era de menos de 60 anos em finais dos anos 70, ultrapassa agora os 74 anos. A taxa de mortalidade em menores de 5 anos caiu vertiginosamente em 94%³.

Em cada região (exceto na região da África) existem alguns países onde as taxas de mortalidade se situam agora em menos de um quinto do que estavam há 30 anos. Os principais exemplos

Figura 1.1 Países seleccionados como os que tiveram um desempenho melhor na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos 80%, por regiões, 1975-2006^{a,*}



^a Nenhum país da Região Africana alcançou uma redução de 80%

^b Despesa total em saúde (DTS) per capita em 2006, dólar internacional (US\$)

* Os dólares internacionais derivam da divisão das unidades de moeda local por uma estimativa da paridade do seu poder de compra, comparando com o dólar americano.

são o Chile⁴, a Malásia⁵, Portugal⁶ e a Tailândia⁷ (Figura 1.1). Estes resultados estavam associados ao acesso melhorado a redes ampliadas de atenção à saúde, tornado possível através de um compromisso político sustentável e do crescimento econômico, que lhes permitiram apoiar o seu compromisso ao manterem o investimento no setor da saúde (Caixa 1.1)

Em geral, o progresso no mundo tem sido considerável. Se as crianças ainda estivessem morrendo às taxas de 1978, teriam ocorrido, globalmente, 16,2 milhões de mortes em 2006. De fato, ocorreram apenas 9,5 milhões dessas mortes¹². Esta diferença de 6,7 milhões é equivalente a salvar 18.329 vidas de crianças todos os dias.

Mas estes números escondem variações significativas entre países. Desde 1975, a taxa de



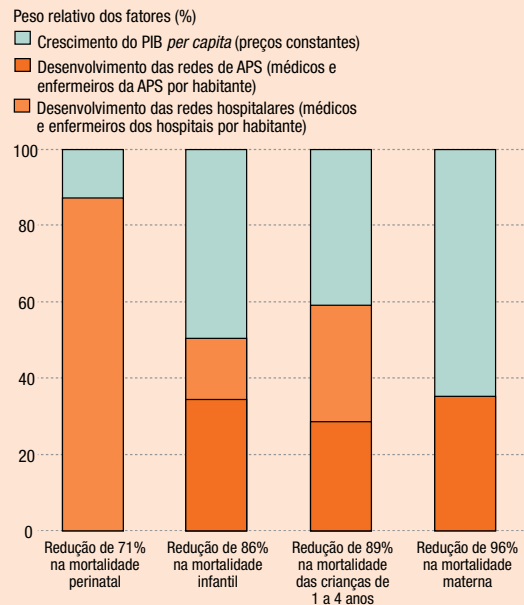
Caixa 1.1 Desenvolvimento econômico e opções de investimento nos cuidados de saúde: a melhoria de indicadores-chave da saúde em Portugal

Portugal reconheceu o direito à Saúde na Constituição de 1976 após a revolução democrática. A pressão social para reduzir a enorme falta de equidade na saúde da população do país conduziu à criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos e complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos diretos^{6,8}. O SNS foi implementado a partir de 1979, implementação essa que foi concluída em 1983 e foi organizada explicitamente com base nos princípios da atenção primária em saúde: uma rede de centros de saúde, com médicos de família e enfermeiros, que, progressivamente, abrangeu todo o país. Para ter acesso aos serviços do SNS, os usuários têm de se registrar num centro de saúde, na lista de um médico de família, que é o primeiro ponto de contato com o Serviço. Portugal considera esta rede o maior sucesso em termos de melhoria no acesso a cuidados e de ganhos em saúde⁶.

A esperança de vida ao nascer é agora 9,2 anos mais elevada do que há 30 anos, enquanto o produto interno bruto (PIB) duplicou. O desempenho de Portugal na redução da mortalidade nos vários grupos etários é dos mais consistentemente bem sucedidos no mundo nos últimos 30 anos, por exemplo, reduzindo pela metade a mortalidade infantil a cada 8 anos. Este desempenho levou a uma marcada convergência dos indicadores de saúde da população portuguesa com os dos outros países na região¹⁰.

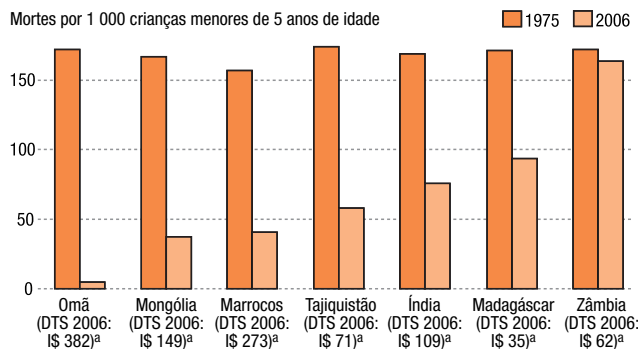
A análise multivariada das séries temporais de vários indicadores de mortalidade desde 1960 revelou que a decisão de basear a política de saúde portuguesa nos princípios da APS, com o desenvolvimento de uma rede abrangente de atenção básica em saúde¹¹, teve um papel importante na redução da mortalidade materna, infantil e das crianças de 1 a 4 anos, enquanto a redução da mortalidade perinatal esteve associada a um maior desenvolvimento da rede hospitalar. As contribuições relativas do desenvolvimento da rede de APS e hospitalar assim como do crescimento econômico na melhoria dos indicadores de mortalidade desde 1960 estão evidenciados na Fig 1.2.

Figura 1.2 Fatores explicativos da redução da mortalidade em Portugal 1960-1991



declínio das taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade tem sido muito mais lenta em países de baixa renda, como um todo,

Figura 1.3 Progresso variável na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade, 1975 e 2006, em países selecionados com taxas semelhantes em 1975^a



^a Despesa total em saúde (DTS) *per capita* em 2006, dólar internacional (\$)

do que em países mais ricos¹³. Além da Eritreia e da Mongólia, nenhum dos países de baixa renda hoje em dia reduziu a mortalidade em menores de cinco anos em 70%. O desempenho dos países considerados hoje como de renda média já foi melhor mas, tal como a figura 1.3 ilustra, o progresso tem sido bastante desigual.

Alguns países têm feito grandes melhorias e estão no caminho certo para alcançar os ODM relacionados com a saúde. Outros, particularmente na região da África, estagnaram ou mesmo perderam terreno¹⁴. Globalmente, 20 dos 25 países onde a mortalidade abaixo dos 5 anos de idade é ainda dois terços ou superior ao nível de 1975, encontram-se na África Subsaariana. O lento progresso tem estado associado a um frustrante avanço no acesso à atenção em saúde. Apesar da recente mudança para melhor,

a cobertura de vacinação na África Subsaariana é ainda significativamente mais baixa do que no resto do mundo¹⁴. A atual prevalência no uso de contraceptivos está ainda em 21%, enquanto que em outras regiões em desenvolvimento, os aumentos têm sido substanciais ao longo dos últimos 30 anos, atingindo agora os 61%^{15,16}. Onde ela é observada, o aumento no uso de contraceptivos tem sido acompanhado por uma redução nas taxas de aborto. Na África Subsaariana, no entanto, os números absolutos de abortos têm aumentado, e quase todos são executados em condições pouco seguras¹⁷. Os cuidados ao nascer para as mães e recém-nascidos também continuam a enfrentar problemas: em 33 países, menos de metade de todos os nascimentos em cada ano são assistidos por pessoal de saúde devidamente habilitado, com uma cobertura, em um dos países, tão baixa quanto 6%¹⁴. A África Subsaariana é também a única região do mundo onde o acesso a profissionais qualificados no trabalho de parto não está progredindo¹⁸.

Refletindo as atuais tendências globais de sobrevivência das crianças, as que se referem à esperança de vida apontam para um crescimento em todo o mundo de quase oito anos entre 1950 e 1978, e de mais sete anos desde então: um reflexo do crescimento no rendimento médio *per capita*. Tal como acontece com a sobrevivência das crianças, o aumento nas desigualdades de

renda (os rendimentos aumentam mais rapidamente em países de rendas elevadas do que em países de baixa renda) reflete-se nas crescentes disparidades entre os mais e os menos saudáveis¹⁹. Relativamente à esperança de vida, entre meados de 1970 até 2005, a diferença entre países de renda elevada e países da África Subsaariana, ou estados frágeis, aumentou em 3,8 e 2,1 anos, respectivamente.

A relação inequívoca entre saúde e riqueza, resumida na clássica curva de Preston (Figura 1.4), precisa ser qualificada²⁰.

Primeiramente, a curva de Preston continua a subir¹². Um rendimento *per capita* de US\$1.000 em 1975 estava associado a uma esperança de vida de 48,8 anos. Em 2005, o mesmo rendimento correspondia a uma esperança de vida de quase mais quatro anos. Isto sugere que as melhorias em nutrição, educação²¹, saúde, tecnologias da saúde²², a capacidade institucional em obter e utilizar a informação e a forma como a sociedade traduz esse conhecimento em ação eficaz²³, quer em termos sociais quer em termos de saúde, permitem uma maior produção de saúde para um mesmo nível de renda.

Em segundo lugar, existe uma variação considerável em termos de resultados em países com um mesmo nível de renda, particularmente entre países pobres. Por exemplo, a esperança de vida na Costa do Marfim (PIB US\$1.465) é quase 17 anos mais baixa do que no Nepal (PIB US\$1.379), e entre Madagascar e Zâmbia, a diferença é de 18 anos. A presença de valores elevados em cada faixa de rendimento, demonstra que o real nível de rendimento *per capita* num dado momento não é o fator absoluto, limitador da taxa, que a curva média parece dar a entender.

Crescimento e estagnação

Nos últimos 30 anos, a relação entre crescimento econômico e esperança de vida ao nascer tem revelado três padrões distintos (Figura 1.5).

Em 1978, cerca de dois terços da população mundial vivia em países que tiveram aumento na esperança de vida ao nascer e um crescimento econômico considerável. Os ganhos relativos mais impressionantes aconteceram num número de países de baixa renda na Ásia (incluindo a Índia), América Latina e norte de África, totalizando

Figura 1.4 PIB *per capita* e esperança de vida ao nascer, em 169 países^a, 1975 e 2005

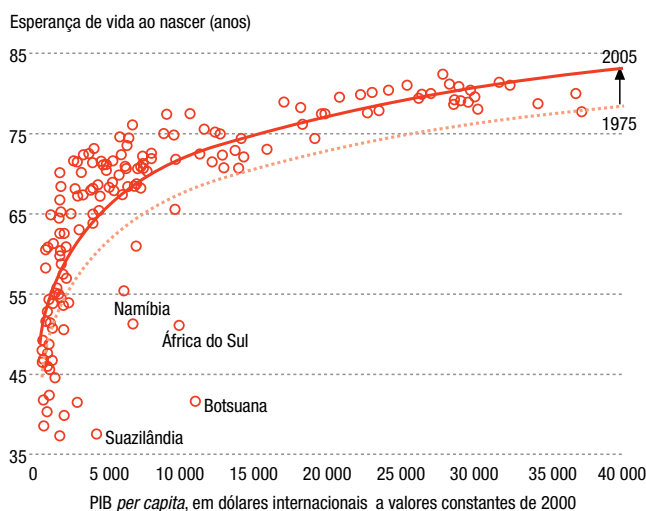
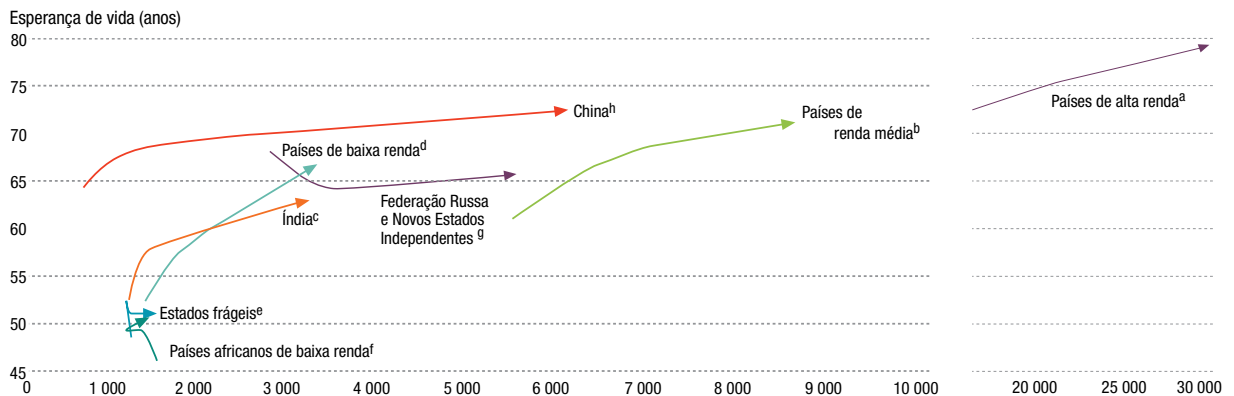




Figura 1.5 Tendências do PIB *per capita* e esperança de vida ao nascer em 133 países, agrupados pelo PIB de 1975, 1975-2005*



^a 27 países, 766 milhões (M) de habitantes em 1975, 953 M em 2005.

^b 43 países, 587 M habitantes em 1975, 986 M em 2005.

^c Índia, 621 M habitantes em 1975, 1 103 M em 2005.

^d 17 Países de baixa renda, não-Africanos, excluindo os estados frágeis, 471 M habitantes em 1975, 872 M em 2005.

^e 20 Estados frágeis, 169 M habitantes em 1975, 374 M em 2005.

^f 13 Países Africanos de baixa renda, excluindo os estados frágeis, 71 M habitantes em 1975, 872 M em 2005.

^g Federação Russa e 10 Novos Estados Independentes (NIS), 186 M habitantes em 1985, 204 M em 2005.

^h China, 928 M habitantes em 1975, 1 316 M em 2005.

* Não há dados para 1975 relativamente aos Novos Estados Independentes. Não há dados históricos para os demais países.

Fontes: Life expectancy, 1975, 1985: UN World Population Prospects 2006; 1995, 2005: WHO, 9 November 2008 (draft); China: 3rd, 4th and 5th National Population censuses, 1981, 1990 and 2000. GPD: 2007³⁷.

1,1 bilhões de habitantes há 30 anos e quase 2 bilhões hoje em dia. Estes países aumentaram a esperança de vida ao nascer em 12 anos, enquanto que o PIB *per capita* se multiplicou por um fator de 2,6. Os países de rendimentos elevados e países com um PIB entre os $\text{R}\$3.000$ e os $\text{R}\$10.000$ em 1975, também tiveram um crescimento econômico substancial e um aumento na esperança de vida.

Em outras partes do mundo, o crescimento do PIB não se fez acompanhar por ganhos semelhantes em termos de esperança de vida. A Federação Russa e os Novos Estados Independentes aumentaram substancialmente o PIB médio *per capita* mas, com o alastrar da pobreza que acompanhou a transição da antiga União Soviética, a esperança de vida das mulheres estagnou desde finais de 1980 e a dos homens caiu vertiginosamente, sobretudo para os não qualificados ou sem segurança no emprego^{24,25}. Após um período de estagnação organizacional e tecnológica, o sistema de saúde colapsou¹². As despesas públicas com a saúde foram reduzidas em 1990 para níveis que fizeram com que, em vários países, fosse virtualmente impossível gerir um sistema básico. Estilos de vida não saudáveis, juntamente com a desintegração de programas de saúde pública e

a comercialização desregulada de serviços clínicos, combinados com a eliminação de redes de segurança, todos estes fatores contrabalançaram os ganhos do aumento do PIB médio²⁶. A China já tinha aumentado substancialmente a sua esperança de vida num período anterior a 1980 para níveis bastante acima do de outros países de baixa renda nos anos 70, apesar da fome de 1961-1963 e da Revolução Cultural de 1966-1976. A contribuição da atenção primária em saúde rural e do seguro de saúde urbano para estes sucessos foi bem documentada^{27,28}. No entanto, com as reformas econômicas do início dos anos 80, o PIB médio *per capita* aumentou de forma espetacular, mas o acesso a cuidados e a proteção social deteriorou-se, particularmente nas zonas rurais. Isto diminuiu a taxa de aumento na esperança de vida para uma taxa moderada, sugerindo que apenas a melhoria das condições de vida associada ao espetacular crescimento econômico evitaram a regressão da esperança média de vida²⁸.

Finalmente, existe um conjunto de países de baixa renda, representando cerca de 10% da população mundial, onde tanto o PIB como a esperança de vida estagnaram³⁸. Estes são os países considerados “estados frágeis” de acordo

com os critérios para “países de rendimentos baixos sob stress” (LICoS)³⁸, de 2003-2006³⁷. Quase 66% da população desses países encontra-se na África. Governos fracos e conflitos internos prolongados são comuns nestes países, que enfrentam obstáculos semelhantes: baixa segurança, relações sociais fracas, corrupção, colapso do estado de direito e ausência de mecanismos para impor um poder e uma autoridade legítimos³². Têm muito por fazer em termos de necessidades de investimentos e muito poucos recursos governamentais para colocá-los em prática. Metade deles testemunhou um crescimento negativo do PIB durante o período de 1995-2004 (todos os outros ficaram abaixo do crescimento médio dos países de baixa renda), enquanto que a sua

dívida externa estava acima da média³³. Estes países estavam entre os que tinham a menor esperança de vida ao nascer em 1975 e conseguiram aumentos mínimos desde então. Os outros países africanos de baixa renda compartilham muitas das características e das circunstâncias dos estados frágeis – de fato, muitos deles sofreram longos períodos de conflito nos últimos 30 anos que os teriam classificado como estados frágeis, se a classificação LICoS existisse nessa época. O seu crescimento econômico tem sido muito limitado, tal como o aumento da sua esperança de vida, sobretudo devido à presença, neste grupo, de um número de países da África Austral, que são confrontados por um peso desproporcional da pandemia do HIV/AIDS.

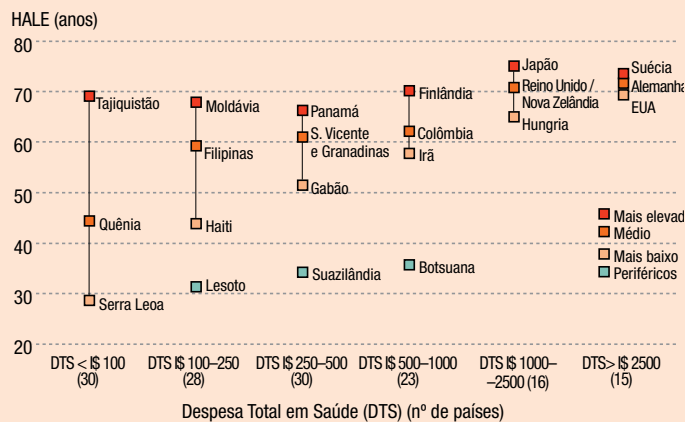
Caixa 1.2 Maior despesa em saúde está associada a melhores resultados, mas com grandes diferenças entre países

Em muitos países, a quantia total gasta em saúde é insuficiente para financiar o acesso para todos, nem que seja a um pacote mínimo de atenção primária em saúde³⁹. Este fato faz toda a diferença para a saúde e para a sobrevivência. A figura 1.6 mostra que o Quênia tem uma esperança de vida ajustada à saúde (HALE)⁴⁰ de 44,4 anos, a média para os países que atualmente gastam menos do que 100 dólares per capita em saúde. Isto representa 27 anos a menos do que na Alemanha, a média para os países que gastam mais de 2.500 dólares per capita. Cada 100 dólares per capita gastos em saúde, corresponde a um ganho de 1,1 em HALE.

os países com melhores resultados em cada faixa de gastos são comparativamente pequenas. O Tadjiquistão, por exemplo, tem um HALE que é 4,3 anos menor do que o da Suécia e inferior à diferença entre a Suécia e os Estados Unidos da América. Estas diferenças sugerem que o custo, para quem e para quem é gasto o dinheiro, tem uma importância considerável. Particularmente em países onde o pacote para a saúde é muito pequeno, cada dólar alocado de modo subótimo, parece fazer uma diferença considerável.

No entanto, isto esconde grandes diferenças de resultados a níveis de gastos comparáveis. Existe uma diferença de até 5 anos em HALE entre países que gastam mais do que 2.500 dólares per capita, por ano em saúde. As diferenças são maiores em níveis mais baixos de gastos, mesmo dentro de faixas de gastos relativamente estreitas. Os habitantes da Moldávia, por exemplo, gozam de mais 24 anos HALE do que os do Haiti; contudo, ambos os países estão entre os 28 que gastam 250-500 dólares per capita em saúde. Estas diferenças podem ser ainda maiores se também forem considerados os países fortemente afetados pelo HIV/AIDS. O Lesoto gasta mais em saúde do que a Jamaica, e no entanto a sua população tem um HALE que é 34 anos mais baixa. Em contrapartida, as diferenças em HALE entre

Figura 1.6 Países agrupados de acordo com as suas despesas totais em saúde, em 2005 (em dólares internacionais \$)^{38,40}



* Nota dos tradutores: "LIC- Osé a sigla para "low-income countries under stress".

** Nota dos tradutores: HALE Osé a sigla para "health adjusted life expectancy".



Em média, estes países têm tido algum crescimento econômico desde 1975, mas com um forte retrocesso em termos de esperança de vida.

O que tem sido espantosamente comum aos estados frágeis e aos países da África Subsaariana nas últimas três décadas, e que os diferencia de outros que começaram com menos do que 3.000 *per capita* em 1975, é a combinação da estagnação do crescimento econômico e da instabilidade política, com a ausência de melhorias na esperança de vida. Estes países concentram características que impedem melhorias na saúde. A educação, particularmente das mulheres, desenvolve-se mais lentamente, tal como o acesso a meios de comunicação modernos e ao trabalho de recurso intensivo ao conhecimento, que aumenta os recursos intelectuais das pessoas em qualquer outra parte do mundo. As pessoas estão mais expostas e mais vulneráveis a ameaças de saúde, ambientais e outras que, no mundo globalizado de hoje, incluem estilos de vida perigosos, tais como o tabagismo, a obesidade e a violência urbana. Falta-lhes a segurança material necessária para investirem na sua própria saúde e, aos seus governos falta-lhes os recursos necessários e/ou compromisso para investimento público. Estas pessoas encontram-se em risco de guerra e de conflito civil muito maior do que as dos países mais ricos³⁸. Sem crescimento, a paz é consideravelmente mais difícil e, sem paz, o crescimento estagna: em média, uma guerra civil reduz o crescimento de um país em cerca de 2,3% ao ano para uma duração típica de sete anos, deixando o país 15% mais pobre.³⁴

Não é possível exagerar o impacto da combinação da estagnação com os conflitos. Os conflitos são uma fonte direta de sofrimento, doença e mortalidade, consideráveis e excessivos. Na República Democrática do Congo, por exemplo, entre 1998 e 2004 o conflito provocou um excesso de mortalidade da ordem de 450.000 mortes por ano³⁵. Qualquer estratégia para ultrapassar as grandes diferenças, em termos de saúde, entre os países – e mesmo para corrigir as desigualdades dentro dos países – tem de considerar a criação de um ambiente de paz, estabilidade e prosperidade que permita o investimento no setor da saúde.

✗ ma história de crescimento econômico lento é também uma história de recursos estagnados para a saúde. O que se passou na África Subsaariana nos anos que se seguiram à Alma-Ata, exemplifica esta ideia.

Depois de se ajustar à inflação, o PIB *per capita* na África Subsaariana caiu quase todos os anos entre 1980 e 1994³⁶, deixando pouco espaço para ampliar o acesso ao sistema de saúde ou para transformar os sistemas de saúde. Por volta de 1980, por exemplo, o orçamento para medicamentos na República Democrática do Congo, antigo Zaire, foi reduzido a zero e os gastos do governo com os distritos de saúde baixou para menos de 10,1 por habitante: o orçamento de saúde para o setor público da Gâmbia foi reduzido em dois terços; e os fundos disponíveis para fazer face às despesas e salários do grupo de trabalhadores governamentais em expansão, caiu até 70% em países como Camarões, Gana, Sudão e República Unida da Tanzânia³⁶. Para as autoridades de saúde desta parte do mundo, os anos 80 e 90 foram uma época de gestão de orçamentos cada vez mais reduzidos e de desinvestimento. Para o povo, este período de contração fiscal foi uma época em que a utilização de serviços de saúde, inadequados e subfinanciados, era financiada por pagamentos diretos dos usuários, com impactos catastróficos.

Em grande parte do mundo, o setor da saúde é, muitas vezes, brutalmente subfinanciado. Em 2005, 45 países gastaram menos do que 100 *per capita*, em saúde, incluindo a assistência externa³⁸. Em contrapartida, 16 países de rendimentos elevados gastaram mais de 3.000 *per capita*. Os países de baixa renda destinam geralmente uma proporção mais pequena do seu PIB para a saúde do que os países de rendimentos elevados, enquanto o PIB dos primeiros é menor inicialmente e com ônus de doença mais elevado.

✗ ma maior despesa em saúde está associada a melhores resultados de saúde, embora sensível a escolhas políticas e ao contexto (Caixa 1.2): onde o dinheiro é escasso, os efeitos dos erros, por omissão ou por comissão, são ampliados. No entanto, onde a despesa aumenta rapidamente, abrem-se novas perspectivas de transformar e adaptar os sistemas de saúde, perspectivas essas que são muito mais limitadas num contexto de estagnação.

Adaptação a novos desafios em saúde

Um mundo globalizado, urbanizado e envelhecendo

O mundo mudou nos últimos 30 anos: poucos teriam imaginado que as crianças na África estariam agora em muito maior risco de morte devido a acidentes viários, do que as crianças em países de rendimentos tanto elevados como baixos ou médios, da região Europeia (Figura 1.7).

Muitas das mudanças que afetam a saúde já eram visíveis em 1978, mas aceleraram e continuarão a fazê-lo.

Há trinta anos, cerca de 38% da população mundial vivia em cidades; em 2008, esta proporção é superior a 50%, o equivalente a 3,3 bilhões de pessoas. Em 2030, quase 5 bilhões de pessoas irão viver em áreas urbanas. A maior parte do crescimento acontecerá nas cidades menores dos países em desenvolvimento e em metrópoles de tamanho e complexidade sem precedentes, no sudeste asiático⁴². Apesar de, em média, os indicadores de saúde em cidades serem melhores do que em áreas rurais, a imensa estratificação social e econômica dentro das áreas urbanas resulta em iniquidades em saúde bastante significativas^{43,44,45,46}. Na área de rendimentos elevados de Nairóbi, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos está em menos de 15 em cada mil, mas no bairro periférico de Emabasi da mesma cidade, a taxa é de 254 por mil⁴⁷. Estes e outros exemplos

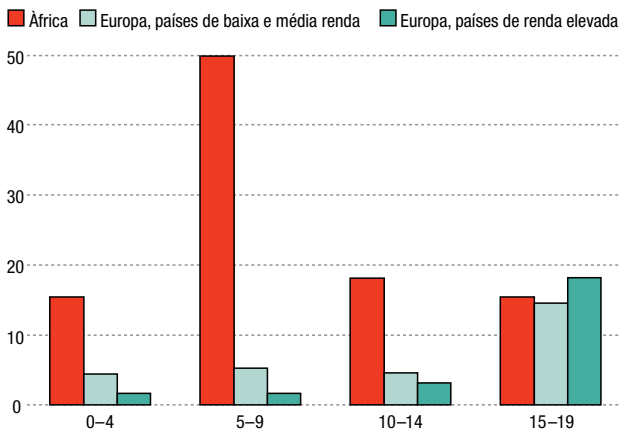
semelhantes levam a uma observação mais geral de que, entre os países em desenvolvimento, uma melhoria no governo local pode ajudar a produzir 75 anos, ou mais, de esperança de vida; com um governo local fraco, a esperança de vida pode ser tão baixa como 35 anos. Um terço da população urbana mundial hoje em dia – mais de um bilhão de pessoas – vive em bairros pobres: em locais onde faltam construções sólidas, área suficiente para se viver, acesso a água potável e saneamento, bem como segurança⁴⁸. As favelas são propícias ao fogo, inundações e deslizamento de terra, e os seus habitantes estão expostos, de forma desproporcional, à poluição, a acidentes, a riscos no local de trabalho e à violência urbana. A perda de coesão social e a globalização de estilos de vida não saudáveis contribuem para um ambiente que é, definitivamente, desfavorável à saúde.

Em nestas cidades que se encontram muitos dos quase 200 milhões de migrantes internacionais⁴⁹. Eles constituem pelo menos 20% da população em 41 países, 31% dos quais têm menos de um milhão de habitantes. Excluir os migrantes do acesso a cuidados é o equivalente a negar a todos os habitantes de um país semelhante ao Brasil os seus direitos à saúde. Alguns dos países que fizeram vários progressos significativos em termos de garantir aos seus cidadãos o acesso à saúde, não garantem os mesmos direitos aos outros residentes. Uma vez que a migração continua numa expansão contínua, os direitos dos residentes não cidadãos e a capacidade do sistema de serviços de saúde em dar resposta à crescente diversidade linguística e cultural de forma equitativa e eficaz, já não constituem questões marginais.

Este mundo móvel e urbanizado está envelhecendo rapidamente e assim vai continuar. Em 2050, o mundo irá contar com 2 bilhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, das quais cerca de 85% estarão vivendo nos países hoje considerados como em desenvolvimento, sobretudo nas áreas urbanas. Ao contrário dos países ricos de hoje, os países de rendimentos médios ou baixos estão envelhecendo rapidamente, antes de se tornarem ricos, o que redobra o desafio.

Urbanização, envelhecimento e mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo a depressão, diabetes, doença

Figura 1.7 As crianças de África estão em maior risco de morte devido a acidentes de trânsito do que as crianças europeias: mortes de crianças em acidentes viários, por 100 000 pessoas⁴¹





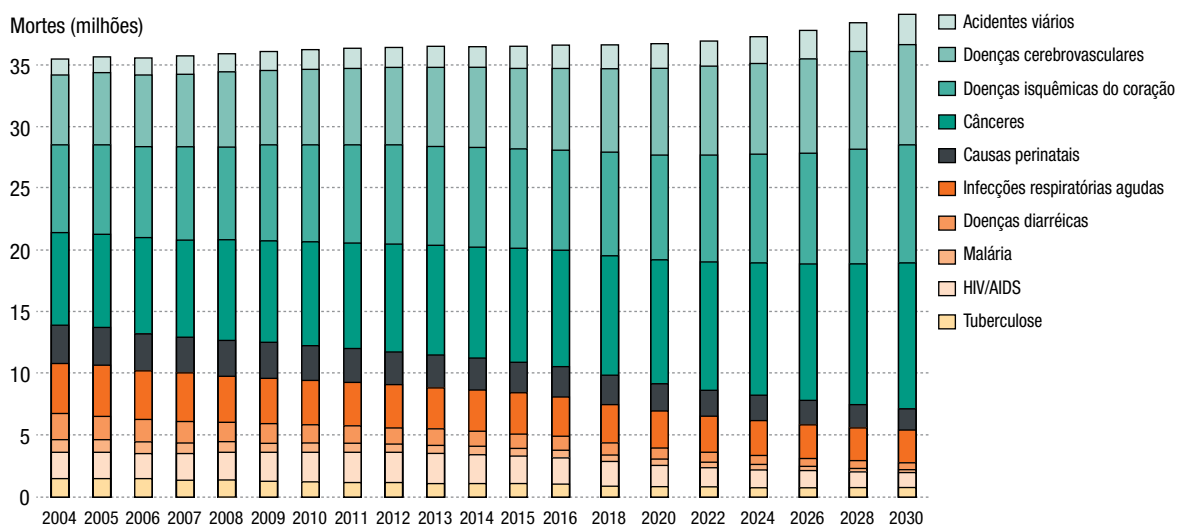
cardiovascular e cânceres – e os traumatismos, causas cada vez mais importantes de morbidade e de mortalidade (Figura 1.8)⁵⁷. Há uma mudança notória na distribuição das mortes e doenças, dos mais novos para os mais velhos, e de causas infecciosas, perinatais e maternas, para doenças não transmissíveis. O número de acidentes viários vai aumentar; as mortes relacionadas com o tabaco irão ultrapassar as mortes relacionadas com o HIV/AIDS. Mesmo na África, onde a população continua jovem, o tabagismo, a pressão arterial elevada e o colesterol encontram-se entre os dez maiores fatores de risco em termos de peso global da doença⁵². Nas últimas décadas, grande parte da falta de progresso e praticamente todos os retrocessos em termos de esperança de vida, estiveram associados a crises de saúde em idade adulta, tal como aconteceu na Federação Russa ou África Austral. No futuro, a melhoria em saúde será cada vez mais uma questão de melhor saúde nos adultos.

O envelhecimento chamou a atenção para uma questão que é de particular relevância para a organização da prestação de serviços: a frequência cada vez maior da multimorbidade. No mundo industrializado, 25% de pessoas entre 65 e 69 anos e 50% entre 80 e 84 anos estão afetadas por duas ou mais enfermidades crônicas simultaneamente. Em populações socialmente carentes, também as crianças e os jovens adultos têm

tendência para serem afetados^{53,54,55}. A frequência da multimorbidade em países de baixa renda não está tão bem descrita – com exceção do contexto da epidemia de HIV/AIDS, má nutrição ou malária – mas é provavelmente bastante subestimada^{56,57}. Uma vez que as doenças da pobreza estão interrelacionadas, a divisão das causas, que são múltiplas e atuam em conjunto para produzir mais deficiência e mais doença, a multimorbidade é provavelmente mais, e não menos, frequente nos países pobres. Considerar a comorbidade – incluindo problemas de saúde mental, vícios e violência – reforça a importância de abordar a pessoa como um todo. E isso é tão importante em países em desenvolvimento como no mundo industrializado⁵⁸.

Insuficientemente considerado o fato de que esta transição para uma agenda de doenças crônicas ou de problemas de saúde dos adultos tem de conviver com uma agenda, ainda inacabada, relacionada com doenças transmissíveis e com a saúde materna, do recém-nascido e da criança. Os esforços dirigidos a esta última agenda, especialmente nos países mais pobres, onde a cobertura é ainda insuficiente, terão de ser reforçados¹². Mas todos os sistemas de saúde, incluindo os dos países pobres, também terão de dar resposta às necessidades e procura crescentes de atenção para as doenças crônicas e não transmissíveis: isto não é possível sem, comparativamente ao que acontece

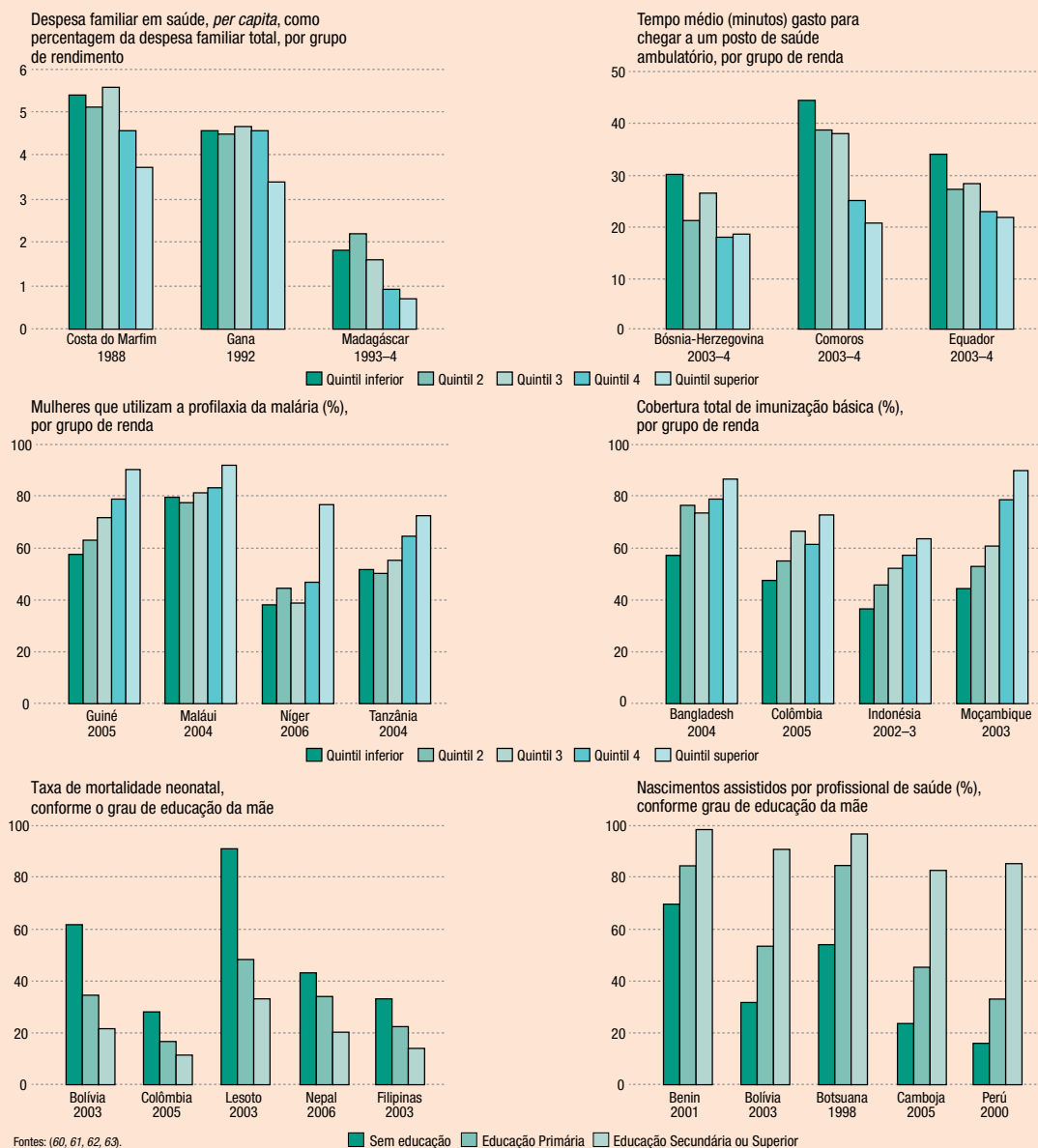
Figura 1.8 Aumento das doenças não transmissíveis e dos acidentes como causas de morte *



Caixa 1.3 medida que a informação melhora, as múltiplas dimensões da crescente iniquidade em saúde vão se tornando mais óbvias

Nos anos mais recentes, a dimensão das disparidades internas, em vulnerabilidade, no acesso a cuidados e nos resultados em saúde têm sido descrita cada vez com mais detalhes (Figura 1.9)⁵⁸. Informação melhorada mostra que as iniquidades em saúde têm tendência para aumentar, acentuando a forma inadequada e desigual como os sistemas de saúde têm respondido às necessidades de saúde das pessoas. Apesar da recente ênfase na redução da pobreza, os sistemas de saúde continuam a ter dificuldade em chegar aos pobres tanto urbanos como rurais e ainda mais em abordar as múltiplas causas e consequências da iniquidade em saúde.

Figura 1.9 Iniquidades, nos países, em saúde e em atenção à saúde





hoje, se prestar muito mais atenção ao estabelecimento um continuum de cuidados abrangentes. É igualmente impossível caso não se preste muito mais atenção à forma como se tratam as grandes desigualdades em saúde em cada país (Caixa 1.3).

Pouca previsão e reações lentas

Ao longo das últimas décadas, as autoridades de saúde têm demonstrado pouca capacidade em prever as referidas mudanças, prepararem-se, ou mesmo de se adaptarem a elas, uma vez estabelecidas. Isto é preocupante uma vez que o ritmo da mudança está se acelerando. A globalização, a urbanização e o envelhecimento serão acompanhados pelos efeitos na saúde de outros fenômenos globais, tais como alterações climáticas, cujo impacto se prevê ser maior junto às comunidades mais vulneráveis, que vivem nos países mais pobres. É mais difícil prever, de uma forma precisa, como isso irá afetar a saúde nos próximos anos, mas são esperadas mudanças rápidas no peso da doença, desigualdades crescentes em saúde, ruptura da coesão social e no poder de recuperação do setor da saúde. A atual crise alimentar tem revelado que as autoridades de saúde estão, muitas vezes, mal preparadas para lidar com a mudança no ambiente mais global, mesmo depois de outros setores virem a soar o alarme já há algum tempo. Na maior parte das vezes, o ritmo acelerado e a escala global das mudanças nos desafios para a saúde contrastam com a lentidão das respostas dos sistemas nacionais de saúde.

Mesmo para tendências bem conhecidas e documentadas, tais como as que resultam de transições epidemiológicas e demográficas, o nível de resposta mantém-se muitas vezes inadequado⁶⁴. Dados da Pesquisa sobre a Saúde Mundial da OMS, abrangendo 18 países de baixa renda, revelam baixos níveis de cobertura no tratamento da asma, artrite, angina, diabetes e depressão, e do rastreamento dos cânceres da mama e do colo do útero: menos de 15% no quintil de renda mais baixa e menos de 25% no de mais elevada⁶⁵. As intervenções de saúde pública para remover os mais importantes fatores de risco de doença são frequentemente negligenciadas, mesmo quando são particularmente eficazes em termos de custos: têm o potencial de reduzir

as mortes prematuras em 47% e de aumentar a esperança de vida saudável global em 9,3 anos^{64,66}. Por exemplo, espera-se que as mortes prematuras, atribuíveis ao tabaco, por doença coronária, doença cérebro-vascular, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças, venham a aumentar de 5,4 milhões em 2004 para 8,3 milhões em 2030, quase 10% de todas as mortes em todo o mundo⁶⁷, com mais de 80% em países em desenvolvimento¹². No entanto, dois em cada três países ainda se encontram sem políticas, ou têm apenas um mínimo de políticas de controle do tabaco¹².

Com algumas exceções – a epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave, por exemplo – o setor da saúde tem sido muitas vezes lento na resposta aos desafios de saúde quer sejam novos ou anteriormente subestimados. Por exemplo, a percepção das ameaças emergentes para a saúde, associadas às alterações climáticas e aos desastres ambientais, já vem desde, pelo menos, a Cúpula Mundial em 1990⁶⁸, mas só em anos recentes é que se viu traduzida em planos e estratégias^{69,70}.

As autoridades de saúde também falharam na avaliação tempestiva do significado das mudanças, no seu contexto político, que afetam a capacidade de resposta do setor. Os contextos de política nacional e global consideraram inúmeras vezes as questões da saúde, dando início a intervenções precipitadas e desconexas, tais como o ajustamento estrutural, descentralização, estratégias de redução da pobreza, políticas de mercado insensíveis, novos regimes de impostos, políticas fiscais e o abandono do setor pelo Estado. As autoridades de saúde têm um fraco histórico em termos da capacidade de influenciar os desenvolvimentos observados e têm sido ineficazes em realçar a importância econômica do setor da saúde. Muitas das questões sistêmicas, críticas, que afetam a saúde, requerem capacidades e competências que não se encontram na área médica ou da saúde pública. A incapacidade em reconhecer a necessidade de competências além das associadas às disciplinas tradicionais da saúde, tem condenado o setor a níveis invulgarmente elevados de incompetência e ineficácia dos sistemas, que a sociedade mal pode suportar.

Tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde

Sem políticas ou lideranças fortes, os sistemas de saúde não evoluem espontaneamente para os valores que orientam a APS, nem respondem eficazmente aos crescentes desafios de saúde. Como é do conhecimento da maioria dos líderes na área da saúde, os sistemas de saúde estão sujeitos a poderosas forças e influências que, muitas vezes, se sobrepõem ao estabelecimento racional de prioridades nacionais ou à formação de políticas, desviando os sistemas de saúde das finalidades previamente estabelecidas⁷¹. As tendências que, tipicamente, formatam os sistemas de saúde atuais incluem (Figura 1.10):

- um enfoque desproporcionado em atenção terciária especializada, frequentemente denominado “Hospitalocentrismo”;
- fragmentação, como resultado da multiplicação de programas e projetos;
- comercialização generalizada dos cuidados de saúde, em sistemas de saúde não regulamentados.

Com o objetivo centrado na contenção de despesas e na desregulamentação, muitas das reformas do setor da saúde dos anos 80 e 90 reforçaram estas tendências. Os países de renda elevada em geral têm sido capazes de regulamentar no sentido de conter algumas das consequências adversas destas tendências. No entanto, em países onde o subfinanciamento se combina com uma capacidade reguladora limitada, estas tendências têm tido enormes efeitos prejudiciais.

Hospitalocentrismo: sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialistas.

Durante grande parte do século XX, os hospitais, com a sua tecnologia e subespecialidades, ganharam um papel central na maioria dos sistemas de saúde em todo o mundo^{72,73}. Hoje em dia, o enfoque desproporcional nos hospitais e na subespecialização tornou-se a maior fonte de ineficácia e desigualdade, que já provou ser extraordinariamente resistente à mudança. As autoridades de saúde podem dar voz à sua preocupação de forma mais insistente do que costumavam fazer, mas a subespecialização continua

Figura 1.10 Como os sistemas de saúde são desviados dos valores essenciais à APS



a prevalecer⁷⁴. Por exemplo, em Países Membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o crescimento de 35% no número de médicos nos últimos 15 anos, foi impulsionado pelo número crescente de especialistas (com um aumento de 50% entre 1990 e 2005 – comparado com um aumento de apenas 20% para os médicos de clínica geral)⁷⁵. Na Tailândia, há 30 anos, menos de 20% dos médicos eram especialistas; em 2003, os especialistas representavam 70% do total de médicos⁷⁶.

As forças que impulsionam este crescimento incluem tradições e interesses profissionais bem como o considerável peso econômico da indústria da saúde – tecnologia e empresas farmacêuticas (Caixa 1.4). Obviamente, a atenção terciária especializada e que funciona bem, dá resposta a uma procura real (ainda que, pelo menos em parte, induzida): é necessária, no mínimo, para a credibilidade política do sistema de saúde. No entanto, a experiência dos países industrializados mostra que uma concentração desproporcional em atenção terciária especializada valoriza pouco o dinheiro gasto⁷². A centralização hospitalar implica custos consideráveis em termos de medicação e iatrogênese desnecessárias⁷⁷, e compromete as dimensões humana e social da saúde^{73,78}. Também implica um custo de oportunidade: o Líbano, por exemplo, tem mais unidades de cirurgia cardíaca por habitante do que a Alemanha, mas não tem programas direcionados à redução de fatores de risco da doença



cardiovascular⁷⁰. As maneiras mais ineficientes de abordar os problemas da saúde estão, desta forma, substituindo formas mais efetivas, eficientes - e equitativas⁸⁰ - de organizar os cuidados de saúde e de melhorar a saúde⁸¹.

Desde os anos 80, a maioria dos países da OCDE tem tentado diminuir a sua dependência dos especialistas e tecnologias hospitalares e manter os custos sob controle. Fizeram-no intervindo na oferta disponível, incluindo a diminuição de leitos hospitalares, substituindo a hospitalização por cuidados domiciliares, racionalização de equipamentos médicos e uma multidão de incentivos e desincentivos financeiros para promover a eficiência ao nível micro. Os resultados destes esforços têm sido dos mais diversos, mas a constante evolução da tecnologia está acelerando a mudança dos cuidados prestados no hospital especializado para a atenção primária. Em muitos países de renda elevada (mas não em todos), a aposta na APS nos anos 80 e 90 conseguiu um melhor equilíbrio entre atenção curativa especializada, cuidados de primeiro contato e promoção da saúde⁸¹. Nos últimos 30 anos, isto contribuiu para melhorias significativas nos resultados em saúde^{81,82}. Mais recentemente, países de renda média, tais como o Chile com a sua *Atención Primaria de Salud* (Atenção primária em saúde)⁸³, o Brasil com a sua Estratégia de Saúde da Família e a Tailândia com o seu esquema de cobertura universal⁸⁴ alteraram, de forma muito semelhante, o equilíbrio entre a atenção hospitalar especializada e a atenção primária⁸⁵. Os resultados iniciais são encorajadores: melhoria dos indicadores de resultados⁸⁶ combinada com um progresso significativo na satisfação por parte dos doentes⁸⁷. Em cada um destes casos, a mudança ocorreu como parte de um movimento em direção à cobertura universal, com mais direitos dos cidadãos ao acesso e à proteção social. Estes processos são muito semelhantes ao que ocorreu na Malásia e em Portugal: direito ao acesso, proteção social, e melhor equilíbrio entre a dependência dos hospitais e a atenção primária generalista, incluindo a prevenção e a promoção da saúde⁶.

Os países industrializados estão, 50 anos mais tarde, tentando reduzir a sua dependência dos hospitais, tendo compreendido o custo de oportunidade do hospitalocentrismo em termos de

Caixa 1.4 As indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos constituem importantes forças econômicas.

A despesa global em equipamento médico e aparelhos cresceu de 145 bilhões de dólares americanos em 1998 para 220 bilhões em 2006: Os Estados Unidos da América são responsáveis por 39% do total, a União Europeia por 27% e o Japão por 16%⁸⁸. A indústria emprega mais de 411.400 trabalhadores só nos Estados Unidos, ocupando quase um terço de todos os empregos do país na área da biociência⁸⁷. Em 2006, os Estados Unidos, a União Europeia e o Japão gastaram, respectivamente, \$287, \$250 e \$273 per capita em equipamento médico. No resto do mundo, a média dessa despesa é da ordem dos \$6 per capita e na África Subsaariana um mercado com bastante potencial para expansão, é de \$2,5 per capita. A taxa de crescimento anual do mercado de equipamento é de mais de 10% ao ano⁸².

A indústria farmacêutica pesa ainda mais na economia global, com as vendas farmacêuticas globais tendo uma expansão prevista de 735 a 745 bilhões de dólares americanos e com uma taxa de crescimento na ordem dos 6% a 7%⁸³. Aqui, também, os Estados Unidos são o maior mercado mundial, sendo responsáveis por cerca de 48% do total do mundo: a despesa per capita em medicamentos foi de \$1.141 em 2005, duas vezes maior do que o nível do Canadá, Alemanha ou do Reino Unido, e 10 vezes mais do que o México⁸⁴.

Os cuidados hospitalares e especializados são vitais para estas indústrias, que dependem do pré-pagamento e da assunção de riscos para o financiamento sustentado da sua expansão. Enquanto este mercado cresce por todo o lado, existem grandes diferenças de país para país. Por exemplo, o Japão e os EUA têm 5 a 8 vezes mais unidades de ressonância magnética por milhão de habitantes do que o Canadá ou os Países Baixos. Para os scanners de tomografia computadorizada, as diferenças ainda são mais pronunciadas: o Japão tinha 92,6 por milhão em 2002, os Países Baixos 5,8 em 2005⁸⁵. Estas diferenças mostram que o mercado pode ser influenciado, principalmente, através da utilização de incentivos de pagamento e reembolso adequados e através da consideração cuidadosa da organização da função reguladora⁸⁶.

eficácia e equidade. No entanto, muitos países de baixa e média renda estão criando as mesmas distorções. A pressão de demanda por parte do consumidor, as profissões médicas e o complexo médico-industrial⁸⁸ é tal que os recursos de saúde, públicos e privados fluem desproporcionalmente para a atenção hospitalar especializada à custa do investimento na atenção primária. Os autoridades nacionais de saúde faltaram muitas vezes os apoios financeiro e político para contrariar

esta tendência e alcançar um melhor equilíbrio. Os doadores usaram também a sua influência mais em apoio a protocolos de controle de doenças do que em direção às reformas que fariam com que a atenção primária se tornasse a integradora do sistema de saúde⁸⁶.

Fragmentação: sistemas de saúde centrados em programas prioritários

Enquanto que a saúde urbana concentra-se, fortemente, nos hospitais, os pobres de áreas rurais são cada vez mais confrontados com a fragmentação progressiva dos seus serviços de saúde, uma vez que as abordagens “seletiva” ou “vertical” se centram em programas e projetos de controle da doença individual. Originalmente considerados como estratégias interinas para atingir resultados equitativos em saúde, eles emergiram da preocupação com a expansão lenta do acesso à atenção primária em saúde, num contexto de mortalidade e morbidade, persistentes e excessivas, para as quais existem intervenções com uma taxa elevada de custo-efetividade⁸⁷. A concentração especial em programas e projetos é particularmente atrativa para uma comunidade internacional preocupada em obter um retorno visível do seu investimento. Os programas e projetos adaptam-se bem a uma gestão tipo comando-e-controle: uma forma de trabalhar que também agrada aos Ministérios da Saúde mais tradicionais. Com pouca tradição em termos de colaboração com outros líderes de opinião ou com a opinião pública, e com uma fraca capacidade de regulamentação, as abordagens programáticas têm sido o veículo natural de desenvolvimento da ação governamental em países dependentes de donativos e com sérias limitações de recursos. Tiveram o mérito de se centrar na atenção primária em saúde em circunstâncias de grave escassez de recursos, com a preocupação de chegar aos mais pobres e aos que estão mais privados dos serviços. Muitos tiveram a esperança de que as iniciativas de controle de doenças específicas iriam maximizar o retorno do investimento e, de alguma forma, fortalecer os sistemas de saúde, à medida que as intervenções cobrissem um número cada vez maior de pessoas, ou que seriam o ponto de partida para começar a construir sistemas de saúde onde estes não existissem. Muitas vezes, o

que se observou foi o oposto do esperado. A sustentabilidade limitada de uma abordagem limitada ao controle de um número limitado de doenças, bem como as distorções causadas nos sistemas de saúde mais fracos e subfinanciados, têm sido bastante criticadas nos últimos anos⁸⁸. Ganhos imediatistas têm tido vida curta e fragmentado os serviços de saúde a tal ponto que esta fragmentação é, agora, a principal preocupação das autoridades de saúde. Com cadeias de comando e mecanismos de financiamento paralelos, esquemas de supervisão e de formação duplicados, e custos de transação avultados, levaram a situações em que os programas competem entre si por recursos e pessoal e pela atenção dos doadores, enquanto os problemas estruturais dos sistemas de saúde – financiamento, pagamento e recursos humanos – continuam a receber pouca atenção. A discrepância salarial entre os empregos normais no setor público e os programas e projetos com melhor financiamento, exacerbou a crise de recursos humanos nos sistemas de saúde mais frágeis. Na Etiópia, o pessoal contratado admitido para ajudar a implementar programas recebia três vezes mais do que os funcionários públicos⁸⁹, enquanto que no Malawi, um hospital assistiu à saída de ⁸⁸ enfermeiras que foram trabalhar para uma organização não governamental (ONG), por um período de 18 meses⁹⁰.

Em última análise, a prestação de serviços acabará por abordar apenas as doenças para as quais exista um programa (financiado), ignorando as pessoas que tiverem a infelicidade de não se enquadrarem nas prioridades dos atuais programas. É difícil manter a confiança das pessoas se elas forem consideradas meros alvos de programas: assim sendo, os serviços revelam falta de sustentabilidade social. E isto não é apenas um problema para a população. Coloca os trabalhadores de saúde na posição, nada invejável, de ter de recusar pessoas com “o tipo errado de problema” – o que cai mal na auto-imagem de profissionalismo e cuidado que muitos fomentam. As autoridades de saúde podem, inicialmente, ser seduzidas pela aparente simplicidade da gestão e financiamento dos programas; contudo, assim que os programas se multiplicam e a fragmentação se torna ingovernável e insustentável, os méritos de abordagens mais integradas tornam-se muito mais evidentes.



A reintegração de programas já estabelecidos não é, no entanto, tarefa fácil.

Sistemas de saúde ☒ deriva em direção ☒ comercialização desregulamentada

Em muitos países, senão na maioria dos países de baixa e média renda, a falta de recursos e a fragmentação dos sistemas de saúde aceleraram o desenvolvimento de cuidados de saúde comercializados, aqui definidos como a venda desregulamentada de cuidados de saúde, a troco de um pagamento pelo serviço prestado, independentemente de ser ou não do Estado, privado ou não governamental.

A comercialização da atenção primária em saúde atingiu proporções nunca antes vistas em países que, por escolha ou por falta de capacidade, falharam em regulamentar o setor. Originalmente limitados ao fenômeno urbano, os cuidados de saúde tipo cobrança-por-serviço, desregulamentados e em pequena escala, oferecidos por uma multitude de diferentes fornecedores, dominam agora a paisagem de atenção primária em saúde desde a África Subsaariana até as economias em mudança da Ásia ou da Europa.

A comercialização atravessa muitas vezes a divisão público-privado¹⁸¹. A prestação de cuidados médicos em muitas instalações governamentais e mesmo em ONG sem fins lucrativos, tem sido efetivamente comercializada através de sistemas informais de pagamento, e os sistemas de recuperação de custos colocam o peso do financiamento dos serviços nos usuários, numa tentativa de se compensar o subfinanciamento crônico do setor público da saúde e a rigidez fiscal resultante da imposição do ajustamento estrutural^{182, 183}. Nesses mesmos países, funcionários públicos com múltiplos empregos, constituem uma grande parte do setor comercial desregulamentado¹⁸⁴, enquanto que outros recorrem a pagamentos ilícitos^{185, 186, 187}. Assim, o debate público-privado das últimas décadas tem passado muito ao largo da verdadeira questão: para as pessoas, esta questão não é se o seu prestador de serviços é um funcionário público ou um empresário privado, nem mesmo se as instalações de saúde são públicas ou privadas. A verdadeira questão é se os serviços de saúde estão ou não reduzidos a uma mercadoria que pode ser comprada ou vendida com base numa

“cobrança-por-serviço”, sem regulamentação ou proteção do consumidor¹⁸⁸.

A comercialização tem consequências tanto ao nível da qualidade como do acesso aos cuidados. As razões são claras: o prestador tem o conhecimento; o doente tem pouco ou nenhum. O prestador tem interesse em vender o que é mais lucrativo, mas não necessariamente o que é melhor para o doente. Sem sistemas eficazes de controle, os resultados podem ser lidos nos relatórios das organizações de proteção aos consumidores ou em artigos de jornais que expressam a afronta sentida perante a quebra do contrato implícito entre o prestador de cuidados e o seu cliente¹⁸⁹. Aqueles que não podem pagar pelos cuidados de que precisam, são excluídos; os que podem, poderão não receber os cuidados de que necessitam e muitas vezes receber cuidados de que não precisam e, invariavelmente, pagar demais. Os sistemas de saúde comercializados e não regulamentados são altamente ineficazes e dispendiosos¹⁹⁰: agravam a iniquidade¹⁹¹, e prestam cuidados de baixa qualidade e, por vezes, perigosos, o que é mau para a saúde (na República Democrática do Congo, por exemplo, “la chirurgie safari” (cirurgia de safari) refere-se a uma prática comum entre os trabalhadores de saúde, a de realizarem apendicectomias, ou outras intervenções cirúrgicas, na casa dos doentes, muitas vezes a troco de pagamentos exorbitantes.

Assim, a comercialização dos cuidados de saúde é uma importante contribuição para a erosão da confiança nos serviços de saúde e na capacidade das autoridades de saúde em proteger o público¹¹¹. ☒ este fato que torna o assunto uma questão de preocupação para os políticos e, muito mais do que acontecia há 30 anos, numa das principais razões para aumentar o apoio a reformas para alinhar mais os sistemas de saúde, não só com os desafios de saúde de hoje mas também com as expectativas das pessoas.

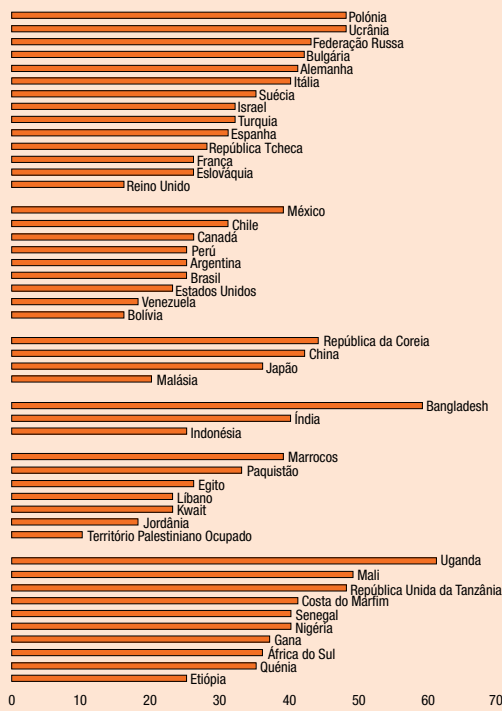
Valores em mudança e expectativas crescentes

A razão para os sistemas de saúde se organizarem em torno dos hospitais ou serem comercializados é, em grande parte, porque são guiados pela oferta e também porque correspondem à

Caixa 1.5 A saúde está entre as principais preocupações pessoais

Quando as pessoas são questionadas sobre quais são os problemas mais importantes que elas ou suas famílias têm de enfrentar na atualidade, as questões financeiras são geralmente as que se encontram no topo da lista, seguidas de muito perto pelas preocupações com a saúde¹¹⁸. Em um de cada dois países, a doença pessoal, os custos associados a cuidados médicos, a baixa qualidade dos cuidados ou outras questões associadas à saúde encontram-se nos primeiros lugares das principais preocupações de um terço da população pesquisada (Figura 1.11). Assim, não é surpreendente que o colapso do sistema de cuidados de saúde ou mesmo a ameaça de colapso possa levar a um nível de descontentamento popular que ameace as ambições de qualquer político considerado responsável¹¹⁹.

Figura 1.11 Percentagem da população que cita a saúde como a sua maior preocupação, mais que outros temas, como problemas financeiros, habitação ou criminalidade¹¹⁸.



procura genuína, ou induzida pela oferta. Os sistemas de saúde são muitas vezes um reflexo de uma cultura de consumo globalizada. Contudo, ao mesmo tempo, há indicações de que as pessoas têm a noção de que esses sistemas de saúde não lhes dão uma resposta adequada à necessidade

e procura, e que são guiados por interesses e objetivos que estão desligados das expectativas das pessoas. À medida que as sociedades se modernizam e se tornam mais afluentes e conhecedoras, observam-se mudanças no que as pessoas consideram ser formas desejáveis de viver como indivíduos e membros de sociedades, isto é, no que as pessoas valorizam¹¹². Hoje em dia, as pessoas tendem a considerar os serviços de saúde uma mercadoria, mas também têm outras expectativas crescentes em relação à saúde e aos cuidados de saúde. Ao contrário do que vulgarmente se pensa, as pessoas preocupam-se cada vez mais com a saúde como parte integral da forma como elas e as suas famílias vivem o seu dia a dia (Caixa 1.5)¹¹³. Esperam que suas famílias e comunidades sejam protegidas dos riscos e perigos para a saúde. Querem cuidados de saúde que tratem as pessoas como indivíduos com direitos e não como simples objetivos de programas ou beneficiários de caridade. Têm todas as intenções de respeitar os profissionais de saúde mas também querem ser respeitadas, num clima de confiança mútua¹¹⁴.

As pessoas também têm expectativas sobre a forma como a sua sociedade aborda a saúde e a atenção à saúde. Aspiram a mais solidariedade e equidade em saúde e são cada vez mais intolerantes para com a exclusão social – mesmo se, individualmente, mostrarem relutância em assumir estes valores¹¹⁵. Esperam que as autoridades de saúde – quer sejam públicas ou de outros organismos – façam mais para proteger o seu direito à saúde. As pesquisas sobre valores sociais, que têm sido conduzidas desde os anos 80, revelam uma convergência crescente sobre os valores mais apreciados nos países em desenvolvimento e nas sociedades mais afluentes, onde a proteção social e o acesso aos cuidados são muitas vezes tidos como certos^{112,115,116}. A prosperidade crescente, o acesso ao conhecimento e à conectividade social estão associados a expectativas crescentes. As pessoas querem ter o direito a decidir mais sobre o que acontece nos seus locais de trabalho, nas comunidades em que vivem, e também de se pronunciarem sobre as importantes decisões governamentais que afetam as suas vidas¹¹⁷. O desejo de melhores cuidados e de mais proteção da saúde, de menos iniquidades em saúde e de



participação em decisões que afetam a saúde, está mais disseminado e intenso agora do que há 30 anos. Por isso, espera-se, no momento atual, muito mais das autoridades sanitárias.

Equidade em saúde

A equidade, tanto em saúde, riqueza ou poder, é raramente, se alguma vez, totalmente alcançada. Algumas sociedades são mais igualitárias do que outras, mas no geral, o mundo é “desigual”. As pesquisas sobre valores, no entanto, demonstram claramente que as pessoas se preocupam com estas iniquidades – considerando, uma proporção substancial, que as “desigualdades” são injustas e que podem e devem ser evitadas. Dados que remontam aos inícios dos anos 80, mostram que as pessoas discordam cada vez mais da forma como a renda é distribuída, e acreditam que uma “sociedade justa” deveria tentar corrigir estes desequilíbrios^{120,121,122,123}. Isto dá, agora, aos legisladores, uma menor margem para ignorar as dimensões sociais das suas políticas, do que alguma vez tiveram anteriormente^{120,124}. As pessoas estão, com frequência, pouco cientes da amplitude das iniquidades em saúde. A maioria dos cidadãos suecos, por exemplo, não tinha provavelmente a noção de que a diferença, em termos de esperança de vida, entre homens de 20 anos dos grupos socioeconômicos mais elevados e mais baixos era de 3,97 anos em 1997: uma diferença que tinha aumentado em 88% quando comparada com 1980¹²⁵. Porém, enquanto o conhecimento sobre estes temas pode ser parcial, a investigação mostra que as pessoas encaram os gradientes sociais na saúde como sendo profundamente injustos¹²⁶. A intolerância em relação à iniquidade em saúde e à exclusão de grupos populacionais dos benefícios de saúde e proteção social, espelha ou excede a intolerância à iniquidade de renda. Na maioria das sociedades, existe um amplo consenso de que toda a gente deveria ser capaz de tomar conta da sua saúde e de receber tratamento quando está doente ou traumatizado – sem ter de ir à falência ou de cair na pobreza¹²⁷.

Uma medida que as sociedades se tornam mais ricas, o apoio popular para o acesso equitativo aos cuidados de saúde e à proteção social, para ir ao encontro das necessidades básicas de saúde e de apoio social, ganha um terreno cada vez mais

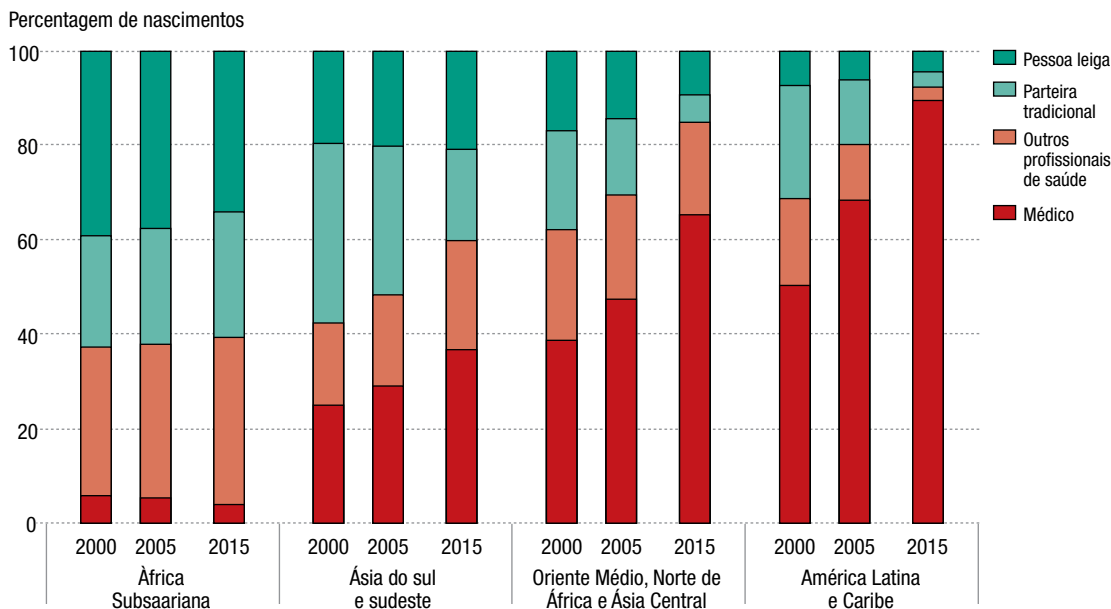
sólido. Pesquisas sociais revelam que, na região da Europa, 93% das populações apoia uma cobertura de saúde abrangente¹¹⁷. Nos Estados Unidos, há muito reputado pela sua relutância em adotar um sistema de seguro de saúde nacional, mais de 80% da população é a favor dele¹¹⁵, enquanto que o acesso à atenção primária para todos continua a ser um objetivo social amplamente partilhado e intensamente esperado¹²⁸. As atitudes em países de baixa renda não são tão bem conhecidas, mas extrapolando das opiniões conhecidas sobre a iniquidade de renda, é razoável depreender que uma prosperidade crescente está associada a uma preocupação cada vez maior para com a equidade em saúde – mesmo que o consenso sobre a forma como deveria ser alcançada seja tão controverso como nos países mais ricos.

Cuidados que colocam as pessoas em primeiro lugar

Como é óbvio, as pessoas querem cuidados de saúde eficazes quando estão doentes ou traumatizadas. Querem que eles venham de prestadores com integridade para agir segundo seus melhores interesses, equitativa e honestamente, com conhecimento e competência. A procura da competência não é trivial: alimenta a economia da saúde com a procura constante e cada vez maior de cuidados profissionais (médicos, enfermeiros e outros clínicos não médicos que desempenham um papel cada vez maior, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento)¹²⁹. Por exemplo, em todo o mundo, as mulheres estão alterando a sua escolha de pessoas que as ajudam a dar à luz, das parteiras tradicionais para parteiras profissionais, médicos e obstetras (Figura 1.12)¹³⁰.

O movimento da APS subestimou a velocidade com que a transição da procura de prestadores tradicionais para cuidados profissionais iria ultrapassar as tentativas iniciais de expandir rapidamente o acesso aos cuidados de saúde com base em “trabalhadores de saúde comunitária”, não profissionais, mas com um valor acrescentado associado à sua “competência cultural”. Onde as estratégias de aumentar a cobertura de APS se basearam em trabalhadores leigos como uma alternativa, e não como um complemento aos profissionais, os cuidados prestados foram, frequentemente, vistos como de baixa qualidade¹³¹.

Figura 1.12 : A profissionalização dos cuidados ao nascer: percentagem de partos assistidos por profissionais e outros prestadores de cuidados em áreas seleccionadas, 2000 e 2005, com projecções para 2015^a



^a Fonte: dados retirados de 88 pesquisas demográficas e de saúde 1995-2006, projecção linear para 2015

Isto direcionou as pessoas para os cuidados comerciais que, de forma errada ou acertada, eram vistos como sendo mais competentes, desviando a atenção do desafio de incorporar mais eficazmente os profissionais sob a alçada da APS.

Os proponentes da APS tinham razão sobre a importância da competência cultural e relacional, que se transformou na principal vantagem comparativa dos trabalhadores de saúde comunitária. Os cidadãos do mundo em desenvolvimento, como os dos países ricos, não estão apenas à procura de competência técnica: também querem prestadores de cuidados de saúde que sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança¹³². Querem cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e que sejam sensíveis à situação particular da sua vida. Não querem ser levados por prestadores pouco escrupulosos, nem ser considerados como meros alvos de programas de controle de doenças (provavelmente, nunca gostaram muito desta situação, mas agora

estão certamente se manifestando mais assertivamente sobre o tema). Em países ricos e pobres, as pessoas querem mais dos cuidados de saúde do que intervenções. Cada vez mais, há um reconhecimento de que a resolução dos problemas de saúde deveria levar em consideração o contexto sociocultural das famílias e das comunidades em que eles ocorrem¹³³.

Hoje em dia, muitos dos cuidados de saúde, quer públicos quer privados, são organizados em torno daquilo que os prestadores consideram ser eficaz e conveniente, frequentemente com pouca atenção ou compreensão sobre o que é importante para os seus clientes¹³⁴. As coisas não têm de ser assim. Como a experiência tem demonstrado – particularmente a dos países industrializados – os serviços de saúde podem ser mais centrados nas pessoas. Isto torna-os mais eficazes e também cria um ambiente de trabalho mais recompensador¹³⁵. Lamentavelmente, os países em desenvolvimento têm, muitas vezes colocado menos ênfase em tornar os



serviços mais centrados nas pessoas, como se isso fosse menos relevante em circunstâncias de recursos limitados. No entanto, negligenciar as necessidades e expectativas das pessoas é uma receita certa para separar os serviços de saúde das comunidades a que eles servem. Centrar-se nas pessoas não é um luxo, é uma necessidade também para os serviços que cuidam dos mais pobres. Só os serviços centrados nas pessoas é que irão minimizar a exclusão social e evitar deixar as pessoas à mercê de cuidados de saúde comercializados de forma desregulamentada, onde a ilusão de um ambiente mais acolhedor acarreta um preço alto em termos de despesa financeira e iatrogenia.

Garantir a saúde das comunidades

As pessoas não pensam na saúde apenas em termos de doenças ou traumatismos, mas também em termos daquilo que percebem como sendo perigoso para a sua saúde ou para a saúde da sua comunidade¹³⁸. Enquanto as explicações políticas e culturais sobre riscos em saúde são muito variáveis, existe uma tendência geral e cada vez maior para responsabilizar as autoridades pela proteção contra esses perigos ou por uma resposta rápida a eles¹³⁶. Esta é uma parte essencial do contrato social que legitima o Estado. Os políticos dos países ricos, tal como os dos pobres, correm riscos cada vez maiores se ignorarem o seu dever de proteção das populações perante os perigos que se lhes apresentam: testemunhem as repercussões negativas, em termos políticos, da má gestão do desastre associado ao furacão Katrina, nos Estados Unidos, em 2005, ou da crise de coleta de lixo, em Nápoles, Itália, em 2008.

O acesso à informação sobre riscos para a saúde no nosso mundo globalizador, é cada vez maior. O conhecimento está se expandindo para além da comunidade dos profissionais de saúde e especialistas científicos. As preocupações sobre os riscos para a saúde já não estão limitadas à agenda tradicional da saúde pública em melhorar a qualidade da água que se bebe e o saneamento para prevenir e controlar doenças infecciosas. No despertar da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, em 1986¹³⁷, existe um leque muito mais amplo de temas que constituem a agenda

da promoção para a saúde, incluindo a segurança alimentar e os riscos ambientais bem como os estilos de vida coletivos e o ambiente social que afetam a saúde e a qualidade de vida¹³⁸. Recentemente, esta agenda foi complementada com preocupações crescentes sobre os riscos para a segurança dos doentes¹³⁸.

Autoridades de saúde empáticas e confiáveis

Durante o século 20, a saúde foi sendo progressivamente incorporada como um bem público garantido por direito governamental. Pode haver desacordo sobre os limites da segurança social estatal e dos respectivos bens que a acompanham^{140,141}, mas, em estados modernizados, a responsabilidade política e social confiada às autoridades de saúde – não apenas aos ministros da saúde, mas também às estruturas governamentais locais, organizações profissionais e organizações da sociedade civil com um papel quase-governamental – está em franca expansão.

As circunstâncias ou a conveniência política poderão, por vezes, tentar os governos no sentido de fugirem às suas responsabilidades sociais de financiamento e regulamentação do setor da saúde, ou da prestação de serviços e das funções essenciais de saúde pública. Como seria previsível, isso cria mais problemas do que soluções. Quer tenha sido por escolha ou devido a pressões externas, a retirada do Estado que ocorreu nos anos 80 e 90 na China e na antiga União Soviética, bem como em um considerável número de países de baixa renda, teve consequências preocupantes e visíveis para a saúde e para o funcionamento dos serviços de saúde. Ela criou tensões sociais que afetaram significativamente a legitimidade da liderança política¹¹⁸.

Em muitas partes do mundo, existe um ceticismo considerável sobre a forma e os limites com que as autoridades de saúde definem as suas responsabilidades. Pesquisas demonstram uma tendência para uma confiança cada vez menor nas instituições públicas como garantidoras da equidade, honestidade e integridade do setor da saúde^{123,142,143}. Contudo, em geral, as pessoas esperam que as autoridades de saúde trabalhem para o bem comum, que o façam bem

e com prudência¹⁴⁴. Existe uma multiplicação de scores, rankings e outras tabelas de resultados da ação pública utilizadas tanto a nível nacional como a nível global¹⁴¹, por organizações de consumidores¹⁴¹, e outras da sociedade civil, nacional e global, que estão emergindo^{146,147,148,149}. Estas tendências recentes testemunham as dúvidas que persistem sobre a capacidade das autoridades de saúde em dirigir o sistema de saúde de forma responsável, bem como de dar resposta às expectativas de virem a fazê-lo ainda melhor.

Participação

Porém, ao mesmo tempo, as pesquisas revelam que, à medida que as sociedades se modernizam, as pessoas querem cada vez mais “ter uma palavra a dizer” sobre as “decisões importantes que afetam as suas vidas”^{123,112}, o que incluiria temas como distribuição de recursos e organização e regulamentação dos cuidados. A experiência de países tão diversos como Chile, Suécia e Tailândia revela, no entanto, que as pessoas estão mais preocupadas com a garantia de processos justos e transparentes do que com as tecnicidades da definição de prioridades^{150,151}. Em outras palavras, uma resposta ótima às aspirações de uma maior participação em matérias de política de saúde, constituiria evidência de um sistema estruturado e funcional de controle. Isto incluiria líderes de opinião relevantes e garantiria que a agenda legislativa não poderia ser desviada por alguns grupos de interesses¹⁵².

Reformas da APS: impulsionadas pela demanda

Os valores articuladores do movimento da APS de três décadas atrás continuam, portanto, presentes em muitos contextos de uma forma mais poderosa do que no tempo de Alma-Ata. Não estão lá apenas na forma de convicções morais associadas a uma vanguarda intelectual. Eles existem, cada vez mais, como expectativas sociais concretas, sentidas e combatidas por grupos de cidadãos em sociedades em

modernização. Há trinta anos, os valores da equidade, orientação para as pessoas, participação da comunidade e auto-determinação, abraçados pelo movimento da APS eram considerados radicais por muitos. Hoje em dia, estes valores tornaram-se expectativas sociais para a saúde, amplamente compartilhadas que, cada vez mais, impregnam muitas das sociedades do mundo – apesar de a linguagem que as pessoas utilizam para expressar estas expectativas diferir da utilizada em Alma-Ata.

Esta evolução de princípios éticos formais para expectativas sociais generalizadas, altera fundamentalmente as dinâmicas políticas em torno da mudança dos sistemas de saúde. Abre oportunidades frescas para gerar um movimento social e político para orientar os sistemas de saúde em direções desejadas pelas pessoas, e que estão resumidas na Figura 1.13. Altera o debate de uma discussão meramente a respeito de técnica sobre a eficiência relativa das várias formas de “tratar” problemas de saúde, para a inclusão de considerações políticas nos objetivos sociais que definem a direção a dar aos sistemas de saúde. Os capítulos que se seguem apresentam um conjunto de reformas com a finalidade de alinhar com estas expectativas sociais,

Figura 1.13 Os valores sociais que orientam a APS e os correspondentes grupos de reformas



* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”



sistemas de saúde comerciais, fragmentados e baseados em especialistas. Estas reformas da APS têm por objetivo canalizar os recursos da sociedade para uma maior equidade e para o fim da exclusão; em direção a serviços de saúde que se centram nas necessidades e expectativas das pessoas; e em políticas públicas que garantam a saúde das comunidades. Ao longo

destas reformas encontra-se, como denominador comum, o imperativo de comprometer os cidadãos e outros parceiros: o reconhecimento de que interesses particulares tendem a arrastar os sistemas de saúde em diferentes direções, aumenta a importância da liderança, de uma visão orientadora e da aprendizagem sustentada de como fazer melhor.

Referências

- Smith R. Oman: leaping across the centuries. *British Medical Journal* 1988, 297:540-544.
- Sultanate of Oman 'second primary health care review' mission. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Oman health care performance. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
- Infante A. The post military government reforms to the Chilean health system. Case study commissioned by the Health Systems 'who' led the 'net' or 'net' paper presented in the Health Services 'who' led the 'net' or 'net' meeting London October 2002. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
- Pathmanathan I, Dhairiam S. Malaysia: moving from infectious to chronic diseases. In: Tarimo E, ed. *Achieving health for all by the year 2000: mid-a reports of countries experiences*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Biscaia A et al. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisbon, Padrões Culturais Editora, 2006.
- Pongsupap Y. Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Barros P, Simões J. *Portugal health system review*. Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies, 2007 (Health Systems in Transition No. 9; <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health care systems in transition. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (Health Care Systems in Transition No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Ferrinho P, Bugalho M, Miguel JP, eds. *For better health in Europe*. Lisbon, Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- Biscaia A et al. Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável: as intervenções dos serviços de saúde. O caso português. *Portuguese primary health care and health services intervention in mortalities amenable to health service intervention*. Geneva, World Health Organization 2008 (unpublished background paper for the World Health Report 2008 *Oman health care* 'who' more than ever, Geneva, World Health Organization, 2008).
- World Health Statistics 2008. Geneva, World Health Organization, 2008.
- Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040-1054.
- The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2002. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2004 (Sales No. E.04.XIII.9).
- World contraceptive use 2007 - all chart. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (Sales No. E.08.XIII.6).
- Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2006;367:1338-1345.
- Moblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006, 368:1377-1386.
- Goesling B, Ferebaugh G. The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 2004, 30:131-146.
- Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, 1975, 29:231-248.
- The state of the world's children 2008. Paris, United Nations Children's Fund, 2008.
- Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
- Deaton A. Global patterns of income and health facts interpretations and policies. *WHO Annual Lecture Helsinki September 27th 2006*. Princeton NJ, Princeton University Press, 2006.
- Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenges in inequities in health from ethics to action*. New York, Oxford University Press 2001.
- WHO mortality database: tables online database. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, accessed 1 July 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McFee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007061801>, accessed 1 July 2008).
- Banister J, Zhang X. China, economic development and mortality decline. *World Development* 2005, 33:21-41.
- Banister J, Hill J. Mortality in China, 1964-2000. *Population studies*, 2004, 58:55-75.
- Gu D et al. Decomposition changes in life expectancy at birth by age, sex- and residence from 1982 to 2000 in China. Paper present at the American Population Association 2002 annual meeting. *Br J 2002* (unpublished).
- Milanovic B. Why did the poorest countries fail to catch up? Washington DC, Carnegie Endowment for International Peace, 2005 (Carnegie Paper No. 62).
- Carvalho S. *India in the fragile states: an I review* of World Bank support to 'lo' income countries under stress. Appendix - IC - Fiscal 2006. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix0b.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Carvalho S. *India in the fragile states: an I review* of World Bank support to 'lo' income countries under stress. Chapter Operational utility of the 'IC' - identify 'categorization and aid allocation system. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus03chap3.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Ikpe, E. Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 7:78-124.
- Collier P. *The bottom billion: how the poorest countries are failing and what can be done about it*. New York, Oxford University Press, 2007.
- Coghlan B et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006, 367:448-51.
- World development indicators 2007. Washington DC, The World Bank, 2007 (<http://go.worldbank.org/30U2HA60D0>, accessed 1 July 2008).
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. *Etat de health and health of the state in sub-Saharan Africa*. *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175-190.
- National health accounts country information for 2002-2005. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en>, accessed 2 July 2008).
- Xu J et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
- The World Health Report 2004 *Changes in health* overview. *Table 4: health life expectancy in WHO member states estimates for 2002*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex4_en.pdf, accessed 2 July 2008).

41. WHO Global burden of disease estimates 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, accessed 2 July 2008).
42. State of world population 2008 - Realising the potential of urban growth. New York, United Nations Population Fund, 2007.
43. Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl. 1):162-26.
44. Montgomery M, Hewett, PC. Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects demography. New York, The Population Council, 2004 (Policy Research Division Working Paper No. 184; <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/184.pdf>, accessed 1 July 2008).
45. Satterthwaite D. Coping with rapid urban growth. London, Royal Institution of Chartered Surveyors, 2002 (RICS Leading Edge Series; POPLINE Document No. 180006).
46. Garenne M, Gakusi E. Health transitions in sub-Saharan Africa: overview of mortality trends in children under 5 years old (1950-2000). *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:470-478.
47. Population and health dynamics in Nairobi informal settlements. Nairobi, African Population and Health Research Center Inc., 2002.
48. Report of the WHO-led 'net' on urban settlement. Geneva, World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008.
49. State of world population 2008 - Realising the potential of urban growth. New York, United Nations Population Fund, 2007.
50. International Migration Report 2006. 2006. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2006.
51. Abegunde D et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:1929-1938.
52. The World Health Report 2002 - Reducing risks, promoting health life. Geneva, World Health Organization, 2002.
53. Amaducci L, Scarlato G, Candales L. Italian longitudinal study on aging I - resource data book. Rome, Consiglio Nazionale per le Ricerche, 1996.
54. Marengoni A. Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the aging population: a clinical and epidemiological approach. Stockholm, Karolinska Institutet, 2008.
55. McWhinney I. The essence of general practice. In: Lakhani M, ed. *Celebration of General Practice*. London, Royal College of General Practitioners, 2003.
56. Nzameze LN, Namangale A. A Bayesian multinomial model to analyse spatial patterns of childhood comorbidity in Malawi. *European Journal of Epidemiology*, 2007, 22:545-556.
57. Gwer S, Newton CR, Berkley EA. Overdiagnosis and comorbidity of severe malaria in African children: a guide for clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2007 77(Suppl. 6):6-13.
58. Starfield B et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in disease management. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 1:814.
59. Gwatkin D et al. Socio-economic differences in health nutrition and population. Washington DC, The World Bank, 2000 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
60. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:668-74.
61. World Health Surveys. Geneva, World Health Organization, 2008.
62. STATcompiler online database. Calverton MD, Demographic Health Surveys, 2008 (<http://www.statcompiler.com/>, accessed 22 July 2008).
63. Davidson R et al. Counterreport on HIV and poverty: socio-economic differences in health nutrition and population in developing countries: an overview. Produced by the World Bank in collaboration with the Government of the Netherlands and the Dutch International Development Cooperation Agency. Washington DC, The World Bank, 2007.
64. Strong J et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 2006:1578-1582.
65. World health survey internal calculations. Geneva, World Health Organization, 2008 (unpublished).
66. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271-280.
67. WHO report on the global tobacco epidemic: 2008 the way forward. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly*, 1998, 51:44-54.
69. The World Health Report 2008 - The safer future: global public health security in the 21st century. Geneva, World Health Organization, 2007.
70. Rockenschaub G, Pukkila M, Profili M. Towards health security: a discussion paper on recent health crises in the WHO European Region. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
71. Moran M. Governance of the health care state: a comparative study of the - nited Kingdom, the - nited States and Germany. Manchester, Manchester University Press, 1999.
72. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press, 1998.
73. Pongsupap Y. Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
74. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US graduate medical education, 2004-2005: trends in primary care specialties. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1075-1082.
75. OECD Health Data 2007. Source OECD online database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 18 July 2007 (<http://www.oecd.org/document/10/0,3343,en26493740738976778111111137407,00.html>, accessed 1 July 2008).
76. Wandawatthana A, Ongudomsul P. Human resources for health and universal health care coverage. Thailand's experience. *Journal for Human Resources for Health* (forthcoming).
77. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Geneva, World Health Organization, 2008.
78. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*, 2004, 25:454-480.
79. Ammar W. Health system and reform in Lebanon. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
80. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: a scoping study. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 15 July 2008).
81. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Affairs*, 2002, 21:210-218.
82. Schoen C et al. 2006 US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 20 September 2006 (Web Exclusive, w457w475).
83. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación en red. Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Division de Gestion de Red Asistencial, 2006.
84. Suraratdech C, Saitthanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Affairs*, 2007, 27:2284.
85. Tangcharoensathien V et al. Knowledge-based changes to the Thai health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:750-756.
86. Macinko J et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*, 2007, 65:2070-2080.
87. Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:475-483.
88. Relman AS. The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, 1980, 303:963-970.
89. Mid effectiveness and health: a study in health systems. Geneva, World Health Organization, 2007 (Working Paper 9; WHO/HSS/healthsystems/2007.2).
90. "Invest in health. EurActiv, 2006 (<http://www.euractiv.com/en/health/medical-devices/article17519>, accessed 1 July 2008).
91. Medical Device Statistics, *Pharmamed Device* Bulletin, 2006 (<http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162&MedicalDevice>, accessed 1 July 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/0A261055-827C-CC62-0B6C-C2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, accessed 15 July 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 (<http://www.imshealth.com/ims/portal/front/article/0,2777,659933665382713022,00.html>, accessed 1 July 2008).
94. Danzon PM, Furuoka MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221-233.
95. Health at a Glance 2008 - OECD indicators. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 2007.
96. Moran M. Governance of the health care state: a comparative study of the - nited Kingdom, the - nited States and Germany. Manchester, Manchester University Press, 1999.



97. Walsh JA, Warren BS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *British Medical Journal*, 1979, 301:967-974.
98. Buse A, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259-271.
99. Stillman B, Bennet S. *System-wide effects of the global fund interim guidelines from three countries studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Malawi Ministry of Health and The World Bank. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, World Bank, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune V. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Affairs (Millwood)*, 1997, 12:193-198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216-1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Geneva, World Health Organization, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17-24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McShee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Affairs (Millwood)*, 1997, 42:89-100.
106. João Schwabach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000.
107. Ferrinho P et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435-446.
109. Sakboom M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar, W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
111. Macintosh M. *Barriers and market reallocation strategies: challenges and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Geneva, World Health Organization, Health Systems Knowledge Network, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
113. Dickbusch I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Acute Care Medicine*, 2007, 21:338-342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485-487.
115. *Road map for a health justice malawi*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com/PDF/RoadMapforHealthJusticeMajorityAE.pdf>, accessed 1 July 2008).
116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981-2006). *World Value Survey*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, accessed on 1 July 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, accessed 2 July 2008).
118. *Global local public perceptions of health problems, priorities and donors of the Kaiser Family Foundation's global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 1 July 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents: the evolving Chinese health care system. *British Medical Journal*, 2005, 353:1165-1170.
120. Liska M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor, B, Thomson, S. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement social. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cserc.pdf>, accessed 2 July 2008).
123. Halman L et al. *Change in values and beliefs in 8 countries. Trends from the values surveys from 1980 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, accessed 2 July 2008).
124. De Maeseener J et al. *Financing health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
125. Burström B, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socioeconomic inequalities in life expectancy and DALYs in Sweden 1980-1997. *Health Economics*, 2005, 14:83-85.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153-1163.
127. *Health care: the stories we tell*. *Health Affairs (Millwood)*. Oakland CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com>, accessed 2 July 2008).
128. Garland M, Oliver B. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158-2163.
130. Boblinsky M et al. *Scaling up with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377-1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Evidence and Information for Policy, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1-8.
133. Cheraghi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Affairs (Millwood)*, 2006, 9:275-284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81-89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. *British Medical Journal*. European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 (<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/EuroDef.pdf>, accessed 21 July 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837-2841.
137. Canadian Public Health Association and Welfare Canada and the World Health Organization. *Winnipeg Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 1986. Geneva, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa charter.php>, accessed 2 July 2008).
138. Dickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Le néo-médecin inhospitalier*. Paris, APAD, 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *Health Affairs (Millwood)*, 2002, 324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Public Health*, 1999, 4:193-194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 2003, 56:1453-1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services Research and Public Health*, 1998, 3:50-57.
146. Allsop B, Baggott R, Jones B. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*. London, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912-961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283-1283.
149. Lee B. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999, 9:249-250.
150. McShee M, Figueras A. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691-694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *Lancet*, 2000, 321:1300-1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Affairs (Millwood)*, 2002, 61:279-290.





Promover e manter a Cobertura Universal



As pessoas esperam que os seus sistemas de saúde sejam equitativos. As raízes das desigualdades em saúde encontram-se em condições sociais muitas vezes fora do controle direto dos sistemas de saúde. Estas têm de ser confrontadas através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo. Concomitantemente, o setor da saúde pode tomar medidas significativas para, por sua vez, contribuir para o progresso da equidade em saúde. A base para tal contribuição está num conjunto de reformas com o objetivo de contribuir para ganhos em cobertura universal, isto é, em acesso universal a serviços de saúde associados a mecanismos sociais de proteção da saúde.

Capítulo 2

O papel central da equidade em saúde na APS	26
Promover a cobertura universal	27
Desafios da promoção da cobertura universal	30
Intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal	35
Mobilizar para a equidade em saúde	37

O papel central da equidade em saúde na APS

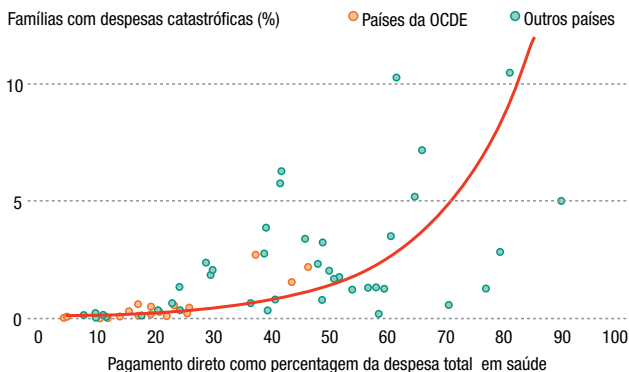
“Se adoecer, tem de escolher: ou fica sem tratamento ou perde a casa”¹. Quase há um século, a realidade dura da vida rural do Canadá fez com que Mattheú Anderson (1882-1974) lançasse um sistema de seguro de saúde, financiado pelos impostos, que acabou por conduzir, em 1965, a um sistema nacional de cuidados de saúde universais no Canadá. Infelizmente, hoje em dia ainda existem, em todo o mundo, situações igualmente chocantes. Mais de 30 anos depois do forte apelo de Alma-Ata para uma maior equidade em saúde, a maioria dos sistemas de saúde do mundo continuam a apoiar-se no método mais desigual para financiar os serviços de cuidados de saúde: os pagamentos diretos pelos doentes ou pelas suas famílias no momento em que um serviço é prestado. Para 5,6 bilhões de pessoas em países de baixa ou média renda, mais de metade de toda a despesa em cuidados de saúde é baseada em pagamentos diretos. Isto priva muitas famílias dos cuidados de que necessitam porque não conseguem comportar essa despesa. Além disso, mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo são lançadas na pobreza todos os anos devido a despesas catastróficas com os cuidados de saúde. Existe uma imensidão de evidências que demonstram que a proteção financeira é melhor, e a despesa catastrófica é menos frequente, em países onde predominam os pré-pagamentos para os cuidados de saúde e se recorre menos

a pagamentos diretos. Inversamente, a despesa catastrófica é mais frequente quando os cuidados de saúde têm de ser pagos diretamente na ocasião da prestação de serviços (Figura 2.1)

Enquanto que a equidade se afirma como uma das características mais ousadas da APS, é também uma das áreas em que os resultados têm sido mais irregulares e onde a recompensa por reformas mais eficazes, é mais significativa. Os pagamentos diretos são apenas uma das fontes de iniquidade em saúde. Oportunidades de saúde profundamente desiguais, quando associadas a desigualdades endêmicas na prestação de cuidados de saúde, levam a iniquidades que permeiam todos os resultados em saúde². A crescente tomada de consciência destes padrões regressivos está causando uma intolerância crescente para com as diferenças em saúde consideradas injustas, evitáveis e desnecessárias⁴.

A extensão das iniquidades em saúde já está documentada com grande detalhe. Estas iniquidades resultam de uma estratificação social e de desigualdades políticas que existem na realidade que rodeia os sistemas de saúde. A renda e classe social são importantes, assim como os bairros em que as pessoas vivem, as suas condições de emprego e outros fatores como comportamento pessoal, raça e estresse⁵. As iniquidades em saúde também resultam da forma como os sistemas de saúde criam barreiras aos usuários, a saber, as iniquidades na disponibilidade, no acesso, na qualidade e no custo dos serviços, assim como na forma como a prática clínica é exercida⁶. Entregues a si próprios, os sistemas de saúde não manifestam uma evolução de tendência equitativa. A maioria dos serviços de saúde – em particular os hospitais, mas também a atenção primária – são consistentemente desiguais na forma como prestam mais e melhores serviços aos mais abastados do que aos pobres, que são os mais necessitados^{7,8,9,10}. Diferenças em termos de vulnerabilidade e de exposição, combinadas com iniquidades na prestação de cuidados de saúde, produzem resultados desiguais, que por sua vez reforçam ainda mais a estratificação social que originou as iniquidades em primeiro lugar. As pessoas raramente ficam indiferentes a este ciclo de iniquidades, o que torna as suas preocupações

Figura 2.1 Despesa catastrófica relacionada com o pagamento direto no momento em que o serviço é prestado¹





pessoais tão relevantes para os políticos como para os gestores dos sistemas de saúde.

É necessário um amplo leque de intervenções para tentar corrigir os determinantes sociais da saúde, e fazer com que os sistemas de saúde contribuam para mais equidade em saúde¹¹. Estas intervenções vão muito além do campo de atuação tradicionalmente associado ao setor da saúde, exigindo a mobilização de parceiros e de constituintes de fora do setor¹² e incluem¹³:

- redução da estratificação social, ou seja, a redução das iniquidades nos rendimentos através de impostos e serviços públicos subsidiados, criando empregos com salários adequados, recorrendo a estratégias de crescimento dependentes de uma maior mobilização da mão de obra disponível, promovendo oportunidades iguais para as mulheres e aumentando a acessibilidade a um sistema de educação gratuito, etc.
- redução de vulnerabilidades, por exemplo, oferecendo segurança social aos desempregados ou aos deficientes, desenvolvendo redes sociais nas comunidades, introduzindo políticas de inclusão social e políticas que protejam as mães trabalhadoras ou estudantes, oferecendo benefícios financeiros, disponibilizando refeições saudáveis nas escolas, etc.;
- proteção, particularmente dos desfavorecidos, contra a exposição aos perigos para a saúde, por exemplo, através de regulamentos de segurança para os ambientes sociais e físicos, disponibilizando água potável e saneamento, promovendo estilos de vida saudáveis, estabelecendo políticas de habitação saudável, etc.;
- mitigação das consequências de resultados de saúde desiguais que contribuem para mais estratificação social, por exemplo, protegendo os doentes de demissões injustas dos seus empregos.

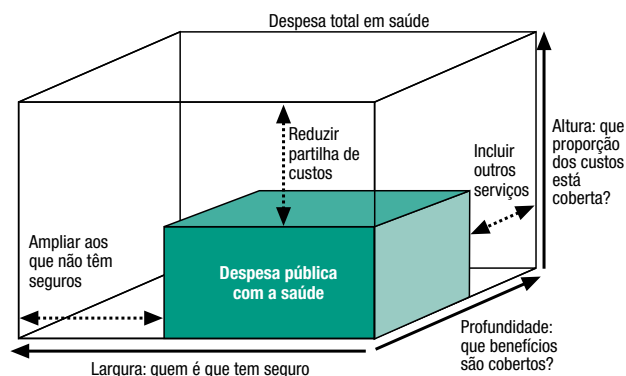
A necessidade de estratégias múltiplas pode desencorajar alguns líderes do setor da saúde que talvez sintam que a iniquidade é um problema social, sobre o qual têm pouca influência. Contudo, eles têm, de fato, a responsabilidade de tentar corrigir as iniquidades em saúde. As escolhas das políticas que fazem para o setor da saúde decidem até que ponto os sistemas de saúde

exacerbam ou mitigam as iniquidades em saúde, e definem a sua capacidade para pessoalmente mobilizarem, em torno de uma agenda de equidade, membros do governo e da sociedade civil. Estas escolhas também ocupam uma posição fulcral na resposta da sociedade às aspirações dos cidadãos por mais equidade e solidariedade. Por isso, a questão não é se, mas como é que os líderes do setor da saúde podem perseguir, de forma mais eficaz, estratégias que irão criar mais equidade na prestação de serviços de saúde.

Promover a cobertura universal

O passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não pessoais, com proteção social da saúde. Quer os sistemas para garantir a cobertura universal estejam assentados em impostos quer em seguros sociais de saúde, ou em uma combinação de ambos, os princípios são os mesmos: juntar em um fundo comum contribuições pré-pagas, determinadas com base na capacidade de pagamento de cada um, e utilizar esses fundos para garantir a disponibilidade e acessibilidade de serviços que produzem cuidados de qualidade para aqueles que precisam deles, sem os expôr ao risco de despesas catastróficas^{14,15,16}. A cobertura universal não é, por si só, suficiente para garantir a saúde para todos e a equidade em saúde – as desigualdades persistem em países com cobertura universal ou quase universal – mas é um alicerce necessário⁸.

Embora a cobertura universal seja fundamental para fomentar a equidade em saúde, raramente tem sido objeto de um consenso social fácil. De fato, em países onde a cobertura universal já foi alcançada, ou abraçada como objetivo político, a ideia encontrou, muitas vezes, forte resistência inicial da parte, por exemplo, de associações profissionais de médicos preocupadas com o impacto de seguros de saúde, geridos pelo governo, sobre os rendimentos e as condições de trabalho dos seus associados, ou de peritos financeiros decididos a controlar com mão firme a despesa pública. Tal como com outros direitos que são agora tidos como garantidos, em quase

Figura 2.2 Três direções de mudança rumo à cobertura universal¹⁷

todos os países de renda elevada, a cobertura universal em saúde tem sido conquistada pelo ativismo de movimentos sociais e raramente resultou de concessões espontâneas dos líderes políticos. Existe agora um amplo consenso de que proporcionar essa cobertura é apenas uma parte do pacote de um núcleo de obrigações que qualquer governo legítimo tem para com os seus cidadãos. Por si só, esta é uma conquista que submete a modernização da sociedade. Os países industrializados, particularmente na Europa, começaram com mecanismos de proteção social

da saúde no final do século XIX, com um universalismo crescente somente na segunda metade do século XX. Existem agora oportunidades para os países de baixa e média renda implementarem abordagens semelhantes. A Costa Rica, o México, a República da Coreia, a Tailândia e a Turquia encontram-se entre os países que já introduziram sistemas de cobertura universal ambiciosos, movimentando-se com mais celeridade do que os países industrializados no passado. Outros países estão considerando opções semelhantes¹⁴. Este desafio técnico – fomentar a cobertura universal – tem três dimensões a considerar: a largura, a altura e a profundidade da cobertura (Figura 2.2).

A largura da cobertura – a proporção da população que goza de proteção social da saúde – tem de aumentar progressivamente até abarcar também a população sem seguro, isto é, os grupos populacionais que não têm acesso aos serviços e/ou à proteção social contra as consequências financeiras de procurar cuidados de saúde. Aumentar a largura da cobertura é um processo complexo de expansão progressiva e de fusão de modelos de cobertura (Caixa 2.1).

Durante este processo, deve haver o cuidado de garantir redes de segurança para os mais

Caixa 2.1 Boas práticas de promoção da cobertura universal

Promoção do pré-pagamento desde o início. Pode levar muitos anos até que o acesso aos serviços de saúde e a proteção financeira contra os custos envolvidos na sua utilização estejam disponíveis para todos: no Japão e no Reino Unido demorou 36 anos¹⁴. O caminho pode parecer demasiado longo, particularmente para os países mais pobres, onde as redes de cuidados de saúde estão muito tenuemente desenvolvidas, os sistemas de proteção financeira estão ainda em estado embrionário e o setor de saúde está muito dependente de fundos externos. No entanto, e muito particularmente nestes países, é crucial promover sistemas de pré-pagamento numa fase muito inicial e resistir à tentação de contar com taxas moderadoras pagas pelos usuários. Criar e manter mecanismos adequados para pré-pagamento confere capacidade institucional, que é geralmente escassa nesses contextos, para gerir o financiamento do sistema bem como a expansão da oferta de serviços.

Coordenação de fontes de financiamento. Para organizar a cobertura universal, é necessário considerar todas as fontes de financiamento num país: públicas, privadas, externas e domésticas. Em países de baixa renda, é particularmente importante que o financiamento internacional seja canalizado por instituições e sistemas de pré-pagamento e de fundos comuns emergentes, e não por meio de projetos ou programas. Esta forma de encaminhar os financiamentos tem dois propósitos: torna o financiamento externo mais estável e previsível e ajuda a edificar uma capacidade institucional para desenvolver e expandir a oferta, o acesso e a proteção financeira de uma forma equilibrada.

Fusão de sistemas de financiamento. Muitos países com escassez de recursos e capacidade administrativa limitada têm experimentado diversos sistemas de seguros voluntários: comunitários, cooperativos, com base no empregador e outros sistemas privados, como forma de promover o pré-pagamento e fundos comuns, em preparação da transição para sistemas nacionais mais integrados¹⁸. Esses sistemas não substituem a cobertura universal, apesar de poderem vir a se tornar elementos estruturantes importantes desse sistema universal¹⁸. Concretizar a cobertura universal significa coordenar ou combinar progressivamente estes sistemas num todo coerente que garanta a cobertura de todos os grupos populacionais¹⁵ e que construa pontes com programas mais abrangentes de proteção social¹⁹.



Caixa 2.2 Definir os “pacotes essenciais”: o que tem de ser feito para ir além da teoria

Nos últimos anos, muitos países de baixa e média renda (55 numa amostra de 69 estudados em 2007) passaram por uma série de exercícios para definir o pacote de benefícios que consideram necessários para os seus cidadãos. Esta foi uma estratégia-chave na melhoria da eficácia dos sistemas de saúde e da distribuição equitativa dos recursos. Ajuda a explicitar a definição de prioridades, o racionamento de cuidados e os compromissos entre ganhos em largura e ganhos em profundidade.

Em termos globais, as tentativas de racionalizar a prestação de serviços através da definição de pacotes não têm sido particularmente bem sucedidas²⁴. Na maioria dos casos, têm sido orientadas para cuidados materno-infantis, e para problemas de saúde considerados como prioridades de saúde global. A falta de atenção, por exemplo, às doenças não transmissíveis e crônicas, confirma a subvalorização das transições epidemiológica e demográfica e a falta de consideração pelas necessidades sentidas e pela procura. Os pacotes raramente dão orientações sobre a divisão de tarefas e a partilha de responsabilidades, ou sobre a consecução das características definidoras da atenção primária, tais como a abrangência, a continuidade ou a orientação para a pessoa.

✕, no entanto, necessária uma abordagem mais sofisticada para tornar a definição de pacotes de benefícios mais relevante. A forma como o Chile especificou os direitos dos cidadãos à saúde²⁵, sugere alguns princípios de boas práticas.

- O exercício não deve ser limitado a um conjunto de prioridades predefinidas: tem que contemplar a demanda, bem como todo um espectro de necessidades de saúde.
- Deveria especificar o que deve ser prestado aos níveis primário e secundário.
- A implementação do pacote deveria ser orçada para que os decisores políticos tenham noção do que será excluído se os cuidados de saúde continuarem subfinanciados.
- Têm de existir mecanismos institucionalizados para a revisão, com base em evidências, do pacote de benefícios.
- As pessoas têm de ser informadas sobre os benefícios que podem reclamar, com mecanismos de mediação para quando as reclamações são indeferidas. O Chile não poupou esforços para garantir que o pacote de benefícios correspondesse às expectativas das pessoas, com estudos, pesquisas e sistemas para captar as reclamações e os receios dos usuários²⁶.

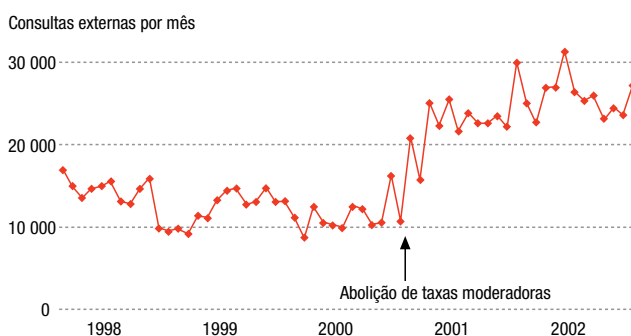
pobres e os mais vulneráveis até que também eles estejam seguros. Pode levar anos para cobrir toda a população mas, como a experiência recente de vários países de média renda revela, é possível avançar mais depressa do que o observado no século XX nos países industrializados.

Entretanto, a *profundidade da cobertura* também tem de crescer, aumentando o número de serviços essenciais necessários para dar resposta às necessidades de saúde das pessoas

de uma forma eficaz, levando em consideração a demanda, as expectativas e os recursos que a sociedade pode e está disposta a investir na saúde. A determinação do “pacote essencial” de benefícios correspondente é um processo importantíssimo, desde que conduzido de uma forma adequada (Caixa 2.2).

A terceira dimensão, a *altura da cobertura*, ou seja, a fração dos custos de atenção primária de saúde cobertos através de mecanismos de criação de fundos comuns e de pré-pagamento também tem de aumentar, diminuindo a dependência dos pagamentos diretos no momento de prestação do serviço. Nos anos 80 e 90, muitos países introduziram taxas moderadoras num esforço de mobilizar novos recursos para serviços em dificuldade, muitas vezes num contexto de descompromisso do Estado e de cada vez menos recursos públicos para a saúde. A maioria tomou estas medidas sem antecipar a dimensão dos estragos que iriam causar. Em muitos contextos, observaram-se reduções dramáticas na utilização dos serviços, particularmente entre os grupos mais vulneráveis²⁰, enquanto que a frequência de despesas catastróficas aumentou. Desde então,

Figura 2.3 Impacto da eliminação do desembolso direto no número de consultas externas no distrito de Kisoro, Uganda; consultas externas 1998-2002²³



alguns países reconsideraram a sua posição e começaram a eliminar as taxas moderadoras e a compensar a perda destas receitas com fundos comuns (subsídios ou contratos do governo, seguros ou mecanismos de pré-pagamento)²¹.

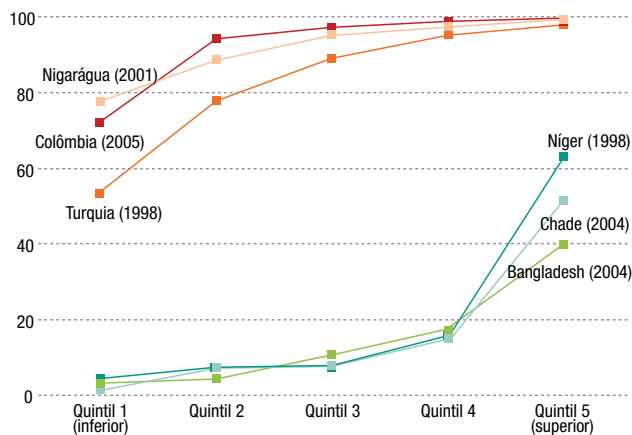
Tudo isto resultou em aumentos substanciais na utilização dos serviços, especialmente pelos pobres²⁰. Em Uganda, por exemplo, a utilização dos serviços aumentou de uma forma súbita e dramática e o aumento foi sustentado depois da eliminação das taxas moderadoras (Figura 2.3)^{22,23}.

O pré-pagamento e os fundos comuns institucionalizam a solidariedade entre os mais e menos ricos, entre os saudáveis e os doentes. Ele elimina barreiras à utilização dos serviços e reduz o risco das pessoas contraírem despesas catastróficas quando estão doentes. Finalmente, cria os meios para reinvestir na disponibilidade, na profundidade e na qualidade dos serviços.

Desafios da promoção da cobertura universal

Todas as reformas de cobertura universal defrontam-se com compromissos entre a celeridade com que aumentam a cobertura e a largura, profundidade e altura da cobertura. No entanto, a forma como os países equacionam as suas estratégias e centram as suas reformas depende muito dos seus contextos nacionais específicos.

Figura 2.4 Diferentes padrões de exclusão: deprivação generalizada em alguns países, marginalização dos pobres noutros. Partos apoiados por pessoal com formação médica (percentagem), por quintil de rendimento²⁷



Em alguns países, uma grande parte da população vive em áreas extremamente carentes, com uma infraestrutura de cuidados de saúde disfuncional ou ausente. Estes são os países de exclusão generalizada, que nos vêm à mente quando se fala em escalonamento: os pobres e as áreas rurais remotas onde as redes de cuidados de saúde ainda não chegaram ou onde, após anos de negligência, a infraestrutura de saúde continua a existir apenas em nome. Estes padrões existem em países de baixa renda tais como o Bangladesh, o Chade e a Nigéria (Figura 2.4), e são comuns em áreas de conflito e pós-conflito, abandonadas pelos trabalhadores de saúde e em que as infraestruturas de saúde foram destruídas e precisam ser reconstruídas desde a base.

Em outras partes do mundo, o desafio está na prestação de serviços de saúde a populações muito dispersas, por exemplo, em pequenos estados insulares, regiões montanhosas ou desérticas, e algumas populações nômades. Garantir o acesso a cuidados de qualidade nestes ambientes implica lutar contra a falta de economia de escala associada a populações pequenas e dispersas; limitações logísticas no encaminhamento de doentes; dificuldades associadas a capacidades limitadas das infraestruturas e de comunicação; e, em alguns casos, problemas técnicos mais específicos, tais como manutenção de registros médicos em populações nômades.

Um desafio diferente é expandir a cobertura em meios onde as iniquidades não resultam da falta de infraestruturas de saúde, mas da forma como os cuidados de saúde estão organizados, regulamentados e, acima de tudo, financiados através de taxas moderadoras oficiais mas, também, por taxas ilegais. Nestas situações a subutilização dos serviços disponíveis está concentrada entre os mais pobres, enquanto que os usuários estão expostos ao risco de despesas catastróficas. Este tipo de padrão de exclusão ocorre em países como a Colômbia, a Nicarágua e a Turquia (Figura 2.4). É particularmente gritante em muitas áreas urbanas de países de baixa e média renda, onde uma enorme quantidade de prestadores de serviços de saúde comerciais e desregulamentados cobra dos usuários taxas proibitivas, ao mesmo tempo em que presta serviços inadequados.



As formas de abordar as situações descritas nesta seção são desenvolvidas no texto que se segue.

estabelecer redes de atenção primária para corrigir a falta de disponibilidade

Em áreas onde não existem serviços de saúde para grandes massas populacionais, ou onde esses serviços são grosseiramente inadequados ou fragmentados, a infraestrutura de atenção primária em saúde precisa ser construída ou reconstruída, muitas vezes desde a base. Estas áreas estão sempre muito limitadas em termos de recursos e são frequentemente afetadas por conflitos ou emergências complexas, enquanto que a dimensão do subinvestimento em serviços, também em outros setores, cria dificuldades logísticas e problemas na alocação dos profissionais de saúde. Os estrategistas de saúde nestes contextos enfrentam um dilema estratégico fundamental: se devem apostar no desenvolvimento de um acesso universal mais ou menos imediato a um conjunto de intervenções limitadas ou na introdução por fases, distrito a distrito, de sistemas de atenção primária mais abrangentes.

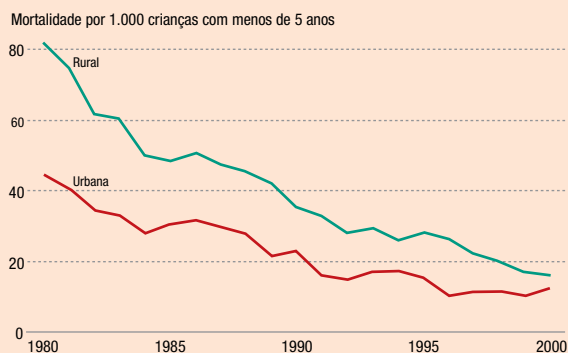
Alguns seriam a favor, em nome da celeridade e da equidade, de uma abordagem em que um número restrito de programas prioritários é disponibilizado simultaneamente para todos os habitantes nas zonas carentes. Isto permitiria a transferência de tarefas para pessoal pouco diferenciado, não qualificado e voluntário e, conseqüentemente, uma expansão rápida da cobertura. É um elemento central das receitas que a comunidade global muitas vezes prescreve para as áreas rurais dos países mais pobres²⁸, e um número razoável de países tem escolhido esta opção ao longo dos últimos 30 anos. A Etiópia, por exemplo, está atualmente colocando 30.000 trabalhadores de saúde em regime de extensão para implementarem um pacote limitado de intervenções preventivas prioritárias para um grande número de pessoas. Ter poucas competências técnicas inicialmente é muitas vezes reconhecido como um fator limitativo²⁹, mas os trabalhadores de saúde em regime de extensão na Etiópia já não são tão indeferenciados como há alguns anos, e já se beneficiam de um ano de ensino pós-secundário. No entanto,

Caixa 2.3 Reduzir as diferenças entre o urbano e o rural através da expansão escalonada da cobertura da APS em áreas rurais na República Islâmica do Irã³⁰

No anos 70, as políticas do Governo do Irã davam prioridade à prevenção como um investimento a longo prazo, à atribuição de recursos às áreas rurais e menos privilegiadas e aos cuidados ambulatoriais em detrimento da hospitalização. Foi estabelecida uma rede de equipes distritais para gerir e supervisionar quase 2.500 centros de saúde sediados em vilas rurais. Estes centros têm uma equipe que inclui um médico de clínica geral, uma parteira, uma enfermeira e vários técnicos de saúde. Cada um dos centros rurais supervisiona 1 a 5 unidades de saúde menores, conhecidas como “casas de saúde”. Com 17.000 destas casas de saúde, mais de 90% da população rural tem acesso a cuidados de saúde. Em áreas rurais remotas, estas casas de saúde têm Behvarz (trabalhadores de saúde polivalentes) que são selecionados pela comunidade, recebem entre 12 a 18 meses de formação e são depois recrutados pelo Governo. As equipes distritais dão formação com base na resolução de problemas, bem como supervisão e apoio continuado.

O Governo empregou esta estratégia por fases, aumentando a cobertura a uma província de cada vez. Ao longo dos anos, a rede de APS cresceu e é agora capaz de prestar serviços a mais de 24 milhões de pessoas nas vilas rurais e nas pequenas cidades, diminuindo a distância entre os postos de cuidados e o local onde as pessoas vivem e trabalham, bem como através da formação necessária para o pessoal auxiliar de saúde disponibilizar informação sobre planeamento familiar, serviços de cuidados preventivos e cuidados curativos essenciais para a maioria dos problemas de saúde. As taxas de utilização dos serviços de saúde rural são agora iguais às das áreas urbanas. A expansão por fases deste sistema ajudou a reduzir as diferenças urbano-rural na mortalidade infantil (Figura 2.5)

Figura 2.5 Mortalidade entre crianças menores de 5 anos, em zonas rurais e urbanas, República Islâmica do Irã, 1980-2000³²



as competências limitadas restringem as possibilidades de intervenção a um número limitado de intervenções simples, mas eficazes.

Aumentar a cobertura para um número limitado de intervenções tem a vantagem de abranger rapidamente toda a população e de centrar os recursos em intervenções de reconhecido custo-eficácia. A desvantagem é que, quando as pessoas têm problemas de saúde, querem que eles sejam resolvidos, mesmo que não se enquadrem exatamente nas prioridades que lhes são propostas. Ignorar demasiadamente esta dimensão da demanda, abre as portas a “traficantes de medicamentos”, “intermediários” e outro tipo de prestadores que conseguem capitalizar as oportunidades comerciais que lhes surgem de necessidades de saúde insatisfeitas. Oferecem aos doentes uma alternativa apelativa, mas muitas vezes predadora e prejudicial. Comparando com a ausência de intervenção em saúde, há um benefício indiscutível em avançar com um pacote, mesmo muito limitado, de intervenções e de confiá-lo a trabalhadores não qualificados. Contudo, fazer um upgrade³⁰ é, por vezes, mais difícil do que o inicialmente previsto³⁰ e, entretanto, foram desperdiçados tempo precioso, recursos e credibilidade, que poderiam ter permitido um investimento em uma infraestrutura de atenção primária em saúde mais ambiciosa mas também mais eficaz e mais sustentável.

A alternativa é um desenvolvimento escalonado da atenção primária, distrito a distrito, de uma rede de centros de saúde com o necessário apoio hospitalar. Esta opção de resposta inclui obviamente as intervenções prioritárias, mas integradas num pacote abrangente de cuidados de saúde. A plataforma da expansão é o centro de atenção primária: uma infraestrutura profissionalizada onde a interface com a comunidade está organizada, com capacidade de resolução de problemas e possibilidade de expansão modular do leque de atividades. Este tipo de escalonamento da expansão da cobertura rural tem na República Islâmica do Irã um exemplo impressionante. Como um dos pais da estratégia da APS do país afirmou: “já que era impossível iniciar o projeto em todas as províncias ao mesmo tempo,

decidimos centrar a nossa atenção numa única província em cada ano” (Caixa 2.3).

O fator limitativo de uma expansão escalonada de redes de atenção primária é a falta de quadros estáveis de pessoal de nível médio com capacidade de liderança para organizar distritos de saúde e para manter, ao longo dos anos, o esforço constante necessário para conseguir resultados sustentáveis para toda a população. Em locais onde a expansão foi conduzida como um exercício administrativo, os resultados foram decepcionantes: muitos distritos de saúde existem apenas no nome. Mas onde a impaciência e a pressão para visibilidade imediata foram geridas de forma adequada, uma resposta equilibrada tanto à oferta como à procura, e a participação da população e de parceiros relevantes, tornou possível construir redes robustas de atenção primária, mesmo em ambientes de conflito e pós-conflito muito difíceis e com grandes estrangulamentos de recursos (Caixa 2.4).

A distinção entre uma expansão rápida de intervenções prioritárias e o desenvolvimento escalonado de redes de atenção primária nem sempre é, na prática, tão direta como o que foi aqui descrito, e a procura do ponto de equilíbrio entre o desejo de celeridade, por um lado, e a necessidade de garantir a sustentabilidade, por outro, é um dilema político difícil³⁰. O Mali, entre outros, mostrou que, sendo-lhes dada a oportunidade de escolher, as pessoas optam por um desenvolvimento por fases, criando centros de saúde comunitária – cuja infraestrutura é propriedade da comunidade local e o pessoal empregado por ela – a base de distritos de saúde funcionais.

Decididamente, a preocupação com a equidade não deveria ser orientada por um “denominador mínimo comum”: acesso igual para todos a um conjunto de serviços marcadamente insatisfatórios. A qualidade e a sustentabilidade são importantes, particularmente uma vez que hoje em dia os prestadores de vários tipos, governamentais, privados, com ou sem fins lucrativos, estão necessitando de orientação. A expansão por fases dos serviços de saúde oferece a oportunidade de estabelecer a desejada coerência de liderança na prestação de cuidados de saúde a nível distrital. Exemplos típicos desta abordagem, em grande

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.



Caixa 2.4 A robustez dos sistemas de saúde liderados pela APS: 20 anos de expansão do desempenho em Rutshuru, na República Democrática do Congo

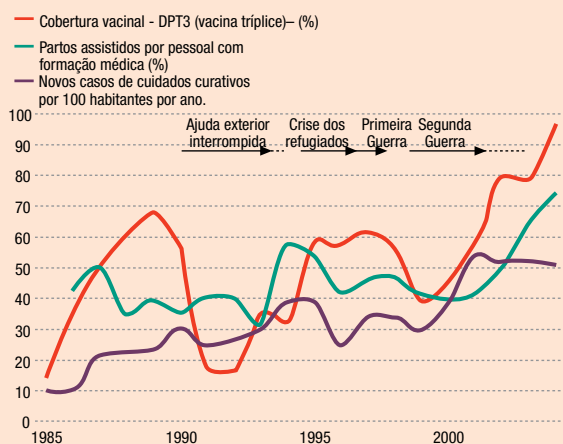
Rutshuru é um distrito de saúde a leste do país. Tem uma rede de centros de saúde, um hospital de referência e uma equipe de gestão distrital onde a participação da comunidade foi incentivada durante anos através de comitês locais. Rutshuru tem vivido sob enorme estresse durante anos, um teste à robustez do sistema de saúde do distrito.

Ao longo dos últimos 30 anos, a economia do país entrou em forte declínio. O PIB decresceu de 300 dólares americanos (US\$) per capita nos anos 80 para menos de US\$100 no final dos anos 90. O empobrecimento em grande escala piorou quando o Estado se retirou do setor de saúde. Tudo isto acompanhado por uma interrupção da ajuda internacional no início dos anos 90. Nesse contexto, Rutshuru sofreu uma disputa étnica, um influxo enorme de refugiados e duas guerras sucessivas. Esta sequência de desastres afetou gravemente as condições de trabalho dos profissionais de saúde e o acesso aos cuidados de saúde para as 200.000 pessoas que vivem no distrito. No entanto, em vez de colapsarem, os serviços de APS continuaram a sua expansão ao longo dos anos. O número de centros de saúde e a sua produção aumentaram (Figura 2.6) e a qualidade dos cuidados melhorou para os casos agudos (a taxa de mortalidade pós cesariana, caiu de 7% para menos de 3%) bem como para os doentes crônicos (pelo menos 60% dos doentes com tuberculose foram tratados com sucesso). Com cerca de 70 enfermeiros e nunca mais de três médicos, e no meio da guerra e da devastação, os centros de saúde e o hospital distrital tomaram conta de mais de 1.500.000 episódios

de doença em 20 anos, imunizaram mais de 100.000 crianças, prestaram cuidados a cerca de 70.000 parturientes e levaram a cabo mais de 8.000 procedimentos cirúrgicos. Isto mostra que, mesmo em situações desastrosas, um sistema de saúde distrital robusto pode produzir mais e melhor.

Estes resultados foram alcançados com meios modestos. Os pagamentos diretos eram de US\$ 0,5 per capita, por ano. As organizações não governamentais subsidiaram o distrito em cerca de US\$ 1,5 per capita, por ano. A contribuição do Governo foi virtualmente nula durante a maior parte destes 20 anos. A continuidade do trabalho em circunstâncias extremamente difíceis pode ser explicada pelo trabalho em equipe e uma tomada de decisão colegiada, por esforços inexoráveis para construir e manter uma massa crítica de recursos humanos dedicados, e apoio não governamental limitado mas constante, que providenciou um mínimo de recursos para as instalações de saúde e deu à equipe de gestão distrital a oportunidade de manter contato com o mundo exterior.

Figura 2.6 Melhorar os resultados dos centros de saúde em meio a catástrofes: Rutshuru, República Democrática do Congo, 1985-2004³³



Podem ser retiradas três lições desta experiência. A longo prazo, os distritos de saúde organizados na forma da APS constituem um modelo organizacional que tem robustez para resistir a condições extremamente adversas. Manter um mínimo de apoio financeiro e supervisão em tais distritos pode garantir resultados muito significativos, ao mesmo tempo que se dá poder e se retêm os profissionais de saúde nacionais. Os serviços de saúde locais têm um potencial considerável para fazer frentes a situações de crise³³.

escala, em países em desenvolvimento são a contratualização de serviços de saúde distritais no Camboja, ou a incorporação de “hospitais distritais designados”, missionários, na África Oriental. No entanto, não há como escapar à necessidade de enormes investimentos sustentáveis, para expandir e manter os distritos de saúde a longo prazo e do fato de que esta necessidade

representa um desafio considerável, no contexto de um crescimento econômico moroso e de estagnação dos gastos em saúde.

Aumentar as redes de cuidados de saúde para áreas mal servidas depende da iniciativa pública e de incentivos. Uma forma de acelerar a extensão da cobertura é ajustar a fórmula de atribuição de recursos (ou as especificações dos contratos) para

refletir os esforços extras necessários para contar populações difíceis de alcançar. Vários países têm dado passos nessa direção. Em janeiro de 2004, por exemplo, a República Unida da Tanzânia adotou uma fórmula revista de atribuição de fundos comuns aos distritos, que inclui o tamanho da população e a mortalidade abaixo dos cinco anos como indicadora da carga de doença e do nível de pobreza, ajustando concomitantemente para o diferencial dos custos associados à prestação de serviços de saúde em áreas rurais e de baixa densidade. De forma semelhante, os orçamentos para a APS nos distritos de Uganda são ajustados para o Índice de Desenvolvimento Humano dos distritos, para os níveis de financiamento externo da saúde e para o tamanho da população. São pagos suplementos aos distritos em situação de segurança difícil ou que não tenham um hospital distrital²⁸. No Chile, os orçamentos são atribuídos com base na captação mas, como parte das reformas da APS, passaram a ser ajustados utilizando índices municipais de desenvolvimento humano e um fator de correção que reflete o isolamento das áreas mal servidas.

Superar o isolamento das populações dispersas

Apesar de garantir o acesso a serviços para populações dispersas ser muitas vezes um desafio logístico intimidante, alguns países abordaram-no de uma forma criativa. Criar mecanismos para compartilhar experiências e resultados inovadores foi, sem dúvida, um passo essencial, por exemplo, através da iniciativa “Ilhas Saudáveis”, lançada no encontro entre Ministros e Autoridades de Saúde em Vanuatu, Fiji, em 1995³⁴. A iniciativa junta decisores políticos do setor da saúde e profissionais de saúde para encontrarem respostas aos desafios da saúde e bem estar dos ilhéus, de uma perspectiva explicitamente multissetorial, com especial atenção para a expansão da cobertura dos serviços curativos, mas reforçando também estratégias promotoras e ações intersectoriais sobre os determinantes de saúde e da equidade em saúde.

Através da iniciativa das Ilhas Saudáveis e de experiências relacionadas, emergiram vários princípios considerados cruciais para a promoção da cobertura universal nestes contextos. O primeiro diz respeito à colaboração na organização

de uma infraestrutura que maximize escalas de eficiência. Uma comunidade isolada pode ser incapaz de custear *aportes* essenciais para expandir a cobertura, que incluem infraestruturas, tecnologias e recursos humanos (particularmente a formação do pessoal). No entanto, quando as comunidades unem esforços, esses *aportes* podem ser garantidos a custos aceitáveis³⁶. Um segundo eixo estratégico está nos “recursos móveis” ou que podem ultrapassar distâncias e obstáculos geográficos de forma eficaz e acessível. Dependendo do contexto, este eixo estratégico pode incluir transportes, comunicações via rádio e outras tecnologias de informação e comunicação. As telecomunicações podem permitir que o pessoal de um centro de saúde, menos qualificado, possa ser aconselhado e orientado por especialistas, à distância e em tempo real³⁶. Finalmente, o financiamento dos cuidados de saúde para populações dispersas coloca desafios específicos, que muitas vezes requerem um gasto maior per capita se comparado com populações mais próximas entre si. Em países cujos territórios incluem áreas tanto de alta como de baixa densidade, espera-se que as populações mais dispersas recebam um subsídio suplementar para financiar os cuidados a que têm direito. Afinal, não há equidade sem solidariedade.

Oriar serviços alternativos aos serviços comerciais não regulamentados

Em contextos urbanos e periurbanos, os serviços de saúde estão fisicamente ao alcance dos pobres e de outras populações vulneráveis. A presença de múltiplos prestadores de cuidados de saúde não quer dizer, no entanto, que estes grupos estejam protegidos contra doenças, ou que possam ter cuidados de qualidade quando precisam: os mais privilegiados tendem a ter mais acesso aos melhores serviços, públicos e privados, saindo beneficiados na competição por recursos escassos. Nas zonas urbanas e, cada vez mais, nas áreas rurais de muitos países de baixa e média renda – da Índia ao Vietnã, passando pela África Subsaariana – muitos dos cuidados para os pobres são oferecidos por prestadores, comerciais ou sem fins lucrativos, muitas vezes sem licença, em grande parte não regulamentados e geralmente de pequena



dimensão. Com frequência, trabalham lado a lado com serviços públicos disfuncionais e capturam uma grande parte do mercado da atenção primária, enquanto que a agenda da prevenção e da promoção para a saúde é totalmente ignorada. Paradoxalmente, interesses particulares tornam a promoção da cobertura universal mais difícil nestas circunstâncias do que em áreas onde o desafio é construir redes de atenção primária.

Estes contextos combinam muitas vezes problemas de exploração financeira, com cuidados de má qualidade ou pouco seguros, e com a exclusão dos serviços de que se necessita^{37,38,39,40,41,42,43,44,45,46}. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) estimou que 47% da população da América Latina é excluída dos serviços de que necessita. Isto pode estar associado à pobreza, à etnicidade ou ao gênero, ou a uma má distribuição dos recursos do sistema de saúde. Pode ser pelo fato de não existirem sistemas adequados para proteger as pessoas contra gastos catastróficos ou a exploração financeira por parte de prestadores indiferentes ou sem escrúpulos. Pode ter a ver com a forma como as pessoas, bem ou mal, percebem os serviços de saúde: a falta de confiança, a expectativa de serem maltratados ou discriminados, a incerteza sobre o custo dos cuidados ou a previsão de que o custos dos cuidados serão insuportáveis ou catastróficos. Os serviços podem, também, ter horários pouco amigáveis, ser ineficazes, não responderem ao que se pretendia ou serem simplesmente discriminatórios, prestando um tratamento de qualidade inferior aos mais pobres^{48,49,21}. Consequentemente, os produtos de saúde variam consideravelmente consoante a classe social, mesmo em sistemas de cuidados de saúde bem financiados e bem regulamentados.

Para corrigir estes padrões de exclusão no setor dos cuidados de saúde, o ponto de partida é criar ou reforçar redes de atenção primária de qualidade, acessíveis, financiadas por fundos comuns pré-pagos ou através de recursos públicos. Não importa se estas redes são ampliadas com a contratualização de prestadores comerciais, ou de prestadores sem fins lucrativos, ou ainda através da revitalização de instalações públicas disfuncionais. O que interessa é

garantir que os prestadores ofereçam cuidados a um nível aceitável. Uma massa crítica de centros de atenção primária que prestem um pacote essencial de serviços de qualidade, de forma gratuita ao usuário, constitui uma alternativa importante aos cuidados comerciais, predadores e de baixa qualidade. Além disso, a pressão dos pares e a procura dos consumidores pode ajudar a criar um ambiente em que a regulamentação do setor comercial se torne possível. O envolvimento mais ativo das autoridades municipais em sistemas de pré-pagamento e de criação de fundos comuns para melhorar a oferta de cuidados de qualidade é, provavelmente, um dos caminhos a seguir, particularmente onde os Ministérios da Saúde, com os seus constrangimentos orçamentários, também têm de ampliar os serviços a áreas rurais que estão ainda mal servidas.

Intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal.

O aumento da renda média nacional, uma oferta crescente de prestadores de serviços de saúde e uma promoção acelerada da cobertura universal não são, infelizmente, suficientes para eliminar as iniquidades em saúde. As diferenças entre grupos populacionais, determinadas socialmente, persistem em países de renda elevada e com sistemas robustos de serviços sociais e de cuidados de saúde, tais como a Finlândia e a França^{41,50}. As iniquidades em saúde não existem apenas entre os pobres e os não pobres, mas entre todos os gradientes socioeconômicos. Há circunstâncias onde outras formas de exclusão são de grande preocupação, incluindo a exclusão dos adolescentes, de grupos étnicos, de toxicod dependentes e de todos aqueles afetados por doenças estigmatizantes⁵¹. Na Austrália, Canadá e Nova Zelândia, entre outros, as iniquidades em saúde entre as populações Aborígenes e Não Aborígenes emergiram como questões políticas de dimensão nacional^{52,53,54}. Em outros ambientes, as iniquidades no acesso das mulheres aos cuidados de saúde são merecedoras de atenção⁵⁵. Nos Estados Unidos, por exemplo, declínios de cerca de cinco anos na esperança de vida feminina em mais de 1.000 povoados apontam para uma exposição diferencial e para uma

aglomeração de riscos para a saúde, mesmo quando a economia do país e o setor da saúde continuam a crescer⁵⁶. Por uma multiplicidade de razões, alguns grupos dentro destas sociedades não se beneficiam, ou se beneficiam de forma insuficiente, das oportunidades de mais saúde ou dos serviços e continuam com estados de saúde sistematicamente inferiores aos de grupos mais favorecidos.

Assim, é necessário introduzir a cobertura universal em esquemas mais amplos de proteção social e complementá-la com serviços de extensão⁵⁷ especificamente direcionados para alcançar grupos excluídos e vulneráveis⁵⁷. As redes estabelecidas de cuidados de saúde nem sempre envidam todos os esforços possíveis para garantir que toda a população alvo tenha acesso a um leque completo dos benefícios de saúde de que necessitam, uma vez que isto implica em esforços extras, tais como visitas domiciliares, serviços de extensão, facilitação cultural e linguística, consultas noturnas, etc. Estes esforços podem, no entanto, mitigar o efeito da estratificação social e as iniquidades no acesso aos serviços⁵⁸. Também podem gerar oportunidades de criação de pacotes de apoio integrado para fomentar a inclusão social de populações historicamente marginalizadas, em colaboração com outros setores governamentais e com as

comunidades afetadas. O modelo do Chile, denominado Chile Solidario (Solidariedade Chilena), de extensão às famílias consideradas pobres de longa duração, é um exemplo a considerar (Caixa 2.5)⁵⁸. Este tipo de medida direcionada pode incluir o subsídio de pessoas – não de serviços – para aderirem a serviços de saúde específicos, por exemplo, através de senhas^{60,61} para cuidados maternos, como na Índia e no Iêmen, para redes mosquiteiras, como na República Unida da Tanzânia^{62,63}, para a utilização de contraceptivos por adolescentes⁶⁴ ou para cuidados a idosos que não têm seguro, como nos Estados Unidos⁶⁵. Transferências condicionais de dinheiro, em que o beneficiário é não só capacitado a utilizar os serviços mas também obrigado a isso, é outro modelo que tem sido introduzido em vários países da América Latina. Uma revisão sistemática, recente, de seis destes programas, sugere que as transferências condicionais de dinheiro podem melhorar a utilização de serviços preventivos e resultados antropométricos e nutricionais, melhorando por vezes o estado de saúde⁶⁶. No entanto, o seu efeito global no estado de saúde mantém-se menos claro e o mesmo acontece quanto à sua vantagem comparativa sobre a manutenção de um rendimento, incondicional e tradicional, através de direitos universais, seguro social ou assistência social.

Caixa 2.5 Direcionar a proteção social no Chile⁵⁸

Estabelecido por lei, o programa de proteção social Chileno (Chile Solidario) envolve três componentes fundamentais para melhorar as condições de vida das pessoas que vivem em pobreza extrema: apoio psicossocial direto, apoio financeiro e prioridade no acesso a programas sociais. A componente de apoio psicossocial direto inclui famílias em pobreza extrema, identificadas de acordo com critérios pré-definidos e convidadas a entrar num acordo com um assistente social designado. O assistente social assiste-as na aquisição das competências familiares e individuais que os ajudam a reforçar os seus laços com redes sociais e a ganhar acesso aos benefícios sociais a que têm direito. Além do apoio psicossocial, há também o apoio financeiro, incluindo transferências de dinheiro e pensões, bem como subsídios para apoio à família ou para cobrir os custos de água e saneamento. Por último, o programa de proteção social proporciona acesso preferencial a programas pré-escolares, cursos de alfabetização para adultos, programas de emprego e visitas de saúde preventiva para mulheres e crianças.

Este programa de proteção social complementa um esforço multisetorial direcionado para todas as crianças com idades compreendidas entre 0 e 18 anos (Chile Crece Contigo / Chile Cresce Contigo). O objetivo é promover o desenvolvimento da primeira infância por meio de programas de educação pré-escolar, visitas de saúde preventiva, licenças maternidade melhoradas e benefícios melhorados para as crianças. O acesso ampliado a serviços de cuidados infantis também está incluído, tal como o reforço ao direito das mães trabalhadoras amamentando seus bebês, o que objetiva estimular a inserção das mulheres no mercado de trabalho.

* Nota dos tradutores: "outreach", como em "outreach services" é traduzido por "extensão", nomeadamente "serviços de extensão".



As medidas direcionadas não substituem a promoção sustentada da cobertura universal. Podem ser complementos úteis e necessários, mas sem a institucionalização simultânea de modelos de financiamento e das estruturas do sistema que apoiam a cobertura universal, as abordagens direcionadas têm poucas chances de corrigir as iniquidades geradas pela estratificação e exclusão socioeconômicas. Isto é particularmente importante, uma vez que, praticamente não existem avaliações sistemáticas de métodos para mobilizar os excluídos⁵⁷. O pouco que se sabe só nos permite afirmar que as estratégias para chegar aos excluídos terão de ser múltiplas e contextualizadas, e que nenhuma medida direcionada isolada será suficiente para corrigir as iniquidades em saúde, e muito menos na ausência de uma política de cobertura universal.

Mobilizar para a equidade em saúde

Os sistemas de saúde são invariavelmente iníquos. Mais e melhores serviços gravitam para quem está bem na vida e que precisa menos deles do que para os pobres e marginalizados⁸. As reformas de cobertura universal necessárias para promover uma maior equidade exigem um compromisso estável dos mais elevados níveis políticos da sociedade. Duas alavancas poderão ser especialmente importantes para impulsionar uma maior equidade em saúde e para sustentá-la. A primeira é aumentar a visibilidade das iniquidades em saúde em debates políticos e de informação pública: a história do progresso da saúde das populações está intimamente ligada à medição das iniquidades em saúde. Foi a observação do excesso de mortalidade entre a classe trabalhadora que originou as reformas do “Grande Despertar Sanitário” da Comissão das Leis dos Pobres no Reino Unido nos anos 1830⁶⁸. A segunda é a criação de espaço para a participação da sociedade civil no modelo das reformas da APS, que têm entre as suas finalidades promover a equidade em saúde: a história dos ganhos em cobertura universal está intimamente associada à história dos movimentos sociais.

Aumentar a visibilidade das iniquidades em saúde

Com o otimismo econômico dos anos 60 e 70 (e a expansão do seguro social nos países industrializados), a pobreza deixou de ser tema prioritário para muitos políticos. Foi preciso Alma-Ata para recolocar a equidade na agenda política. A falta de medição e monitoramento sistemáticos para traduzir esta agenda em desafios concretos tem sido um dos grandes constrangimentos na promoção da agenda da APS. Em anos recentes, as iniquidades em saúde, em especial as relacionadas com a renda, foram estudadas com grande profundidade. A introdução de índices de bens compostos tornou possível reanalisar pesquisas demográficas e de saúde sob o ponto de vista da equidade⁶⁹. Isto gerou uma riqueza de evidências documentadas sobre os diferenciais socioeconômicos em resultados de saúde e no acesso aos cuidados. Foi necessária esta aceleração na medição da pobreza e das desigualdades, particularmente desde meados dos anos 90, para trazer primeiro a pobreza e, depois, de uma forma mais geral, o desafio das iniquidades persistentes para o centro do debate sobre política de saúde.

A medição das iniquidades em saúde é crucial para confrontar as percepções erradas mais frequentes que têm influenciado fortemente os debates sobre política de saúde^{70,71}.

- Simples médias populacionais são suficientes para avaliar um programa – isto não é verdade.
- Os sistemas de saúde pensados para garantir o acesso universal são automaticamente equitativos – são uma condição necessária, mas não suficiente.
- No países pobres, todos são igualmente pobres e igualmente não saudáveis – todas as sociedades são estratificadas.
- A principal preocupação está nas diferenças entre países – a iniquidade em cada país é a que mais preocupa a maioria das pessoas.
- Reformas bem intencionadas para melhorar a eficiência vão, em última análise, beneficiar toda a gente – têm, muitas vezes, consequências iníquas imprevistas.

As medições são importantes por muitas razões².

- É importante conhecer a extensão e compreender a natureza das iniquidades e da

exclusão em saúde numa dada sociedade, de forma a compartilhar essa informação e traduzi-la em objetivos de mudança.

- É igualmente importante, pelas mesmas razões, identificar e compreender os determinantes da iniquidade em saúde não só em termos gerais, mas também dentro de cada contexto nacional específico. As autoridades de saúde devem ser informadas sobre até que ponto as políticas de saúde, atuais ou planejadas, contribuem para as iniquidades, para que possam ser corrigidas.
- O progresso das reformas concebidas para reduzir as iniquidades em saúde, isto é, a promoção da cobertura universal, precisa ser monitorizado para direcionar e corrigir estas reformas à medida que vão sendo implementadas.

Apesar do compromisso, há muito assumido pelos decisores políticos, de valorizar a equidade em saúde, a sua definição e medição refletem avanços recentes nas ciências de saúde pública. A menos que os sistemas de informação recolham dados utilizando estratificadores sociais uniformizados, tais como o nível socioeconômico, gênero, etnia e área geográfica, é difícil identificar e localizar iniquidades e, a não ser que a sua magnitude e natureza sejam divulgadas, é pouco provável que venham a ser abordadas de forma adequada²². A análise por quintis dos bens, dos dados das Pesquisas Demográficas e de Saúde, tiveram uma enorme influência na sensibilização dos decisores políticos para os problemas da equidade em saúde nos seus países. Existem também exemplos de como as capacidades e capacitações domésticas podem ser reforçadas para melhor compreender e gerir problemas de equidade. Por exemplo, o Chile iniciou recentemente a integração dos sistemas de informação no setor da saúde, de forma a obter informação mais abrangente sobre determinantes e melhorar a capacidade de desagregar informação por grupos socioeconômicos. A Indonésia acrescentou módulos de saúde às pesquisas sobre despesa doméstica e demográficos. Investir na capacidade de associar dados socioeconômicos com os da saúde através de identificadores únicos (números nacionais de segurança social ou geo-códigos de

censos) presentes em todos os sistemas de dados administrativos é crucial para a estratificação socioeconômica e disponibiliza informação que, normalmente, não está acessível. No entanto, isto é mais do que um desafio técnico. Medir o progresso da equidade nos sistemas de saúde implica um processo deliberativo explícito para identificar aquilo que constitui uma distribuição justa da saúde mediante déficits e hiatos que podem ser medidos²³. Conta com o desenvolvimento de colaborações institucionais entre múltiplos parceiros, para garantir que a medição e o monitoramento se traduzam em propostas políticas concretas para melhor equidade e mais solidariedade.

Criar espaço para a participação e empoderamento da sociedade civil.

O conhecimento sobre as iniquidades em saúde só será traduzido em propostas políticas se houver pressão social organizada. A pressão por parte das comunidades que sentem o peso das iniquidades existentes e de outros grupos da sociedade civil estão entre os motores mais poderosos que impulsionam as reformas de cobertura universal e os esforços para atingir os inalcançados e os excluídos.

A defesa popular para melhorar a saúde e o bem estar das populações necessitadas aumentou muito nos últimos 30 anos, sobretudo dentro dos próprios países, mas também em termos globais. Existem agora milhares de grupos em todo o mundo, grandes e pequenos, locais e globais, incitando à ação para melhorar a saúde de grupos socialmente desprovidos ou daqueles que sofrem de problemas de saúde específicos. Estes grupos, que praticamente não existiam nos dias de Alma-Ata, constituem uma poderosa voz de ação coletiva.

A mobilização de grupos e comunidades para abordar os problemas de saúde considerados mais importantes, bem como as iniquidades em saúde, constitui um complemento necessário para a abordagem, mais tecnocrática, de cima para baixo, de avaliar as iniquidades sociais e de determinar as prioridades para a ação.

Muitos destes grupos transformaram-se em fortes grupos de pressão, conseguindo, por exemplo, acesso ao tratamento do HIV/AIDS, acabando com as taxas moderadoras e promovendo



a cobertura universal. No entanto, estas vitórias não devem esconder as contribuições do envolvimento direto das comunidades afetadas e das organizações da sociedade civil, na erradicação de fontes de exclusão dentro dos próprios serviços de saúde locais. A “estrutura livre de preconceitos” da Costa Rica é um exemplo entre muitos. Tem sido utilizada com sucesso para fomentar o diálogo com os membros de comunidades vulneráveis e entre eles, através da denúncia de práticas de exclusão e de barreiras ao acesso que não são imediatamente perceptíveis aos prestadores, e do estímulo à ação sobre as causas subjacentes à morbidade observada. Resultados concretos, tais como a reorganização de uma maternidade em torno das necessidades e expectativas das pessoas podem transcender a dimensão local, como aconteceu na Costa Rica, onde uma reorganização local foi adotada como modelo para as reformas nacionais⁷⁴.

No entanto, o próprio sistema de saúde pode fazer muito para, a nível local, diminuir os efeitos das desigualdades sociais e promover um acesso mais justo aos serviços de saúde. A participação social nas ações de saúde torna-se uma realidade ao nível local e, por vezes, é aí que a ação intersectorial envolve mais eficazmente os fatores materiais e sociais que moldam as expectativas de saúde das pessoas, ampliando ou reduzindo as diferenças de equidade em saúde. Exemplo disso são as Zonas de Ação em Saúde no Reino Unido, que foram entidades formadas com base em parcerias, cuja missão era melhorar o bem estar de grupos desfavorecidos. Outro exemplo é o trabalho desenvolvido pelo Município de Barcelona, na Espanha, onde um conjunto de intervenções, incluindo a reforma da atenção primária, foi seguido de melhorias na saúde de vários grupos desfavorecidos, provando que os governos locais podem ajudar a reduzir as iniquidades em saúde⁷⁵.

Caixa 2. Política social na cidade de Ghent, Bélgica: como as autoridades locais podem apoiar a colaboração intersectorial entre as organizações de saúde e de segurança social⁷⁶

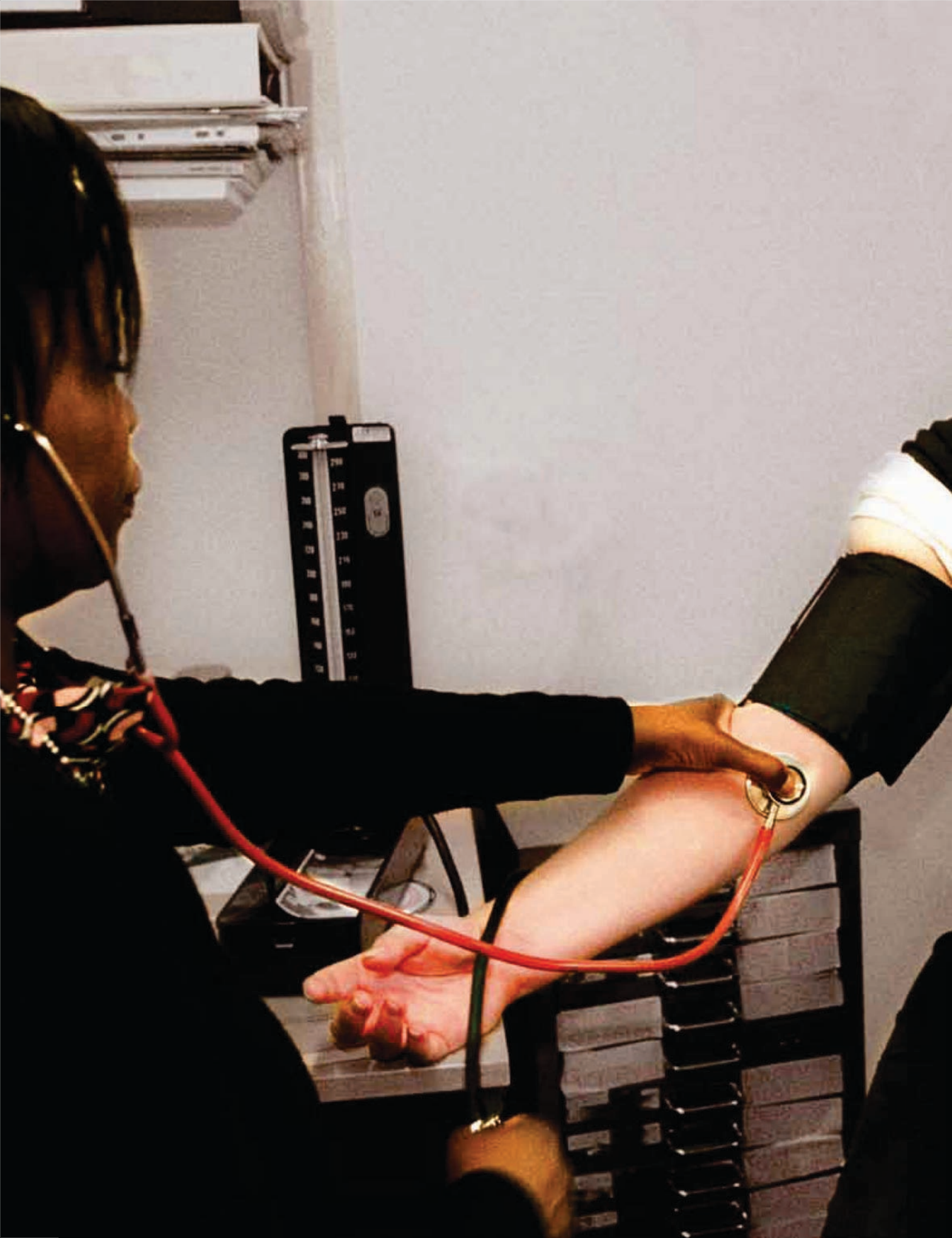
Em 2004, um decreto do governo regional da Flandres, Bélgica, institucionalizou, nas cidades e vilas da região, a participação direta dos parceiros locais e dos cidadãos na colaboração intersectorial sobre direitos sociais. Numa destas cidades, Ghent, cerca de 450 atores locais do setor da saúde e da segurança social foram agrupados em onze fóruns temáticos: ajuda legal, apoio a menores e sua segurança; serviços para jovens e adolescentes; cuidados infantis; minorias culturais étnicas; pessoas portadoras de deficiência; idosos; habitação; trabalho e emprego; pessoas que vivem de “renda crítica”; e saúde.

As autoridades locais facilitaram e apoiaram a colaboração das várias organizações e setores, por exemplo, através da coleta e monitoria de dados, informação e comunicação, acesso a serviços, e esforços para tornar os serviços mais proativos. São também responsáveis pelo trabalho em rede entre todos os setores, com vista a melhorar a coordenação. Identificam os sinais, pontos de estrangulamento, propostas e planos, e são responsáveis por encaminhá-los, se for apropriado, para a província, região, estado federal ou para a União Europeia para que reatam em decisões políticas e legislação. Uma comissão diretiva reporta diretamente à Câmara Municipal e integra o trabalho dos onze fóruns. O apoio da administração e de um grupo de trabalho permanente é crítico para a sustentabilidade e qualidade do trabalho nos diferentes grupos. A participação de todos os parceiros é particularmente proeminente no fórum da saúde: inclui os hospitais locais, médicos de família, serviços de atenção primária, farmacêuticos, instituições de saúde mental, grupos de autoajuda, cuidados domiciliários, agências de promoção da saúde, setor académico, cuidados psiquiátricos domiciliários e centros de saúde comunitária.

Esta complexa rede de colaboração está mostrando resultados. A coordenação intersectorial contribuiu para uma política social local mais eficiente. Para o período 2008-2013, foram identificados quatro temas, num processo que subiu das bases para os decisores políticos: habitação sustentável, acesso a cuidados de saúde, limiares mais reduzidos para acesso a direitos sociais e otimização do crescimento e desenvolvimento. O plano anual de ação operacionaliza a política através de projetos de melhoria em áreas que incluem acesso financeiro aos cuidados de saúde, apoio educacional, cuidados para os sem teto, bem como cuidados infantis acessíveis e flexíveis. Entre as realizações concretas, está a criação da “Casa Social” de Ghent, uma rede de pontos de acesso a serviços situados em diferentes bairros da cidade, onde a prestação de atenção primária está organizada com uma atenção especial às pessoas mais vulneráveis. As organizações participantes relatam que a criação de fóruns setoriais, juntamente com a formalização de cooperação intersectorial, tem melhorado significativamente a forma de abordar os determinantes sociais de saúde na cidade.



34. Gauden GI, Powis B, Tamplin SA. Healthy Islands in the Western Pacific international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:169-178.
35. The World Health Report 2000. *Morbidity to death for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
36. Bossyns P et al. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine & International Health*, 2005, 10:879-887.
37. Tibandebage P, Mackintosh M. The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1385-1395.
38. Segall, M et al. Health care seen by the poor in transitional economies: the case of Vietnam. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Research Reports No. 43).
39. Baru RV. Private health care in India: social characteristics and trends. New Delhi, Sage Publications, 1998.
40. Tu NTH, Huong NTL, Diep NB. Globalisation and its effects on health care and occupational health in Vietnam. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003 (<http://www.unrisd.org>, accessed 19 July 2008).
41. Narayana R. The role of the state in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India. In: Sen B, ed. Restructuring health services in changing contexts and comparative perspectives. London and New Jersey, Med Books, 2003.
42. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. Private health providers in developing countries. Serving the public interest. London and New Jersey, Med Books, 1997.
43. Ogunbekun I, Ogunbekun A, Orobato N. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning* 1999, 14:174-181.
44. Mills A, Bennett S, Russell S. The challenge of health sector reform: what must governments do. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2001.
45. The unbearable cost of illness: poverty, health and access to healthcare – evidence from India Rural district in Tanzania. London, Save the Children, 2001.
46. Ferrinho P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and much wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2001, 17:343-370.
47. Pan American Health Organization and Swedish International Development Agency. Conclusion in health in Latin America and the Caribbean. Washington DC, Pan American Health Organization, 2003 (Extension of Social Protection in Health Series No. 1).
48. Caffré Y, Olivier de Sardan OJP, eds. - ne médecine inhospitalière, les difficultés relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Barthala, 2003.
49. Schellenberg PA et al. Inequalities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. Ifakara, Ifakara Health Research and Development Centre, 2002.
50. Oliver A, ed. Health care priorities: implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network. London, The Nuffield Trust, 2003.
51. Overcoming obstacles to health: report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America. Princeton NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
52. Franks A. Self-determination background paper. National health promotion project. Lismore NSW, Northern Rivers Area Health Service, Division of Population Health, Health Promotion Unit, 2001 (<http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/ABpaper.pdf>, accessed 19 July 2008).
53. Further strengthening Canada's national action plan: progress report. Ottawa, Ministry of Indian Affairs and Northern Development, 2000.
54. King A, Turia T. Helebro' ai oran: a national health strategy. Wellington, Ministry of Health of New Zealand, 2002.
55. Cecile MT et al. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707-720.
56. Murray C, Bullock S, Ezzati M. Eight Americas: new perspectives on U.S. health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:4-10.
57. Paterson I, Judge B. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge, 2002.
58. Doblin L, Leake BD. Ambulatory health services provided to low-income and homeless adult patients in a major community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 1996 11:156-162.
59. Frenz P. Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity in Chilean case study prepared for the CCH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
60. Emanuel L, Fuchs VR. Health care vouchers: a proposal for universal coverage. *Health Affairs (Millwood)* 2005, 24:1255-1260.
61. Morris S et al. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*, 2004, 364:2030-2037.
62. Armstrong RM et al. INET: a social marketing programme of treated nets and net treatment for malaria control in Tanzania, with evaluation of child health and long-term survival. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93:225-231.
63. Adiel B et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. *Health Affairs (Millwood)* 2003, 22:163-171.
64. Kirby D, Waszak C, Egler V. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 1991, 23:6-16.
65. Meng H et al. Effect of a consumer-directed voucher and a disease management health promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 2005, 45:167-176.
66. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low and middle income countries. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1900-1910.
67. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck A, eds. Reaching the poor with health nutrition and population services. What works and what doesn't and why. Washington DC, The World Bank, 2005.
68. Sretzer, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Society for the Social History of Medicine*, 1988, 1:1-41.
69. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Affairs (Millwood)* 2007, 22:348-351.
70. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Affairs (Millwood)* 2002, 21:117-129.
71. Whitehead M et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 1997, 315:1006-1009.
72. Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:597-603.
73. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low income countries escape the medical poverty trap. *Lancet*, 2001, 358:833-836.
74. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva, Global Forum for Health Research, 2006 (<http://www.globalforumhealth.org/Site/002/What%20we%20do/005/Publications/010/BIAS%20FREE.php>, accessed 19 July 2008).
75. Benach B, Borell C, Daponte A. Spain. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge, 2002.
76. Balthazar T, Versnick G. O plan social de saúde. Relatório de acompanhamento 2008. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, 2008 (<http://www.lokaalsociaalbeleidgent.be/documenten/publicaties/2008/LSB/plan%20Gent.pdf>, accessed 23 July 2008).



Atenção Primária*

Dar prioridade às pessoas



Este capítulo descreve como, na interface entre uma população e o sistema de saúde, a atenção primária pode vir a ser facilitadora de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde¹. O capítulo começa por descrever as características dos cuidados de saúde que, junto com a efetividade e a segurança, são essenciais para assegurar ganhos em saúde e melhores resultados sociais.

Capítulo 3

Bons cuidados têm a ver com pessoas	44
O que distingue a atenção primária	46
Organização de redes de atenção primária	56
Monitoramento do progresso	61

* Nota dos tradutores: respeitando a intenção dos editores deste Relatório Mundial de Saúde, os tradutores diferenciam a tradução de “primary health care” (para “atenção primária em saúde”) da tradução de “primary care” (“atenção primária”). Embora no glossário para Medicina Geral e Familiar (tradução portuguesa da WONCA de 1997) “primary health care” e “primary care” sejam sinónimos definidos de acordo com a definição de Alma Ata, Saltman e colegas no livro “Primary care in the driver’s seat?”, (<http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf>) reconhecendo que os conceitos de “atenção primária” e “atenção primária em saúde” sejam muitas vezes utilizados como sinónimos, consideram no entanto que representam diferentes aspectos do desenvolvimento e articulação do primeiro nível de cuidados. A “atenção primária” corresponde a uma área mais limitada de intervenção que coincide com o subconjunto de funções, serviços e atividades prestado no contexto de sistemas de serviços de saúde; implicam uma resposta de profissionais de saúde quando o usuário entra em contato com serviços de saúde de primeira linha; é o ponto focal dos atuais esforços para melhorar a coerência e coordenação na prestação de cuidados de saúde. Esta forma de pensar a “atenção primária”, implica que ela vai além dos cuidados prestados por clínicos gerais ou médicos de família, mas fica aquém das expectativas associadas ao conceito de “atenção primária em saúde” como definido em Alma Ata.

Estas características são: a orientação para a pessoa, a abrangência e integração, e a continuidade dos cuidados, assim como a existência de um ponto de entrada regular no sistema de saúde, de modo a tornar possível construir uma relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde. O capítulo esclarece o que isto implica para a organização da prestação de cuidados de saúde: uma mudança de ênfase nos cuidados especializados para cuidados generalistas ambulatoriais, com responsabilidade por uma população definida e capacidade para coordenar os apoios necessários dos hospitais, dos serviços especializados e das organizações da sociedade civil.

Bons cuidados têm a ver com pessoas

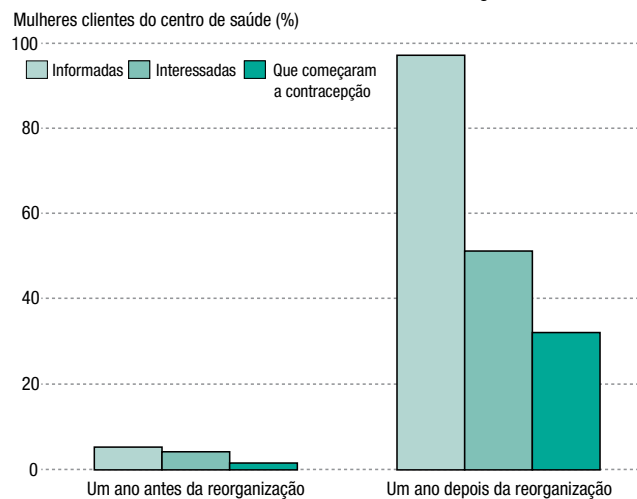
As ciências biomédicas ocupam e devem continuar a ocupar uma posição central na medicina moderna. Contudo, já À illiam Osler, um dos seus fundadores, realçou que “é mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que que tipo de doença tem o doente”². O reconhecimento insuficiente da dimensão humana na saúde e da necessidade de adaptar a resposta dos serviços de saúde à especificidade de cada comunidade e de cada situação individual representam a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos, resultando não somente em iniquidades e resultados sociais adversos, mas reduzindo também os ganhos em saúde esperados dos investimentos nos serviços de saúde.

Dar prioridade às pessoas, o âmago das reformas da prestação de serviços, não é um princípio trivial. Pode exigir – mesmo que muitas vezes sejam simples de alcançar – mudanças significativas nas rotinas habituais. A reorganização de um centro médico no Alasca, nos Estados Unidos, que regista 45.000 contatos com doentes por ano, ilustra o possível alcance dos efeitos da mudança. O centro funcionava sem grande satisfação, tanto da parte dos funcionários como dos usuários, até que foi decidido estabelecer-se um relacionamento direto entre cada indivíduo e família na comunidade e um membro específico da equipe de saúde do centro³. Os funcionários passaram a estar melhor colocados para saberem

o histórico médico dos “seus” doentes e para compreenderem a sua situação pessoal e familiar. As pessoas passaram a estar numa posição em que conheciam melhor e tinham mais confiança no seu prestador de cuidados de saúde pessoais: já não tratavam com uma instituição mas com o seu prestador de cuidados de saúde. As queixas sobre serviços compartimentados e fragmentados diminuíram⁴. As urgências foram reduzidas para cerca de metade e os encaminhamentos para cuidados especializados diminuíram em 30%; os tempos de espera encurtaram significativamente. Com menos visitas repetidas para problemas de saúde não resolvidos, houve uma redução real da carga de trabalho e a satisfação profissional dos funcionários melhorou. Mais importante ainda, as pessoas começaram a sentir que estavam sendo ouvidas e que eram respeitadas - um aspecto essencial do que as pessoas valorizam nos cuidados de saúde^{5,6}. Um sistema burocrático lento foi assim transformado num sistema que passou a permitir aos seus clientes algum protagonismo e sentido de propriedade e a responder-lhes com sensibilidade⁴.

Num outro cenário, muito diferente, os centros de saúde de Ouallam, num distrito rural do Níger, implementaram igualmente uma reorganização simples da sua maneira de trabalhar, de forma a garantir uma maior atenção à pessoa. Em vez das tradicionais consultas de cuidados curativos

Figura 3.1 O efeito na adesão à contraceção da reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais do Níger





de manhã e das clínicas especializadas de tarde (acompanhamento do crescimento, planejamento familiar, etc.), a totalidade do conjunto dos serviços passou a estar sempre disponível, e as enfermeiras foram orientadas no sentido de se envolverem num diálogo ativo com seus pacientes. Por exemplo, deixaram de esperar que fossem as mulheres a pedir contracepção e passaram, em todos os contatos, a informá-las ativamente da sua relevância e disponibilidade assim como da variedade de métodos disponíveis. Em alguns meses, uma baixa cobertura do planejamento familiar, até então atribuída a constrangimentos culturais, passou a ser uma coisa do passado (Figura 3.1)⁷.

As experiências das pessoas com os cuidados que lhes são prestados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas quando vivem um problema e procuram a ajuda dos serviços de saúde.

As pessoas valorizam alguma liberdade na escolha de um prestador da saúde porque

esperam por um em quem possam confiar e que as atenda prontamente num ambiente adequado, com respeito e confidencialidade⁸.

A prestação de cuidados de saúde pode tornar-se mais eficaz se realizada com maior consideração e disponibilidade, como no distrito de Ouallam. No entanto, a atenção primária é mais do que uma redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza por parte dos funcionários no atendimento. Os funcionários dos serviços de saúde têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potencializada⁹, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo, com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento¹⁰.

As reformas da prestação de serviços defendidas pelo movimento da atenção primária em saúde (APS) têm por finalidade colocar as pessoas na âmago dos cuidados de saúde, de forma

Tabela 3.1 Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas

Cuidados médicos ambulatoriais convencionais em clínicas ou em postos de atendimento externo	Programas de controle de doenças	Atenção Primária orientada para a pessoa
Centrado na doença e na cura	Centrado em doenças prioritárias	Centrado nas necessidades da saúde
Relação limitada ao momento da consulta	Relação limitada à implementação do programa	Relação personalizada duradoura
Episódio de cuidado curativo	Intervenções de controle de doenças definidas no programa	Abrangência, continuidade e orientação para a pessoa
Responsabilidade limitada ao aconselhamento no momento da consulta	Responsabilidade por metas do controle da doença na população alvo	Responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença
Os usuários são consumidores dos cuidados que procuram	Grupos da população são alvo de intervenções de controle da doença	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade

a torná-los mais efetivos, eficientes e equitativos. Os serviços de saúde bem sucedidos na consecução desta intenção apostam num relacionamento estreito e direto entre os indivíduos, as comunidades e os seus cuidadores. Estabelecem-se, assim, as condições de orientação para a pessoa, continuidade, abrangência e integração, que constituem, no seu conjunto, as características que diferenciam a atenção primária. O quadro 3.1 resume as diferenças entre atenção primária e os cuidados prestados em locais mais convencionais como clínicas, consultas externas de hospitais, ou através dos serviços próprios de programas de controle de doenças, tão frequentes em situações de escassez de recursos. A seção a seguir define estas características da atenção primária, e descreve como contribuem para ganhos em saúde e para melhores resultados sociais.

O que distingue a atenção primária

☒ efetividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos

Os cuidados de saúde têm de ser efetivos e seguros. Tanto os profissionais como o público em geral tendem a avaliar o desempenho dos seus serviços de saúde de forma exageradamente favorável. O surgimento da medicina baseada na evidência, nos anos 80, ajudou a impor a força e a disciplina da evidência científica à tomada de decisão sobre cuidados de saúde¹¹, compatibilizando-a também com os valores e as preferências dos doentes¹². Durante a última década, várias centenas de revisões de efetividade foram finalizadas¹³ e conduziram a uma maior disponibilidade de informação para os prestadores de cuidados sobre as melhores escolhas terapêuticas para cuidarem dos seus doentes.

No entanto, a medicina baseada na evidência não pode garantir que os cuidados médicos sejam sempre efetivos e seguros. A compreensão crescente das múltiplas formas em que os cuidados podem vir a ser comprometidos, está contribuindo para uma melhoria gradual nos padrões de qualidade e de segurança (caixa 3.1). Até o momento, e principalmente em países de renda alta e média, tais esforços têm-se concentrado, de uma forma desproporcional, nos cuidados

hospitalares e nos prestados por especialistas. A efetividade e a segurança dos cuidados ambulatoriais de caráter generalista, onde a maioria de interações entre as pessoas e os serviços de saúde ocorrem, têm recebido menos atenção¹⁴. A falta de qualidade e de segurança são questões particularmente importantes nos serviços comerciais não regulamentados de muitos países em desenvolvimento (Caixa 3.2).

Os parâmetros técnicos e de segurança não são os únicos determinantes dos resultados dos cuidados médicos. A decepcionante taxa de insucesso em impedir a transmissão do HIV da mãe para filho na Costa do Marfim (figura 3.2), ilustra bem que outras características da organização dos cuidados médicos são singularmente críticas – a disponibilidade de bons medicamentos não é suficiente.

A forma como os serviços tratam as pessoas é igualmente importante. Estudos na Austrália, no Canadá, na Alemanha, na Nova Zelândia, no Reino Unido e nos Estados Unidos mostram que um elevado número de pacientes menciona riscos na segurança, baixa coordenação do cuidado e deficiência na atenção a condições crônicas²⁵. A comunicação com os usuários é frequentemente inadequada e não transmite muitas vezes informação suficiente sobre o regime de tratamento prescrito. Quase metade dos doentes sente que os médicos raramente ou nunca lhes pedem opinião sobre o tratamento que lhes é estabelecido. Os doentes consultam muitas vezes prestadores diferentes para situações relacionadas ou mesmo para as mesmas situações o que, dada a falta de coordenação entre estes prestadores, conduz a duplicações e a contradições²⁵. Esta situação é similar à descrita em outros países, tais como a Etiópia²⁶, o Paquistão²⁷ e o Zimbábue²⁸.

No entanto, tem-se observado algum progresso nos últimos anos. Nos países de renda alta, o confronto com a doença crônica, os problemas de saúde mentais, a multimorbidade e a dimensão social da doença focaram a atenção na necessidade de uma maior compreensão e orientação para a pessoa e na continuidade dos cuidados. Isto tem resultado não somente da pressão por parte dos usuários mas, igualmente, do reconhecimento pelos profissionais da importância crítica de cuidados com estas características



para a obtenção de melhores resultados para seus pacientes. Muitos profissionais de saúde começaram a entender as limitações de abordagens estritamente biomédicas, à doença cardiovascular por exemplo, e a contemplar regimes terapêuticos em que as fronteiras entre os cuidados curativos, a medicina preventiva e a promoção da saúde se confundem.

Nos países de baixa renda esta evolução é igualmente visível. Nos últimos anos, depois de uma reflexão meticulosa, muitos dos programas

orientados especificamente para doenças infecciosas prioritárias começaram a levar em consideração a abrangência, a orientação para o

Caixa 3.1 Rumo a uma ciência e cultura de aperfeiçoamento: evidências para a promoção da segurança do paciente e de melhores resultados

O resultado dos cuidados de saúde resulta do equilíbrio entre o valor agregado do tratamento ou intervenção, e dos seus efeitos adversos no doente¹⁸. Até há pouco tempo, a dimensão e impacto desses efeitos adversos eram consideravelmente subestimados. Em países industrializados, aproximadamente 1 em cada 10 doentes sofre, durante a prestação de cuidados de saúde, de efeitos adversos evitáveis¹⁹ que, nos Estados Unidos, podem estar associados a cerca de 98 000 mortes por ano¹⁸. Fatores múltiplos contribuem para esta situação²⁰, desde erros sistêmicos a problemas de incompetência, pressão social sobre os doentes para se submeterem a tratamentos melindrosos, à utilização incorreta de tecnologia²⁰. Por exemplo, quase 40% dos 16 bilhões de injeções administradas no mundo inteiro todos os anos, são dadas com seringas e agulhas reutilizadas sem esterilização¹⁹. Todos os anos, estas injeções, sem margem de segurança, causam 1,3 milhões de mortes e quase 26 milhões de anos de vida são perdidos, especialmente por causa da transmissão das hepatites B e C, e do HIV²⁰.

Particularmente inquietante é a escassez de informação sobre a extensão e os determinantes da insegurança associada aos cuidados de saúde em países de baixo e médio rendimento. Com a comercialização não regulamentada dos cuidados, o fraco sistema de controle da qualidade e a escassez dos recursos da saúde, os usuários dos serviços de saúde em países de baixo rendimento estão provavelmente ainda mais expostos a efeitos adversos e às suas consequências nefastas do que os pacientes em países de alto rendimento. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente²², entre outras, advoga o aumento da segurança dos pacientes, privilegiando intervenções sistêmicas e mudanças na cultura organizacional, em alternativa à procura de responsabilidades e à denúncia de más práticas individuais, seja de administradores, médicos ou outros prestadores de cuidados²³.

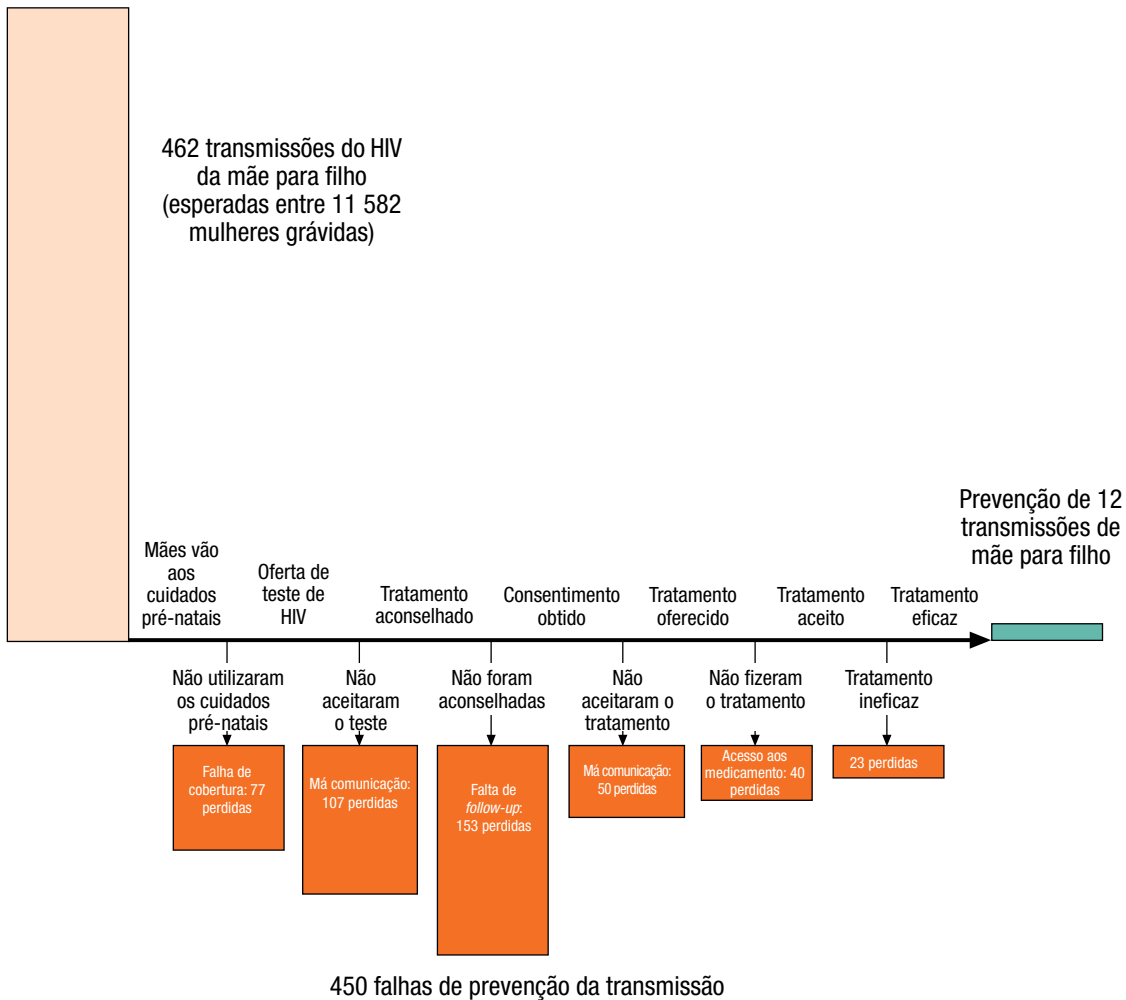
Caixa 3.2 Quando a procura induzida pela oferta e movida pelo consumidor determinam o tratamento médico: os cuidados ambulatoriais na Índia

“A Senhora S é uma doente típica das que vivem na área urbana de Nova Delhi. Num raio de 15 minutos a pé da sua casa encontram-se cerca de 70 prestadores de cuidados de saúde do setor privado. Dirige-se a uma clínica privada gerida pelo Dr. SM e pela sua esposa. Na entrada da clínica, uma placa bem visível anuncia a “Doutora MM, medalhista de ouro, MBBS”, dando a entender que a clínica é apoiada por uma médica altamente qualificada (um MBBS é a sigla para a licenciatura em medicina no sistema educacional britânico). Mas na prática, a Doutora MM raramente aparece na clínica. Informamos que ela por vezes aparece por volta das 4 horas da tarde para evitar as grandes filas que se formam quando se sabe que ela está presente. Descobrimos, mais tarde, que tem o seu nome franqueado por várias clínicas. Entretanto, a Senhora S é atendida pelo Dr. SM e a sua esposa, ambos formados em medicina tradicional de base Ayurvédica com um curso à distância de seis meses. O médico e a sua esposa sentam-se por detrás de uma pequena mesa rodeada, de um lado, por um grande número de frascos cheios de comprimidos, e do outro, por um banco com os pacientes, que se estendem em fila pela rua. A Senhora S senta-se na extremidade deste banco. O Dr. SM e a sua esposa são os prestadores de cuidados médicos mais populares na vizinhança, com mais de 200 doentes por dia. O médico gasta uma média de 3,5 minutos com cada doente, faz 3,2 perguntas e executa uma média de 2,5 exames. Depois do diagnóstico, o médico retira dois ou três comprimidos diferentes, esmaga-os com um pilão num recipiente e embala o pó resultante em pacotes pequenos de papel que dá à Senhora S e recomenda que os tome durante dois ou três dias. Estes medicamentos incluem geralmente um antibiótico, um analgésico e um anti-inflamatório. O Dr. SM diz-nos que se confronta constantemente com as expectativas fantasiosas dos doentes, não só pelo seu número elevado mas também pela procura de tratamentos que até ele sabe que são ineficazes. O Dr. SM e a sua esposa parecem altamente empenhados em garantir bons cuidados aos seus doentes e mesmo com uma sala de consultas cheia, eles passam mais tempo com seus doentes durante uma consulta do que os médicos do setor público. Mas, não se sentem constrangidos a agir dentro dos limites impostos pela formação que receberam e dos conhecimentos que têm e estão à vontade para tratar os seus doentes com comprimidos esmagados em um pacote de papel, o que aumenta a procura e lhes permite cobrar preços mais elevados pelas suas consultas²⁴.”

doente e a continuidade. Os serviços maternos e de saúde infantil têm estado frequentemente no pelotão da frente destas tentativas, reorganizando-se em cuidados abrangentes e com continuidade. Este processo foi consolidado através da “Administração Integrada da Doença na Infância”, iniciativa conjunta da NICEF³⁸ e OMS³⁸. A experiência dos profissionais de saúde nos países em vias de desenvolvimento com programas como o Programa Ampliado de Vacinação

da OMS, colocou-os em vantagem em relação aos seus colegas dos países mais desenvolvidos, com uma melhor compreensão da necessidade de cuidarem não só dos seus doentes, mas também de garantirem uma cobertura populacional adequada. Mais recentemente, os programas de HIV/AIDS focaram a atenção dos prestadores e dos responsáveis políticos na importância do aconselhamento, na continuidade dos cuidados, na complementaridade

Figura 3.2 Oportunidades perdidas para prevenção da transmissão do HIV da mãe para filho na Costa do Marfim²⁹: só é prevenida uma fração minúscula das transmissões esperadas





da prevenção, do tratamento e dos cuidados paliativos, de uma forma crítica, no valor da empatia e de ouvir os doentes.

Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas

Quando as pessoas estão doentes, preocupam-se mais com a sua própria adversidade do que com considerações de ordem administrativa, de produtividade, de objetivos de saúde, de custo-eficácia e de organização racional dos serviços. Cada indivíduo tem uma maneira própria de viver os seus problemas da saúde, no seu contexto particular³⁷. Os trabalhadores de saúde têm que saber reconhecer e responder a essa diversidade de respostas. Para os trabalhadores de saúde

na interface entre a população e os serviços de saúde o desafio é muito mais complexo do que para os que operam em serviços especializados de referência, onde a abordagem de uma doença corresponde geralmente a respostas técnicas que são relativamente evidentes. A abordagem de problemas de saúde na interface é, geralmente, complexa. Esta complexidade está associada à necessidade de garantir uma abordagem holística que considere aspectos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive. A falta de consideração à pessoa na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam reconhecidos aspectos

Caixa 3.3 Resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres

A violência doméstica tem inúmeras consequências, bem documentadas, para a saúde das mulheres (e das suas crianças), incluindo ferimentos, síndromes de dor crônica, gestações acidentais e não desejadas, complicações da gravidez, infecções sexualmente transmitidas e um grande número de problemas de saúde mental⁴⁰. As mulheres que sofrem violência são usuárias frequentes dos serviços de saúde. Os trabalhadores de saúde estão, conseqüentemente, numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referência para apoios psicossociais, legais e outros. A sua intervenção permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher, bem como das suas crianças, e pode igualmente ajudar a impedir futuros episódios de violência.

A investigação tem mostrado que a maioria das mulheres pensam que os prestadores de cuidados de saúde deveriam inquirir sobre a violência⁴⁰. Não esperam, no entanto, que eles resolvam o seu problema, mas gostariam de ser escutadas e tratadas de uma forma que as ajude a ganharem a força que precisam para assumirem o controle das suas decisões. Os prestadores de cuidados de saúde têm, muitas vezes, dificuldade em interrogar as mulheres sobre violência. Falta-lhes tempo, formação e competência para o fazerem corretamente, e mostram relutância em se envolverem em procedimentos judiciais. A aproximação mais efetiva para os prestadores de saúde utilizarem na sua resposta à violência é ainda matéria de debate⁴⁰. Mulheres, geralmente, recomendado que perguntem a todas as mulheres, como parte da rotina de avaliação da sua saúde, sobre episódios de violência doméstica⁴². Diversas reavaliações mostram que esta abordagem aumenta a taxa de identificação das mulheres vítimas de violência, nas clínicas pré-natais e de atenção primária, mas com escassa evidência de sustentabilidade⁴⁰, ou de efetividade em termos de obtenção de ganhos em saúde⁴⁰. Entre mulheres que permanecem em abrigos, está provado que as que recebem aconselhamento específico sofrem de uma taxa mais baixa de reincidência de violência e referem uma melhor qualidade de vida⁴⁴. Similarmente, entre as mulheres que sofrem violência durante a gravidez, aquelas que receberam aconselhamento que as tornou mais conscientes de si descreveram um melhor relacionamento e menos abusos psicológicos e físicos graves, e têm scores mais baixos de depressões pós-natal⁴⁰.

Embora não haja consenso sobre a estratégia mais efetiva a adotar, está a emergir a compreensão de que faz parte do trabalho de um serviço de saúde ajudar a identificar e a apoiar as mulheres vítimas de violência⁴⁰, e que os prestadores de cuidados de saúde devem estar capacitados para darem resposta a estas situações, visto que essa resposta é importante para empoderar as vítimas com capacidades e competências essenciais. Os prestadores de cuidados de saúde têm, no mínimo, de estar informados sobre a violência contra as mulheres, a sua prevalência e impacto na saúde, quando a suspeitar, e qual a melhor resposta. Este problema tem, claramente, dimensões técnicas que não podem ser ignoradas. Por exemplo, no caso de agressão sexual, os prestadores precisam de ser capazes de oferecer o tratamento e prestar os cuidados necessários, incluindo contraceção de emergência e profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, quando relevante, assim como apoio psicossocial. Há, também, outras dimensões, como a documentação de evidência física de trauma pelos trabalhadores de saúde, de uma forma o mais exaustiva possível⁴⁰ e o trabalho com as comunidades em particular com homens e rapazes em na mudança de atitudes e de práticas relacionadas à desigualdade de género e à violência.

Tabela 3.2 Orientação para a pessoa: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhoria da intensidade do tratamento e qualidade de vida ☒ Ferrer (2005) ^{54f}
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes ☒ Gulbrandsen (1997) ^{55g}
Melhoria da satisfação com a comunicação ☒ Xaturapatporn (2007) ^{56h}
Melhoria da confiança do paciente em relação a problemas delicados ☒ XovessXMasféty (2007) ⁵⁷ⁱ
Aumento da confiança e da adesão ao tratamento ☒ Fiscella (2004) ⁵²
Melhor integração dos cuidados de prevenção e de promoção ☒ Mead (1982) ⁵⁰

importantes do problema de saúde que não são facilmente classificados em categorias reconhecidas de doenças. A violência doméstica contra as mulheres (Caixa 3.3), por exemplo, pode ser detectada, prevenida ou reduzida por serviços de saúde atentos que têm uma relação de proximidade com as comunidades que servem e por trabalhadores de saúde que conhecem as pessoas da sua comunidade.

As pessoas querem a compreensão do seu assistente de saúde para o seu sofrimento e para as limitações que enfrentam. Infelizmente, muitos prestadores negligenciam este aspecto da relação terapêutica, particularmente quando se relacionam com membros dos grupos sociais mais desfavorecidos. Em muitos serviços de saúde, a abrangência e a orientação para a pessoa são tratados como bens de luxo a serem dispensados somente a alguns mais privilegiados.

Durante os últimos 30 anos, um corpo considerável de investigação trouxe à luz evidências de que a orientação para a pessoa é importante, não só para aliviar a ansiedade do paciente mas também para melhorar a satisfação profissional⁵⁸ do prestador. A probabilidade da resposta a um problema de saúde ser efetiva é mais elevada se o prestador compreender as várias dimensões desse problema⁵⁷. O simples perguntar aos doentes como se sentem com a sua doença e como é

que ela afeta as suas vidas, em vez de se centrar a atenção inicial diretamente na doença, aumenta a confiança do doente no seu assistente e a sua conformidade com a terapêutica recomendada⁵², o que também facilita que o doente e o prestador assumam uma relação de parceria na gestão clínica, uma situação facilitadora da integração da prevenção e da promoção da saúde na resposta terapêutica^{59,57}. Assim, a orientação para a pessoa transforma-se num “método clínico com participação democrática”⁵³, obviamente melhorando a qualidade dos cuidados, o sucesso do tratamento e a qualidade de vida daqueles que se beneficiam de tais cuidados (Quadro 3.2).

Na prática, os clínicos raramente falam com os doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põem à sua apreciação as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o problema de saúde⁵⁸. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efetividade dos cuidados que prestam⁵⁸.

Assim sendo, recomendações técnicas sobre estilos de vida, regimes terapêuticos, ou encaminhamento, frequentemente negligenciam a consideração de constrangimentos associados ao ambiente em que as pessoas vivem e as possibilidades de auto-ajuda para uma multiplicidade de problemas de saúde que vão da doença diarreica⁶⁰ à gestão do diabetes⁶¹. Contudo, nem a enfermeira no centro de saúde rural na Nigéria, nem o médico generalista na Bélgica conseguem, por exemplo, encaminhar um doente para um hospital sem negociação com ele^{62,63}: para o fazer têm que levar em consideração normas médicas assim como os valores do doente, os valores da família, e os seus estilos e perspectivas de vida⁶⁴.

Poucos prestadores de saúde receberam formação que os habilite a prestarem cuidados orientados para a pessoa. Esta falta da preparação pode ainda ser agravada por conflitos interculturais, pela estratificação social, pela discriminação e pela estigmatização⁶⁵. As consequências disso são que o considerável potencial das pessoas virem a contribuir para a sua própria saúde através da adequação dos seus estilos de vida, dos seus comportamentos e da autoajuda, e a possibilidade de otimização do aconselhamento



Caixa 3.4 Empoderamento dos usuários para contribuírem para a sua própria saúde

As famílias podem ser empoderadas para fazerem escolhas relevantes para a sua saúde. O parto e os planos de emergência⁶⁶ resultam, por exemplo, de uma análise pela mãe expectante e a equipe da saúde — bem antes do parto — das suas expectativas em relação ao nascimento. Os assuntos discutidos incluem o local do nascimento e, no momento do parto, a organização dos afazeres domésticos e do cuidar de outros filhos, se os houver. A discussão pode incluir o planejamento das despesas esperadas, os arranjos para transporte, e suprimentos médicos, assim como, para a eventualidade de hemorragias, a identificação de um doador de sangue compatível. Este tipo de planejamento do parto está sendo adotado em países tão diversos quanto o Egito, a Guatemala, a Indonésia, os Países Baixos e a República Unida da Tanzânia. Constitui um exemplo de como as pessoas podem participar e ser empoderadas, nas decisões que dizem respeito à sua saúde⁶⁷. As estratégias de empoderamento podem melhorar a saúde, e ter impactos sociais positivos pelas vias mais diversas; as condições para o sucesso são que estejam enraizadas no contexto local e embasadas num relacionamento estreito e direto entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde⁶⁸. As estratégias podem referenciar-se a uma multiplicidade de áreas, como a seguir elencadas:

- desenvolver as potencialidades familiares em produzir saúde, tomar decisões saudáveis e responder às emergências, a saber: organização de autoajuda entre diabéticos, na França⁶⁹, programas de empoderamento familiar e de formação dos pais, na África do Sul⁷⁰; planos de parto seguro negociados, na República Unida da Tanzânia⁷¹, e programa de envelhecimento ativo, no México⁷²;
- aumentar a conscientização dos cidadãos para os seus direitos, necessidades e potenciais problemas, tais como: informação sobre direitos, no Chile⁷³, e Declaração dos Direitos dos Doentes, na Tailândia⁷⁴;
- reforçar laços para garantir o apoio social nas comunidades e com o sistema de saúde, por exemplo: apoio e aconselhamento aos cuidadores familiares sobre os cuidados a ter com a demência nos países em vias de desenvolvimento⁷⁵, programas de crédito rural e o seu impacto na procura de cuidados em Bangladesh⁷⁶, iniciativas ambientais de bairro, no Líbano⁷⁷.

profissional às suas circunstâncias de vida, são subutilizadas. Há numerosas oportunidades, embora frequentemente ignoradas, que potencialmente conduzem a uma maior participação das pessoas nas decisões que afetam a sua própria saúde e a saúde das suas famílias (Caixa 3.4). Este empoderamento exige prestadores de cuidados de saúde capazes de se relacionarem com as pessoas de forma a ajudá-las a fazerem escolhas informadas e acertadas. O estabelecimento deste tipo de diálogo é, muitas vezes, contrariado pelos sistemas de pagamento e pelos incentivos existentes nos sistemas de prestação de serviços⁶⁵. Conflitos de interesses entre prestadores e doentes, particularmente em serviços de saúde de caráter comercial e não regulamentados, são o principal desincentivo à prestação de cuidados orientados para a pessoa. Os prestadores comerciais podem parecer mais atenciosos e amigáveis do que no centro de saúde típico, o que não compensa devido à falta de orientação para a pessoa durante a prestação de cuidados.

Respostas abrangentes e integradas

A diversidade das necessidades e dos desafios de saúde que as pessoas enfrentam não se encaixam necessariamente nas categorias de

diagnósticos descritas em livros de promoção da saúde ou de cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação^{78,79}. Ela exige a mobilização de uma bateria abrangente de recursos que podem incluir desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou referência a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliares para doenças crônicas ou prolongadas e, em alguns modelos, de serviços sociais⁸⁰. — no ponto de entrada no sistema de saúde, onde as pessoas se apresentam em primeira-mão com o seu problema, que se faz sentir a maior necessidade por uma oferta abrangente e integrada de cuidados.

A abrangência faz sentido sob as perspectivas gestora e operacional e enriquece as ofertas e as respostas do sistema de saúde (Quadro 3.3). As pessoas procuram mais os serviços quando percebem que a oferta de cuidados nesses serviços é abrangente. Além disso, maximiza oportunidades para a prevenção da doença e a promoção da saúde, reduzindo ao mesmo tempo a dependência desnecessária dos cuidados especializados ou hospitalares⁸¹. A especialização tem os seus confortos, mas a fragmentação que provoca é, muitas vezes, visivelmente contraprodutiva e ineficiente: não faz nenhum sentido monitorar o

Tabela 3.3 Abrangência: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhores resultados de saúde \square Forrest (1996) ⁸² , Chande (1996) ⁸³ , Starfield (1998) ⁸⁴
Aumento da cobertura por cuidados de prevenção de doenças (por exemplo, controle da pressão arterial, mamografias, papanicolau) Bindman (1996) ⁸⁵
Redução de doentes admitidos com complicações evitáveis de doenças crônicas \square Shea (1992) ⁸⁶

crescimento das crianças e negligenciar a saúde das suas mães (e vice-versa), ou tratar alguém com tuberculose sem considerar se está infectado com o HIV ou se fuma.

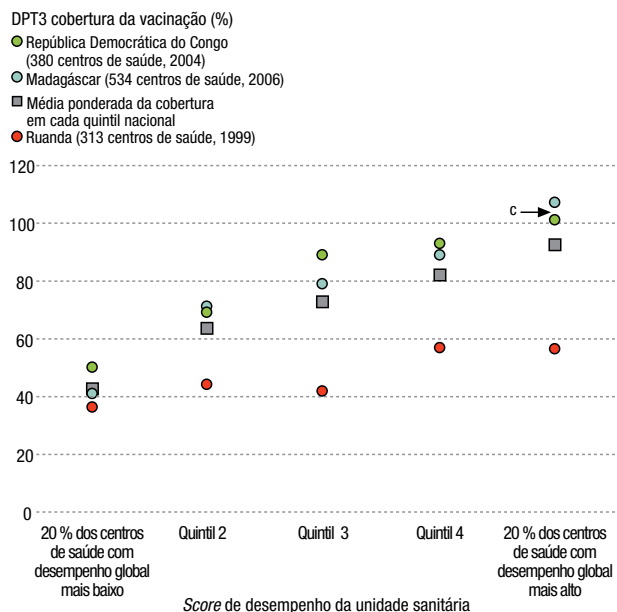
Isto não implica que os trabalhadores da saúde, responsáveis por responder a estes primeiros contatos com o sistema de saúde, tenham que dar respostas e conseguir resolver todos os problemas de saúde que se lhes apresentam, nem que todos os programas de saúde precisem desenvolver as suas atividades assistenciais obrigatoriamente através de serviços integrados. No entanto, uma equipe de atenção primária tem que ser capaz de encontrar respostas para a maioria dos problemas de saúde na comunidade que serve. Quando não pode fazê-lo, tem que ter a capacidade de mobilizar recursos extras, referenciando ou recorrendo ao apoio de especialistas, hospitais, centros de diagnóstico e de tratamento especializado, programas de saúde pública, serviços de cuidados prolongados, cuidados no domicílio ou serviços sociais, ou outras organizações autônomas da comunidade. Isto não implica abdicar de responsabilidades: a equipe de atenção primária permanecerá responsável por ajudar as pessoas a navegar neste ambiente complexo.

Cuidados abrangentes e integrados para o conjunto dos problemas de saúde na comunidade são mais eficientes do que recorrer a serviços diferentes para problemas selecionados porque, em parte, contribuem para um melhor conhecimento da população e criam um ambiente em que impera uma maior confiança. Num contexto abrangente as atividades reforçam-se mutuamente. Os serviços de saúde que oferecem um

conjunto de serviços abrangentes, aumentam a utilização e a cobertura de, por exemplo, programas preventivos, tais como rastreios dos cânceres ou de vacinações (Figura 3.3). Previnem complicações e melhoram os resultados de saúde.

Mesmo na ausência de uma procura explícita, os serviços abrangentes podem facilitar a detecção precoce e a prevenção de vários problemas. Há indivíduos e grupos que podem vir a beneficiar-se de cuidados mesmo que não exista da sua parte uma procura explícita e espontânea desses cuidados, como no caso das mulheres que recorrem aos centros de saúde no distrito de Ouallam, no Níger, ou de pessoas com hipertensão ou depressão não diagnosticada. A detecção precoce da doença, os cuidados preventivos para reduzir a incidência de doenças, a promoção da saúde para reduzir os comportamentos de risco e a correção dos determinantes sociais, e outros, da saúde, tudo isto exige que sejam os serviços de saúde a tomar a iniciativa. Para muitos problemas, os trabalhadores de saúde locais são os únicos que estão numa posição para,

Figura 3.3 Os centros de saúde com maior abrangência do cuidado têm melhor cobertura vacinal^{a,b}



^a Total de 1227 centros de saúde, cobrindo uma população de 16 milhões de pessoas.

^b A cobertura vacinal não foi incluída na avaliação do desempenho global dos centros de saúde para um conjunto de serviços.

^c Incluiu a vacinação de crianças que não pertencem à população alvo.



efetivamente, darem resposta aos problemas da comunidade: são os únicos, por exemplo, numa posição que lhes permite ajudar os pais quanto aos cuidados a ter durante o desenvolvimento das suas crianças na infância, o que mais tarde pode vir a ser um determinante importante da saúde, do bem estar e da produtividade⁸⁷. Tais intervenções exigem equipas de saúde proativas, que ofereçam um conjunto de serviços abrangentes, o que, por sua vez, depende de uma relação estreita e de confiança entre os serviços de saúde e as comunidades que eles servem e, conseqüentemente, dos trabalhadores de saúde que conhecem as pessoas na sua comunidade⁸⁸.

Continuidade dos cuidados

Compreender as pessoas e o contexto onde elas vivem é não só importante para se desenvolver uma resposta abrangente, orientada para a pessoa, mas também como condicionante da continuidade dos cuidados. Os prestadores comportam-se frequentemente como se a sua responsabilidade começasse quando um paciente chega ao local de consulta e terminasse quando dele sai. Os cuidados não podem, nem devem, estar limitados ao momento da consulta, nem confinados às quatro paredes de um consultório. A orientação para impactos mensuráveis exige

uma abordagem consistente e coerente da gestão do problema do doente, até que ele esteja resolvido ou o risco que justificou o acompanhamento tenha desaparecido. A continuidade dos cuidados é um importante determinante da efetividade seja da gestão da doença crônica, da saúde reprodutiva, da saúde mental ou, ainda, para garantir um crescimento saudável das crianças (Quadro 3.4).

A continuidade dos cuidados depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, por exemplo, à medida que as pessoas envelhecem, quando se mudam de uma residência para outra, ou quando diferentes profissionais prestam cuidados a um mesmo indivíduo ou agregado familiar. O acesso aos prontuários clínicos e notas de alta - eletrônicas, convencionais ou as que acompanham o doente - melhora a escolha do regime de tratamento e a coordenação dos cuidados. No Canadá, por exemplo, uma em cada sete pessoas que utilizam um departamento de urgência tinham falhas de informação médica que poderiam levar a situações de risco para o doente¹⁸¹. A perda de informação é uma causa frequente de atrasos nos cuidados e da procura de serviços desnecessários¹⁸². Nos Estados Unidos, está associada a 15,6% de todos os erros observados nos cuidados ambulatoriais¹⁸³. As atuais tecnologias de informação e de comunicação, embora ainda sejam pouco utilizadas, criam possibilidades inéditas para melhorar a circulação da informação médica a um custo acessível¹⁸⁴, reforçando assim a continuidade, a segurança e a aprendizagem (Caixa 3.5). Estas tecnologias estão disponíveis sem restrições de direitos autorais e a baixo custo, como ilustrado pelos prontuários de saúde eletrônicos desenvolvidos através de comunidades da prática, o que, por exemplo, tem facilitado a continuidade e a qualidade dos cuidados para doentes com o HIV/AIDS em muitos países de baixa renda¹⁸⁵.

São, sem dúvida, necessários melhores registros de pacientes, mas estes não são suficientes para garantir a continuidade dos cuidados. Os serviços de saúde necessitam de se esforçarem mais para minimizar os numerosos obstáculos à continuidade dos cuidados. Comparado com pagamentos por captação ou por episódio de

Tabela 3.4 Continuidade dos cuidados: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Redução da mortalidade global ☒ Shi (2003) ⁸⁰ , Franks (1998) ⁸⁸ , Villalbi (1999) ⁸² , PAHO (2005) ⁸⁸
Melhoria do acesso aos cuidados ☒ Weinick (2000) ⁹⁴ , Forrest (1998) ⁸⁸
Redução da readmissão hospitalar ☒ Weinberger (1996) ⁸⁸
Redução das consultas com especialistas ☒ Woodward (2004) ⁸⁸
Redução da utilização dos serviços de urgência ☒ Gill (2000) ⁸⁸
Melhoria da detecção de efeitos adversos das intervenções médicas ☒ Rothwell (2005) ⁸⁸ , Ravitz (2004) ⁸⁰

Caixa 3.5 Tecnologias de informação e de comunicação para melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência nos cuidados primários

As tecnologias de informação e de comunicação permitem às pessoas, em locais remotos e mal servidos, ter acesso a serviços e a conhecimentos que, de outra maneira, não estariam disponíveis, especialmente em países com distribuição desigual ou déficits crônicos de médicos, enfermeiras e técnicos de saúde ou onde o acesso aos serviços e ao conselho do técnico exigem longas viagens. Nestes contextos, o objetivo do acesso melhorado aos serviços de saúde encorajou a adoção de tecnologias para o diagnóstico, a monitorização e a consulta à distância. A experiência, no Chile, da transmissão instantânea de eletrocardiogramas, em casos de suspeita de enfarte do miocárdio, é um exemplo notável: o exame é realizado num ambulatório e os dados são emitidos para um centro nacional onde os especialistas confirmam o diagnóstico através do fax ou do e-mail. Esta consulta com técnicos, facilitada através das tecnologias, permite uma resposta rápida e um tratamento apropriado onde previamente tal não era possível. A Internet é um fator-chave neste sucesso, assim como o são a disponibilidade de ligações telefônicas em todas as instalações sanitárias do país.

Um benefício adicional do recurso às tecnologias de informação e de comunicação nos serviços de APS é a qualidade melhorada dos cuidados. Os prestadores de cuidados de saúde esforçam-se, não somente por prestar cuidados mais efetivos, mas também mais seguros. Ferramentas como os registos de saúde eletrônicos, informatização dos sistemas de prescrição e de apoio a decisões clínicas, ajudam a tornar os cuidados mais seguros numa diversidade de ambientes onde são prestados. Por exemplo, numa vila do Zênia Ocidental, os registos de saúde eletrônicos, integrados com o laboratório, a aquisição de medicamentos e sistemas de produção de relatórios, reduziram drasticamente o trabalho administrativo e os erros, e melhoraram os cuidados de follow-up.

Enquanto os custos da prestação de cuidados médicos continuam aumentar, as tecnologias de informação e comunicação abrem “avenidas” novas para os cuidados personalizados, a orientação para o cidadão e a orientação para os cuidados no domicílio. Com este propósito, houve um investimento significativo na investigação e no desenvolvimento de aplicativos amigáveis para o consumidor. Na Cidade do Cabo, na África do Sul, um serviço de reforço da adesão aos tratamentos e procedimentos, aceita nomes e números de celular de pacientes com tuberculose (enviados por uma clínica) e insere-os numa base de dados. A cada meia hora, o servidor lê a base de dados e envia lembranças por SMS personalizado aos pacientes, para tomarem a sua medicação. A tecnologia é barata e robusta. As taxas de cura e de conclusão são similares às de pacientes a receberem TOD numa clínica, mas mais barata para a clínica e para o doente, e interfere muito menos com a vida quotidiana que as idas à clínica¹⁰⁶. Com uma orientação semelhante, a ligação do apoio a estilos de vida pela Atenção Primária baseada em dispositivos de rede, transformou-se num elemento-chave de um programa comunitário inovador nos Países Baixos, onde dispositivos de monitorização e de comunicação são instalados em apartamentos “inteligentes” para idosos. Este sistema reduz as visitas à clínica e facilita o viver independente, mesmo com doenças crônicas que exigem exames e acertos frequentes ao regime terapêutico.

Muitos clínicos, envolvidos em promover a saúde e em prevenir a doença, depositam grandes esperanças na Internet, como um local para ir procurar conhecimentos de saúde que complementem ou substituam a necessidade de procurar o conselho de um profissional de saúde mais diferenciado ou experiente. Os novos aplicativos, os serviços e o acesso à informação têm vindo a alterar de uma forma definitiva a forma como os consumidores e os profissionais de saúde se relacionam, tornando o conhecimento diretamente acessível a todos.

doença, o pagamento direto pelo usuário de uma taxa por serviços prestados é um impedimento comum, não somente ao acesso, mas igualmente à continuidade dos cuidados¹⁰⁷. Em Singapura, por exemplo, os doentes não eram, até há bem pouco tempo, autorizados a usar a sua conta poupança da saúde (Medisave) para financiarem tratamentos nas consultas externas dos hospitais, levando a atrasos e inconformidades com o regime terapêutico prescrito para doenças crônicas. Isto tornou-se tão problemático que os regulamentos do Medisave tiveram que ser alterados. Os hospitais passaram a ser incentivados a transferir os doentes com diabetes, hipertensão, dislipidemias e acidentados

cerebrovasculares para clínicos gerais inscritos, passando as contas Medisave a cobrir também estes cuidados ambulatoriais¹⁰⁸.

Outras barreiras à continuidade incluem regimes terapêuticos que exigem deslocamentos frequentes às unidades sanitárias, o que acarreta um custo pesado em tempo, despesas de deslocamento ou salários perdidos. A necessidade destes deslocamentos pode não ser entendida e esta falta de compreensão pode motivar o doente a faltar. Os doentes sentem-se frequentemente perdidos nos ambientes institucionais complexos dos hospitais de referência ou dos serviços sociais. Tais problemas têm de ser antecipados e reconhecidos precocemente. O esforço exigido



dos trabalhadores de saúde não é insignificante: negociação das modalidades de tratamento com os doentes a fim de maximizar as possibilidades de que estes venham a ser completados com sucesso; manutenção dos registos dos usuários com doenças crônicas; e criação de múltiplos canais de comunicação através de visitas domiciliares, contatos com trabalhadores de base comunitária e envio de lembretes telefônicos e de mensagens de texto para restabelecer a continuidade interrompida. Estas tarefas simples podem fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso, mas raramente são reconhecidas e/ou recompensadas. Elas são muito mais fáceis de implementar quando o paciente e o prestador de cuidados identificam claramente como e por quem o acompanhamento será organizado.

Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada

A abrangência, a continuidade e a orientação para a pessoa são fatores críticos para garantir melhorias nos resultados de saúde. Mas estão incompletos sem uma relação estável, pessoal e duradoura (uma característica a que algumas vezes se dá o nome de “longitudinalidade”⁸⁴) entre a população e os profissionais que são o ponto de entrada para o sistema de saúde.

A maioria dos cuidados ambulatoriais prestados em unidades sanitárias convencionais não está orientada para o reforço de tais relações. O ambiente movimentado, anônimo e técnico das consultas externas dos hospitais, com os muitos especialistas e subespecialistas que lá trabalham, produzem interações mecânicas entre usuários sem nome e uma instituição – estes cuidados não podem, de forma nenhuma, ser caracterizados como sendo orientados para a pessoa. Os cuidados prestados em clínicas de menor dimensão são menos anônimos mas, frequentemente, assemelham-se mais a uma transação comercial ou administrativa que começa e acaba com a consulta do que a uma interação, reativa e receptiva, de resolução de problemas em parceria. Isto é verdade tanto para a maioria das clínicas privadas como para muitos centros de saúde do setor público⁶⁴. Nas áreas rurais dos países de baixa renda, os centros de saúde governamentais são geralmente planejados para

trabalhar em estreita relação com a comunidade que servem. A realidade é, muitas vezes, diferente. A obtenção de recursos e de pessoal para programas específicos resulta, cada vez mais, numa fragmentação crescente da oferta de cuidados¹⁰⁰. Ao mesmo tempo, a falta de fundos, o empobrecimento do pessoal de saúde e a comercialização desenfreada, dificultam ainda mais o reforço destas relações¹¹⁸. Há muitos exemplos que vão contra esta tendência, mas mesmo nestas circunstâncias, a relação entre os prestadores e os seus clientes, em particular os mais pobres, muitas vezes, não levam à edificação de relações de compreensão, empatia e confiança⁶².

A construção de relações duradouras exige tempo. Vários estudos indicam que são necessários entre dois a cinco anos antes do seu potencial se fazer sentir em toda a sua plenitude⁸⁴. Mas, como observado no centro de saúde no Alasca, mencionado no início deste capítulo, as mudanças resultantes alteram drasticamente a maneira como os cuidados são prestados. O acesso recorrente à mesma equipe de prestadores de cuidados de saúde, ao longo do tempo, promove uma relação de confiança entre o indivíduo e os seus prestadores de cuidados de saúde^{97,111,112}. Os profissionais de saúde mais facilmente respeitam e compreendem pacientes que conhecem bem, o que contribui para uma interação mais positiva e uma melhor comunicação¹¹³. Podem mais rapidamente compreender e antecipar os obstáculos à continuidade dos cuidados, monitorar o progresso e avaliar como é que o dia a dia do indivíduo é afetado pela vivência da doença e da incapacidade resultante. Mais conscientes das circunstâncias em que as pessoas vivem, podem adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e identificar outros problemas de saúde mais precocemente.

Isto não é meramente uma questão de promover a confiança e a satisfação do paciente, ainda que tal seja igualmente importante^{114,115}. É meritório também porque está associado a uma melhor qualidade da prestação e resulta em melhores resultados (Tabela 3.5). As pessoas que usam o mesmo prestador para a maioria das suas necessidades de cuidados de saúde, tendem a seguir melhor os conselhos dados, a recorrer

Quadro 3.5 Ponto de entrada regular: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhoria da satisfação com os serviços ☒ Weiss (1996) ^{80a} , Rosenblatt (1998) ¹¹⁷ , Freeman (1997) ^{82d} , Miller (2000) ^{80e}
Melhoria da conformidade terapêutica e redução da taxa de hospitalização ☒ Weiss (1996) ^{80a} , Rosenblatt (1998) ^{80b} , Freeman (1997) ^{82d} , Mainous (1998) ^{82c}
Redução da utilização de especialistas e de serviços de urgência ☒ Starfield (1998) ⁸² , Parchman (1994) ^{82b} , Hurley (1989) ^{82b} , Martin (1989) ^{82b} , Gadowski (1998) ^{80d}
Redução das consultas de especialistas ☒ Hurley (1989) ^{82b} , Martin (1989) ^{82b}
Utilização mais eficiente dos recursos ☒ Forrest (1996) ⁸² , Forrest (1998) ^{80c} , Hjortdahl (1991) ^{80a} , Roos (1998) ^{80e}
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes ☒ Gulbrandsen (1997) ^{80c}
Melhor adesão dos adolescentes aos cuidados preventivos ☒ Ryan (2001) ^{80a}
Proteção contra o tratamento excessivo ☒ Schoen (2007) ^{80f}

menos aos serviços de urgência, a sofrer menos hospitalizações e a estar mais satisfeitos com os cuidados recebidos^{80a,116,117,118}. Os prestadores poupam em tempo de consulta, recorrem menos a testes de laboratório, reduzem os custos^{85,119,120} e aumentam o recurso aos cuidados preventivos¹²¹. A motivação aumenta através do reconhecimento social resultante destas relações. No entanto, nem mesmo os profissionais de saúde mais dedicados se empenham em todas estas oportunidades espontaneamente^{122,123}.

A interface entre a população e os serviços de saúde precisa ser planejada de forma a que não só viabilize estas opções, mas também as torne inevitáveis.

Organização de redes de atenção primária

Um serviço de saúde que preste cuidados ambulatoriais de primeiro contato para problemas de saúde e outros afins, deveria,

necessariamente, oferecer um conjunto abrangente de serviços integrados de diagnóstico, curativos, de reabilitação e paliativos. Em contraste com a maioria de modelos convencionais de prestação de cuidados de saúde, a oferta dos serviços deve incluir a prevenção e a promoção assim como esforços para abordar localmente os determinantes de saúde. Uma relação direta e duradoura entre o prestador e as pessoas da comunidade que servem, é essencial para que seja considerado o contexto pessoal e social dos doentes e suas famílias, assegurando a continuidade dos cuidados, ao longo do tempo, assim como entre serviços.

Para que os serviços de saúde convencionais se transformem em atenção primária, isto é, para que venham a refletir as características que distinguem este tipo de cuidados, têm de ser reorganizados. Uma pré-condição é assegurar que ela se torne direta e permanentemente acessível, sem uma dependência excessiva de pagamentos diretos pelos usuários e com mecanismos de proteção social mediados por esquemas de incentivos à cobertura universal. Mas um outro conjunto de roteiros é essencial para ajudar na transformação dos cuidados convencionais, no ambulatório e internação, em redes locais de atenção primária^{135,136,137,138,139,140}:

- trazer os cuidados para mais perto das pessoas, para ambientes com uma proximidade estreita e relacionamento direto com a comunidade, mudando o ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos seus especialistas, para centros de atenção primária generalistas, mais próximos do usuário;
- dar aos prestadores de atenção primária a responsabilidade pela saúde de uma determinada população na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, aqueles que escolhem consultar os serviços e aqueles que preferem não o fazer;
- reforçar o papel dos prestadores de atenção primária como coordenadores da atribuição de recursos aos outros níveis de cuidados, dando-lhes a autoridade administrativa e o poder de compra.



Trazer os cuidados para mais perto das pessoas

Uma primeira etapa é recolocar o ponto de entrada no sistema de saúde das clínicas especializadas, das consultas externas dos hospitais e dos serviços de urgência, para cuidados ambulatoriais primários em ambientes mais próximos do usuário. A evidência que se tem acumulado demonstra que esta transferência traz benefícios mensuráveis em termos de alívio do sofrimento, de prevenção da doença e da morte, e de uma maior equidade da saúde. Estes resultados observam-se tanto para estudos nacionais como internacionais, mesmo que nem todas as outras características que distinguem a atenção primária estejam presentes³¹.

Os cuidados ambulatoriais primários: têm mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes^{141,142}; têm o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas¹⁴³, embora sejam mais lentos a adotá-las^{144,145}; prescrevem poucas intervenções invasivas^{146,147,148,149}, as hospitalizações da sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas^{127,133,140} e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção^{133,150}. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos⁸², com impactos na saúde pelo menos idênticos^{146,151,152,153,154,155} e com maior satisfação do doente^{125,158,156}.

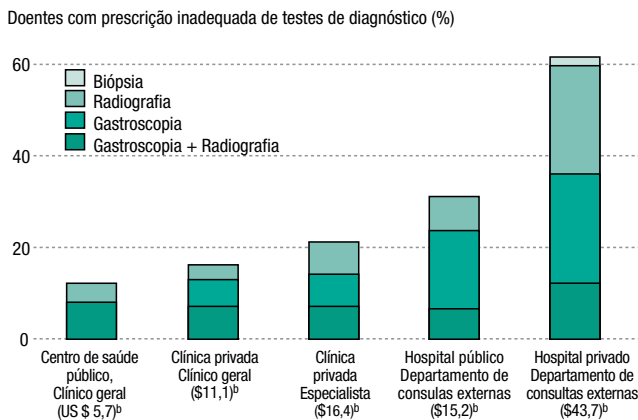
Evidências resultantes de comparações entre países de alta renda, mostram que quanto maior a proporção de profissionais generalistas a trabalhar em ambientes ambulatoriais, mais baixos são os custos totais com a saúde e mais elevados os rankings de qualidade¹⁵⁷. Ao contrário, os países com maior dependência de especialistas hospitalares, apresentam resultados em saúde populacional estáveis ou em deterioração, enquanto que a fragmentação dos cuidados que lhes está associada agrava a insatisfação dos usuários e contribui para um fosso crescente entre os serviços de saúde e os serviços sociais^{157,158,159}. A informação sobre países de baixa e média renda é mais difícil de obter¹⁶⁰, mas há indicações de que os padrões observados são similares. Alguns estudos estimam que na América Latina e no Caribe um maior investimento em cuidados generalistas poderia evitar uma em cada duas admissões hospitalares¹⁶¹. Na Tailândia, os cuidados ambulatoriais generalistas, de base não hospitalar, são os mais orientados para a pessoa, os menos dispendiosos e os menos associados à sobremedicação¹⁶² (Figura 3.4).

A mudança do ponto de entrada no sistema de saúde, de hospitais e especialistas para cuidados ambulatoriais primários, cria as condições para uma maior abrangência, continuidade e orientação para a pessoa, o que amplia os benefícios da mudança, particularmente em situações em que os serviços estão organizados como uma rede densa de pontos de prestação de serviços, próximos dos potenciais usuários. Isto facilita o estabelecimento de equipes suficientemente pequenas para conhecerem as suas comunidades e para serem conhecidas por elas, e suficientemente estáveis para com elas estabelecerem um relacionamento duradouro. Para darem resposta ao grosso dos problemas de saúde localmente, estas equipes têm que ter competências relacionais e organizacionais, além de competências técnicas.

Responsabilidade por uma população bem identificada

Nos cuidados ambulatoriais convencionais, o prestador assume responsabilidade pela pessoa

Figura 3.4 Prescrições inadequadas de testes de diagnóstico para doentes “falsos” que se apresentam queixas gástricas leves, Tailândia^{a,b,162}



^a Observação feita em 2000, antes da introdução na Tailândia do sistema de cobertura universal.
^b Custo para o doente, incluindo taxas do médico, medicamentos, testes de laboratório e técnicos.

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.

que atende durante a consulta e, nas melhores circunstâncias, essa responsabilidade garante também a continuidade dos cuidados. Esta resposta passiva à procura não vai ao encontro das necessidades de um considerável número de pessoas que poderiam beneficiar-se dos cuidados. Há pessoas que, por várias razões, são ou sentem-se excluídas do acesso aos serviços e que não os utilizam mesmo quando deles estão necessitadas. Há aqueles que, mesmo doentes, atrasam desnecessariamente a procura de cuidados. Outros são portadores de fatores de risco vulneráveis ao rastreio ou a intervenções preventivas (por exemplo o câncer do colo do útero ou a obesidade infantil) mas são excluídos porque não recorrem aos serviços de saúde: os serviços preventivos que limitam a sua oferta aos usuários da unidade sanitária acabam por excluir os mais necessitados¹⁶³. Esta resposta passiva à procura tem uma segunda consequência inconveniente: falta-lhe a ambição de corrigir os determinantes locais da falta de saúde – sejam eles sociais, ambientais ou laborais. Estas situações representam oportunidades perdidas de contribuir para ganhos em saúde: prestadores que somente assumem a responsabilidade pelos que os procuram negligenciam oportunidades de manutenção e promoção da saúde.

A alternativa é delegar a cada equipe de atenção primária a responsabilidade explícita por uma comunidade ou uma população bem definida. Ela pode então ser responsabilizada, através de medidas administrativas ou de acordos contratuais, pela prestação de cuidados abrangentes, com continuidade e orientados para as pessoas dessa população, e de mobilizar um conjunto de serviços de apoio – desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. A maneira mais simples de atribuir esta responsabilidade é identificar a comunidade a servir com base em critérios geográficos – a abordagem clássica em áreas rurais. A simplicidade da abordagem geográfica é, no entanto, enganadora. Segue uma lógica de administração pública, pouco maleável à convivência com prestadores dos setores privado e social. Além disso, a geografia administrativa pode não coincidir com a realidade sociológica, especialmente nas áreas urbanas. As pessoas movem-se dentro destas áreas e podem trabalhar numa área

diferente daquela em que vivem, podendo a unidade de saúde mais próxima do local de residência ser um prestador menos conveniente. Ainda mais importante, é que as pessoas valorizam situações em que têm opções de escolha e podem ressentir-se da obrigatoriedade de afiliação a uma unidade de saúde que lhes seja imposta. Alguns países identificam critérios geográficos de proximidade como sendo os mais apropriados para definir a inclusão de indivíduos numa população sob a responsabilidade de uma unidade sanitária, outros confiam num registro ativo ou na lista de doentes. O aspecto importante não é como, mas se a população está bem identificada e se existem os mecanismos para assegurar que ninguém fica fora do sistema.

Uma vez atribuídas responsabilidades abrangentes pela saúde de uma população bem identificada e definida, apoiadas em mecanismos financeiros e administrativos de responsabilização, as regras que orientam as atividades das equipes de atenção primária têm de mudar, obrigando a equipe a:

- expandir o portfólio de cuidados que oferece, desenvolvendo também atividades e programas que podem ampliar os impactos na saúde, mas que, de outra maneira, poderiam ser negligenciados¹⁶⁴. Isto cria o contexto que facilita o investimento em atividades de prevenção e de promoção e para se aventurarem em áreas frequentemente negligenciadas, como atividades de saúde escolar e nos locais de trabalho;
- procurar e trabalhar com organizações e indivíduos dentro da comunidade: voluntários e agentes comunitários de saúde que atuam como ligação com pacientes ou que estimulam grupos populares da comunidade, trabalhadores sociais, grupos de entre-ajuda, etc.;
- sair das quatro paredes de seu consultório e procurar as pessoas na comunidade. Isto pode trazer benefícios significativos para a saúde. Por exemplo, grandes programas baseados em visitas ao domicílio e no estímulo da comunidade, demonstraram ser eficazes na redução de fatores de risco para a mortalidade neonatal e outras taxas de mortalidade. Nos Estados Unidos, estes programas reduziram, em alguns locais, a mortalidade neonatal em 60%¹⁶⁵. Parte do benefício é devido a um maior



acesso a cuidados efetivos de pessoas que, de outra forma, permaneceriam excluídas. No Nepal, por exemplo, a dinâmica comunitária de grupos de mulheres levou a reduções nas mortalidades neonatal e materna da ordem dos 29% e 80%, respectivamente¹⁶⁶;

- tomar, em colaboração com outros setores, iniciativas cirurgicamente direcionadas de forma a alcançar os excluídos e os sem acesso e a corrigir os principais determinantes de uma saúde precária. Como o capítulo 2 mostrou, este é um complemento necessário ao estabelecimento de uma cobertura universal e onde os serviços de saúde locais assumem um papel vital. A onda de calor de 2003, na Europa Ocidental, por exemplo, destacou a importância de ir ao encontro das pessoas idosas mais isoladas e às consequências dramáticas de não o fazer, que resultaram num excesso de mortalidade de mais de 50.000 pessoas¹⁶⁷.

Para as pessoas e comunidades, ligações formais com um prestador facilmente identificável potencializam a probabilidade de: que se venham a desenvolver relações duradouras; que os serviços venham a prestar maior atenção às características definidoras da especificidade da atenção primária; uma maior inteligibilidade das linhas de comunicação. Ao mesmo tempo, elos de coordenação podem mais facilmente ser formalizados com outros níveis de cuidado – especialistas, hospitais ou outros serviços técnicos – e com os serviços sociais.

☒ **Equipe de atenção primária como um núcleo de coordenação**

Equipes de atenção primária não podem responsabilizar-se de uma forma abrangente pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida. Em situações de recursos escassos, estas fontes de apoio estarão tipicamente concentradas em um “hospital distrital de um 1º nível de referência”. Na verdade, a imagem clássica de um sistema de saúde, baseado na APS, tem sido a de uma pirâmide com o hospital distrital no ápice e um conjunto de centros de saúde (públicos) que referenciam para essa autoridade mais elevada.

Em ambientes convencionais, os profissionais dos cuidados ambulatoriais têm pouca interferência sobre a forma como os hospitais e os serviços especializados contribuem – ou não contribuem – para a saúde de seus doentes, e sentem pouca inclinação para procurar outras instituições e parceiros relevantes para reforço da saúde da comunidade local. Isto muda se lhes for delegada a responsabilidade por uma população definida e se forem reconhecidos como o ponto regular de entrada dessa população no sistema de saúde. Com a expansão de redes de cuidados de saúde, o panorama destes cuidados torna-se mais denso e pluralista. Mais recursos permitem uma maior diversificação: o conjunto de serviços que ficam disponíveis podem incluir serviços de urgência, especialistas, infraestruturas de diagnóstico, centros de diálise, equipes e equipamento de rastreio do câncer, técnicos do ambiente, instituições de cuidados prolongados, farmácias, etc. Isto representa oportunidades novas, desde que as equipes de atenção primária possam ajudar a sua comunidade a fazer melhor uso desse potencial, o que é particularmente crítico para a saúde pública, a saúde mental e os cuidados prolongados¹⁶⁸.

A função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efetivamente a transformação da pirâmide da atenção primária em uma rede, onde as relações entre a equipe da atenção primária e as outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e na referenciação de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação (Figura 3.5). A equipe de atenção primária transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema da saúde, ajudando as pessoas a navegar no complexo labirinto dos serviços de saúde, referenciando doentes ou mobilizando o apoio de serviços especializados.

Esta função de coordenação e de mediação implica também na colaboração com outro tipo de organizações, frequentemente não governamentais. Estas podem dar um apoio significativo à atenção primária local. Podem facilitar às pessoas acesso a informação que as empodera com o conhecimento dos seus direitos e dos padrões de desempenho a esperar dos serviços procurados^{168,170}. Estruturas independentes, de procurador do paciente, ou organizações do consumidor,

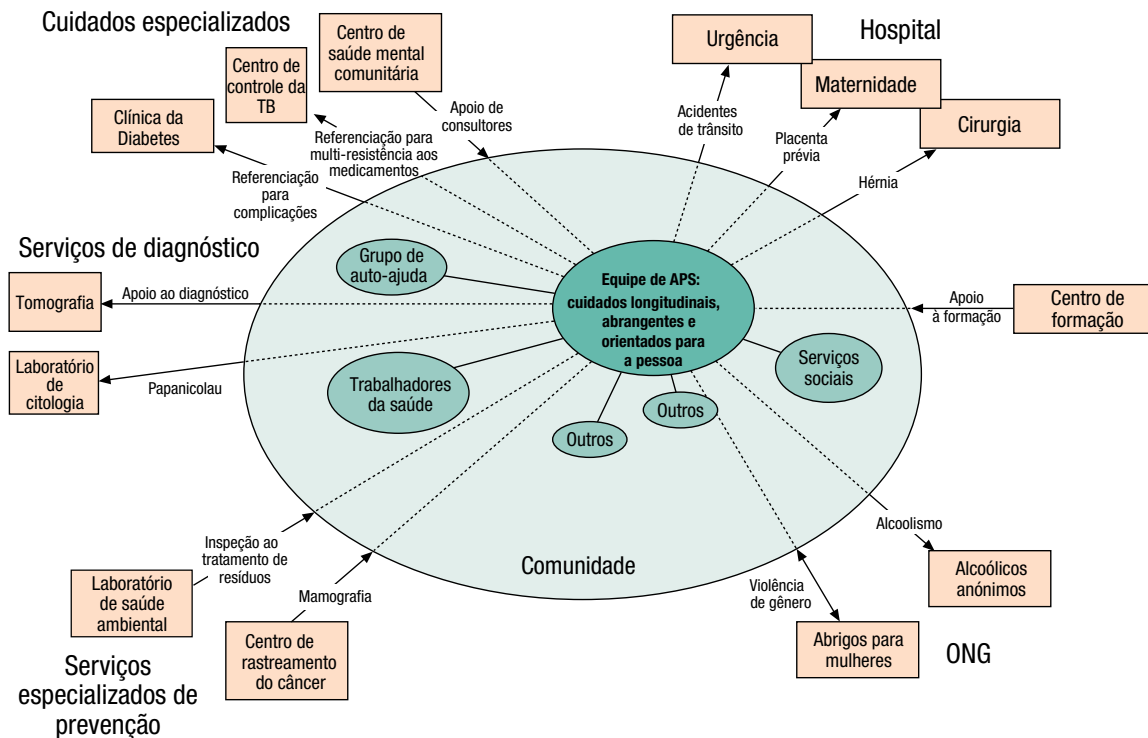
podem ajudar os usuários a processar as suas queixas. Mais importante, há uma multiplicidade de associações de entre-ajuda para diabéticos, pessoas que vivem com deficiências e outros doentes crônicos que podem também apoiar as pessoas a ganharem maior autonomia em relação aos cuidados exigidos pela sua doença ou problema de saúde¹⁷¹. Só nos Estados Unidos, mais de cinco milhões de pessoas pertencem a grupos de ajuda mútua, enquanto que, recentemente, as organizações da sociedade civil direcionadas para questões de saúde têm crescido rapidamente em muitos países de baixa e média renda. Estes grupos fazem muito mais do que informar os doentes. Ajudam as pessoas a assumirem a responsabilidade da sua própria situação, a investir na sua saúde, a lidar melhor com a saúde precária, a aumentar a autoconfiança e a diminuir a medicação excessiva¹⁷². As equipes de atenção primária ganham em coesão e visibilidade ao reforçarem as suas relações com tais grupos.

Quando as equipes de atenção primária estão numa posição que lhes permite assumirem esta

função de coordenação, o seu trabalho torna-se mais satisfatório e atrativo, o que se reflete em um impacto positivo nos indicadores de saúde. Reflete-se também numa menor dependência de especialistas, e numa diminuição da taxa de internamentos, dos tempos de espera e da duração dos internamentos assim como num melhor acompanhamento após a alta^{83,128,129}.

A função de coordenação afirma-se como uma infraestrutura mobilizadora de recursos intersectoriais para proteger a saúde das comunidades locais. Esta função mobilizadora não é um extra opcional, mas uma responsabilidade indispensável das equipes de atenção primária. Isto tem implicações para as políticas praticadas: a coordenação não passará das boas intenções a menos que a equipe de atenção primária seja empoderada com instrumentos de influência, administrativos e/ou financeiros. A coordenação depende, igualmente, do reconhecimento, pelas diferentes instituições, do papel-chave das equipes de atenção primária. Os atuais sistemas de formação profissional, as estruturas das carreiras e

Figura 3.5 A Atenção Primária como um núcleo de coordenação criando redes com a comunidade servida e com parceiros externos^{173,174}





os mecanismos de remuneração contrariam, muitas vezes, a importância e relevância que deveria estar associada aos que trabalham ao nível da atenção primária. Inverter estes desincentivos, bem arraigados, exige uma liderança forte.

Monitoramento do progresso

A transição de uma situação de preeminência dos cuidados convencionais para um primado da atenção primária é um processo complexo que não se consegue apreender numa única métrica universal. Somente nos últimos anos tem sido possível começar a desvencilhar os efeitos das várias características específicas da atenção primária. Em parte, porque a identificação das características que fazem a diferença entre a prestação de atenção primária e a de cuidados médicos convencionais levou anos de experimentação e de erro, e os instrumentos para medi-los têm sido generalizados muito lentamente. Isto porque estas características não têm sido entendidas como um único pacote de reformas, mas como o resultado de uma formatação e transformação gradual do sistema da saúde. Contudo, apesar da complexidade envolvida, é possível medir a evolução como um complemento ao acompanhamento exigido para medir o progresso na conquista da cobertura universal.

A primeira dimensão a considerar é até que ponto as medidas organizacionais necessárias para reorientar o sistema para a atenção primária estão sendo desenvolvidas. Até que ponto:

- o primeiro contato com o sistema de saúde está ocorrendo predominantemente através de equipes de atenção primária operando perto do local onde as pessoas vivem
- os prestadores de atenção primária assumiram a responsabilidade pela saúde de todos os membros de uma população bem identificada: por aqueles que utilizam os serviços de saúde assim como pelos que não o fazem
- os prestadores de serviços de APS estão empoderados para coordenar os diversos fluxos de serviços especializados, hospitalares e sociais, através do fortalecimento de sua autoridade administrativa e de compra de serviços

A segunda dimensão a considerar é até que ponto as características específicas da atenção primária estão ganhando proeminência:

- Orientação para a pessoa: existem evidências de progresso, medido através de observação direta ou pesquisas com os usuários
- Abrangência: verifica-se a expansão e maior abrangência do portfólio dos serviços prestados pelas equipes de atenção primária, garantindo um pacote mínimo de benefícios essenciais, da promoção da saúde aos cuidados paliativos, para todos os grupos etários
- Continuidade: existe um registro de informação sobre a saúde dos indivíduos que os acompanha no seu ciclo de vida, mesmo em situações de transferência para outros níveis de cuidados ou de mudança de residência
- Ponto de entrada regular: as medidas tomadas levam a um melhor conhecimento dos usuários pelos prestadores e vice-versa

A medição destas dimensões deveria dar aos responsáveis políticos uma indicação da extensão dos progressos observados com a transformação da oferta de cuidados de saúde. No entanto, não é imediatamente possível atribuir ganhos em saúde e resultados sociais a aspectos específicos dos esforços das reformas. Neste sentido, a monitoria das reformas precisa ser complementada com uma agenda muito mais vigorosa de investigação. É revelador que a revisão sistemática, pela Rede Cochrane, sobre estratégias para integração de atenção primária, em países de baixa e média renda só conseguiu identificar um estudo válido que levou em consideração a perspectiva dos usuários¹⁶⁸. Houve um crescimento recente, rápido e bem-vindo, de investigação sobre a atenção primária em países de renda elevada e, mais recentemente, nos países de renda média, que se lançaram em reformas significativas da sua APS. Não obstante, é notável que uma indústria que mobiliza atualmente 8,6% do PIB do mundo, invista tão pouco na investigação sobre duas das suas estratégias mais efetivas e de maior taxa de custo-efetividade: a atenção primária e as políticas públicas que a facilitam e complementam.

Referências

1. People at the centre of health care: harmonising mind and body, people and systems. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler M. *Equanimitas*. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health* 2007, 66(Suppl.1):4813.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665-667.
5. Gottlieb S, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32-38.
6. Verssens S et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106-114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383-390.
8. The World Health Report 2000 *Health systems improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socioeconomic deprivation in Scotland. *British Medical Journal*, 2007, 8:22.
10. Scherger DE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71-72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ* 2004, 329:990-991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, accessed 27 July 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety implications for research*. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health* 2004, 118:96-103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *BMJ* 2008, 299:1182-1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:89-93.
18. John LT, Corrigan M, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason S. Human error: models and management. *BMJ* 2000, 320:768-770.
20. Ripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *BMJ* 2007, 297:831-841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808-811.
22. The purpose of a world alliance. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, accessed 28 July 2008).
23. Shortell SM, Singer S. Improving patient safety by taking systems seriously. *BMJ* 2008, 299:445-447.
24. Das S, Hammer S, Bennett LL. The quality of medical advice in low-income countries. Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, accessed 28 Jul 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 50:9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173-179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Affairs* 2001, 16:193-198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Affairs* 1998, 17:359-370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. The World Health Report 2000 *Health systems improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko T. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005, 83:457-502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: *Drug EG et al, eds. World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multicountry study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165-1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331-1336.
35. Edleson RL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839-870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3-17.
37. Osling Monemi S et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10-18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458-466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay S et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002, 325:314-318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387-403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509-1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. *Scientific review*. *BMJ* 2003, 289:589-600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999, 67:43-53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005, 112:1249-1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003, 327:673-676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ* 2000, 321:1034-1035.
48. Basile CJ, Hertz FM, Back SE. Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in health care settings. 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medical care of victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087-1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001, 322:444-445.
52. Fiscella S et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049-1055.
53. Marinowitz G, Fehrsen GS. *Carin's learning to improve quality and do it*. Research different faces of the same process. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge S, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691-699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014-1018.
56. Zaturapatorn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *British Medical Journal*, 2007, 8:14.
57. Lovess Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *British Medical Journal*, 2007, 7:188.



58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *BMJ* 2006, 296:23.
59. Bravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869-1878.
60. Werner D et al. Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival: a depth critique of oral rehydration therapy. Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.
61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39-66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counselling* 2005, 56:139-146.
64. Pongsupap Y. Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Plan of Action for Primary Health Care in the Americas*. Position paper of the Pan American Health Organization. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 2004;4:49-51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Journal*, 2003, 327:59-62.
68. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 21 July 2007).
69. *Diabetes in France*. [portail diabete et des diabetiques en France](http://portail.diabete.fr), 2008 (<http://www.diabete-france.com>, accessed 30 July 2008).
70. Barlow R, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martínez Maldonado M, Correa Muñoz E, Mendoza Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *Health Promotion*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471245870276).
73. Frenz P. Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paeththayasapa. *Sam Prakard Sitti Pu Paui*, 2003? (<http://www.tmc.or.th/>, accessed 30 July 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry* 2007, 6:5-13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415-428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723-739.
78. Stange DC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267-268.
79. Gill M. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Practice*, 2004, 36:65-68.
80. *Pan Canadian Primary Health Care Indicator Development Project*. Pan Canadian primary health care indicators Report Volume 1. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269-276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40-48.
83. Chande VT, Binane M. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1996, 150:703-706.
84. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269-276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *Medical Journal of Australia*, 1992, 327:776-781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387-390.
88. *Guide to clinical preventive services 2008*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 0705100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2000;6:412-422.
91. Franks P, Fiscella D. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105-109.
92. Villalba R et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Encuentro Primaria*, 1999, 24:468-474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
94. Weinick RM, Brauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771-1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330-1336.
96. Weinberger M, Oddone EJ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *Medical Journal of Australia*, 1996, 334:1441-1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177-192.
98. Gill M, Mainous AGI, Nsero K. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333-338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176-186.
100. Bravitz RL, Duan N, Braslow B. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly* 2004, 82:661-687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023-1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *BMJ* 2005, 293:565-571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125-129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170-171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) online database. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, accessed 29 July 2008).
106. Högler J, Peters T. Evaluation of the 'In Que Compliance Service pilot test' - the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC) Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention: health and aging and health professions*. Göttersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 7/8).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725-738.
110. Caffré Y, Olivier de Sardan JP. - ne médecine inhospitalière. "es dif" ciles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Barthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118-129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medical Journal of Australia*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counselling* 2006, 62:347-354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649-656.

115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein R. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742-1747.
117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *Medical Care*, 1998, 279:1364-1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020-1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727-734.
120. De Maeseneer M et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131-133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care* 2002, 5:1-2.
122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797-798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423-1431.
124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870-1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264-269.
126. Mainous AG III, Gill M. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539-1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123-128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834-836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628-1632.
130. Gadowski A, Benkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/ reprint/101/3/e1>, accessed 29 July 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181-1184.
132. Roos NP, Carriere C, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777-783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184-190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w1717-w1734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat: a European reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83-88.
137. *Strategies for population health investment in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett S, Kruse E, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, 14:54-563.
140. *Improving health for the islanders: investment in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists: an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology* 2003, 98:2188.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10-20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology* 2001, 17:33-40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology* 1996, 91:1544-1548.
145. Borob R et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243-248.
146. Rose H et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103-1118.
147. Erikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637-643.
148. MacDonald SE, Voaklander J, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457-462.
149. Abyad A, Homs R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Journal of Family Medicine*, 1993 25:465-470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705-710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology* 2006, 24:848-855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal of Quality in Health Care*, 2003, 15:155-161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366-372.
154. McAllister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care* 2007, 16:e11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436-1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker J, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-843-197).
158. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431-458.
159. Baicker J et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33-V44).
160. Briggs C, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81-89.
163. *Guide to clinical preventive services 2002*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145-1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970-979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security: a discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007



168. Primary care. *American health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, accessed 29 July 2008).
170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023-1034.
171. Davison JP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist* 2000, 55:205-217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148-1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: *Groupe d'étude pour une Réforme de la Médecine. Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi function health services*. Antwerp, ITG Press, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).



Políticas Públicas para a saúde do público



As políticas públicas no setor da saúde, associadas com as de outros setores, têm um potencial enorme para assegurar a saúde das comunidades. Representam um complemento importante à cobertura universal e às reformas da prestação de serviços. Infelizmente, em muitas sociedades, este potencial não é explorado e falta uma articulação efetiva da saúde com os outros setores. Antecipando a diversidade de desafios associados ao peso crescente do envelhecimento, da urbanização e dos determinantes sociais da saúde, existe, indubitavelmente, uma grande necessidade de aproveitar este potencial. Eis porque o empenho em melhores políticas públicas – o tema deste capítulo – constitui um terceiro pilar na edificação da APS, juntamente com a cobertura universal e a atenção primária.

Capítulo 4

Importância de políticas públicas efetivas para a saúde	68
Políticas sistêmicas alinhadas com as metas da APS	70
Políticas de saúde pública	72
Saúde em todas as políticas	74
Compreender o subinvestimento	77
Oportunidades para melhores políticas públicas	79

Este capítulo revê as políticas que devem ser ponderadas. Elas são:

- políticas sistêmicas – as reorganizações que são necessárias nos elementos estruturantes dos sistemas da saúde para apoiar a cobertura universal e a prestação efetiva de serviços;
- políticas da saúde pública – as ações específicas necessárias para dar resposta aos problemas de saúde prioritários, através de intervenções transversais de prevenção e de promoção da saúde; e
- políticas de outros setores – contribuições para a saúde que podem ser alcançadas através da colaboração intersectorial.

O capítulo explica como estas diferentes políticas públicas podem ser reforçadas e alinhadas com as metas ambicionadas pela APS.

Importância de políticas públicas efetivas para a saúde

As pessoas querem viver em comunidades e ambientes seguros e que promovam a sua saúde¹. A atenção primária, com acesso universal e proteção social, representa resposta indispensável à consecução destas expectativas. As pessoas esperam, igualmente, que os seus governos desenvolvam um conjunto de políticas públicas, do nível local a reformas de nível supranacional, sem as quais a atenção primária e a cobertura universal perdem muito do seu impacto e significado. Estas incluem políticas para o funcionamento adequado dos sistemas de saúde; para organizar ações de saúde pública de grande benefício para todos; e, além do setor da saúde, políticas que podem contribuir para a saúde e para um sentimento de segurança, ao garantir-se uma abordagem equilibrada de questões, como a urbanização, as alterações climáticas, a discriminação de género ou a estratificação social.

O primeiro grupo de políticas públicas essenciais é o das políticas para os sistemas de saúde (relativas aos medicamentos essenciais, tecnologias, controle da qualidade, recursos humanos, acreditação, etc.) das quais dependem as reformas da atenção primária e da cobertura universal. Sem sistemas funcionais de provisionamento e logística, por exemplo, uma rede de atenção primária não pode funcionar corretamente: no

Quênia, por exemplo, as crianças estão agora mais protegidas contra a malária, após a distribuição, pelos serviços locais, de redes mosquiteiras impregnadas com inseticidas². Isto apenas foi possível porque o trabalho da atenção primária foi apoiado por uma iniciativa nacional, com empenho político forte, marketing social e apoio nacional para provisionamento e logística.

Políticas de saúde pública efetivas, que englobam os problemas prioritários de saúde, são um segundo grupo sem o qual as reformas da atenção primária e da cobertura universal, seriam proteladas. Estas abrangem as políticas e os programas técnicos que dão às equipas de atenção primária orientações sobre as melhores abordagens para os problemas de saúde prioritários. Abrangem, igualmente, as intervenções mais clássicas de saúde pública, desde a higiene pública e a prevenção da doença, à promoção da saúde. Algumas intervenções, como a adição de iodo ao sal, só são viáveis aos níveis regional, nacional ou, cada vez mais, ao nível supranacional. Ou porque é a estes níveis que há a autoridade competente necessária para decidir sobre estas políticas, ou porque é mais eficiente desenvolver e implementar estas políticas numa escala que vá além das dimensões locais da ação da atenção primária. Finalmente, as políticas públicas abrangem também a capacidade de resposta rápida, tipo comando-e-controle, a ameaças agudas à saúde pública, particularmente às epidemias e catástrofes. Este aspecto é da máxima importância política, porque pode afetar profundamente a confiança das populações nas suas autoridades de saúde pública. A falta de prontidão e de coordenação das respostas dos sistemas de saúde canadense e chinês às primeiras manifestações da SARS em 2003, levou a contestações públicas e, eventualmente, à instituição de uma agência nacional de saúde pública, no Canadá. Na China, uma situação semelhante, de falta de prontidão e de transparência, resultou numa crise de confiança – uma lição aprendida a tempo de garantir uma resposta mais adequada a acontecimentos subsequentes^{3,4}.

O terceiro conjunto de políticas essenciais é conhecido como “saúde em todas as políticas”, baseando-se no reconhecimento de que a saúde da população pode ser melhorada com políticas



sob o controle de outros setores⁵. As implicações para a saúde de temas tão diversos como os currículos escolares, as políticas industriais direcionadas a igualdade dos gêneros, ou a segurança dos alimentos e dos bens de consumo podem influenciar profundamente ou mesmo determinar a saúde de comunidades inteiras, e podem transpor as fronteiras nacionais. Não é possível orientar estas questões sem uma colaboração intersetorial intensa, o que realça a importância da saúde em todas as políticas.

Melhores políticas públicas podem fazer a diferença de formas muito diversas. Podem mobilizar a totalidade da sociedade em torno de questões de saúde, como em Cuba (caixa 4.1). Podem proporcionar um ambiente legal e social que pode ser mais ou menos favorável aos ganhos em saúde. O grau de acesso ao aborto legal, por exemplo, co-determina a frequência de mortalidade relacionada com o aborto inseguro⁶. A mudança de legislação na África do Sul melhorou o acesso das mulheres a uma multiplicidade de opções para a prevenção e o tratamento de gravidezes não desejadas, reduzindo em 91% as mortes relacionadas com o aborto⁷. As políticas públicas podem antecipar problemas futuros. Em Bangladesh, de 240.000 mortes associadas aos ciclones e às cheias em 1970, passou-se a 138.000 em 1991 e

a 4.500 em 2007, somente com uma melhoria na capacidade de resposta rápida e com programas multissetoriais de redução do risco^{8,9,10}.

Nos 23 países em vias de desenvolvimento que compreendem 80% da carga da doença crônica global, 8,5 milhões de vidas poderiam

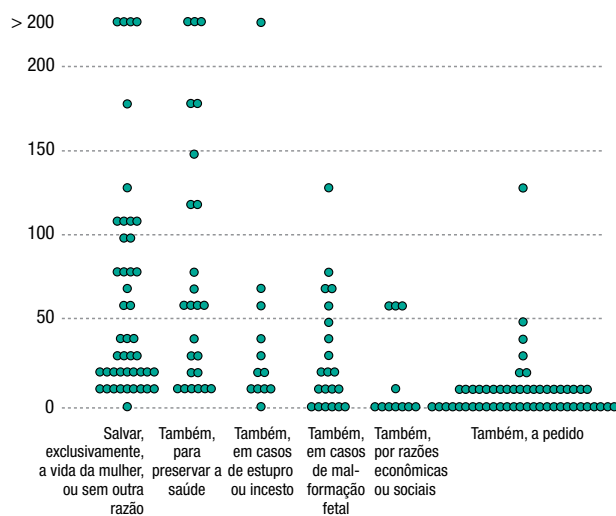
Caixa 4.1 Mobilizar os recursos da sociedade para a saúde, em Cuba ^{11,12,13}

Em Cuba, a expectativa média de vida ao nascer é a segunda mais alta das Américas: em 2006, era de 78 anos, e somente 7,1 em cada 1.000 crianças morriam antes dos cinco anos de idade. Os indicadores educacionais para as crianças estão entre os melhores da América Latina. Cuba conseguiu estes resultados, apesar de dificuldades econômicas significativas. Mesmo hoje, o PIB per capita é somente US\$ 4.500. O sucesso de Cuba em assegurar a proteção infantil universal reflete o comprometimento nacional com ações de saúde pública e intersetoriais.

O desenvolvimento de recursos humanos para a saúde tem sido uma prioridade nacional. Cuba é o país com a maior proporção de médicos na população. A formação para a APS dá uma atenção específica aos determinantes sociais da saúde. Trabalha-se em equipes multidisciplinares, em unidades de atenção primária abrangentes, que se responsabilizam pela saúde de uma população geograficamente definida e que presta serviços curativos e preventivos, próximos à comunidade, aos serviços sociais e às escolas, revendo, em parceria com os professores, a saúde de todas as crianças duas vezes por ano. Também trabalham em organizações como a Federação das Mulheres Cubanas e com as estruturas políticas. Estes contatos proporcionam meios para influenciar os determinantes sociais da saúde nas suas comunidades.

A política nacional cubana deu, igualmente, prioridade ao investimento no desenvolvimento infantil. Há três programas de instrução pré-escolar não obrigatórios, que cobrem quase 100% das crianças com idade inferior a seis anos. Nestes programas, o rastreio para problemas do desenvolvimento facilitam uma intervenção precoce. As crianças que são identificadas como tendo necessidades especiais, e as suas famílias, recebem uma atenção personalizada através de equipes multidisciplinares de saúde e de especialistas educacionais. A política nacional em Cuba não sucumbiu a uma falsa escolha entre o investimento na força de trabalho médica e a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. Em vez disso, promoveu a cooperação intersetorial para melhorar a saúde, com uma aposta forte na prevenção. Para manter esta política, uma enorme força de trabalho foi formada para agir de uma forma competente a nível de cuidados clínicos, trabalhando como uma parte ativa da comunidade que serve.

Figura 4.1 Mortes atribuíveis ao aborto inseguro por 100 000 nascidos-vivos, em países que permitem o aborto legalmente^{a,12,13}



^aCada ponto representa um país.

vir a ser salvas, numa década, através de uma diminuição de 15% no consumo dietético do sal se os fabricantes reduzissem, voluntariamente, o nível de sal em alimentos processados, apoiados em campanhas na mídia de encorajamento de mudanças de comportamento de consumos alimentares. A implementação das quatro medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (aumento dos impostos sobre o tabaco; locais de trabalho sem fumo; empacotamento e rotulagem de acordo com normas definidas na Convenção e reforçadas por campanhas de conscientização sobre os riscos do tabaco para a saúde; e a proibição da publicidade, da promoção, e de patrocínios) poderiam vir a salvar 5,5 milhões de vidas, em uma década¹⁷. Como é muitas vezes o caso, o sucesso de tentativas de abordar determinantes sociais, econômicos e políticos da saúde depende de uma colaboração frutífera entre o setor da saúde e vários outros setores.

Políticas sistêmicas alinhadas com as metas da APS

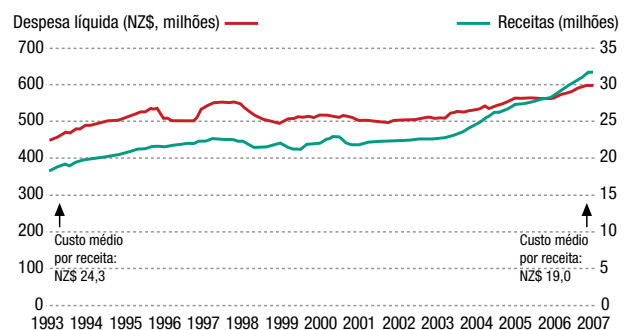
Existe uma tomada de consciência crescente de que quando determinados setores do sistema de saúde funcionam mal ou descoordenados, o desempenho global sofre as consequências. Referidos variavelmente como as “funções nucleares”¹⁷ ou as “unidades estruturantes”¹⁸, os componentes dos sistemas da saúde incluem a sua infraestrutura, os recursos humanos, a informação, as tecnologias e o financiamento – todas com implicações para a prestação de serviços. Estes componentes não se harmonizam espontaneamente com a pretensa orientação das reformas da APS para o reforço da atenção primária e para a promoção da cobertura universal: para se obter este alinhamento são necessárias políticas abrangentes e premeditadas.

A experiência ganha na promoção dos medicamentos essenciais ajudou a identificar elementos facilitadores e potenciais obstáculos à implementação de políticas sistêmicas efetivas de apoio ao desenvolvimento da APS. Desde que foi estabelecida em 1977, a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS transformou-se num incentivo ao desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos. Cerca de 75% dos 193 estados membros da

OMS reivindicam agora ter uma lista nacional de medicamentos essenciais, e cerca de 100 países desenvolveram também uma política nacional de medicamentos. Vários estudos revelam que estas políticas tiveram o efeito de aumentar o acesso e de incentivar uma utilização mais racional dos medicamentos^{19,20}. Esta política em particular foi delineada de forma a apoiar a APS, e oferece-nos exemplos de como abordar desafios de escalas de eficiência e de codependências sistêmicas comuns a várias áreas de trabalho. Sem estas complementaridades, os custos para a saúde seriam in comportáveis: quase 30.000 crianças morrem diariamente de doenças que poderiam ter sido facilmente tratadas, se tivessem tido acesso a medicamentos essenciais²¹.

As políticas de medicamentos são indicativas da forma como eficiências na escala da organização podem ser exploradas. A segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados têm propriedades universais que os tornam moldáveis a padrões internacionais, globalmente consensualizados. A adoção e a adaptação destes padrões globais, pelas autoridades nacionais, é muito mais eficiente do que se cada país criasse os seus próprios padrões. Mecanismos nacionais de tomada de decisão e de aquisição podem então orientar a seleção racional de medicamentos, com base em critérios de custo-efetividade, comprando por atacado e reduzindo custos. Por exemplo, a figura 4.2 ilustra como uma coordenação centralizada de compra subsidiada de medicamentos na Nova Zelândia melhora, significativamente, o acesso a medicamentos essenciais, enquanto reduz a média do preço da prescrição. Numa escala de

Figura 4.2 Despesa anual com medicamentos e número de receitas aviadas na Nova Zelândia, desde que a Agência de Gestão de Medicamentos foi estabelecida, em 1993²⁶





maior dimensão, mecanismos transnacionais, como a aquisição de vacinas por agências internacionais como a UNICEF, o Fundo Rotativo da OPAS e os Serviços Globais de Medicamentos” para o tratamento da tuberculose, permitem economias consideráveis, assim como garantias de qualidade, para países que sozinhos não conseguiriam negociar condições tão vantajosas^{22,23,24,25}.

Uma segunda lição importante, resultante da experiência com as políticas de medicamentos essenciais, é que uma política não pode existir isolada, como uma ilha, e esperar uma implementação efetiva. A sua formulação deve identificar os outros elementos do sistema, sejam eles financeiros, informativos, de infra-estruturas ou recursos humanos, dos quais dependerá a sua implementação. Os mecanismos de aquisição de fármacos, por exemplo, levantam considerações importantes sobre as políticas de financiamento do sistema: elas são interdependentes. Do mesmo modo, as questões de recursos humanos relacionadas com a educação dos consumidores, assim como a formação e as condições de trabalho dos prestadores são provavelmente determinantes relevantes do uso racional dos medicamentos.

Políticas sistêmicas para os recursos humanos têm, há muito tempo, sido uma área negligenciada e um dos principais constrangimentos ao desenvolvimento dos sistemas de saúde²⁷. A compreensão que os ODM para a saúde dependem da capacidade de se ultrapassar o enorme déficit de trabalhadores da saúde em países de baixa renda, atraiu uma atenção tardia para uma área anteriormente negligenciada. Além disso, a evidência de uma dependência crescente, nos países da OCDE, de trabalhadores emigrantes para suprir os seus déficits, enfatiza o fato de que as políticas de um país podem ter um impacto significativo nas de outro. As escolhas que os países fazem – ou não fazem – podem ter importantes consequências, a longo prazo. Os recursos humanos para a saúde são indispensáveis à execução efetiva das reformas da atenção primária e de cobertura universal, e são igualmente a personificação dos valores que definem a APS. Contudo, na ausência de uma opção previa de

alinhar a política da força de trabalho da saúde com as metas da APS, as forças de mercado no sistema de cuidados de saúde induzirão os seus trabalhadores uma maior sub-especialização, em instituições de atenção terciária, muitas vezes com recurso à migração para as grandes cidades ou outros países. Escolhas políticas alicerçadas na APS, orientam-se no sentido de reforçarem as equipas necessárias para a extensão da cobertura a áreas anteriormente mal servidas e a grupos demográficos tradicionalmente desamparados, como foi o caso da Malásia que fez a expansão de onze categorias de trabalhadores consideradas prioritárias, da Etiópia que qualificou 30.000 trabalhadores de saúde, da Gâmbia com incentivos aos trabalhadores da saúde para trabalharem nas áreas rurais, do Paquistão com as suas 80.000 Senhoras Visitantes da Saúde²⁸, ou a transferência de tarefas em resposta à necessidade de expansão dos cuidados aos doentes com AIDS. Estas políticas redirecionam investimentos para o estabelecimento de equipas de atenção primária que são o âmago das políticas alicerçadas na APS: os 80.000 trabalhadores de saúde para as 30.000 Equipas de Saúde da Família no Brasil ou a reciclagem de mais de 10.000 enfermeiras e médicos, na Turquia. Além disso, estas políticas exigem incentivos financeiros e não financeiros para competir efetivamente por recursos humanos escassos, como no Reino Unido, onde têm sido tomadas medidas no sentido de criar uma carreira de atenção primária, financeiramente competitiva com a de especialistas hospitalares.

A alma do negócio dos Ministérios da Saúde e de outras autoridades públicas é o estabelecimento, de uma forma transversal a todos os elementos estruturantes do sistema saúde, de um conjunto de disposições e de mecanismos necessários para garantir o cumprimento das suas metas de saúde. Quando um país escolhe alicerçar o seu sistema de saúde na APS – quando começa a desenvolver a atenção primária e as reformas que levam a uma cobertura universal – todo o seu arsenal de políticas sistêmicas tem de ser alinhado com estas reformas: não apenas aquelas que se referem a modelos de prestação de serviços ou de financiamento. É possível

* Nota dos tradutores: “Global Drug Facility” foi traduzido para “Serviços Globais de Medicamentos”

28 “Lady Health Workers” no original

desenvolver políticas sistêmicas que não levam em conta a agenda da APS. É, igualmente, possível escolher alinhá-las com a APS. Se um país opta pela APS, sua implementação efetiva não permite meias medidas; nenhuma unidade estruturante do sistema de saúde sairá incólume.

Políticas de saúde pública

☒linhar os programas de saúde prioritários com a ☒PS

Grande parte da atividade no setor da saúde está orientada para doenças específicas com grande peso, tais como o HIV/AIDS, ou nas etapas do ciclo de vida, na criança, por exemplo – as chamadas prioridades de saúde. Os programas de saúde que são planejados com base nestas prioridades são frequentemente abrangentes na medida em que estabelecem normas, asseguram a visibilidade e a garantia da qualidade, e envolvem um conjunto de pontos de acesso localmente ou a nível nacional ou regional. As respostas a estas prioridades podem ser desenvolvidas de formas que ou reforçam ou debilizem a APS²⁸.

Em 1999, por exemplo, o Departamento de Atenção Primária da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preparou um plano para formar os seus membros na Abordagem Integrada das Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e para adaptar esta estratégia às características epidemiológicas regionais²⁹. Apesar da condução do curso de formação inicial, a SBP advertiu os pediatras que a AIDPI não era um substituto dos cuidados pediátricos tradicionais e que punha em risco os direitos básicos das crianças e dos adolescentes. Numa etapa seguinte, opôs-se à delegação de tarefas às enfermeiras, que faziam parte das equipes multidisciplinares de saúde da família, a espinha dorsal da política da APS do Brasil. Contundentemente, a SBP tentou recuperar os cuidados da criança e do adolescente como um domínio exclusivo dos pediatras, com o argumento de que isso assegurava uma melhor qualidade dos cuidados.

A experiência com programas de saúde prioritários mostra que a maneira como são desenhados faz toda a diferença: a tentativa de delinear um conjunto completo de reformas da APS em torno das exigências de uma única doença

conduz a consideráveis ineficiências. Contudo, o reverso é igualmente verdadeiro. Enquanto que a AIDS tem sido referida como uma metáfora para tudo o que aflige os sistemas de saúde e a sociedade em geral³⁰, a resposta global à pandemia do HIV pode, em vários aspectos, ser igualmente vista como tendo ajudado a desbravar caminhos para a APS. Desde o início teve uma base forte na defesa de direitos e da justiça social³¹. As suas ligações a grupos de alto risco marginalizados e desfavorecidos, e inquietações associadas à estigmatização, levaram à orquestração de esforços para garantir aos infectados os seus direitos e o acesso ao emprego, aos serviços sociais e aos cuidados de saúde. Os esforços para a expansão dos serviços, em conformidade com as metas do acesso universal, ajudaram a expor os estrangulamentos críticos associados à crise da força de trabalho. O desafio da prestação do tratamento ao longo da vida em ambientes com recursos escassos inspiraram inovações, tais como, uma distribuição mais efetiva de recursos humanos escassos, com recurso à “transferência de tarefas”, o expediente da figura de “procurador do doente”³² e a implementação imprevista de registros de saúde eletrônicos. Mais importante ainda, a adoção de um conjunto de cuidados, da prevenção, ao tratamento e à cura, ajudou a revitalizar e a reforçar as características nucleares da atenção primária, tal como a abrangência, a continuidade e a orientação para a pessoa³².

☒iniciativas nacionais de saúde pública

Enquanto é essencial que as equipes de atenção primária procurem melhorar a saúde das populações ao nível local, isto pode ter pouco impacto se os responsáveis pelas políticas, ao nível nacional e global, não adotarem políticas públicas abrangentes, que alterem os padrões de nutrição e influenciem os determinantes sociais da saúde. Estas, raramente, são implementadas apenas no contexto de iniciativas locais. ☒reas clássicas onde, além da escala local, as intervenções de saúde pública podem ser benéficas, incluem: alterar comportamentos e estilos de vida individuais; controlar e prevenir a doença; intervir na higiene e sobre determinantes ampliados da saúde; e prevenção secundária,



Caixa 4.2 Recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde³³

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) foi um esforço de três anos, iniciado em 2005, para apresentar recomendações baseadas na evidência para a intervenção sobre os determinantes sociais, a fim de reduzir as iniquidades na saúde. A Comissão acumulou uma coleção inédita de material para dirigir este processo, recorrendo a redes de conhecimentos sobre temas específicos, a experiências da sociedade civil, a parceiros nacionais e aos departamentos da OMS. O relatório final da CDSS apresenta recomendações detalhadas para a ação, agrupadas em três recomendações abrangentes.

1. Melhorar as condições de vida diária

São essenciais melhorias no bem estar das meninas e das mulheres; nas circunstâncias em que as suas crianças nascem e se desenvolvem na infância e educação para as meninas e meninos; nas condições de vida e de trabalho; nas políticas de proteção social; e nas condições para uma velhice digna.

2. Reduzir a distribuição iniqua do poder e do dinheiro e dos recursos

Para tratar as iniquidades em saúde é necessário abordá-las na forma como a sociedade está organizada. Isto exige um setor público forte, comprometido, capaz e bem financiado. O que, por sua vez, exige um governo fortalecido, uma sociedade civil reforçada e um setor privado responsabilizável. Um governo dedicado à equidade é necessário em todos os níveis.

3. Definir e compreender o problema e avaliar o impacto da ação

É essencial reconhecer o problema das iniquidades em saúde e garantir que seja medido não tanto ao nível dos países como globalmente. Sistemas nacionais e globais de vigilância da equidade em saúde, para a monitoria de iniquidades em saúde e dos determinantes sociais da saúde, também têm que avaliar o impacto na equidade em saúde de políticas e ações. Outras exigências são formar os responsáveis políticos e os profissionais de saúde, aumentar a compreensão pública dos determinantes sociais da saúde, e reforçar o enfoque da investigação nos determinantes sociais.

incluindo o rastreamento da doença³⁷. Isto inclui medidas tais como o enriquecimento do pão com ácido fólico, a tributação do álcool e do tabaco, e a segurança dos alimentos, dos bens de consumo e de substâncias tóxicas. Tanto à escala nacional como à escala transnacional, as intervenções de saúde pública têm o potencial de salvar milhões de vidas. A remoção, bem sucedida, dos principais fatores de risco de doença, o que,

tecnicamente, é possível, reduziria, as mortes prematuras em 47% e aumentaria a esperança global de vida saudável em 9,3 anos³⁴. Entretanto, como é o caso, para os programas prioritários discutidos acima, as correspondentes políticas de saúde pública devem ser projetadas de forma a reforçar as reformas da APS.

Nem todas as intervenções de saúde pública contribuem, por exemplo, para a equidade. Esforços de promoção de saúde dirigidos a comportamentos individuais de risco, como em campanhas de educação para a saúde, visando o tabagismo, a malnutrição e estilos de vida sedentários, têm, muitas vezes, inadvertidamente, exacerbado injustiças. Diferenças socioeconômicas na adoção de mensagens de saúde, na sequência de intervenções de saúde pública desenvolvidas de uma forma indiscriminada, sem consideração pelas características das diferentes populações-alvo, não só têm reflexos no aumento das iniquidades na saúde, mas, igualmente, na culpabilização da vítima para explicar o fenômeno³⁵. As políticas de saúde pública bem implementadas podem, no entanto, reduzir as iniquidades quando resultam em benefícios de saúde para toda a população ou quando dão prioridade, explicitamente, a grupos com a saúde mais precária³⁶. As evidências para privilegiar as políticas públicas que reduzem injustiças está aumentando, especialmente, através do trabalho da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (caixa 4.2)³⁷.

Capacidade de resposta rápida

Enquanto as reformas da APS enfatizam um engajamento participativo e deliberativo de todos os interessados, desastres humanitários ou surtos de doença exigem uma capacidade de resposta rápida, que é crucial para reagir com efetividade ao problema e um imperativo absoluto para manter a confiança da população no seu sistema de saúde. Invocar quarentenas ou proibições de viagens, a sequenciação rápida do genoma de um novo agente patogênico para apoiar o desenvolvimento de vacinas ou de regimes terapêuticos, e a mobilização pronta dos trabalhadores e das instituições de saúde podem ser vitais. Enquanto que o advento de uma “emergência” se presta à boa vontade e

flexibilidade dos diversos atores, uma resposta efetiva é mais provável tendo havido antes investimentos significativos na capacitação para uma resposta rápida³⁸.

Os esforços globais relacionados com a ameaça da pandemia da gripe aviária (H5N1) proporcionaram aprendizagens interessantes, de como as políticas que têm a ver com a capacitação para uma resposta rápida poderiam ser guiadas pelos valores da APS relacionados com a equidade, a cobertura universal e as reformas da atenção primária. A abordagem da gripe sazonal e pandêmica envolve a colaboração de 116 laboratórios nacionais de gripe e de cinco centros colaborativos laboratoriais internacionais que compartilham o vírus da gripe, como parte de um sistema que foi iniciado pela OMS, há mais de 50 anos. O sistema foi implementado para identificar novas ameaças pandêmicas do vírus e otimizar a preparação anual da vacina para a gripe sazonal que é usada, principalmente, nos países industrializados. Com o foco das zoonoses humanas nos países em vias de desenvolvimento e o espectro de uma pandemia global associado com a estirpe H5N1 da gripe, o interesse na gripe estende-se agora aos países em vias de desenvolvimento, e a parceria público-privado para a produção da vacina da gripe e a partilha do vírus tem sofrido um escrutínio intenso. A expectativa dos países em vias de desenvolvimento de proteção contra a gripe, que inclui o acesso financeiramente viável aos antivirais existentes e às vacinas, no caso de uma pandemia, está resultando em mudanças na capacitação nacional e global: da vigilância e dos laboratórios, à transferência de tecnologias para a formulação e a produção de vacinas, e da capacidade para armazenamento. Assim, a resposta mais equitativa é a mais efetiva, e a capacidade de resposta rápida mais efetiva só pode emergir do compromisso de todos os interessados neste processo global de negociação.

Saúde em todas as políticas

A saúde das populações não é meramente um produto das atividades do setor da saúde – sejam elas ações de atenção primária ou ações de saúde pública a nível nacional. É determinada, em grande parte, por fatores sociais e

econômicos, e deste por políticas e por ações que não estão no domínio direto do setor da saúde. As mudanças no local de trabalho, por exemplo, podem ter uma multiplicidade de consequências para a saúde (quadro 4.1).

Confrontadas com estes fenômenos, as autoridades da saúde podem perceber o setor como impotente para ir além de tentativas de mitigar consequências. Ele não pode, por si, redefinir relações de trabalho ou planos de desemprego. Também não pode, por si, aumentar as tributações do álcool, impor normas técnicas para veículos motorizados, regulamentar a emigração rural e promover o desenvolvimento de favelas – embora todas estas medidas possam ter consequências para a saúde. Uma boa administração urbana, por exemplo, pode contribuir para uma esperança de vida de 75 anos ou mais, comparados com os 35 anos esperados em situações de má administração³⁹. Assim, é importante para o setor da saúde empenhar-se com outros setores, a fim de obter, não apenas a sua colaboração na abordagem dos problemas prioritários de saúde pré-identificados, como é o caso para intervenções de saúde pública bem planejadas, mas para assegurar também que a saúde seja reconhecida como um dos resultados socialmente valorizados de todas as políticas.

Esta ação intersectorial era um princípio fundamental da Declaração de Alma-Ata. Contudo, Ministérios da Saúde, em muitos países, esforçaram-se, muitas vezes em vão, para coordenarem as suas atividades com outros setores ou para exercerem a sua influência além do sistema da saúde pelo qual são formalmente responsáveis. Um grande obstáculo em colher as recompensas da ação intersectorial tem sido a tendência, dentro do próprio setor da saúde, em considerar tal colaboração como “tentativas essencialmente simbólicas de obter o apoio de outros setores para os serviços de saúde”⁴⁰. A ação intersectorial, muitas vezes, não se centrava na melhoria das políticas dos outros setores mas na instrumentalização dos seus recursos: mobilização de professores para apoiarem a distribuição de redes mosquiteiras, polícias para buscarem faltosos ao tratamento antituberculose, ou a utilização dos veículos do Ministério da Agricultura para a evacuação de emergência de doentes.



Tabela 4.1 Efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho⁸

Efeitos adversos do desemprego na saúde	Efeitos adversos na saúde devido à reestruturação	Efeitos adversos da falta de padronização do trabalho na saúde
Pressão sanguínea elevada	Menos satisfação profissional e orientação para a organização e mais estresse	Taxas mais elevadas de doença e acidentes de trabalho do que em trabalhadores com emprego estável em tempo integral
Mais depressão e ansiedade	Sentimentos de injustiça durante processos de redução de pessoal	Mais estresse, menos satisfação profissional e outros efeitos negativos na saúde e bem estar
Mais visitas aos clínicos gerais	Sobreviventes defrontam-se com novas tecnologias, processos de trabalho, novas exposições físicas e psicológicas (menos autonomia, trabalho mais intenso, mudanças nas características das relações sociais, alterações contratuais e mudanças de comportamento pessoal)	Mais frequente nos subsetores de serviços distributivos e personalizados onde as pessoas têm geralmente níveis educacionais e de competências mais baixos
Mais sintomas da doença coronária	Mudança no contrato psicológico e perda de confiança	Pouco acesso a direitos de compensação e baixo nível de pedidos de compensações por quem está coberto.
Pior saúde mental e mais estresse	Estresse prolongado com manifestações fisiológicas e psicológicas	Aumento dos perigos para a saúde ocupacional associado à intensificação do trabalho, motivado por pressões econômicas
Mais morbidade psicológica e visitas médicas		Formação inadequada e comunicação deficiente associada à desorganização institucional e à falta de controles reguladores
Pior autoavaliação do estado de saúde e mais problemas de saúde		Incapacidade dos trabalhadores em organizarem a sua própria proteção
Mais problemas familiares, particularmente dificuldades financeiras		Acúmulo de pedidos de compensação por acidentes de trabalho difícil de demonstrar devido à mobilidade dos trabalhadores
		Capacidade reduzida de melhorar as condições da vida devido à incapacidade de obter crédito, encontrar casa, fazer planos de reforma, e identificar possibilidades para formação.
		Pouco interesse em questões ambientais e em saúde e segurança no trabalho

uma “aproximação do Governo no seu todo”, com o objetivo de “saúde em todas as políticas” segue uma lógica diferente^{41,42}. Não parte de um problema de saúde específico e procura oportunidades de contribuições intersectoriais para a sua solução – como seria o caso, por exemplo, das doenças associadas ao tabaco. Começa-se sim, pela identificação dos efeitos das políticas agrícolas, educacionais, ambientais, fiscais, habitacionais, de transporte e outras na saúde.

Procura-se então trabalhar em consonância com todos esses setores para se garantir que, ao contribuírem para o bem-estar e a riqueza, essas políticas contribuem, igualmente, para a saúde⁴.

As políticas públicas de outros setores, assim como as políticas do setor privado, podem ser importantes para a saúde, de duas formas.

■ Podem ter efeitos adversos para a saúde (quadro 4.1). Estes efeitos adversos são, muitas vezes, identificados retrospectivamente,

como no caso dos efeitos negativos da poluição do ar ou da contaminação industrial. Contudo, é também possível, muitas vezes, antecipá-los ou detectá-los precocemente. Os responsáveis pelas decisões em outros setores podem não estar conscientes das consequências adversas das escolhas que estão fazendo, situação em que um compromisso explicitamente assumido, que respeite as metas e os objetivos do outro setor, pode ser um primeiro passo para minimizar os efeitos adversos na saúde.

- As políticas públicas desenvolvidas por outros setores – educação, igualdade de gênero e inclusão social – podem contribuir positivamente para a saúde, de formas que os outros setores também não têm conhecimento. Estas podem, como parte integrante da política, ser realçadas, propositadamente, na busca de ganhos em saúde. Por exemplo, uma política da igualdade de gênero, desenvolvida pelos seus méritos próprios, pode produzir benefícios para a saúde, muitas vezes a um nível subestimado pelos proponentes dessa política. Ao colaborar no reconhecimento mais formal destes resultados, a política da igualdade de gênero sai reforçada, e as sinergias potencializam os resultados em saúde. Neste caso, o objetivo da colaboração intersectorial é reforçar essas sinergias.

Ausência de colaboração com os outros setores tem suas consequências. Afeta o desempenho de sistemas da saúde e, particularmente, da atenção primária. Por exemplo, o programa de luta contra o tracoma de Marrocos apoiou-se nos altos níveis de mobilização da comunidade e na colaboração efetiva com os ministérios da educação, interior e assuntos locais. Essa colaboração foi a chave para a eliminação bem sucedida do tracoma⁴³. Por outro lado, o programa de controle da tuberculose, no mesmo país, não se articulou com os esforços de desenvolvimento urbano e de redução da pobreza, o que levou a resultados desapontantes⁴⁴. Ambos foram administrados pelo mesmo Ministério da Saúde, por equipes com capacidades semelhantes que trabalhavam sob escassez de recursos idêntica, mas com estratégias diferentes.

Ausência de colaboração com os outros setores tem uma outra consequência: a saúde precária evitável não é evitada. No bairro NGagne Dia de Thiare-sur-Mer, em Dacar, no Senegal, as pessoas viviam da reciclagem ilegal de baterias de chumbo. As autoridades não prestaram atenção a este fato até que um conglomerado inexplicado de mortes de crianças os alertou para a necessidade de uma investigação. A área foi identificada como contaminada com chumbo, e no sangue dos irmãos e das mães das crianças falecidas foram encontradas concentrações extremamente elevadas de chumbo. Agora, para corrigir a situação de saúde e as consequências sociais adversas da situação a que se chegou, são necessários avultados investimentos para descontaminação do bairro e das habitações. Antes da ocorrência deste conjunto de mortes, o setor da saúde, infelizmente, não tinha considerado prioritária a colaboração com outros setores a fim de evitar esta situação⁴⁵.

Onde a colaboração intersectorial é bem sucedida, os benefícios para a saúde podem ser consideráveis, embora mortes evitadas tenham menos visibilidade do que vidas perdidas. Por exemplo, pressão por parte da sociedade civil e dos profissionais levaram ao desenvolvimento, na França, de uma estratégia com várias frentes e com grande visibilidade, para melhorar a segurança nas estradas, identificada como uma questão social e política (e não como um simples problema do setor da saúde) que tinha de ser confrontada. Os diversos setores trabalharam juntos, num esforço sustentado, com endosso político ao mais alto nível, para reduzir os acidentes rodoviários, para dar visibilidade ao progresso identificado por um sistema de monitoria, resultando numa redução, que chegou aos 21% por ano, do número de mortes nas estradas⁴⁶. Os benefícios para a saúde e a equidade dos esforços de implementar a saúde em todas as políticas tornaram-se evidentes em programas, tais como “Cidades e Municípios Saudáveis”, “Cidades Sustentáveis” e “Cidades Sem Favelas”, com abordagens integradas, que vão de audições orçamentárias, a mecanismos de responsabilização social, à coleta de dados e intervenção ambiental⁴⁷.

Nas sociedades contemporâneas, a saúde tende a fragmentar-se por várias substituições que



tratam com aspectos particulares da saúde ou dos sistemas de saúde, enquanto que a capacidade para harmonizar os vários elementos das políticas públicas, que convergem para influenciar o estado de saúde, está subdesenvolvida, mesmo em contextos bem servidos de recursos, como na União Europeia, por exemplo⁴⁸. Os Ministérios da Saúde têm um papel vital a desempenhar no desenvolvimento dessas capacidades, uma das principais prioridades estratégicas para confrontar os determinantes sociais da saúde precária⁴⁹.

Compreender o subinvestimento

Apesar dos benefícios e do baixo custo relativo de melhores políticas públicas, o seu potencial permanece subutilizado por esse mundo fora. Um exemplo, com grande visibilidade, é que somente 5% da população do mundo vive em países com proibição da publicidade sobre o tabaco, da sua promoção e de patrocínios, apesar da sua eficácia comprovada em reduzir ameaças à saúde que poderão resultar em um bilhão de vidas perdidas neste século⁵⁰.

A melhoria das políticas públicas tem sofrido de uma abordagem pouco sistematizada, baseada em evidências fragmentadas e sustentadas por tomadas de decisão pouco claras – especialmente, porque a comunidade da saúde não se tem esforçado o suficiente para sistematizar e comunicar as evidências existentes. Apesar do progresso que se tem observado nos últimos anos, ainda é difícil encontrar informação sobre a efetividade de intervenções para corrigir, por exemplo, as desigualdades em saúde e, quando disponíveis, estas evidências são conhecidas de um círculo privilegiado de peritos interessados. A falta da informação e de evidência é, assim, uma das explicações para o subinvestimento observado.

O fato é que, mesmo para os decisores políticos mais bem informados, muitas questões de políticas públicas estão potencialmente associadas a tomadas de posição reconhecidamente impopulares: quer seja a redução do número de leitos hospitalares, a imposição do uso de cintos de

segurança, o abate de aves de criações domésticas ou a tributação de bebidas alcoólicas, a resistência a estas medidas é previsível, alimentando controvérsias todos os dias. Outras decisões têm tão pouca visibilidade, por exemplo, medidas que contribuam para uma cadeia de produção alimentar mais segura, que oferecem poucos benefícios políticos.

Consenso sobre medidas draconianas, pode ser facilmente alcançável em momentos de crise, mas a atenção da opinião pública é limitada. Os políticos tendem a dar mais atenção a políticas com benefícios durante o momento atual de ciclos eleitorais de 2 a 4 anos, e a subvalorizar esforços, tais como a proteção ambiental ou o desenvolvimento inicial da criança, que darão resultados em horizontes de 20 a 40 anos. Se a impopularidade é um desincentivo importante ao compromisso político com causas impopulares ou de baixa visibilidade, a oposição ativa dos lobbies, é outro. Um exemplo óbvio são os esforços da indústria do tabaco para limitar o controle do fumo. Vê-se uma oposição idêntica à regulamentação dos resíduos industriais e ao *marketing* de alimentos para crianças. Estes obstáculos à capacidade de desenvolver políticas públicas são muito reais e têm de ser abordados de uma forma sistemática (caixa 4.3).

A dificuldade em coordenar operações que envolvem várias instituições de vários setores é mais uma complicação a adicionar aos desincentivos já mencionados. Muitos países têm uma capacidade institucional limitada para assumir este tipo de coordenação e, muitas vezes, não têm profissionais qualificados para dar resposta a todo o trabalho que isso implica. Gestão de crise, planos com horizontes limitados, ausência de evidências compreensíveis, acordos intersetoriais pouco claros, conflitos de interesses e modelos de administração do setor da saúde pouco adequados reforçam a necessidade de se investir em reformas abrangentes das políticas, de forma a concretizar o potencial investido nas ações de saúde pública. Felizmente, existem exemplos promissores que nos dão indicações sobre como prosseguir.

Caixa 4.3 Como tomar decisões sobre políticas públicas impopulares

O Sétimo Fórum dos Futuros, para executivos sêniores da saúde, organizado em 2004, pelo Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde, discutiu as dificuldades que os responsáveis pelo setor podem sentir ao abordarem decisões políticas impopulares. Uma decisão popular resulta geralmente de uma exigência pública; uma decisão impopular não responde muitas vezes tão claramente a expectativas públicas explícitas, mas é feita porque o ministro ou o diretor geral da saúde sabem que é a decisão correta para obter ganhos em saúde e em melhorias de qualidade. Assim, uma decisão potencialmente impopular não deve ir atrás da popularidade, mas todos os esforços devem ser feitos para torná-la compreensível e, conseqüentemente, aceitável, o que não é um mero exercício acadêmico, mas uma exigência na procura da sua aprovação. Quando é provável que uma decisão venha a ser impopular, os participantes no Fórum concordaram que seria aconselhável, para os executivos da saúde, recorrer a algumas das seguintes abordagens.

Estabelecer uma ligação da decisão com melhorias em saúde e em qualidade. Visto que a saúde é a área central das decisões em consideração, as primeiras explicações devem abordar o impacto da decisão na saúde e na qualidade dos serviços. Devem ser evitados argumentos que desviem a atenção da saúde e que são, muitas vezes, difíceis de justificar — por exemplo, no caso de fechamento de hospitais, é muito mais apropriado falar sobre a melhoria da qualidade dos cuidados do que sobre a contenção de custos.

Chamar a atenção para compensações esperadas. Explicar o que as pessoas receberão em troca do que perdem ou têm que abandonar. Podem ser benefícios em outros setores ou serviços. As opções devem ser apresentadas de forma a não haver perdedores, e tentando equilibrar as más e as boas notícias.

Implementar de uma forma resoluta. Se as autoridades de saúde não estão prontas para implementar a decisão, então devem abster-se de anunciá-la, até que se sintam capazes de fazê-lo.

Ser transparente. Explicar de quem é a decisão que está sendo tomada, o que está em jogo e quem será afetado. Enumerar todos os interessados envolvidos e indicar se eles estão implicados negativamente.

Evitar decisões isoladas. Projetar e propor as decisões como parte de um plano geral ou de uma estratégia mais abrangente.

Esselecionar um momento adequado. Sempre que possível, uma decisão deve ser planejada com tempo. Quando a plano está pronto, o melhor é avançar com uma execução rápida.

Envolver todos os grupos. Envolver na discussão tanto os grupos dos desfavorecidos como aqueles que se beneficiarão da decisão. Diversificar a abordagem.

Não esperar apoio da mídia só porque a decisão é correta em termos de ganhos em saúde. Não se pode esperar que a mídia seja sempre neutra ou positiva; pode, muitas vezes, ser mobilizada para o debate pelos oponentes da decisão. Tem que se estar preparado para enfrentar problemas com a imprensa.

Ser modesto. A aceitabilidade da decisão é maior quando os responsáveis reconhecem publicamente que há alguma incerteza sobre os resultados esperados e se comprometem, abertamente, a monitorar e a avaliar os resultados. Isto deixa a porta aberta para ajustamentos durante o processo de implementação.

Estar preparado para mudanças rápidas. Algumas vezes, a opinião pública pode mudar rapidamente, e uma oposição inicial pode transformar-se em aceitação.

Estar preparado para crises e para efeitos colaterais inesperados. Determinados grupos da população podem ser afetados de uma forma inesperada (tais como os clínicos gerais, no caso do fechamento de hospitais). Os responsáveis pelas decisões de saúde pública têm que lidar com reações imprevistas.

Apoiar-se em boas evidências. A aceitação pública pode ser baixa sem no entanto ser baseada em fatos objetivos. Estar apoiado em boas evidências é uma maneira eficaz de dar forma ao debate e de minimizar resistências.

—sar e—emplos de outros países. Os responsáveis pelas decisões podem tomar como exemplo o que está sendo feito em outros lugares, explicando porque os outros países tratam o problema diferentemente; podem usar tais argumentos para tornar as decisões mais aceitáveis no seu próprio país.

Envolver os profissionais de saúde e, sobretudo, ser corajoso.



Oportunidades para melhores políticas públicas

elhor informação e evidência

Embora hajam indicações fortes de que os ganhos possíveis com melhores políticas públicas são enormes, a base evidencial sobre os seus resultados e custo-efetividade é, surpreendentemente, débil. Sabemos muito sobre a relação entre determinados comportamentos – fumar, dieta, exercício físico, etc. – e resultados de saúde, mas pouco sobre como efetuar mudanças comportamentais, de maneira sistemática e sustentável, a nível da população. Mesmo em contextos bem aparelhados, os obstáculos são muitos: os prazos para a obtenção de resultados; a complexidade da causalidade multifatorial da doença e dos efeitos das intervenções; a falta de dados; os problemas metodológicos, incluindo as

dificuldades na aplicação de critérios bem estabelecidos, para a avaliação de métodos clínicos; e a diversidade de perspectivas entre todos os envolvidos. A vigilância da doença infecciosa está melhorando, mas a informação sobre doenças crônicas e os seus determinantes ou sobre as iniquidades da saúde é escassa e pouco sistematizada. Em muitos países existem ainda grandes deficiências nos sistemas mais elementares para determinar o estado de saúde das populações, especificamente no que diz respeito à coleta de dados sobre nascimentos, óbitos ou doenças e enfermidades (caixa 4.4)⁵³.

Nos últimos 30 anos observou-se um salto qualitativo na produção de evidências para apoio à tomada de decisão clínica, através de esforços colaborativos tais como a Colaboração de Cochrane e a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica^{6,57}. Progressos semelhantes são

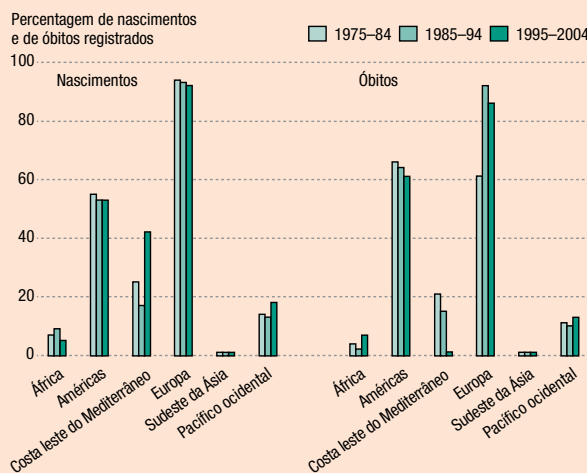
Caixa 4.4 O escândalo da invisibilidade: onde os nascimentos e as mortes não são contados

O registo civil é um produto do desenvolvimento econômico e social e uma condição para a modernização. Observou-se uma pequena melhoria da cobertura dos registos vitais (registro oficial dos nascimentos e das mortes), nas últimas décadas (veja figura 4.3). \approx use 40% (48 milhões) dos 128 milhões de nascimentos globais, todos os anos, não são contados, devido à inexistência de sistemas de registo civil⁵⁸. A situação é ainda pior para o registo de óbitos. Globalmente, dois terços (38 milhões) de 57 milhões de mortes anuais não são registrados. A OMS só recebe estatísticas confiáveis sobre causas de morte de 31, dos seus 193 estados-membros.

Esforços internacionais para melhorar a infraestrutura das estatísticas vitais, nos países em vias de desenvolvimento têm sido pouco ambiciosos⁵⁴. Nem a comunidade da saúde global nem os países deram ao desenvolvimento das estatísticas de saúde e sistemas de registo civil a mesma prioridade que deram às intervenções de saúde. No sistema das Nações Unidas,

não existe quem explicitamente se responsabilize pelo desenvolvimento dos registos civis. Não há nenhuma coordenação de mecanismos para abordar o problema e responder a pedidos para assistência técnica para mobilizar o financiamento e os recursos técnicos necessários. O estabelecimento da infraestrutura de sistemas de registos civis, para assegurar a contagem de todos os nascimentos e óbitos, exige colaboração entre parceiros em setores diferentes. Precisa de defesa sustentada, da confiança do público, de enquadramento jurídico, de incentivos, de apoios financeiros, de recursos humanos e de sistemas modernos de gestão de dados⁵⁹. Onde funcionam bem, as estatísticas vitais disponibilizam informação básica para a definição de prioridades. A falta de progresso no desenvolvimento de sistemas de registo dos nascimentos e dos óbitos é um fator de pre-ocupação na concepção e implementação das reformas da APS.

Figura 4.3 Percentagem de registos de nascimentos e de óbitos nos países com sistemas abrangentes de registos civis, por região da OMS, 1975-2004*



*Fonte: adaptado de ⁵⁴

possíveis na obtenção de evidência para políticas públicas, embora nesta área os esforços sejam ainda bastante tímidos quando comparados com a enormidade dos recursos disponíveis para outras áreas de investigação em saúde, como tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Os progressos são, no entanto, visíveis e os decisores sobre políticas públicas recorrem cada vez mais a revisões sistemáticas da literatura^{58,58}.

Existem duas vias para reforçar significativamente as bases de conhecimento.

■ **Acelerar a organização de revisões sistemáticas de intervenções críticas e a sua avaliação econômica.** Um modo de o fazer é, expandir o atual mandato das agências de avaliação das tecnologias da saúde e incluir a avaliação de intervenções da saúde pública e das diferentes modalidades da prestação, visto que isto faria uso de capacidades institucionais já existentes com recursos obtidos. O surgimento de redes de colaboração, tais como a Colaboração Campbell⁶⁸, podem assumir um papel catalisador, explorando a vantagem comparativa

de eficiências de escala e de comparações internacionais.

■ **Acelerar, a partir da experiência inicial com ferramentas de “avaliação de impacto na saúde” ou de “avaliação de impacto da equidade em saúde”, a documentação e a avaliação de abordagens da governança na sua globalidade^{61,62,63}.** Embora estas ferramentas estejam ainda em processo de desenvolvimento, há, do nível local aos responsáveis políticos supranacionais, uma procura crescente por este tipo de análises (caixa 4.5). A evidência da sua utilidade para apoiar a tomada de decisão sobre políticas públicas, está aumentando^{64,65,66}, e constitui mais um apoio estratégico para aprofundar os debates intersetoriais. O que por si só reflete algum progresso num dos aspectos mais intratáveis na utilização das evidências disponíveis: a necessidade clara de mais comunicação, bem sistematizada, sobre os benefícios possíveis para a saúde com melhores políticas públicas. Os responsáveis pelas decisões, particularmente os de outros

Gaixa 4.5 Orientações para a avaliação de impacto na União Europeia⁶⁸

As orientações da União Europeia sugerem que as respostas às seguintes perguntas podem servir de base a uma avaliação do impacto de propostas de intervenções de saúde pública.

Saúde pública e segurança

Até que ponto as ações propostas:

- afetam a saúde e a segurança dos indivíduos ou das populações, incluindo a esperança de vida, a mortalidade e a morbilidade através de impactos no ambiente socioeconómico, por exemplo, ambiente de trabalho, renda, educação, ocupação ou nutrição?
- aumentam ou diminuem a probabilidade de bioterrorismo?
- aumentam ou diminuem a probabilidade de riscos para a saúde, atribuíveis a substâncias que são prejudiciais à natureza?
- afetam a saúde devido a mudanças no nível de ruído ou da qualidade do ar, da água ou do solo em áreas povoadas?
- afetam a saúde por causa de mudanças no uso da energia ou tratamento de resíduos?
- afetam os estilos de vida relacionados com os determinantes da saúde, tais como, o consumo de tabaco ou de álcool, ou a atividade física?
- produzem efeitos específicos em grupos de risco particulares (determinados pela idade, pelo sexo, pela incapacidade, pelo grupo social, pela mobilidade, pela região, etc.)?

Acessibilidade da proteção social e seus efeitos na saúde e nos sistemas educativos.

Até que ponto as ações propostas:

- **têm um impacto nos serviços, em termos de qualidade e acesso**
- **têm um efeito na educação e na mobilidade dos trabalhadores** (saúde, educação, etc.)
- **afetam o acesso dos indivíduos à educação pública ou privada ou vocacional e à formação contínua**
- **afetam a prestação de serviços transfronteiriços, referências transfronteiriças e cooperação nas regiões de fronteiras**
- **afetam o financiamento, a organização e o acesso aos sistemas sociais, de saúde e de educação** (incluindo a formação vocacional)
- **afetam as universidades e a liberdade e autonomia académicas**



setores, não estão suficientemente cientes das consequências das suas políticas para a saúde e dos potenciais benefícios que possam resultar delas. A boa comunicação, a que não é do domínio exclusivo do especialista, é tão importante como a produção de evidências, e requer uma abordagem mais efetiva para garantir a sua disseminação para quem necessita dessa informação⁶⁷. O enquadrar das evidências sobre a saúde de uma população em termos do impacto na saúde das políticas públicas, como alternativa às abordagens clássicas de comunicação entre especialistas de saúde, tem o potencial de mudar radicalmente o tipo e a qualidade do diálogo político.

Um cenário institucional em mudança

Juntamente com a falta de evidências, a área onde novas oportunidades estão emergindo é a da capacidade institucional para desenvolver políticas públicas alinhadas com as metas da APS. Apesar da relutância, inclusive dos doadores, para atribuir fundos substanciais aos Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP)⁶⁸, os responsáveis políticos confiam cada vez mais neles ou nos seus equivalentes funcionais. Em muitos países, os INSP foram, não só os primeiros repositórios de competências técnicas independentes em saúde pública, mas também de competências mais abrangentes em políticas públicas. Alguns têm uma reputação bem estabelecida: a Fiocruz, no Brasil; o Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, em Cuba; o Kansanterveyslaitos, na Finlândia; os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças, nos Estados Unidos; ou o Instituto Nacional da Higiene e de Epidemiologia, no Vietnã. Eles atestam a importância atribuída pelos países a esta capacidade⁶⁹. No entanto, cada vez mais, a capacidade já instalada é incapaz de dar resposta às múltiplas, e novas, exigências de que as políticas públicas protejam ou promovam a saúde. O que resulta em institutos com um mandato cada vez mais amplo e com financiamentos cada vez mais reduzidos, o que levanta problemas de dispersão e traz à tona as dificuldades associadas à congregação de uma massa crítica de competências diversas e especializadas (figura 4.4).

Uma medida que a capacidade de apoiar o desenvolvimento de políticas públicas se distribui por

um número cada vez maior de instituições, nacionais e supranacionais, observa-se uma mudança significativa do cenário institucional. A localização institucional de competências especializadas, muitas vezes, centradas em aspectos bem específicos das políticas públicas, está a aumentar consideravelmente, com uma vasta diversidade de formatos institucionais que incluem: centros de investigação, fundações, unidades académicas, consórcios independentes e grupos de reflexão, projetos, agências técnicas e iniciativas várias. O Conselho da Fundação de Promoção da Saúde, na Malásia, o Conselho Consultivo do Alcohol, na Nova Zelândia e a Comissão de Promoção da Saúde, na Estónia mostram que os canais de financiamento se diversificaram e podem incluir subvenções de investigação e contratos, subsídios do Estado, doações, ou taxas hipotecadas sobre as vendas do tabaco e do álcool. Isto resulta numa rede de competências mais complexa e difusa, mas também muito mais rica.

Há importantes escalas de eficiência resultantes da colaboração transfronteiriça sobre várias questões de política pública. Por exemplo, a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública ajuda os países a estabelecerem estratégias para o desenvolvimento da sua capacidade institucional⁷⁰. Neste contexto, a instalação da instituição tem que ser feita com uma atenção

Figura 4.4 Funções essenciais de saúde pública que 30 instituições nacionais de saúde pública veem como fazendo parte do seu portfólio⁶⁹



particular à especialização e à complementaridade, com ponderação dos desafios associados à liderança e à coordenação.

Concomitantemente, isto oferece perspectivas para transformar a produção da força de trabalho, altamente diversificada e especializada, exigida pela ambição de melhores políticas públicas. As escolas de saúde pública, medicina comunitária e enfermagem comunitária têm, tradicionalmente, sido os reservatórios institucionais primários para a produção dessa força de trabalho. Contudo, elas produzem poucos profissionais, muitas vezes centrados no controle de enfermidades e na epidemiologia clássica e frequentemente, mal preparados para uma carreira de flexibilidade, aprendizagem continuada e de liderança coordenada.

O desenvolvimento institucional multicêntrico apresenta oportunidades para um repensar indispensável à reformulação dos currículos e à identificação de outros ambientes institucionais para a educação inicial, pré-serviço, complementada com formação em trabalho, em contato estreito com as instituições onde existem as competências e, conseqüentemente, onde estas podem ser desenvolvidas⁷⁷. Há sinais promissores de inovações neste sentido na Região do Sudeste Asiático da OMS, que poderiam servir de modelo para reprodução em outras regiões, depois das necessárias adaptações⁷⁸. O aumento do intercâmbio transfronteiriço de experiências e de competências, articulado com um interesse global na melhoria da capacidade de desenvolver políticas públicas, está criando novas oportunidades – não apenas para preparar profissionais em números mais adequados mas, acima de tudo, profissionais com uma perspectiva mais abrangente e melhor preparados para gerir os complexos desafios de saúde pública do futuro.

Opções globais de saúde equitativas e eficientes

Em muitos países, as responsabilidades pela saúde e serviços sociais estão sendo delegadas para o nível local. Simultaneamente, as políticas financeira, comercial, industrial e agrícolas estão cada vez mais sendo decididas em fóruns internacionais. No nível local que se têm que obter resultados em saúde, em contextos em que as decisões sobre importantes determinantes da saúde estão deslocadas para um nível internacional. Os países alinham cada vez mais as suas políticas públicas

com as políticas de um mundo globalizado. Isto apresenta tanto oportunidades como riscos.

Ao procurarem adequar-se à globalização, competências políticas, fracionadas nos sistemas de governo nacionais, estão encontrando um espaço para convergências. Vários ministérios, incluindo o da saúde, da agricultura, das finanças, do comércio e das relações exteriores, estão, atualmente, procurando como podem, em conjunto, informar melhor as posições pré-negociais sobre comércio, contribuir com *inputs* durante as negociações, e pesar os custos e os benefícios para a saúde, a economia e o futuro das suas populações, de opções políticas alternativas. Esta saúde global cada vez mais “interdependente” tem sido acompanhada por uma efervescência de atividades com expressão ao nível global. O desafio, conseqüentemente, é o de assegurar que as redes globais de administração que estão surgindo sejam inclusivas de todos os atores e setores, receptivas a necessidades e procuras locais, responsabilizáveis e orientadas por valores de justiça social⁷⁹. A emergência recente de uma crise alimentar global cria mais uma oportunidade para o setor da saúde, com toda a legitimidade, contribuir para a resposta global em evolução. Gradualmente, tem sido criado um espaço em que a saúde aparece como um importante fator a ser levado em consideração nos acordos comerciais negociados através da Organização Internacional do Comércio (OIC). Embora a implementação tenha evidenciado problemas, as flexibilidades do licenciamento obrigatório de medicamentos acordadas em Doha, para consideração no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio⁷⁹, são exemplos de políticas globais emergentes, com o intuito de proteger a saúde.

Há uma procura crescente de normas e padrões globais, para ameaças à saúde que estão se deslocando de áreas onde existem medidas de segurança apertadas para locais onde elas não existem. A junção das competências e dos processos exigidos é complexa e dispendiosa. Cada vez mais, os países estão confiando em mecanismos e colaboração

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.



globais⁷⁴. Esta tendência teve início há mais de 40 anos, com a criação da Comissão do Codex Alimentarius, em 1963, pela Organização para os Alimentos e a Agricultura e pela OMS, para coordenar padrões internacionais para os alimentos e a proteção ao consumidor. Outro exemplo, já antigo, é o Programa Internacional de Segurança Química, estabelecido em 1980 como um programa comum da OMS, da Organização Internacional do Trabalho e do Programa do Ambiente das Nações Unidas. Na União Europeia, a construção de padrões de proteção da saúde é partilhada entre agências e aplicada em toda a Europa. Considerando a despesa e a complexidade do monitoramento da segurança dos medicamentos, muitos países adaptam e usam os padrões da Administração dos Alimentos e dos Medicamentos dos Estados Unidos. A OMS estabelece padrões globais para os níveis toleráveis

de muitos contaminantes. Entretanto, os países devem, por eles próprios, ou empreender estes processos ou assegurar o acesso aos padrões de outros países ou agências internacionais, adaptados ao seu próprio contexto.

Assim, o recurso cada vez mais frequente a intervenções de saúde pública globais, exige cada vez mais das capacidades de resposta e do dinamismo das lideranças da saúde, na procura de respostas às necessidades de proteção da saúde das suas comunidades. A ação local precisa de ser reforçada pela coordenação de todos os interessados e dos diferentes setores nos países. Igualmente, os esforços para controle dos desafios da saúde global devem apoiar-se em mecanismos globais de colaboração e de negociação. Como se mostra no capítulo seguinte, esta é uma responsabilidade-chave do Estado.

Referências

1. Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
2. Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035-1039.
3. Liu Y. China's public health care system: facing the challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:532-538.
4. Kaufman BA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7-S13.
5. StÅhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
6. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1-8.
7. Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
8. Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029-1036.
9. Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993, 71:73-78.
10. Chowdhury AM. Personal communication, 2008.
11. Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044-2053.
12. *World abortion policies 2008*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
13. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008* 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
14. *Natal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
15. Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare* 2008, 3:21-32.
16. Spiegel BM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health* 2004, 25:85-110.
17. *The World Health Report - Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
18. *Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, World Health Organization, Health Systems Services, 2007.
19. Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ* 2004, 329:1169-1172.
20. *Essential medicine prices: availability, affordability and price components*, 2nd ed. Geneva, Health Action International and World Health Organization, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, accessed 20 August 2008).
21. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226-2234.
22. *Supply annual report 2008*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
23. Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54-59.
24. EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *WHO Weekly letter*, 1997, 19:6-7.
25. Matiru R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:348-353.
26. *Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
27. *The World Health Report 2008 - Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
28. Victora CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555-1556.
29. Freitas do Amaral M et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
30. Sontag S. *Illness and its metaphors*. New York, NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
31. Mann JM et al, eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
32. Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society* 2005, 33:511-565.
33. *Ottawa Charter for Health Promotion*. In: *First International Conference on Health Promotion* 23-24 November 1986. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa/charter/hp.pdf>, accessed 2 July 2008).

34. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271-280.
35. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *Journal of Public Health*, 2007, 33:1241-1243.
36. Satcher D, Higginbotham E. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400-403.
37. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Final report. Geneva, World Health Organization, 2008.
38. *The World Health Report 2008: The Big Picture - Global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007.
39. Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio P, McGranahan G, eds. *Urban environmental challenges from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
40. Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde W, Wyon G, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
41. WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
42. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
43. Chami Y, Hammou M, Mahjour M. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Health*, 2004, 17:59.
44. Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225-1231.
45. *General outbreak of lead intoxication in Thiaro*. *Lancet* 20 June 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html, accessed 21 July 2008).
46. Muhrad N. Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
47. *Our cities, our health, our future: action on social determinants for health equity in urban settings*. Geneva, World Health Organization, 2007.
48. *Boivusalo M. Moving health higher up the European agenda*. In: StÅhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21-40.
49. Gilson L et al. *Challenges in health inequity through health systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
50. *WHO report on the global tobacco epidemic: 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
51. Anaudova A. *Seventh futures forum on - popular decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
52. Allin S et al. *Guidelines for decisions on public health: a review of eight countries*. Geneva, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
53. Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet* 2007 (published online: DOI: 10.1016/S01406736(07)613075).
54. Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S01406736(07)613087).
55. *About:ahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward*. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S01406736(07)613105).
56. *Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:778-783.
57. *Halstead SB, Tugwell P, Bennett J. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report*. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991, 44:579-589.
58. *Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285-289.
59. *Sweet M, Moynihan R. Improving population health: the uses of systematic review*. New York NY, Milbank Memorial Fund, 2007.
60. *Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health*. *Lancet* 2001, 323:294-295.
61. *The idea 'hose time has come' opportunities for health in the 'health and planning' Wellington, Public Health Advisory Committee*, 2007.
62. *Harris P et al. Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. *Wisnar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe*. In: StÅhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. *Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe*. In: StÅhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. *Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999-2007*. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241-256.
66. *Wisnar M et al, eds. The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision making in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2007.
67. *Brewell C, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government*. *The Milbank Quarterly* 2008, 86:177-208.
68. *Communication from the Commission on Better Regulation for Growth and Jobs in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. *Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good*. *Journal of Public Health Practice* 2008, 29:3-21.
70. *Frame J et al. for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes, 2007.
71. *Wahleghian P, Das Gupta M. Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. *Wickbusch I. A new agenda for health. Perspectives in Health*, 2004, 9:8-13.
73. *World Trade Organization Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. Ministerial Conference 4th Session, Doha, 14 November 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. *Wilk EA van der et al. 'Learn from our neighbours: cross national inspiration for Dutch public health policies: from alcohol to depression: health inequalities: youth screening in Bilthoven*, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, accessed 30 July 2008).





Liderança e governo efetivo



Os capítulos precedentes descreveram como os sistemas de saúde podem ser transformados para melhorar a saúde, realçando o que é valorizado pelas pessoas: de forma equitativa, orientação para as pessoas, e garantia de que a administração das funções de saúde pública, pelas autoridades de saúde, tenha por finalidade o bem-estar das comunidades. As reformas da APS exigem novas formas de liderança para a saúde. Este capítulo começa por esclarecer porque o setor público precisa ter um papel forte na condução das reformas dos cuidados públicos de saúde, e enfatiza o fato que esta função deve ser exercitada através de modelos colaborativos de diálogo político com todos os interessados envolvidos, porque é isto que as pessoas esperam e porque é o mais efetivo. Considera, então, estratégias para melhorar a efetividade dos processos de reforma e a gestão dos procedimentos políticos que as condicionam.*

Capítulo 5

Os governos como mediadores das reformas da APS	88
Diálogo político efetivo	93
Controle do processo político: do lançamento à implementação das reformas	99

* Nota dos tradutores: policy dialogue é traduzido por diálogo político.

Os governos como mediadores das reformas da APS

☒ ediação do contrato social para a saúde

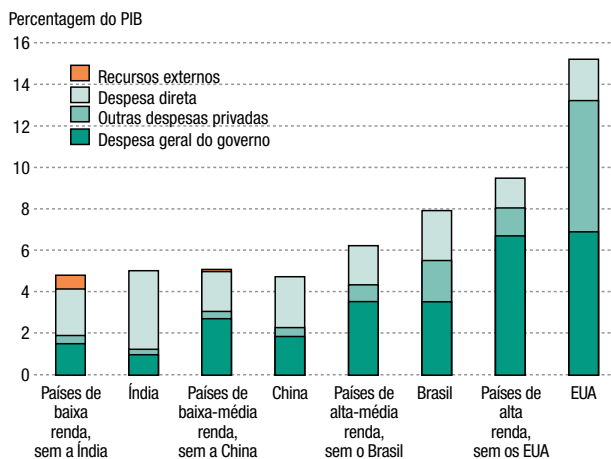
Os governos têm a responsabilidade final de formatar os sistemas nacionais de saúde. Dar forma não quer dizer que os governos deveriam ☒ ou mesmo poderiam – tentar, sozinhos, reformar o setor da saúde na sua totalidade. Este processo tem de ser partilhado com muitos outros grupos: os políticos nacionais e os governos locais, as profissões da saúde, a comunidade científica, o setor privado e organizações da sociedade civil, assim como a comunidade de saúde global. Não obstante, a responsabilidade pela saúde que é confiada às agências governamentais é única e enraizada em políticas e princípios, assim como em expectativas comuns à maioria¹.

Politicamente, a legalidade dos governos e a sua base de apoio popular dependem da sua capacidade para proteger os seus cidadãos e de assumir um papel redistributivo. A administração da saúde está entre o núcleo de instrumentos de políticas públicas para proteção e redistribuição institucionalizadas. Nos estados modernos, espera-se que os governos protejam a saúde, garantam o acesso aos cuidados de saúde e salvaguardem as pessoas do empobrecimento que a doença possa trazer. Estas responsabilidades têm sido progressivamente ampliadas, assumindo a correção das deficiências das regras de mercado que caracterizam o setor da saúde². Desde o início do século XX, a proteção da saúde e os cuidados de saúde têm, progressivamente, sido incorporados como bens que são garantidos pelos governos e são muito importantes para o contrato social entre o estado e os seus cidadãos. A importância dos sistemas da saúde como um elemento-chave do contrato social, em sociedades em modernização, torna-se particularmente evidente durante a reconstrução que se segue a períodos de guerra ou de desastres naturais: a reconstrução dos serviços de saúde está entre os primeiros sinais tangíveis de que a sociedade está voltando ao normal³.

A legitimidade da intervenção de estado não é baseada somente em considerações sociais e políticas. Há, igualmente, atores econômicos-chave – a indústria do equipamento médico, a

indústria farmacêutica e os profissionais – com interesse em que os governantes, que têm a responsabilidade pela saúde, assegurem um mercado de saúde viável: uma economia de saúde

Figura 5.1 Percentagem do PIB investida em saúde, 2005⁴



moderna e dispendiosa não pode ser sustentada sem compartilhar risco e convergência de recursos. Certamente, os países que mais gastam com a saúde, são igualmente os que têm um maior financiamento público deste setor (figura 5.1).

Mesmo nos Estados Unidos, a sua singularidade resulta, não de um baixo investimento público – a 6,9% do PIB, não é mais baixo do que a média, de 6,7%, dos países de alta renda – mas da sua despesa privada adicional que é particularmente elevada. O persistente subdesempenho do seu setor da saúde, em domínios como os resultados em saúde⁵, a qualidade, o acesso, a eficiência e a equidade⁶, explica as pesquisas de opinião que mostram um consenso crescente da necessidade de intervenção governamental para se conseguir um acesso mais equitativo a cuidados de saúde essenciais^{6,7}.

☒ma supervisão mais efetiva do setor público da saúde, é assim justificada com base na melhoria da eficiência e da equidade. Este papel de supervisão é, frequentemente, mal interpretado como sendo um mandato para um planejamento e controle administrativo centralizados do setor da saúde. Enquanto que alguns tipos de desafios, por exemplo, as emergências de saúde pública ou a erradicação de doenças, podem exigir uma



gestão autoritária, do tipo comando-e-controle, uma supervisão efetiva do setor confia cada vez mais na mediação para dirigir os complexos desafios da saúde, os atuais e os futuros. Os interesses das autoridades públicas, do setor da saúde e do público estão estreitamente entrelaçados. Durante anos, isto tornou as instituições de cuidados de saúde, tais como as de formação, acreditação, financiamento, hospitais, etc., em objetos de intensa negociação para definir o estado de bem-estar e os bens coletivos que lhe estão associados^{6,8}. Isto significa que as instituições públicas e quase-públicas têm que mediar o contrato social entre as instituições de medicina, da saúde e da sociedade⁷⁸. Nos países de alta renda, atualmente, o sistema de cuidados de saúde e o estado surgem indissolúvelmente associados. Nos países de baixa e média renda, o estado tem, frequentemente, um papel mais visível, mas, paradoxalmente, menos efetivo, na gestão do setor da saúde, em particular quando, durante os anos 80 e os anos 90, alguns destes países, foram severamente castigados por conflitos e pela recessão econômica. Isto conduziu a que os seus sistemas de saúde evoluíssem em sentidos muito diversos dos subjacentes às metas e aos valores do movimento da APS.

Descompromisso e as suas consequências

Em muitos países socialistas e pós-socialistas, que atravessam períodos de reestruturação econômica, o Estado retirou-se, abruptamente, do seu papel, até então, dominante na saúde. A desregulação do setor da saúde na China, nos anos 80 e, subsequentemente, o aumento significativo de pagamentos diretos pelos cuidados de saúde, é um exemplo e um aviso ao resto do mundo¹¹. Uma deterioração espetacular na prestação dos cuidados médicos e da proteção social, particularmente nas áreas rurais, conduziu a um abrandamento profundo no aumento da expectativa de vida^{11,12}. Isto levou a China a reexaminar as suas políticas e a reafirmar a liderança do Governo – um processo que está longe de ter terminado (caixa 5.1)¹³.

Um cenário semelhante, de descompromisso, foi observado em muitos dos países da Europa central e oriental e da Comunidade de Estados Independentes (CEE-CEI). No começo dos anos 90, as despesas públicas da saúde declinaram

para níveis que tornaram a administração de um sistema básico virtualmente impossível. Isto contribuiu para o declínio na expectativa de vida¹⁷. A despesa catastrófica da saúde transformou-se na maior causa da pobreza¹⁸. Mais recentemente, os níveis de financiamento estabilizaram ou até aumentaram, o que não foi acompanhado por melhorias significativas em resultados em saúde, e as desigualdades socioeconômicas no acesso à saúde e aos cuidados de saúde continuaram a alargar. A evidência e as tendências relativas a estes aumentos, assim como aos aumentos em mecanismos informais de pagamento dos cuidados de saúde, indicam que o atual nível de empenho é ainda insuficiente.

Em algum lugar, com impactos ainda mais sensacionais, particularmente nos países de baixa renda e nos estados frágeis, a ausência ou a desvinculação do estado das suas responsabilidades para com a saúde reflete uma estagnação econômica, crises políticas e sociais e uma administração incompetente¹⁸. Em tais circunstâncias, a liderança pública tornou-se, muitas vezes, disfuncional e desinstitucionalizada²⁸, situações de fraqueza muitas vezes associadas a falta de capacidade financeira para dirigir o setor da saúde. As políticas globais de desenvolvimento não são, muitas vezes, mais que um fardo extra a ser assumido por governos já assoberbados por muitas outras dificuldades. Isto por, pelo menos, duas razões.

- A agenda global do desenvolvimento dos anos 80 e dos anos 90, foi dominada pela preocupação com os problemas criados pela excessiva participação do Estado²¹. O ajustamento estrutural e as fórmulas de redução da intervenção do Estado destas décadas limitam, ainda hoje, a reconstrução da capacidade de liderança. O financiamento público, nos países mais pobres, tornou-se imprevisível, não permitindo compromissos a médio prazo com o crescimento do setor da saúde. O planejamento da saúde com base em necessidades, tornou-se na exceção à regra, visto que as decisões fiscais eram tomadas com pouca compreensão das consequências potenciais para o setor da saúde e os ministérios de saúde não eram capazes de argumentar por um aumento efetivo do orçamento da saúde²².

Caixa 5.1 Desinvestimento e reinvestimento na China

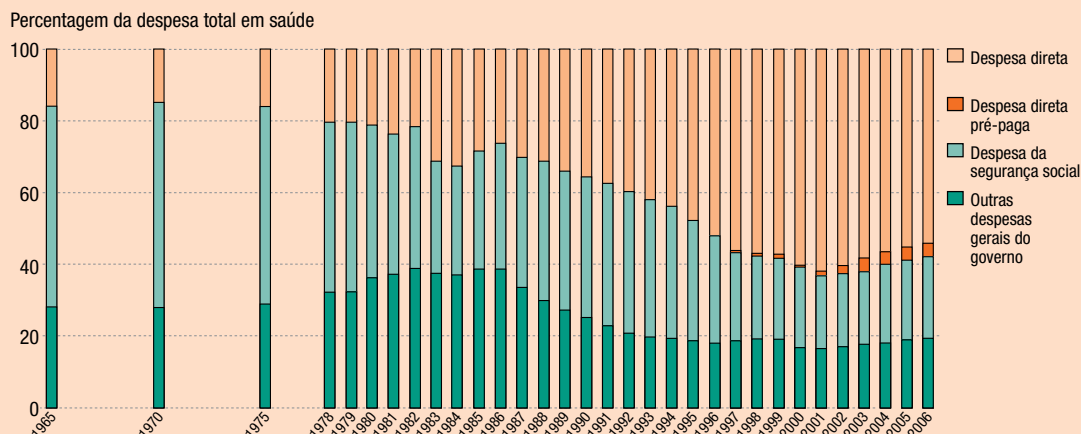
Durante os anos 80 e 90, a diminuição do compromisso do Governo com o setor da saúde expôs números crescentes de agregados familiares chineses a despesas catastróficas com cuidados de saúde. Consequentemente, milhões de famílias, tanto em áreas rurais como em urbanas, ficaram incapazes de comportar os custos, não tendo, por isso, acesso efetivo aos cuidados de saúde. Nas cidades, o Esquema de Seguro do Governo (ESG) e o Esquema de Seguro do Trabalho (EST) cobriam já mais de metade da população com pacotes de seguro de saúde, abrangentes ou parciais. Contudo, as debilidades estruturais destes esquemas alcançaram níveis críticos sob o impacto do aceleramento, nos anos 90, da mudança econômica. A percentagem da população urbana da China sem a cobertura de um seguro ou plano de saúde, aumentou de 27,3%, em 1993 para 44,1%, em 1998¹⁴. No fim do século, os pagamentos diretos constituíam mais de 60% da despesa em saúde. Esta crise incitou esforços para inverter a tendência: esquemas de pré-pagamento foram encorajados em 1998 com a introdução do Seguro Médico Básico (SMB) para os funcionários urbanos.

Financiado por contribuições obrigatórias dos trabalhadores e dos empregadores, o SMB pretende substituir o ESG e EST. O SMB aspira a uma cobertura abrangente com um pacote de benefícios limitados, e uma flexibilidade que lhe permite desenvolver pacotes diferentes, direcionados para as necessidades locais das populações dos municípios aderentes. Estruturalmente, o fundo do SMB está dividido em duas frações: contas poupança individuais e fundo de instituições sociais. Em geral, a contribuição financeira do salário ou dos salários de um empregado vão para a sua conta poupança individual, enquanto a contribuição do empregador é distribuída entre as contas poupança individual e o fundo de instituições sociais, recorrendo a percentagens diferentes de acordo com o grupo etário dos funcionários.

Os recursos financeiros sob o novo SMB estão agregados a nível de município ou de cidade, em vez de por empresas individuais, o que significativamente fortalece a capacidade de partilha do risco. Cada Governo municipal desenvolveu os seus próprios regulamentos de utilização dos recursos das contas poupança individuais e dos fundos de instituições sociais. As contas poupança individuais cobrem os serviços de ambulatório, enquanto o fundo de instituições sociais está destinado para a despesas de internação¹⁴.

Existem dificuldades residuais significativas com o modelo SMB, em particular no que diz respeito à equidade. Por exemplo, vários estudos indicam que, em áreas urbanas, as populações mais favorecidas foram as que mais rapidamente se beneficiaram do SMB, mais do que os agregados familiares com salários baixos, enquanto que os trabalhadores de setores informais da economia continuam excluídos do esquema. Todavia, o SMB contribuiu para progressos significativos na expansão da cobertura do seguro de saúde e no acesso aos serviços entre a população urbana da China, e tem sido instrumental em inverter as tendências deletérias dos anos 80 e 90 e, ao mesmo tempo, em identificar um papel novo, de mediador, para as instituições do Governo.

Figura 5.2 Despesa em saúde na China: desinvestimento do Estado, nos anos 80 e 90 e o novo compromisso recente



Fontes: 1965 a 1975¹⁵; 1978 a 1994¹⁶; 1995 a 2006⁴.



■ Durante décadas, a agenda de saúde da comunidade internacional – incluindo a OMS – foi estruturada em torno das doenças e das intervenções, em detrimento dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Enquanto esta agenda tem, certamente, contribuído para uma melhor apreciação do peso das doenças que afetam os países pobres, tem, igualmente, influenciado profundamente a estrutura das instituições governamentais e quase-governamentais nos países de baixa e média renda. A consequente fragmentação da administração do setor da saúde desviou a atenção de importantes questões, tais como, a organização da atenção primária, o controle da comercialização do setor da saúde e as crises dos recursos humanos em saúde.

As consequências desfavoráveis desta tendência são mais marcantes nos países dependentes de ajuda externa, porque foi determinante dos mecanismos de canalização de fundos que se desenvolveram²³. Nestes países, o investimento desproporcional num limitado número de programas de doenças considerados como prioridades globais desviou as energias, já exíguas, dos Ministérios da Saúde do seu papel primário de mediador, no planejamento abrangente da atenção primária e da saúde pública.

Como consequência, várias vias de financiamento, fragmentadas, e a prestação segmentada dos serviços estão conduzindo à duplicação, às incapacidades e a uma competição contraproducente pelos recursos, entre os diferentes programas. Consequentemente, a mobilização massiva da solidariedade global, não tem sido capaz de desbloquear uma alienação crescente entre as necessidades do país e o apoio global, e entre as expectativas da pessoa para cuidados considerados aceitáveis e o conjunto de prioridades dos gestores do setor da saúde. Além disso, a multiplicação dos mecanismos de fluxo da ajuda e de novas instituições de implementação, aumentaram o grau de complexidade enfrentado por burocracias de governos fracos nos países dependentes de ajuda externa, e os custos de transação para os países, que podem suportá-los menos²⁴. Tanto é o esforço exigido para responder às agendas, imediatistas dos parceiros internacionais que

pouca energia fica para tratar com os múltiplos interessados nacionais – profissionais, organizações da sociedade civil, políticos, e outros – para quem, a longo prazo, a liderança nacional é da maior importância. Como tem sido argumentado nos últimos anos, uma melhor coordenação entre doadores não vai, por si só, resolver estas questões, sendo, também, uma necessidade urgente o reinvestimento na capacidade de administração.

Participação e negociação

O reinvestimento necessário em instituições governamentais ou quase-governamentais não pode significar um regresso a uma administração da saúde tipo comando-e-controle. Os sistemas da saúde são muito complexos: os domínios do Estado moderno e da sociedade civil estão interligados, com fronteiras em constante movimento²⁵. As profissões têm um papel cada vez maior na forma como a saúde é governada²⁶, enquanto que, como mencionado no Capítulo 2, os movimentos sociais e as instituições quase-governamentais, autônomas, têm vindo a transformar em atores complexos e politicamente influentes²⁷. Os doentes, os profissionais, os interesses comerciais e outros grupos estão se organizando de forma a melhorarem a sua capacidade de negociação e protegerem seus interesses. Os Ministérios da Saúde estão, também, muito longe de serem homogêneos: os indivíduos e os programas competem por influências e recursos, complicando, ainda mais, o já complexo processo de promover a mudança. A mediação efetiva na saúde deve substituir a gestão baseada em modelos do passado, demasiadamente simplistas e abraçar os novos mecanismos de diálogo político pluralista, a fim de se chegar a um consenso sobre as orientações estratégicas para as reformas da APS²⁸.

No centro do diálogo político está a possibilidade de participação de todos os interessados. ✕ medida que os países se modernizam, os seus cidadãos vão atribuindo cada vez mais valor à responsabilização social e à participação. Pelo mundo, uma prosperidade crescente, as competências intelectuais e a conectividade social estão associadas com um aumento de expectativas por parte dos cidadãos numa maior participação²⁹, nas decisões sobre o que acontece nos seus locais de trabalho e nas suas comunidades ✕ daí

Caixa 5.2 Definição de políticas, com auxílio do diálogo político: experiências de três países

No Canadá, uma Comissão debruçada sobre o futuro dos cuidados de saúde selecionou inputs de discussões de grupos focais e de audiências públicas. Diversos interessados e grupos da sociedade civil ilustraram o valor que os canadenses colocam no acesso equitativo aos cuidados de alta qualidade, baseado na necessidade e independentemente da capacidade de pagar. Concomitantemente, a Comissão teve de garantir que o debate também se beneficiava da evidência, testemunhada por peritos reputados, existente sobre o sistema nacional de saúde do país. De importância crítica, foi a evidência do que se consegue com base no financiamento público dos cuidados de saúde, não só em metas de equidade mas, igualmente, de eficiência. A discussão sobre valores e as evidências relevantes foram então consolidadas num relatório de políticas de saúde, em 2002, que delinea um caminho para se alcançar um sistema de saúde mais sensível às necessidades, sustentável e com financiamento público, orientado para a APS, que passou a ser considerado como “o expoente mais elevado da entrelaçada entre os canadenses”³³. A grande aceitação por parte dos dirigentes das recomendações da Comissão reflete a robustez da análise, baseada na evidência, e o comprometimento público.

No Brasil, nas sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as plataformas para o diálogo político nacional no setor da saúde entre 1941 e 1977, tiveram, distintamente, uma abordagem de cima para baixo e para funcionários públicos, com uma progressão clássica de planos nacionais para programas, com a expansão da rede de serviços de saúde primários. O marco decisivo veio com a 8ª conferência, em 1980: o número de participantes aumentou de algumas centenas para 4.000 participantes, dos eleitorados mais diversos. Nesta e todas as conferências subsequentes prosseguiram agendas que, mais do que nunca, eram orientadas por valores de democracia na saúde, de acesso, de qualidade, de humanização dos cuidados e de controle social. A 12ª conferência nacional, em 2003, anunciou uma terceira fase de consolidação: 3.000 delegados, 80% deles eleitos; a saúde como um direito para todos; e como um dever do Estado³⁴.

A Tailândia atravessou fases similares. A extensão da cobertura de cuidados de saúde primários por um Ministério de Saúde dinâmico e pró-ativo, encorajado pelo lobby da Associação dos Médicos Rurais, conduziu, em 1992, ao lançamento da Década de Desenvolvimento de Centros de Saúde. Após a crise econômica de 1994, os dirigentes do Ministério começaram a mobilizar a sociedade civil e a academia em torno de uma agenda de cobertura universal, reunindo alguns mil delegados no Primeiro Fórum de Reforma dos Cuidados de Saúde, em 1997. Em breve ficou estabelecida uma ligação com os movimentos políticos que levou a políticas de acesso universal e proteção social por 30 Bahts³⁵. Com o Ato Nacional de Saúde, de 2007, a participação de todos os interessados foi institucionalizada através de uma Comissão Nacional de Saúde que inclui profissionais de saúde, membros da sociedade civil e políticos.

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.

a importância da orientação para as pessoas e da participação das comunidades e nas decisões mais importantes do governo, que afetam as suas vidas e daí a importância de envolver a sociedade civil no debate social sobre políticas de saúde³⁶.

Uma outra razão, pela qual o diálogo político é importante, é que as reformas da APS exigem um diálogo político amplo, para dar perspectiva às expectativas das várias partes interessadas, para ponderar as necessidades, a procura e os desafios futuros e para dispersar as confrontações inevitáveis que estas reformas implicam³⁷. As autoridades e os Ministérios da Saúde, com o seu papel indutor, têm que fazer convergir o poder de decisão das autoridades políticas, a racionalidade da comunidade científica, o compromisso dos profissionais, e os valores e os recursos da sociedade civil³². Este é um processo que exige tempo e esforço (caixa 5.2). Seria uma

ilusão esperar que o desenvolvimento de políticas de APS seria completamente consensual, dado existirem demasiados conflitos de interesses. Entretanto, a experiência mostra que a legitimidade das escolhas de políticas depende menos do consenso total do que da imparcialidade processual e da transparência^{33,34,35}.

Sem um diálogo político estruturado e participativo, as escolhas de políticas ficam vulneráveis à apropriação por grupos de interesses, às mudanças das individualidades políticas ou à inconstância dos doadores. Sem um consenso social, é igualmente muito mais difícil conseguir-se uma articulação efetiva com todos os interessados envolvidos cujos interesses divergem das opções assumidas pelas reformas da APS, incluindo outros setores que competem, também, pelos recursos da sociedade; para “o complexo médico-industrial”³⁶, para quem as reformas da



APS podem implicar um realinhamento da sua estratégia industrial e para outros interesses instalados, tais como os das indústrias do tabaco ou do álcool, para quem reformas efetivas da APS constituem uma ameaça direta.

Diálogo político efetivo

As capacidades institucionais que levam a um diálogo político produtivo não são um dado adquirido. Elas são tipicamente fracas nos países onde, por escolha ou por defeito, o *laissez-faire* domina as abordagens de desenvolvimento das políticas em saúde. Mesmo nos países com sistemas de saúde amadurecidos e bem equipados, há espaço e necessidade de abordagens mais sistemáticas e institucionalizadas: os mecanismos de negociação entre as autoridades de saúde e as instituições profissionais está, frequentemente, bem estabelecidos, o que já não acontece com a mesma frequência com outros parceiros, e quando acontece estão geralmente limitado à atribuição de recursos à prestação de serviços. O diálogo político deve ser construído. Como o fazer depende muito do contexto e do *background* em cada país. A experiência dos países que conseguiram acelerar as reformas da APS sugere três elementos comuns aos diálogos políticos efetivos:

- a importância de instrumentalizar os sistemas de informação de forma a colocá-los a serviço das reformas da APS;
- sistematicamente aproveitar e fazer convergir as inovações; e
- partilhar ensinamentos sobre o que funciona.

Sistemas de informação para reforço do diálogo político

O diálogo político sobre as reformas da APS precisa se desenvolver não só com base em melhores dados, mas também, com base em informação obtida a partir de uma visão menos tradicional sobre os clientes, o alcance e a arquitetura dos sistemas nacionais de informação em saúde (figura 5.3).

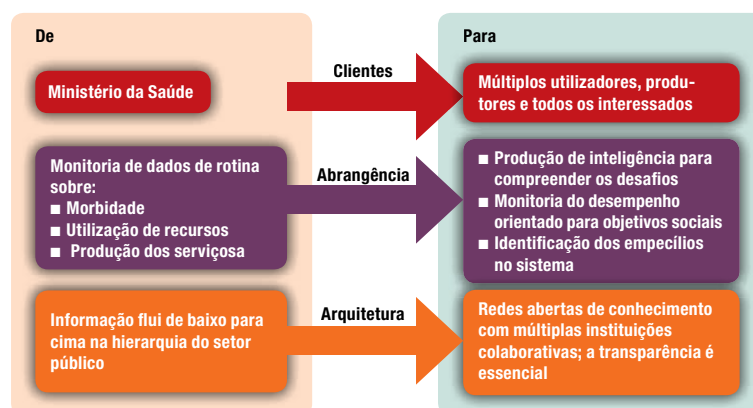
Muitos dos sistemas nacionais de informação em saúde que são usados para informar as políticas podem ser caracterizados como estruturas administrativas, fechadas, por onde o fluxo de dados sobre a utilização de recursos, os serviços e o estado de saúde é limitado. Muitas vezes, estes dados só são usados muito esporadicamente pelos responsáveis, a nível nacional e global, pela formulação de políticas reformistas, com pouco recurso à informação crítica que poderia ser extraída de outras ferramentas e fontes (dados de recenseamento, despesas do agregado familiar ou pesquisas de opinião, instituições acadêmicas,

ONGs, seguradoras de saúde, etc.), muitas das quais externas ao sistema público ou mesmo ao setor da saúde.

Os dados de rotina dos sistemas de informação em saúde mais tradicionais não conseguem responder à exigência crescente para informação em saúde de uma multiplicidade de constituintes. Os cidadãos precisam de um acesso mais fácil aos seus próprios registros de saúde, que devem informá-los sobre o progresso que está sendo feito nos seus planos de tratamento e que

lhes permitam uma maior participação nas decisões relativas à sua própria saúde e à das suas famílias e comunidades. As comunidades

Figura 5.3 Transformar os sistemas de informação em instrumentos para as reformas da APS



* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea" da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português "clássico".

e as organizações da sociedade civil precisam de melhor informação para proteger a saúde dos seus membros, reduzir a exclusão e promover a equidade. Os profissionais de saúde precisam de mais informação para melhorar a qualidade de seu trabalho e para aperfeiçoar a coordenação e integração dos serviços. Os políticos precisam de informação sobre como o sistema da saúde está ou não cumprindo os objetivos da sociedade e como o dinheiro público está sendo usado.

A informação que pode ser usada para dirigir a mudança ao nível das políticas, é bastante diferente da informação mais convencional que os sistemas de saúde produzem atualmente. Há uma grande necessidade de monitorar o que as reformas estão alcançando em relação à escala de valores sociais e aos resultados que lhes estão associados e que são centrais à APS: equidade, orientação para a pessoa, proteção da saúde das comunidades e participação. Isto significa colocar questões, como:

- os cuidados são abrangentes, integrados, contínuos e efetivos
- o acesso está garantido e as pessoas estão cientes do que lhes é devido
- as pessoas estão protegidas contra as consequências econômicas da saúde precária
- as autoridades agem com a efetividade necessária para assegurar a proteção contra a exclusão dos cuidados
- conseguem também assegurar a proteção contra a exploração por prestadores comerciais

Tais interrogações estão além do que pode ser respondido por indicadores de resultados em saúde, de utilização de recursos e da produção dos serviços, os indicadores tradicionalmente produzidos pelos sistemas de informação em saúde. A mudança de paradigma exigida para instrumentalizar os sistemas de informação, colocando-os a serviço das reformas da APS, implica que se recentralizem no que atrasa o progresso na reorientação dos sistemas de saúde. A melhor identificação de problemas de saúde prioritários e das suas tendências é importante (é vital para antecipar desafios futuros) mas, do ponto de vista das políticas, a informação mais crucial é aquela que permite a identificação de estrangulamentos operacionais e sistemáticos.

Nos países de baixa renda, especialmente onde o planejamento tem vindo a ser formatado por formulações epidemiológicas, isto pode vir a ser uma nova base, dinâmica, para a orientação do desenvolvimento de sistemas⁴⁸. O relatório do Observatório de Saúde de Bangladesh sobre o estado da força de trabalho da saúde no país, por exemplo, identifica os estrangulamentos sistêmicos e as recomendações correspondentes, para consideração pelas autoridades de saúde⁴⁹.

A multiplicação de necessidades e dos utilizadores de informação implica que a forma como a informação em saúde é produzida, partilhada e utilizada, também tem que evoluir. O que depende da acessibilidade e da transparência, proporcionando, por exemplo, acesso na internet a toda a informação em saúde – como aconteceu no Chile, onde a comunicação efetiva foi considerada tanto um resultado, como um impulsor para o seu “Regime de Garantias Explícitas em Saúde”. A APS exige modelos abertos e colaborativos, que asseguram que os dados das melhores fontes sejam explorados e que a informação flua rapidamente para aqueles que podem traduzi-las na ação adequada.

Estruturas abertas e colaborativas, como os “Observatórios” ou as “Equipe de Gauges”, oferecem modelos específicos de complementação dos sistemas de informação de rotina, ao permitirem uma ligação direta da produção e da disseminação de inteligência em cuidados de saúde e sociais, à criação de políticas e à partilha de boas práticas⁴². Refletem o valor que cada vez mais se dá ao trabalho entre agências, às desigualdades em saúde e ao desenvolvimento de políticas baseadas em evidências. Reúnem vários constituintes, tais como as academias, as ONGs, as associações profissionais, os prestadores corporativos, os sindicatos, os representantes dos usuários, as instituições governamentais e outros, à volta de uma agenda partilhada de monitoria de tendências, de estudos, de partilha de informação, de desenvolvimento de políticas e de diálogo político (caixa 5.3).

Paradoxalmente, estas configurações abertas e flexíveis proporcionam a continuidade em ambientes onde a continuidade administrativa e política podem ser afetadas por mudanças frequentes dos responsáveis pelas decisões. Nas Américas, em 22 países, há observatórios que



se centram especificamente sobre questões de recursos humanos. No Brasil, por exemplo, o observatório é uma rede com pouco mais que uma dúzia de instituições participantes (denominadas “estações de trabalho”): institutos universitários, centros de pesquisa e um escritório federal, coordenados através de um secretariado situado no Ministério da Saúde e no escritório de Brasília da OPAS⁴⁴. Estas redes desempenham um papel importante no estabelecimento da APS no Brasil. Estruturas semelhantes, nacionais e subnacionais, existem, também, em vários países

européus, incluindo a França, Itália e Portugal⁴⁵. Comparativamente autônomas, estas redes de parceiros estatais e não estatais podem abordar uma grande variedade de questões e manterem-se sensíveis às agendas locais. No Reino Unido, cada observatório regional debruça-se sobre questões específicas, tais como desigualdade, atenção primária, violência e saúde, ou a saúde do idoso. Todos cobrem um conjunto de questões de relevância regional (quadro 5.1): institucionalizando assim as ligações entre desenvolvimentos locais e a nível nacional.

Caixa 5.3 Equidade em saúde Colaboração para abordar as desigualdades em saúde⁴³

Equidade em saúde são parcerias que organizam a monitoria ativa, e a correspondente ação corretiva, das iniquidades em saúde e em atenção à saúde. Por enquanto, estão estabelecidas em 12 países, de três continentes. Algumas funcionam a nível nacional, algumas monitoram um subconjunto de distritos ou de províncias num país, umas poucas funcionam a nível regional e outras centram-se especificamente sobre a equidade numa cidade ou num município; nove têm um enfoque nacional e três trabalham ao nível municipal (na Cidade do Cabo, na África do Sul, em El Tambo, no Equador e em Nairóbi, no Quênia). As Equidade em saúde reúnem um conjunto de parceiros dos contextos mais diversos, incluindo parlamentares e conselheiros, meios de comunicação, ministérios e departamentos de saúde, instituições académicas, igrejas, líderes tradicionais, associações de mulheres, e organizações comunitárias e não governamentais, organizações de autoridades locais e grupos cívicos. Tal diversidade, não só incentiva um grande investimento social e político mas, também, encoraja o desenvolvimento de competências nos países.

As Equidade em saúde desenvolvem uma abordagem ativa da monitoria e da correção de iniquidades em saúde e nos cuidados de saúde. Mais do que uma mera descrição ou uma monitoria passiva de indicadores de equidade, as Equidade em saúde investem em ações específicas, com a intenção de ter um impacto real e de efetivar uma mudança sustentável em situações de disparidades injustas em saúde ou em cuidados de saúde. Este trabalho implica um jogo contínuo de ações, estrategicamente planeadas e coordenadas, que envolvem uma variedade de atores, transversais a um conjunto de disciplinas e a setores diversos.

A estratégia da Equidade em saúde é baseada, explicitamente, em três “pilares de ação”. Todos com igual peso e importância e os três são desenvolvidos em paralelo:

- investigação e monitoria para medir e descrever as iniquidades;
- advocacia e participação pública, para promover a utilização da informação na efetivação da mudança, envolvendo uma variedade de parceiros da sociedade civil que trabalham juntos num movimento para a equidade;
- participação da comunidade, para envolver as pessoas pobres e marginalizadas como participantes ativas na tomada de decisão, em vez de permanecerem receptoras passivas das medidas que outros projetaram para o seu benefício.

A estratégia das Equidade em saúde consiste, conseqüentemente, de um conjunto de ações interconectadas e sobrepostas não são, como o nome poderia sugerir, apenas um conjunto de medições. Por exemplo, a seleção de indicadores de equidade, para medição e monitoria, deve levar em consideração os objetivos dos grupos comunitários e considerar o que seria mais útil a partir de uma perspectiva de advocacia. Por sua vez, o pilar da advocacia confia nos indicadores desenvolvidos pelo pilar da medição e pode vir a envolver membros da comunidade ou figuras públicas.

As Equidade em saúde escolhem os indicadores de acordo com as necessidades do país assim como as dos parceiros envolvidos. A ênfase é, contudo, em dados de tendências para permitir a compreensão da evolução do fenómeno ao longo do tempo. Os indicadores são aferidos através de uma variedade de dimensões da saúde, incluindo o estado de saúde; o financiamento dos cuidados de saúde e atribuição dos recursos; acesso aos cuidados de saúde; e qualidade dos cuidados de saúde (tais como a saúde materno-infantil, as doenças transmissíveis e os traumatismos). Todos os indicadores são desagregados segundo uma variedade de fatores socioeconômicos associados, frequentemente, com as iniquidades em determinantes de saúde: local de residência, religião, ocupação, gênero, raça/etnia, educação; estatuto socioeconômico; e redes sociais/capital.

Tabela 5.1 Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, na Inglaterra⁴²

Papéis	Funções ^a
Monitoramento da saúde e das tendências das doenças e destaque para as áreas de intervenção	Estudo das desigualdades existentes na doença cardíaca, juntamente com recomendações para intervenção ⁴⁷
Identificação de déficits na informação em saúde	Estudo das fontes de informação existentes e de déficits de informação em saúde perinatal e infantil ⁴⁸
Orientação sobre métodos para avaliação do impacto na saúde e nas desigualdades em saúde	Perspectiva geral da avaliação do impacto em saúde ⁴⁹
Reunir, de forma inovadora, informação, de diferentes fontes, para melhorar a saúde	Perfil da saúde recorrendo a dados sobre habitação e emprego, juntamente com dados da saúde ⁵⁰
Realização de pesquisas para destacar determinadas questões de saúde	Estudo Regional de saúde oral aos cinco anos de idade ⁵¹
Avaliação do impacto dos esforços das agências de saúde na melhoria da saúde e na eliminação das desigualdades	Linhas de base e dados de tendências
Sistema de alerta precoce sobre problemas de saúde pública	Fóruns para os parceiros se debruçarem sobre questões de saúde pública, tais como o envelhecimento e temas de genética

^aExemplo: Observatório de saúde pública do Norte e em Yorkshire.

Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais

Estas ligações entre a realidade local e o estabelecimento de políticas condicionam o plano e a implementação das reformas da APS. Na Tailândia, o aumento de pressão que conduziu à introdução do esquema de “cobertura universal por 30 Baht”, é um exemplo de uma tentativa deliberada de infusão nas decisões políticas de aprendizagens ganhas no terreno, a nível operacional. Os líderes

do processo de reforma na Tailândia organizaram um processo interativo, de reforço mútuo, entre o desenvolvimento das políticas ao nível central e o desenvolvimento de “modelos de base” nas províncias do país. Aos trabalhadores da saúde na periferia e às organizações da sociedade civil foram dadas todas as condições para desenvolverem e testarem abordagens inovadoras de prestação de cuidados, a fim de tentar compreender até que ponto essas abordagens iam ao encontro das expectativas dos padrões profissionais e das expectativas da comunidade (Figura 5.4). As atividades de desenvolvimento de modelos operacionais, apoiadas pelo Ministério da Saúde, foram organizadas e geridas a nível provincial, discutidas extensamente, e negociadas no âmbito de contratualizações, com as autoridades sanitárias das províncias. Cada província desenvolveu a sua estratégia para abordar os seus problemas específicos. O nível elevado de flexibilidade dado às províncias para decidirem sobre os seus próprios programas de trabalho, teve a vantagem de promover a autonomia, estimular a criatividade e permitir o aparecimento de ideias originais. Igualmente, desenvolveu competências locais. O aspecto mais difícil deste elevado grau de autonomia das províncias foi uma tendência para a multiplicação de iniciativas locais, o que dificultou a identificação de resultados úteis para alimentar o processo de desenvolvimento de políticas, de uma forma sistemática. As dificuldades associadas a esta liberdade local para tomar iniciativas foram mais que compensadas pelos efeitos positivos na dinâmica das reformas e na capacitação. Em 2001, quase metade das 76 províncias da Tailândia experimentavam iniciativas de inovação organizacional, a maior parte, versando sobre questões de acesso equitativo, sistemas locais de cuidados de saúde e de saúde comunitária⁵².

Figura 5.4 Reforço mútuo entre a inovação operacional e o desenvolvimento de políticas nos processos de reforma da saúde





Na Tailândia, as reformas da “cobertura universal por 30 Baht”, foram uma iniciativa política corajosa para melhorar a equidade em saúde. A sua concretização só foi possível devido à experiência operacional acumulada e às alianças que o trabalho no terreno tinha desenvolvido entre os trabalhadores da saúde, as organizações da sociedade civil e o público. Quando o esquema foi lançado em 2001, as províncias estavam prontas para fazer um projeto piloto e implementá-lo. Além disso, os modelos de organização que tinham desenvolvido ajudaram a formular compromissos políticos com a cobertura universal em termos de medidas e regulamentos concretos⁵².

Este processo, de reforço mútuo e de vinculação das políticas com a aprendizagem com base em modelos operacionais, é importante por diversas razões:

- explora a riqueza do conhecimento e da inovação latentes no setor da saúde;
- experiências corajosas, com base nos modelos operacionais desenvolvidos, ajudaram a transmitir aos trabalhadores de saúde da “linha da frente”, aos líderes do sistema e ao público, um vislumbre inspirador do que o futuro sistema de saúde poderia vir a ser, quando orientado pelos valores da APS. Isto supera um dos maiores obstáculos à mudança em sistemas – pessoas incapazes de imaginar que as coisas podem realmente vir a ser diferentes, e que a mudança pode ser uma oportunidade e não uma ameaça;
- a vinculação do desenvolvimento de políticas com o que acontece na linha da frente ajuda a promover alianças e apoios no interior do próprio setor, sem os quais não serão possíveis as reformas profundas necessárias no sistema;
- tais processos engajam a sociedade localmente e ao nível nacional, criando exigências de mudanças que são essenciais para aumentar o compromisso político e sustentar o impulso para as reformas.

stabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar

O encorajamento de estruturas abertas e colaborativas, que contribuem para as reformas com inteligência estratégica e com a mobilização de inovações de todo o sistema de saúde, exige uma

massa crítica de pessoas e de instituições, comprometidas e experientes. Estas devem não só executar tarefas técnicas e organizacionais, mas devem, igualmente, equilibrar a flexibilidade com a necessidade de coerência, adaptarem-se às novas formas de trabalho, e emprestar-lhes credibilidade e legitimidade⁵⁴.

No entanto, esta massa crítica de pessoas e de instituições não é fácil de encontrar⁵⁷, particularmente em países de baixa renda, em que as instituições sofreram décadas de negligência e de desinvestimento. Quando existem, têm, muitas vezes, pouca credibilidade e os recursos são escassos, e os elementos mais importantes do pessoal da instituição, encontram, frequentemente, melhores condições de trabalho em agências parceiras. A má administração complica ainda mais estas questões e é agravada pela pressão internacional para um papel minimalista do Estado e pela influência desproporcional da comunidade de doadores. Nestes ambientes, as respostas convencionais aos déficits de capacidade de liderança têm sido caracterizadas por uma grande dependência na assistência técnica externa, em pacotes de instrumentos e na formação, e tem tido resultados decepcionantes (caixa 5.4). Precisam de ser substituídas por abordagens mais sistemáticas e sustentáveis, a fim de institucionalizar as competências aprendidas com a experiência⁵⁵.

☒ difícil encontrar evidências que ajudem a compreender o processo de capacitação institucional com capacidades de diálogo político e de liderança, mas um conjunto de entrevistas em profundidade a líderes do setor da saúde, em seis países, mostra que as trajetórias das suas carreiras foram determinadas por uma combinação de três experiências decisivas⁵⁶.

- Em algum momento, nas suas carreiras, todos tinham feito parte de um dos grandes programas ou projetos setoriais, especificamente na área dos serviços de saúde básicos. Muitos deles referem-se a isto como uma experiência formativa: foi onde aprenderam sobre a APS, mas também onde forjaram um compromisso e começaram a construir alianças críticas e parcerias.
- Muitos acabaram por se envolver em processos de planeamento nacional, que reforçaram sua

Caixa 5.4 Limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixa e de média renda

A comunidade para o desenvolvimento tem tido a tendência de responder às consequências do desinvestimento institucional nos países de baixa e média renda, através do seu arsenal tradicional de: assistência técnica, com o apoio de peritos; pacotes de ferramentas; e formação (figura 5.5). Dos anos 80 em diante, ficou claro que esse tipo de “assistência técnica” tinha perdido muito da sua relevância e a resposta foi reinventada na forma de “unidades de gestão de projetos” que se concentraram no planejamento, na gestão financeira e na monitoria.

Os sistemas de saúde mais fortes foram capazes de se beneficiar dos recursos e da inovação associados aos projetos mas, em outros, a situação permaneceu bem mais confusa. A ligação às entidades financiadoras e a responsabilização perante elas tem, muitas vezes, sido, para grande irritação das autoridades sanitárias nacionais, mais forte que o compromisso com o desenvolvimento nacional: a demonstração de resultados atribuíveis aos projetos assumiam uma importância maior que o desenvolvimento de capacidades e o desenvolvimento, a longo prazo, dando-se um peso desproporcional à gestão do projeto em prejuízo da coerência com as políticas nacionais e a liderança do país. Recentemente, o desejo de reforçar a autonomia do país e mudanças na forma como os financiadores adquirem serviços de assistência técnica abriram o caminho para uma menor ênfase na gestão de projetos e um maior recurso a especialistas externos, para apoios de curta duração. Durante os anos 80 e no início dos anos 90, o apoio de especialistas era, essencialmente, prestado por instituições acadêmicas e por agências de cooperação bilateral e das Nações Unidas. O aumento do volume do financiamento para apoio técnico contribuiu para a entrada no mercado de consultores independentes e de empresas de consultoria, o que levou a que, muitas vezes, as consultorias sejam prestadas por especialistas técnicos, com uma compreensão limitada do contexto político e sistêmico local.

Em 2006, a cooperação técnica constituía 41% do total da ajuda externa para o desenvolvimento em saúde. Ajustado para a inflação, o seu volume triplicou entre 1999 e 2006, particularmente com a expansão de cooperação técnica relacionada com o HIV/AIDS. Adaptando-se às complexidades da arquitetura da ajuda, os especialistas e os consultores agora atuam, também, cada vez mais, como intermediários entre os países e a comunidade de doadores: a harmonização transformou-se num negócio em crescimento, com a falta de capacidade nos países a alimentar, assim, um desemperamento adicional.

A segunda resposta frequente ao problema da falta de capacidade tem sido a multiplicação de pacotes de ferramentas de planejamento, de gestão e programáticas. Estes pacotes prometem resolver os problemas técnicos detectados nos países, ao mesmo tempo que os direcionam para uma maior auto-suficiência. Com todo o seu potencial, rigor e base científica, a utilidade dos pacotes tem ficado muito aquém das expectativas, por quatro razões principais.

- Muitas vezes, subestimam a complexidade dos problemas que deveriam corrigir.
- Muitas vezes, dependem, para a sua aplicação, de especialistas internacionais, anulando, deste modo, um dos seus objetivos principais, que é o de prover os países com os meios para abordarem de uma forma auto-suficiente os seus problemas.
- Alguns não alcançaram os resultados técnicos prometidos ou conduziram a efeitos adversos inesperados.
- A introdução de pacotes de ferramentas tem sido impulsionada por uma oferta fortemente ligada a interesses institucionais, o que dificulta aos países a escolha entre os diversos pacotes que lhes são propostos.

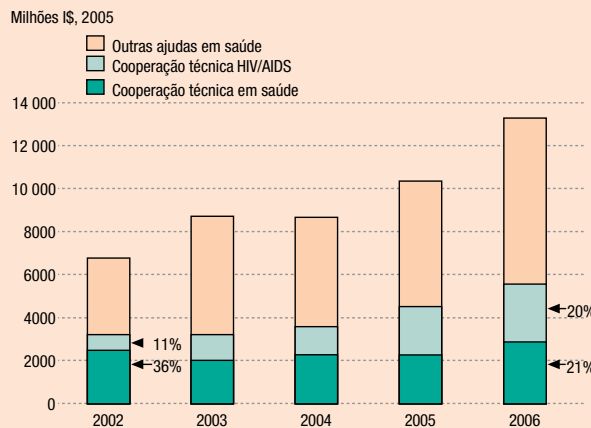
O terceiro elemento da arquitetura tradicional de capacitação é a formação. Por vezes, esta faz parte de uma estratégia coerente: o Ministério da Saúde de Marrocos, por exemplo, adotou uma abordagem de saturação da formação similar à do Ministério das Finanças da Indonésia, enviando um grande número de profissionais jovens para formação, de forma a estabelecer uma base de recrutamento de pessoal qualificado e, eventualmente, uma massa crítica de potenciais líderes. Abordagens deliberadas como estas são, no

entanto, pouco frequentes. Muito mais comuns são os cursos de formação em “hotéis”, de curta duração, em que os objetivos técnicos se associam a objetivos implícitos de suplementação salarial e de obtenção de apoios políticos. O ceticismo persiste sobre o valor destes programas (a sua avaliação sistemática é rara) contrastando com um custo oportuno considerável.

Entretanto, novos mercados em educação, formação e ensino virtual estão em desenvolvimento, enquanto os atores nos países de baixa e média renda têm acesso, através da Internet, a sítios sobre um grande número de questões sobre sistemas de saúde e podem estabelecer comunidades de prática com

base eletrônica. Com a tecnologia da informação contemporânea e a globalização, as receitas tradicionais para o desenvolvimento das capacidades, em países pobres, estão rapidamente tornando-se obsoletas.

Figura 5.5 Um mercado crescente: cooperação técnica como parte da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde. Fluxos de ajuda anual em 2005, índice de deflação ajustada⁶⁷





capacidade de gerar e usar a informação e, novamente, a sua capacidade para construir alianças e parcerias. Poucos eram os que tinham participado, pessoalmente, em grandes estudos ou pesquisas, mas aqueles que tinham, encontraram nessa experiência uma oportunidade de afinar as suas capacidades de obter e analisar informação.

- Todos indicaram a importância da cooptação e da orientação pelos mais velhos: “*Vemos que começar como médicos de saúde pública e sobressair numa das redes que influenciam a tomada de decisão no Ministério da Saúde. Só então é que as qualidades pessoais e o aprender-fazendo determinam se se conseguirá alcançar uma posição de liderança.*”⁵⁶

Estas histórias pessoais, do reforço da capacidade individual, são corroboradas, nestes mesmos países, por uma análise mais aprofundada dos fatores que contribuíram para as capacidades institucionais de direção do setor da saúde. A tabela 5.2 mostra que as oportunidades para aprender dos grandes programas de desenvolvimento dos sistemas de saúde, foram as que mais contribuíram, confirmando a importância de um envolvimento direto e prático, com os problemas do setor da saúde, num ambiente colaborativo. Especialmente notável, é o fato de que a introdução de instrumentos de trabalho raramente foi identificada como um *input* crítico, e os respondentes não destacaram nem a necessidade de *inputs* de peritos nem a formação.

A implicação é que o investimento chave para uma capacitação que leve às reformas da APS passa pela criação de oportunidades para aprender pela vinculação dos indivíduos e das instituições aos processos de reformas em curso. Outra consideração, é a importância de o fazer num ambiente onde a partilha, dentro dos países e entre eles, é facilitada. Ao contrário das abordagens convencionais à capacitação, a partilha de experiências e a exposição às experiências de terceiros reforça a auto-confiança. Esta não é uma receita apenas para países com poucos

Tabela 5.2 Fatores significativos na melhoria da capacidade institucional para administração do setor da saúde em seis países^{a,56}

Fatores ^a	Nº de países onde o fator era um contribuinte importante	Pontuação média para a força da contribuição
Programas do setor/ grandes projetos	4	7.25
Instalação das instituições	3	6.7
Eventos de debate da política nacional	3	5.6
Pesquisa, estudos e análises de situação	4	5.1
Novos instrumentos de planeamento e de gestão	1	5

^a Burkina Faso, República Democrática do Congo, Haiti, Mali, Marrocos e Tunísia.

^b Identificação através da análise de documentos e entrevistas com 136 informadores-chave.

recursos e com um mau desempenho. Portugal, por exemplo, organizou um grande debate social, sobre o seu Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que envolveu uma pirâmide de plataformas de participação, dos níveis local, ao regional e ao nacional, e 108 contribuições substanciais, escritas, das fontes mais diversas: da sociedade civil, de organizações profissionais, dos governos locais e da academia. Em três momentos críticos do processo, painéis internacionais de peritos de outros países foram convidados a contribuir para os debates sobre políticas então a decorrer: uma colaboração que foi uma oportunidade formativa para todos os envolvidos⁵⁷.

Controle do processo político: do lançamento à implementação das reformas

As reformas da APS mudam o equilíbrio do poder no setor da saúde e o relacionamento entre a saúde e a sociedade. O sucesso depende, não somente, de uma visão técnica crível, mas, igualmente, da capacidade de obter um endosso

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.

político ao mais alto nível e o compromisso ampliado necessário para mobilizar apoios governamentais, financeiros e outros.

Como um setor técnico, a saúde raramente tem muita proeminência na hierarquia da arena política. Os Ministérios da Saúde, só com os esforços necessários para resolver os desafios técnicos internos ao setor, já ficam com uma agenda pesada. Estão, tradicionalmente, pouco à vontade, não têm grande influência e estão mal equipados para integrar esta agenda num debate político mais amplo, particularmente, nos países de baixa e média renda.

O déficit de influência política limita a capacidade das autoridades de saúde e de todos os interessados envolvidos no movimento da APS, de fazer avançar a sua agenda, especialmente quando esta põe em cheque os interesses de outros constituintes. O que explica a ausência de reações ou as reações excessivamente cautelosas em relação às medidas necessárias para contrariar os efeitos adversos das condições laborais ou da erosão ambiental, ou a implementação lenta de regulamentos que podem interferir com os interesses comerciais da indústria alimentar e do tabaco. Similarmente, as tentativas de reforma mais ambiciosas são, frequentemente, diluídas pela influência da comunidade de doadores, as indústrias farmacêuticas e de tecnologias da saúde, ou os lobbies profissionais^{26,66}.

A falta de influência política também tem consequências nas esferas governamentais. Os Ministérios da Saúde estão numa posição particularmente fraca, nos países de baixa e baixa-média renda, como é evidenciado pelo fato de só conseguirem reivindicar 1,7% e 4,5%, respectivamente, da despesa total do governo (contra 10% e 17,7%, respectivamente, em países de alta-média e de alta renda)⁶⁷. A falta de visibilidade das prioridades da saúde em estratégias de desenvolvimento mais abrangentes, tais como nas Estratégias para a Redução da Pobreza (ERP), é outro exemplo dessa debilidade⁶⁸. Igualmente, os Ministérios da Saúde estão muito frequentemente ausentes das discussões para estabelecer limites na despesa social (e saúde) que são dominadas por debates sobre a estabilidade macroeconômica, as metas para a inflação ou a dívida sustentável. Assim, nos países altamente endividados,

os esforços do setor da saúde para beneficiar-se dos fundos resultantes do atenuamento da dívida externa são geralmente tardios, menos que vigorosos e pouco convincentes quando comparados a outros setores, como a educação, limitando as possibilidades de uma expansão rápida da sua base de recursos⁶⁸.

Apesar destes desafios, há cada vez mais indicações de vontade política para reformas mais ambiciosas orientadas para a APS. As missões da saúde na Índia – “rurais” e subsequentemente “urbanas” – foram acompanhadas de uma duplicação de despesas públicas com a saúde. A China está preparando-se para uma reforma da APS rural, extremamente ambiciosa, que também inclui um grande comprometimento de recursos públicos. A dimensão e a abrangência das reformas da APS no Brasil, Chile, Etiópia, República Islâmica do Irã, Nova Zelândia, Tailândia e muitos outros países, refletem, muito claramente, que a expectativa de mobilizar a vontade política não é fantasiosa. Mesmo em circunstâncias extremamente desfavoráveis, está provado ser possível ganhar credibilidade e peso político com um engajamento pragmático com forças políticas e econômicas (caixa 5.5).

A experiência destes países demonstra que o endosso político das reformas da APS depende de um programa de reformas formulado de forma a explicitar os potenciais dividendos políticos. Para isto, tem que se:

- responder explicitamente à procura crescente, aos desafios para a saúde e aos estrangimentos dos sistemas de saúde que o país enfrenta, mostrando que a resposta não depende meramente de um programa técnico, mas tem que estar enraizada em questões de fundo, de grande relevância social;
- especificar os ganhos em saúde, sociais e políticos previstos, assim como os custos relevantes, de forma a esclarecer o percurso político necessário e a sua viabilidade financeira;
- basear-se, de uma forma muito visível, no consenso dos constituintes capazes de ultrapassar os obstáculos da APS, dando garantias da exequibilidade política das reformas.

* Nota dos tradutores: na ausência de um termo equivalente em português, os tradutores optaram por traduzir “comprehensiveness” por compreensividade.



Caixa 5.5 Reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso econômico

Os desenvolvimentos recentes na República Democrática do Congo mostram como uma liderança renovada pode emergir, até sob condições extremas. O início da reconstrução do sistema de saúde do país, devastado pelo colapso econômico e o fracasso estatal que culminou numa guerra brutal é, antes de mais nada, uma história de gestão política hábil.

A República Democrática do Congo teve, a nível distrital, durante os anos 70 e início dos anos 80, experiências bem sucedidas de desenvolvimento da APS. O tumulto econômico e político de meados dos anos 80 viu a autoridade do governo central sobre a saúde desintegrar-se, com um empobrecimento extremo do sistema de saúde e dos seus trabalhadores. Os trabalhadores do setor saúde desenvolveram uma multiplicidade de estratégias de sobrevivência, cobrando ilicitamente dos doentes e capitalizando muitos projetos desenvolvidos com ajudas internacionais, com pouca consideração pelas consequências para o sistema de saúde. Os financiadores e os parceiros internacionais perderam a confiança no modelo distrital de prestação de serviços integrados do país e escolheram, preferencialmente, apoiar programas isolados de controle de doenças e de ajuda humanitária.

Enquanto, entre 1999 e 2002, o Ministério da Saúde mobilizou menos de 0,5% da despesa total do Governo, a sua administração central e o seu Departamento de Planeamento e de Estudos criou uma equipe de 15 pessoas que enfrentaram a árdua tarefa de orientar umas 25 agências bilaterais e multilaterais, mais de 60 ONGs internacionais e 200 nacionais, 53 programas de controle de doenças (com 13 comitês de coordenação) e 13 ministérios provinciais da saúde que não esquecendo as estruturas de cuidados de saúde organizadas por empresas privadas e universidades.

Como a intensidade do conflito civil a atenuar, um grupo de funcionários do Ministério da Saúde encarregou-se de revitalizar e atualizar o modelo distrital da APS. Cientes da posição marginal do Ministério da Saúde, eles cooptaram a “diáspora interna” (antigos funcionários públicos agora a trabalhar para as muitas agências internacionais presentes no país) numa estrutura aberta à volta do

ministério. A direção deste grupo esboçou uma estratégia de reforço dos sistemas de saúde. Esta incluía (i) uma expansão progressiva, de serviços integrados, distrito a distrito, coordenados por planos regionais e apoiados por um redirecionamento de um financiamento, até então, essencialmente programático para o financiamento do sistema; (ii) um conjunto de medidas de “redução de danos” para delimitarem a injeção institucional e impedirem uma distorção adicional do sistema; e (iii) um plano explícito para abordar o problema da fragmentação dos doadores, que tinha alcançado proporções críticas. No desenho da estratégia, a direção do grupo fez esforços deliberados para estabelecer redes próprias no interior do setor saúde e alianças com outros atores do governo e constituintes sociais.

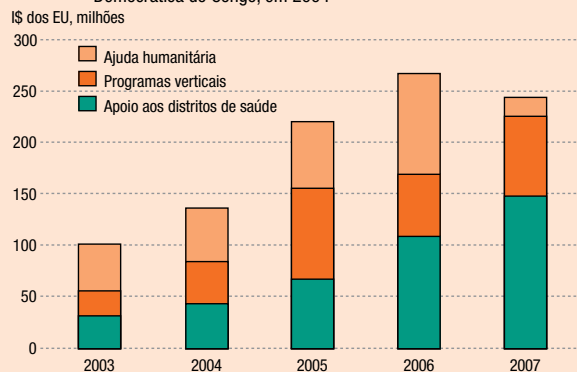
O apoio formal ao plano nacional por doadores e pela sociedade civil enviou um sinal político forte do sucesso desta nova modalidade de trabalho. A estratégia de reforço dos sistemas nacionais de saúde transformou-se na contribuição da saúde para a estratégia nacional de redução da pobreza. Os doadores e os parceiros internacionais, mais ou menos, alinharam os seus projetos existentes com a nova estratégia, enquanto outros formularam as suas novas iniciativas de forma a se ajustarem à estratégia nacional.

Possivelmente, o testemunho mais poderoso da gestão eficaz deste processo é a mudança observada na composição do financiamento para a saúde (figura 5.6). A proporção de fundos destinados, nos planos provinciais e distritais, ao reforço geral dos sistemas, aumentou, significativamente, em relação ao nível do financiamento destinado ao controle de doenças e programas

de ajuda humanitária. Os ganhos permanecem frágeis, num contexto onde a maior parte do setor saúde que incluindo a sua administração necessitam de ser reconstruídos.

Não obstante, a estratégia nacional tem raízes fortes no trabalho de base e numa reviravolta extraordinária e altamente improvável, o Ministério da Saúde ganhou credibilidade com todos os parceiros e melhorou a sua posição negocial em relação ao financiamento do setor saúde.

Figura 5.6 Reemergência da liderança nacional em saúde: o deslocamento do financiamento dos doadores para o apoio a sistemas de saúde integrados, e o seu impacto na estratégia da APS na República Democrática do Congo, em 2004



Contudo, o estabelecimento dos alinhamentos e dos compromissos políticos necessários para viabilizar as reformas, são só uma primeira etapa. A falta de preparação da sua implementação é, frequentemente, o elo mais fraco. É particularmente importante compreender a resistência à mudança, sobretudo dos trabalhadores da saúde^{78,71,72,73}. Embora a intuição da liderança tenha os seus méritos é igualmente importante sistematizar mecanismos de antecipação das potenciais reações dos principais interessados envolvidos e do público: mapeamento político*, como no Líbano⁷⁴; estudos de mercado e pesquisas de opinião, como nos Estados Unidos⁷⁴; audiências públicas, como no Canadá; ou reuniões setoriais de todos os interessados envolvidos, como nos Estados Gerais da Saúde, na África francófona. A obtenção das reformas da APS exige uma capacidade de gestão sustentada e estável a todos os níveis do sistema, baseada em instituições competentes para a finalidade. No Chile, por exemplo, as estruturas e as competências administrativas, em todo o Ministério da Saúde, estão sendo redefinidas, de forma a reorientá-las para o apoio necessário às reformas da APS. Essas mudanças estruturais não são suficientes. Precisam de se associar a mudanças na cultura organizacional: transitando de uma cultura de promulgação de decretos de mudança, para uma outra de diálogo, colaborativa, mais inclusiva de todos os interessados, a todos os níveis do sistema de saúde. Isso exige, por sua vez, a institucionalização de mecanismos de diálogo político que mobilizem o conhecimento de “baixo para cima”, de forma a informar a administração do sistema, reforçando, concomitantemente, vínculos sociais e de ação colaborativa entre grupos de constituintes a nível da comunidade⁷⁵. Esta capacidade de gestão não deve ser pressuposta; exige um investimento ativo.

Mesmo com um diálogo político capaz de chegar a consensos sobre as reformas conducentes à APS desejados, e sobre os estilos de gestão desejáveis nos diversos níveis do sistema e necessários

para a sua implementação, nem sempre se consegue o impacto pretendido. Mesmo as reformas mais bem planejadas e executadas encontram, frequentemente, obstáculos imprevistos ou esbarram em contextos de mudança excessivamente rápida. A já grande experiência com o comportamento de sistemas complexos sugere que são sempre de esperar desvios dos objetivos previamente articulados. É, portanto, importante integrar nos processos de reforma, mecanismos para a identificação precoce destes desvios, de forma a permitir as correções necessárias no decurso da implementação.

A evidência, ubíqua, das desigualdades em saúde e em cuidados de saúde, presentes, virtualmente, em todos os países, é um lembrete das dificuldades com que se confrontam as reformas da APS. Este capítulo enfatizou que a liderança, para uma maior equidade na saúde, deve ser um esforço empreendido por toda a sociedade e integrar todos os interessados. O diálogo entre os múltiplos interessados envolvidos nas negociações em torno das reformas, ambiciosas, que se pretendem para a APS, para uma cobertura universal e para a atenção primária, tem expectativas elevadas de uma administração mais efetiva. Isto exige a reorientação de sistemas de informação, de forma a melhor informar e avaliar as reformas e a beneficiar-se de inovações operacionais na base, assim como atrair indivíduos experimentados e comprometidos para controlar a direção e a implementação das reformas. Sem serem uma prescrição, estes elementos da liderança e da administração efetiva constituem tanto mecanismos, como objetos importantes das reformas para a APS. Sem reformas na liderança e na administração é pouco provável que as outras reformas da APS tenham sucesso. Embora necessárias, não são condições suficientes para que as reformas da APS sejam bem sucedidas. O capítulo seguinte descreve como os quatro pilares das reformas da APS devem ser adaptados aos diferentes contextos nacionais, mobilizando um conjunto comum de impulsores para promover a equidade em saúde.

* Nota do tradutor: “political mapping” foi traduzido por mapeamento político.



Referências

- Porter D. *Health civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London and New York, Routledge, 1999.
- The World Health Report 2000. *Health systems improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, accessed May 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25(Web Exclusive):w457-w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285-289.
- Blendon RJ, Merson DM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33-46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London and New York, Routledge, 1993, 50:1204-1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York NY, Columbia University Press, 1997.
- Freng J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Economics and Law* 1987, 2:17-31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents: the evolving Chinese health care system. *The British Journal of Medicine*, 2005, 353:1165-1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston J. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349-1356.
- Bloom G, Qingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351-360.
- Tang S, Cheng J, Liu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit and International Labour Organization, 2007.
- China: long term issues and options in the health transition. Washington DC, The World Bank, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministry of Health, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, accessed 31 May 2008).
- WHO mortality database. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, accessed 1 July 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McEne M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618>, accessed May 2008).
- Collier P. *The bottom billion: how the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Setting the Good Government Capacity Building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3-28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Setting the Good Government Capacity Building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31-61).
- Goldsbrough D. *Does the US constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development, 2007.
- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Economics and Law* 2008, 23:95-100.
- Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14-15 November 2005 (<http://www.hfhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).
- Stein E et al, eds. *The politics of economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington DC, Inter-American Development Bank, 2006.
- Moran M. *Governance in the health care state: a comparative study of the - nited Kingdom and the - nited States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
- Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Revolutions in entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3-52.
- McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
- World values surveys database. World Values Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, accessed 15 October 2007).
- Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
- Lopes C, Theisohn T. *Partnership, leadership and transformation: can we do better for capacity development*. London, Earthscan, 2003.
- Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
- McEne M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691-694.
- Ammar W. Health system and reform in Lebanon. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean and Ministry of Health of Lebanon. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
- Stewart J, Kingas P. *Change management: strategies and values - case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkingas.pdf>).
- Chalmers I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337-341.
- Romanow R. *Building on values. The future of health care in Canada* - final report. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Trindade Lima M et al, eds. *Diálogo e democracia: história e perspectivas do SUS - Rio de Janeiro*, Editora Fiocruz, 2005:83-120.
- Bongudomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the health scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thailand, 14-17 January 2002.
- Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 40 countries - proposals*. Geneva, World Health Organization, Department for Health System Governance and Service Delivery, 2008.
- The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the health care system? Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, accessed June 2008).
- Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324-326.
- Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, accessed 24 April 2008).
- De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173-208.
- Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724-725.
- Intelligent health partnerships. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353> accessed 10 June 2008).
- Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
- Bailey J et al. *Towards a healthier north east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Beal J, Pepper L. *The dental health of vulnerable olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.

52. Thailand's health care reform project 2001-2003 final report. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.
53. Tancharoensathien V, Songudomsuk P, eds. From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of C-in Thailand. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
54. Baser H, Morgan P. Capacity change and performance. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. Quality attributes and organisational options for technical support to health services system strengthening. Background paper commissioned for the GAVI/HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries. Results of an international comparative study carried out in six countries. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, 2003 (DGOS AIDS Impulse Programme 97203 BVO "Human resources in developing health systems").
57. Carrolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). Consultation on Strategic Health Planning in Portugal. World Health Organization/Portugal Round Table, Lisbon, July 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Fors S et al. Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. Capacity for development: the solutions to old problems. New York NY, United Nations Development Programme, 2002.
60. Messian L. Renforcement des capacités et processus de changement. Révisions à partir de la réforme de l'administration publique en République Démocratique du Congo. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Brussels, 2006.
61. OECD. StatExtracts online database. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx> accessed June 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Shaping science: thoughts, needs, analysis and action*. London, Wellcome Trust, 2007:50-55.
63. Rowe AJ et al. How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026-1035.
64. Blaise P, Begels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337-364.
65. Lippincott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Setting the Good Government Capacity Building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98:123).
66. Brause E. *Death of the Quilts. Professions, States and the Advance of Capitalism 1800 to the Present*. New Haven and London, Yale University Press, 1996.
67. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. *Invert Reduction Rate: Papers in their silence for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, accessed June 2008).
70. Pangu JA. Health workers' motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19-30.
71. Mutizwa Mangiza D. The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. The effects of reforms on the health workforce. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper for *The World Health Report 2005*).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenvironics.com/PDF/RoadMapforHealthJusticeMajorityAE.pdf>, accessed 1 July 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. *Un círculo virtuoso? Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 47):55, Epub 21 January 2003.





Seguir em frente



O caminho a seguir para impulsionar a atenção primária em saúde é fortemente influenciado pelas realidades, muito diferentes, de cada país. Este capítulo discute as implicações destes contextos nacionais para a operacionalização das reformas a fim de conseguir o acesso universal, da atenção primária, das políticas públicas e da liderança. Demonstra que a expansão dos sistemas de saúde cria oportunidades para reformar a APS em quase todos os países. Apesar da necessidade de respeitar especificidades contextuais, existem elementos reformistas comuns a todos eles, que alicerçam oportunidades para uma aprendizagem e compreensão, global e partilhada, de como promover a reforma da APS de uma forma mais sistemática.

Capítulo 6

Adaptar as reformas ao contexto de cada país	108
Economias da saúde com despesas elevadas	109
Economias da saúde em crescimento rápido	112
Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento	113
Mobilizar os impulsores da reforma	117

Adaptar as reformas ao contexto de cada país

Embora insuficientemente reconhecido, o movimento da APS teve um enorme sucesso ao ter contribuído para que, na maior parte dos países do mundo, o valor social dos sistemas de saúde tenha sido reforçado, tendo aberto, assim, novas possibilidades para as políticas de saúde.

Os atuais sistemas de saúde são uma manta de retalhos de componentes, muitos dos quais estão bastante distantes dos objetivos definidos há 30 anos. Existe também uma convergência dos sistemas de saúde. Expostos às mesmas pressões demográficas, financeiras e sociais, estes sistemas cada vez mais compartilham finalidades de maior equidade na saúde, cuidados orientados para as pessoas e melhor proteção da saúde das suas populações. O que não quer dizer que os sistemas de saúde por esse mundo afora vão mudar de um dia para o outro.

A reorientação de um sistema de saúde é um processo que leva tempo, ainda que não seja pelo intervalo necessário para reorientar a força de trabalho¹ e também pela inércia resultante de incentivos desajustados e de sistemas de remuneração inadequados². Considerando as forças e interesses que afastam os sistemas de saúde dos valores orientadores da APS, a reforma exige uma visão clara do futuro. Há são muitos os países que se aperceberam desta necessidade e que estão investindo na elaboração de uma visão estratégica das suas políticas públicas para a saúde, com um horizonte de 10 a 20 anos.

Estas visões estão frequentemente elaboradas em termos demasiado técnicos e são muito vulneráveis aos ciclos eleitorais. No entanto, são também cada vez mais orientadas pelas expectativas que as pessoas têm das suas autoridades sanitárias: manutenção da sua saúde e melhor acesso aos cuidados, proteção de despesas catastróficas e da especulação financeira e garantir a equidade na distribuição dos recursos^{3,4}. Como demonstrado ao longo de todo este Relatório, a pressão que resulta destas expectativas arraigadas em valores, se utilizada de uma forma resoluta, pode proteger a visão do futuro de desvios resultantes de interesses particulares ou mudanças na liderança política.

A proteção que isto oferece pode ser grandemente reforçada por uma implementação precoce. As possibilidades de começar, de imediato, a efetivar mudanças, são reais em quase todos os países: o crescimento do setor da saúde cria a disponibilidade financeira para tal e a globalização cria oportunidades sem precedentes para fazer uso dessa disponibilidade.

O que não diminui, de forma nenhuma, a necessidade de reconhecer a grande diversidade de contextos em que os países se encontram: a natureza dos desafios de saúde que enfrentam e a sua realidade socioeconômica; e o grau de adaptação a desafios, o nível de desenvolvimento e a velocidade a que os sistemas de saúde crescem.

As oportunidades para mudanças estão fortemente relacionadas com a entrada de recursos no setor da saúde. Em geral, no mundo, a despesa com a saúde está aumentando: entre 1995 e 2005, quase que duplicou de US\$2,6 para US\$5,1 trilhões. A taxa de crescimento está acelerando: entre 2000 e 2005 aumentou em média US\$330 bilhões por ano, acima da média de US\$197 bilhões observada nos cinco anos anteriores. A despesa da saúde tem crescido mais rapidamente que o PIB e que a população. O resultado líquido é que, no conjunto dos países, com raras exceções, o crescimento da despesa da saúde *per capita* tem crescido a uma média anual de mais de 5%.

Esta tendência de crescimento na despesa da saúde esconde uma variação enorme entre as despesas *per capita* nos diferentes países, de US\$20 a muito mais que US\$6.000. Estas disparidades estratificam os países em três categorias: os que têm despesas elevadas com a saúde, os que têm uma economia da saúde em rápido crescimento e economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento.

As economias da saúde com despesas elevadas coincidem, como esperado, com o bilhão de pessoas que vivem nos países de renda alta. Em 2005 estes países despendiam, em média, US\$3.752 *per capita* com a saúde, mais de US\$1.563 *per capita* do que em 1995, uma taxa de crescimento de 5,5% ao ano.

No outro extremo temos as economias de saúde com despesas baixas com a saúde e com um crescimento lento, maioritariamente na África, no Sul e Sudeste Asiático e nos Estados

frágeis. A sua população cresce a 2,6 bilhões com uma despesa *per capita* com a saúde de $\text{R}\$103$ em 2005, comparada com $\text{R}\$58$ em 1995. Em termos comparativos, estes países viram a sua despesa *per capita* com a saúde crescer a uma taxa semelhante à dos países com despesas elevadas: 5,8% ao ano desde 1995, mas em termos absolutos, o crescimento foi desapontante.

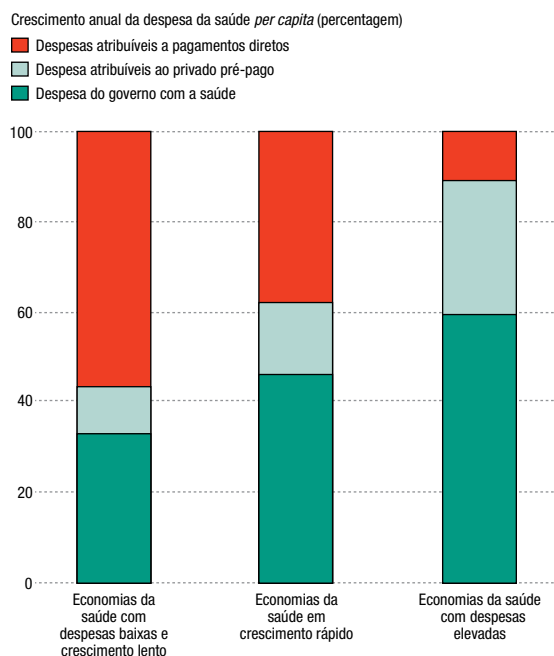
Entre os dois grupos estão os países de baixa e média renda, com economias da saúde em rápido crescimento. Os 2,8 bilhões de habitantes destes países despenderam uma média de $\text{R}\$413$ *per capita* em 2005, mais do que o dobro dos $\text{R}\$189$ *per capita* que gastavam em 1995. As despesas com a saúde nestes países têm crescido a uma taxa de 8,1% ao ano.

Estes grupos não diferem unicamente na taxa e dimensão do crescimento da sua despesa com a saúde. A análise das fontes do crescimento observado é reveladora de padrões muito diferentes (Figura 6.1). Nas economias com despesas baixas e com um crescimento lento, pagamentos diretos pelos pacientes são responsáveis

pela fatia mais significativa do crescimento observado, enquanto que nas economias da saúde em crescimento rápido ou com despesas elevadas, os aumentos observados são em sua maioria explicados por despesas do governo ou por mecanismos de pré-pagamento. Nestas situações, as oportunidades para apoiar as reformas da APS são maiores: mais do que os pagamentos diretos pelos usuários, os recursos financeiros colocados em fundos comuns estão mais disponíveis para serem investidos em intervenções com um maior impacto na saúde. O oposto é igualmente verdadeiro: os países em que o crescimento observado se deve principalmente a pagamentos diretos pelos pacientes, têm menos possibilidades de apoiar reformas que levem à APS. \square alarmante que nos países com as despesas mais baixas e com o peso da doença mais elevado, haja um déficit muito real de oportunidades para reorientar o crescimento do setor da saúde para a APS.

As seções que se seguem no relatório esboçam grandes categorias de contextos que podem condicionar as respostas às reformas da APS.

Figura 6.1 Contribuição das despesas gerais do governo, das despesas do privado pré-pago e do pagamento direto, para o crescimento anual na despesa total da saúde *per capita*, percentagem, médias ponderadas⁵



Economias da saúde com despesas elevadas

Este grupo de países financia quase 90% do crescimento na sua despesa com a saúde – a uma média de mais de $\text{R}\$200$ *per capita* por ano, nos anos mais recentes - através de financiamentos governamentais ou de fundos privados pré-pagos. O principal constrangimento à expansão ou alteração no pacote de ofertas dos serviços não é a falta de financiamento, mas sim o déficit relativo dos recursos humanos necessários para corresponderem às mudanças ou aumentos na procura. Os seus sistemas de saúde estão construídos ao redor de um setor terciário, forte, prestigiado, importante para as indústrias farmacêuticas e de abastecimentos médicos². Os pagamentos diretos pelos usuários, apesar de permanecerem em cerca de 15% da despesa total, são minúsculos quando comparados com os contributos de meios mais progressivos de financiamento coletivo. O pagamento por terceiros, fortaleceu o papel das instituições financeiras, que assumem um papel central no sistema de saúde, ao mesmo tempo que o grau de autonomia dos profissionais de saúde

vai-se amenizando. O debate público sobre redução de custos, melhoria da qualidade e acesso dos grupos mais desfavorecidos tem sido cada vez mais dominado por usuários e grupos de interesses especiais. No entanto, nunca o peso do Estado se fez sentir tão fortemente nestes países como agora, apoiado em instrumentos e instituições reguladoras do setor.

Caixa 6.1 Estratégia nacional da Noruega para reduzir as desigualdades sociais em saúde⁶

A estratégia de Noruega para reduzir as desigualdades em saúde ilustra que não há uma solução única para este problema complexo. A Noruega identificou um grande número de determinantes que influenciam a saúde dos indivíduos: rendimento, apoio social, educação, emprego, desenvolvimento na infância, ambientes saudáveis e acesso aos serviços de saúde. Estes determinantes da saúde, complexos e interrelacionados, não estão uniformemente distribuídos na sociedade, conseqüentemente, não surpreende que isto conduza, também, às iniquidades em saúde.

A estratégia norueguesa aborda as causas da doença e das iniquidades em saúde, através de intervenções sobre os determinantes da saúde, de forma a conseguir uma distribuição mais equitativa destes determinantes. A estratégia norueguesa concentra-se sobre:

- a redução das iniquidades sociais;
- a redução das iniquidades nos comportamentos em saúde e no acesso aos serviços de saúde;
- iniciativas para uma melhor inclusão social; e
- instrumentos intersetoriais para promover a saúde em todas as políticas.

Isto reúne um número de intervenções que são reconhecidamente efetivas para redução das iniquidades e que podem ser aplicadas diretamente no sistema de saúde, ou em colaboração com outros setores. Por exemplo, os sistemas de saúde são capazes de estabelecer programas para o desenvolvimento na infância assim como políticas que reduzem as barreiras financeiras, geográficas e sociais aos serviços de saúde para aqueles que mais precisam de cuidados. A colaboração com outros setores, tais como o trabalho e as finanças, pode ajudar a criar oportunidades de emprego e sistemas fiscais que incentivam uma distribuição mais equitativa e redistribuição da riqueza, o que pode ter um grande impacto na saúde da população. Além das abordagens universais, as intervenções para a inclusão social orientadas para o estabelecimento de melhores condições de vida para os mais desfavorecidos são, igualmente, cruciais para reduzir as diferenças entre os mais ricos e os menos ricos da sociedade.

Apesar de preocupações sobre a sustentabilidade dos atuais sistemas, os mecanismos de solidariedade social existentes gozam de um considerável consenso social. Mantém-se as tendências seculares de expansão da cobertura a todos os cidadãos, e, muitas vezes, relutantemente, a não cidadãos residentes nos países. No Estado de Massachusetts, nos Estados Unidos, por exemplo, o decreto de 2006 sobre seguro de saúde tem por finalidade uma cobertura de 99% até 2010. Concomitantemente, vai ficando mais perceptível que os esquemas de cobertura universal precisam ser complementados por esforços para: (i) identificar os excluídos e desenvolver mecanismos específicos para os incluir; e (ii) abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde com iniciativas políticas intersetoriais (Caixa 6.1), de forma a traduzir o discurso político em ações concretas.

Em muitos destes países, o deslocamento do centro de gravidade da atenção terciária e especializada para a atenção primária está progredindo de uma forma satisfatória. Melhor informação e desenvolvimentos tecnológicos estão criando oportunidades – e um mercado – para transferir muitos dos cuidados hospitalares mais tradicionais para serviços locais providos com equipes de atenção primária ou, mesmo para entregá-los aos próprios pacientes. O que por sua vez alimenta uma nova percepção de como devem operar os serviços de saúde. O que dá mais força à atenção primária, incluindo os autocuidados e os cuidados domiciliares. Este movimento é contrariado pela inércia associada à ameaça de redução ou mesmo desmantelamento das grandes instituições terciárias e, também, pela procura induzida por expectativas irrealistas, associadas a tecnologias vistas como tendo o potencial de prolongar a longevidade de uma forma ilimitada⁷. A inovação tecnológica é, na verdade, um importante impulsor de melhorias e as tendências atuais ilustram o seu potencial para contribuir para a diversificação da oferta de serviços pelas equipes de atenção primária. A inovação tecnológica pode, no entanto, converter-se também num impulsor de exclusão e ineficiência. As grandes diferenças de difusão das tecnologias médicas nos países são um reflexo, não de uma avaliação racional, mas de incentivos

aos prestadores para adotarem essas tecnologias, e da capacidade de controlar essa adoção².

O ambiente em que isto está ocorrendo está mudando por duas razões.

- A contestação pública da gestão das tecnologias tem continuado a aumentar por razões de confiança, preço, exclusão ou necessidades insatisfeitas.
- Os regulamentos estão cada vez mais dependentes de instituições supranacionais. O sistema regulamentar da União Europeia, por exemplo, tem responsabilidades crescentes na harmonização dos requisitos técnicos necessários para o registro de medicamentos ou o licenciamento de produtos, abrindo as portas a possibilidades, entre outras, de um apoio mais eficaz a iniciativas legais a incitar a substituição por medicamentos genéricos no setor privado³. Estes mecanismos criam oportunidades para aumentar a segurança e o acesso, criando assim um ambiente que encoraja as reformas nacionais de atenção primária.

O que acontece num momento em que a produção de profissionais com disposição e capazes de se envolverem na atenção primária está comprometida. Na Europa, por exemplo, a população de clínicos gerais está envelhecendo rapidamente, e os novos clínicos estão mais orientados para carreiras com mais oportunidades para trabalho em tempo parcial e menos intensas. A pressão para dar um papel mais central aos médicos de família está aumentando⁴. Contudo, no futuro será necessária mais consideração a abordagens baseadas em equipes multidisciplinares, responsáveis pela coordenação e continuidade dos cuidados. O que, por sua vez, exigirá um novo quadro de pessoal, mais diversificado e flexível. Consequentemente, a sustentabilidade das reformas da atenção primária nestes países com despesas elevadas com a saúde, não será sustentável, sem: (i) que haja uma mudança de paradigma na formação de pessoal de saúde; e (ii) incentivos de carreira, sociais e financeiros para incitar os profissionais de saúde a orientarem-se para carreiras que, no passado, gozaram de menos prestígio e foram menos recompensadoras.

Tem-se observado um renascer da saúde pública, encorajada pela consciência crescente de ameaças globais à saúde e da estratificação

dos resultados em saúde por indicadores de desvantagem social. As conexões entre saúde e os outros setores são mais bem compreendidas, o que contribui para que estes lhes prestem mais atenção. No centro das preocupações e debates públicos encontram-se temas como os sistemas de investigação e de informação, o papel da saúde pública, e a formação em saúde pública. Esta situação deve ser aproveitada para apoiar a emergência de estratégias intersectoriais, dirigidas a várias frentes, e para corrigir a influência dos determinantes sociais nos problemas de saúde considerados prioritários (Caixa 6.1).

Nas últimas décadas, a maior parte dos países nesta categoria têm estado envolvidos em reformas, recorrendo a mecanismos de liderança e negociação mais do que a mecanismos de comando e controle. Isto reflete a crescente visibilidade da agenda de saúde, e a necessidade de desenvolvê-la equilibrando diversas tendências e interesses, muitas vezes irreconciliáveis. A reforma decorre, portanto, a diversos níveis, envolvendo múltiplos atores. O progresso é por pequenos avanços: um processo difícil, muitas vezes confuso, de aproximações sucessivas e negociações difíceis. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, uma grande reforma da atenção primária foi apoiada por uma pesquisa por questionário enviada a mais de 42.000 pessoas e por audição pública de 1.000 personalidades. Este envolvimento facilitou a adoção das reformas mais controversas, a saber, as que diziam respeito ao redirecionamento de recursos para a atenção primária e para as populações com menos acesso aos cuidados, fazendo-se uma redistribuição de responsabilidades de forma a melhorar a cooperação e a coordenação⁵. O preço destes processos de construção de consensos sociais, que podem ultrapassar resistências à reforma, é tempo e disponibilidade para uma negociação baseada em princípios explícitos.

Economias da saúde em crescimento rápido

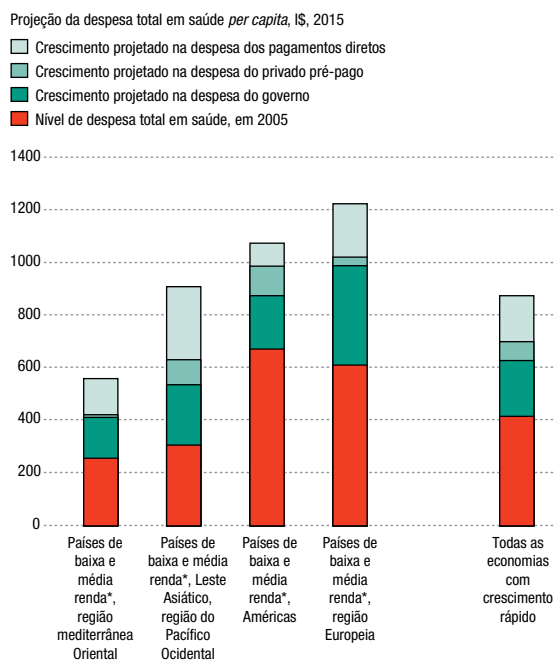
Nas economias da saúde em crescimento rápido, o desafio da reforma da APS é bastante diferente. A procura crescente associada ao aumento do poder de compra alimenta uma

expansão, rápida, sem precedentes, dos serviços. Assumindo que a taxa de crescimento se mantenha até 2015, a despesa *per capita* com a saúde vai, em relação a 2005, aumentar em cerca de 60% nas economias americanas da saúde em rápido crescimento. Concomitantemente, a despesa duplicará na Europa e no Oriente Médio e triplicará no Leste Asiático (Figura 6.2).

Enquanto que a taxa de crescimento na despesa representa uma oportunidade para reformar a APS, também pode originar padrões de desenvolvimento do setor que contrariam a visão e valores da APS. As fases iniciais são muito importantes: escolhas que são feitas por razão de expediente político ou técnico, tais como abster-se de regulamentar o setor comercial prestador de cuidados de saúde, pode entrincheirar situações – estabelecimento de grupos de interesses, ou de padrões de procura impulsionados pela oferta - que dificultem, mais tarde, as reformas necessárias para desenvolver a atenção primária¹¹. Enviesamentos a favor de infraestruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para corresponder às expectativas de uma minoria abastada, estão sendo encorajados por um mercado emergente de turismo médico, em que pacientes de economias da saúde com despesas elevadas, incluindo custos fixo elevados, contratualizam os cuidados destes pacientes para ambientes com custos aparentemente mais baixos. Isto reduz o número de profissionais disponíveis para prestar atenção primária e encoraja a especialização hospitalar da força de trabalho¹². Nestes países, muitos dos Ministérios da Saúde ainda estão organizados em redor de esforços de controle de doenças específicas, faltando-lhes as competências para se aproveitarem da expansão dos recursos de saúde a fim de regulamentar a prestação de cuidados de saúde. Isto conduz, muitas vezes, a sistemas de saúde com: (i) infraestruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para a procura de uma minoria abastada; e (ii) uma situação de grandes deficiências na oferta de serviços, que resulta em grandes déficits para uma maioria da população.

Reformas que enfatizam o acesso universal a cuidados de saúde orientados para as pessoas, podem ajudar a ultrapassar estas distorções. Estas reformas podem beneficiar-se de inovações

Figura 6.2 Projeção da despesa em saúde *per capita*, em 2015, economias da saúde com crescimento rápido (médias ponderadas)^a



* Sem Estados frágeis.

^a suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos diretos, estimadas dos dados de 1995–2005⁵, persistem até 2015.

tecnológicas que facilitam o acesso rápido, simples, confiável e a baixo custo a serviços anteriormente inacessíveis, ou porque eram demasiado dispendiosos ou por exigirem infraestruturas de apoio complexas e sofisticadas. Estas inovações incluem testes de diagnósticos rápidos do HIV e de úlceras gástricas, medicamentos que permitem tratamentos ambulatoriais de pacientes mentais que anteriormente necessitavam ser internados¹³ e abordagens cirúrgicas que reduzem a necessidade ou a duração do internamento hospitalar. Simultaneamente à multiplicação de orientações com base nas evidências, estas inovações amplificaram extraordinariamente o campo de decisão das equipes de atenção primária, alargando a área de intervenção de profissionais não médicos¹⁴ e o potencial de autocuidados. A expansão rápida dos cuidados orientados para as pessoas, tornou-se viável num contexto em que o hiato tecnológico entre os cuidados ambulatoriais próximos dos clientes e as instituições de atenção terciária é menos marcante do que há 30 anos. O Chile, por exemplo, duplicou a utilização da

atenção primária, num período de cinco anos, investindo fortemente em pessoal e equipamentos, desde cuidados orais de emergência e laboratoriais ao tratamento domiciliar da dor crônica. O impacto desta transformação pode ser amplificado orientando os cuidados para a grande massa de pobres e excluídos e empoderando-a nestes países e reformando as políticas públicas de forma a reforçar estas iniciativas.

Nas economias da saúde em crescimento rápido, das Américas e da Europa, menos de um terço do crescimento observado na despesa é atribuível a pagamentos diretos pelos pacientes. Dois terços estão associados a investimentos dos governos, combinados, nas Américas, a despesas privadas pré-pagas (Figura 6.2). A situação, das despesas privadas pré-pagas, também está se tornando comum na Índia, enquanto que no Oriente Médio cerca de 40% do crescimento da despesa está associado a pagamentos diretos pelos pacientes. As reformas da APS, para se imporem, terão de regulamentar e influenciar a despesa privada pré-paga e, particularmente na Índia, reduzir a dependência de pagamentos diretos pelos pacientes.

Na maior parte destes países, o nível da despesa comparado ao PIB ou à despesa total do governo permanece baixo, o que cria espaço financeiro para acelerar ainda mais as reformas da APS e provê-las com recurso a mecanismos paralelos, e igualmente importantes, através de iniciativas de aceleração do acesso universal e de redução da dependência em pagamentos diretos pelos pacientes. Em muitos destes países, os recursos públicos para a saúde são atribuídos de acordo com uma regra de captação, o mesmo acontecendo, em parte, em relação aos recursos coletivos de fundos privados pré-pagos. Isto abre oportunidades de incluir critérios, como escassez relativa ou necessidades de saúde insatisfeitas, nas fórmulas de captação, transformando, na prática, a atribuição de recursos, em um instrumento de promoção da equidade em saúde e de incentivo à atenção primária e a políticas públicas saudáveis.

Alguns dos maiores países do mundo, o Brasil, por exemplo, estão aproveitando estas oportunidades numa escala extraordinária, expandindo as suas redes de atenção primária enquanto

diminuem a sua dependência dos pagamentos diretos pelos pacientes⁵⁷. Este tipo de reforma só raramente é bem sucedido sem pressão por parte dos usuários. A política de saúde do Chile define um pacote de benefícios bem detalhados, bem divulgados entre a população como direitos estatutários. As pessoas estão sendo informadas do tipo de serviços, incluindo acesso a cuidados especializados, que vão poder exigir da sua equipe de atenção primária. Quando associada a investimentos continuados, a falta de ambiguidade em relação a expectativas legítimas cria uma poderosa dinâmica para o desenvolvimento da atenção primária. Com uma boa gestão, aceleram-se também convergências, evitando pelo menos parte das distorções e ineficiências que atribularam os países de alta renda em anos anteriores.

Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento

Com 2,6 bilhões de pessoas e menos de 5% das despesas mundiais com a saúde, os países neste grupo sofrem de um subfinanciamento absoluto do seu setor de saúde, associado a uma elevada carga de doença. A persistência de uma elevada mortalidade materna nestes países – onde se concentram cerca de 90% de todas as mortes maternas – é talvez a indicação mais clara das consequências do subfinanciamento no desempenho dos sistemas de saúde.

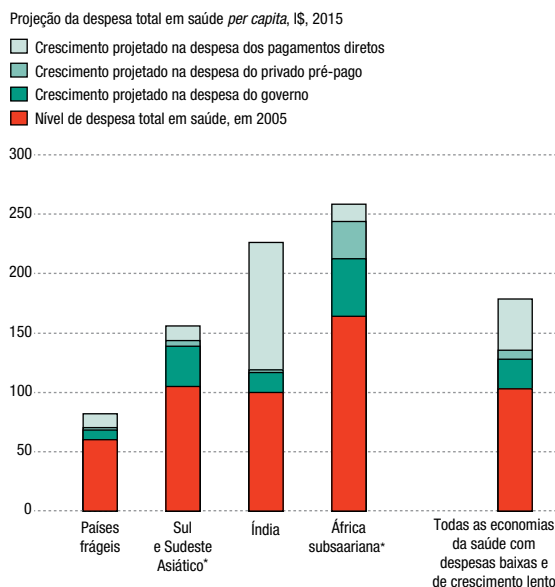
É preocupante que, nestes países, a despesa com a saúde seja baixa e muito vulnerável aos contextos políticos e econômicos. Nos Estados frágeis, particularmente nos que estão localizados na África, a despesa é não só baixa como também se mantém quase estacionária, com 28% do pouco crescimento observado atribuível à ajuda externa. Nos outros países deste grupo, a despesa com a saúde está crescendo a uma média mais robusta, de 6% a 7% ao ano. Se as tendências atuais se mantiverem, em 2015, a despesa *per capita* com a saúde terá mais que duplicado na Índia quando comparada com 2005, e aumentado em cerca de metade nos outros países, com a exceção dos Estados frágeis (Figura 6.3). Em muitos países, isto proporciona uma margem já confortável para dar início às reformas da APS, particularmente

onde os aumentos são atribuíveis a investimentos governamentais ou, como na África Austral, a outras formas de pré-pagamento. Na Índia, contudo, mais de 80% do crescimento, de acordo com as tendências atuais, é atribuível a pagamentos diretos, o que cria um contexto menos favorável às reformas necessárias.

Os países nestas regiões acumulam um conjunto de problemas que, apesar da diversidade observada, têm muitas características em comum. Agregados populacionais que, no seu conjunto, não têm acesso a cuidados com qualidade: porque os serviços não existem; ou são muito caros ou subfinanciados; porque são deficitários em recursos humanos e não têm os equipamentos necessários; ou, ainda, porque estão fragmentados ou limitados a uns poucos programas prioritários. São muito limitados os esforços para estabelecer políticas públicas estáveis que promovam a saúde e corrijam os determinantes da saúde precária. A comercialização não regulamentada de cuidados de saúde, públicos e privados, está se tornando a norma dos cuidados a esperar nas zonas urbanas e, cada vez mais, nas rurais também. Representa um desafio enorme e subestimado, aos valores da APS, muito mais premente que o verticalismo que tanto preocupa a comunidade internacional.

Na maior parte destes países o Estado teve, no passado, a ambição de dirigir o setor da saúde de uma forma autoritária. Nos contextos mais pluralísticos da atualidade, com uma diversidade de prestadores de serviços, formais e informais, públicos e privados, foram poucos os que conseguiram fazer a transição para um estilo de governo mais negociado. Nos outros, com a estagnação das fontes de recursos públicos, estabeleceu-se um Estado de *laissez-faire*. O que conduziu a tentativas débeis de regulamentar o setor comercial de prestação de serviços de saúde – não só pelo setor privado, mas também pelo público, que de muitas formas adotou práticas comerciais muito semelhantes às do setor privado não regulamentado. Nestes ambientes, a capacidade governamental é um fator que limita as suas possibilidades de mobilizar recursos para investir nas reformas necessárias. As autoridades sanitárias veem-se então com um mandato não financiado para dirigir o setor da saúde.

Figura 6.3 Projeção da despesa em saúde *per capita*, em 2015, economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento (médias ponderadas)^a



* Sem estados frágeis.

^a Suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos diretos, estimadas dos dados de 1995–2005⁵, persistem até 2015.

Portanto, desenvolver a base de fontes de recursos é uma prioridade, que permitirá o refinanciamento de sistemas de saúde esvaídos de recursos, de forma a reanimá-los como uma nova vida associada às reformas da APS e ao reinvestimento na liderança pública. Sistemas de pré-pagamento devem ser encorajados, agora, desencorajando, ao mesmo tempo, cobranças diretas aos pacientes e incentivando a convergência e partilha de recursos. Esta abordagem permitirá uma distribuição mais inteligente e explícita de recursos limitados, do que quando os serviços são pagos diretamente pelos pacientes. Sem que existam soluções únicas, ou ótimas, os mecanismos de convergência de recursos que resultam em conjuntos maiores têm também, eficiências maiores: a fusão ou federação gradual de esquemas de pré-pagamento podem ajudar a acelerar o estabelecimento de mecanismos de regulação e de responsabilização¹⁶.

Num número significativo destas economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento, particularmente na África subsaariana e nos Estados frágeis, o aumento significativo

dos fundos externos direcionados à saúde, através de mecanismos bilaterais ou através de uma nova geração de instrumentos globais de financiamento, reanimou a vitalidade do setor da saúde. Estes fundos externos precisam ser progressivamente recanalizados de forma a aumentar a capacidade institucional de manter, num horizonte ampliado, a cobertura universal. No passado, o grosso da assistência externa foi dirigido a projetos e programas imediatistas, que contribuíram para atrasos desnecessários, ou mesmo para bloquear a emergência das instituições financeiras necessárias para administrar esquemas de cobertura universal. O interesse renovado dos doadores em apoiarem processos de planejamento nacional como parte das agendas de alinhamento e harmonização, e o consenso sobre a importância do acesso universal, representam oportunidades importantes para expandir os investimentos no aparelho institucional necessário para a cobertura universal. Embora as reduções esperadas em despesas catastróficas e o aumento na cobertura sejam motivos suficientes para as mudanças necessárias nos comportamentos das entidades doadoras, o crescimento de uma capacidade de financiamento nacional representa uma oportunidade para uma eventual estratégia de saída da dependência dos doadores.

Os Governos podem fazer ainda mais pelo setor de saúde, mesmo nestes ambientes. Economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento só atribuem uma pequena fração das receitas governamentais à saúde. Mesmo na África subsaariana, países em que se observaram progressos e que atribuíram 8,8% das despesas do governo à saúde, ainda se encontram bastante distantes da meta de 15% estabelecida na Declaração de Abuja, em 2005⁵. O alcance dessa meta aumentaria a despesa com a saúde na região em cerca de 34%. A experiência acumulada na última década mostra que é possível aumentar, de uma forma ágil, as receitas do Governo atribuídas à saúde. Como exemplo, na Índia, em resposta a pressões crescentes da sociedade civil e de movimentos políticos, espera-se que a despesa do governo com a saúde – com uma atenção específica à APS – venha a triplicar nos próximos cinco anos¹⁷. Num contexto diferente,

o Ministério da Saúde no Burundi quadruplicou o seu orçamento entre 2005 e 2007 pela candidatura, bem sucedida, a fundos que ficaram disponíveis através dos mecanismos de redução da dívida externa, sob a iniciativa “Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados” (RPPAE). Em média, nos 23 países à beira de concluírem os requisitos para a RPPAE e a Iniciativa Multilateral de Alívio da Dívida (IMAD), as poupanças anuais do alívio da dívida resultantes do RPPAE durante os 10 anos após a qualificação equivalem a 70% das despesas públicas com a saúde em 2005¹⁸. Enquanto que só parte do dinheiro será redirecionado para a saúde, mesmo essa fração pode contribuir de uma forma significativa para o músculo financeiro das autoridades de saúde pública.

As oportunidades não aparecem só com o aumento de recursos. A dominância de projetos-piloto está sendo gradualmente substituída por esforços mais sistemáticos para conseguir o acesso universal, embora, muitas vezes, tal seja conseguido só para uma única intervenção ou programa de saúde. Estes programas, com grande visibilidade, desenvolvidos no âmbito dos ODM, ajudaram a reanimar um número de conceitos que são essenciais para os cuidados orientados para as pessoas. Entre eles, realça-se o imperativo do acesso universal a cuidados seguros e de elevada qualidade, sem penalização financeira, e a importância da continuidade dos cuidados e a necessidade de compreender o contexto social, cultural e econômico em que vivem todos, homens, mulheres e famílias de uma dada comunidade. A integração é uma realidade que está acontecendo através de abordagens como a Abordagem Integrada de Doenças dos Adolescentes e dos Adultos (AIDAA) e as intervenções de base comunitária resultantes do Programa de Controle da Oncocercose (PCO)¹⁸. As iniciativas globais estão aliviando o seu domínio sobre mandatos de controle de doenças e começam a apreciar a importância de fortalecer o sistema, de uma forma mais geral, como se observa com a janela de Reforço dos Sistemas de Saúde associada à Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, abrindo caminhos para o alinhamento de iniciativas anteriormente fragmentadas. Impulsionadas pela procura, tecnologias

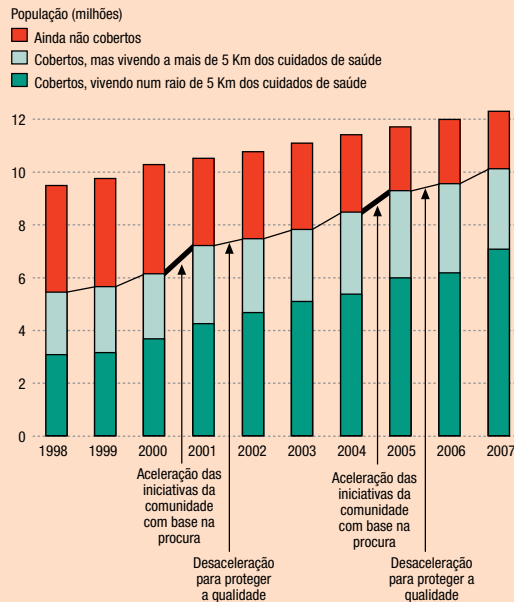
Caixa 2 O ciclo virtuoso da oferta e da procura de atenção primária

No Mali, a rede de atenção primária consiste em centros de atenção primária que são propriedade das comunidades e operados por elas, apoiados por equipes distritais e unidades de referência governamentais. Há um plano de cobertura, negociado com as comunidades, que, se assim o desejarem, podem tomar a iniciativa de criar um centro de atenção primária, de acordo com um conjunto de critérios. O compromisso é importante, visto que o centro de saúde será propriedade da comunidade e operado por ela: por exemplo, a equipe do centro de saúde é uma equipe de três ou quatro pessoas liderada por uma enfermeira ou por um médico de família, tem que ser contratada (e financiada) pela associação de saúde da comunidade local. A comunidade pode fazer um acordo com o Ministério da Saúde para, uma vez abertas as portas do centro, obter o apoio técnico e financeiro das equipes de saúde do distrito, para a instalação do centro de saúde e para supervisão e um apoio de retaguarda.

O modelo alcançou grande popularidade, apesar dos enormes esforços exigidos das comunidades na mobilização e na organização destas unidades: em 2007, 826 destes centros já estavam em funcionamento (comparado com 360 centros, 10 anos antes), instalados a um custo médio de USD 17.000. O sistema afirmou-se e aumentou, de uma forma significativa, a produção de cuidados de saúde: o número de episódios de cuidados curativos prestados pelos centros de saúde praticamente duplicou. O número de mulheres acompanhadas nos cuidados pré-natais aumentou em 2,7 vezes e os nascimentos assistidos por um profissional de saúde em 2,5 vezes, com níveis de cobertura, aferida pelas Pesquisas Demográficas de Saúde em 2006, de 70% e 49%, respectivamente. A cobertura da vacinação DTP3, em 2006, era de 68%.

A comunidade considera que este é um investimento que vale a pena. Por duas vezes, durante os últimos 10 anos, entre 2000 e 2001 e 2004 e 2005, a procura e a iniciativa local para a criação de novos centros estava aumentando com uma celeridade que levou as autoridades sanitárias a tomar medidas para retardar

Figura 6.4 Aumento progressivo da cobertura, por centros de saúde que são propriedade das comunidades e operados por elas, no Mali, 1998-2



Fonte: Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de Planification et de Statistiques Ministère de la Santé Mali [Sistema de Informação Nacional da Saúde (SNIS), Departamento de Planeamento e Estatísticas, Ministério da Saúde, Mali].

a expansão da rede, a fim de poder garantir a manutenção de padrões de qualidade (figura 6.4). Isto sugere que o ciclo virtuoso do aumento da procura e da melhoria da oferta funciona. As autoridades da saúde estão expandindo a oferta de serviços e melhorando a qualidade incentivando o recrutamento de médicos pelos centros de saúde rurais mantendo, também, o seu apoio à expansão da rede.

da informação para apoiar a atenção primária, tais como o registro clínico eletrônico, estão se difundindo mais rapidamente do que o esperado. Os esforços para universalizar o tratamento do HIV ajudaram a expor as limitações de alguns 'inputs' essenciais no sistema de saúde, tais como a cadeia de gestão dos aprovisionamentos de materiais de diagnóstico e medicamentos, e a estabelecer pontes com outros setores, como o

* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea" da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português "clássico".

agrícola, levando em consideração a importância da segurança alimentar. A maior consciência da magnitude da crise da força de trabalho, está levando a políticas e programas ambiciosos, incluindo a redistribuição de tarefas, ensino à distância e incentivos financeiros e não financeiros inovadores.

Neste contexto, o desafio já não é fazer mais com menos, mas coordenar o crescimento do setor da saúde de forma a fazer mais com mais. As necessidades insatisfeitas nestes países são enormes e aumentar a disponibilidade de serviços é ainda o seu maior desafio. Isto requer uma

expansão gradual, distrito de saúde a distrito de saúde – o que pode ser feito recorrendo às estruturas governamentais, ou contratualizando ONGs ou por uma combinação de ambos. No entanto, a complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, particularmente, mas não só, em zonas urbanas, reclama interpretações flexíveis e inovadoras destas estratégias organizacionais. Em muitas das cidades capitais dos países africanos, por exemplo, as unidades sanitárias públicas, aos níveis primário e secundário, quase que desapareceram, substituídas por prestadores comerciais não regulamentados²⁶. As soluções criativas passam pela construção de alianças com as autoridades locais e organizações da sociedade civil e de consumidores para a utilização dos muitos fundos existentes – financiamentos de sistemas privados de pré-pagamento, contribuições da segurança social, fundos das autoridades municipais, e financiamentos de origem tributária - para estabelecer uma oferta de atenção primária que funcione com uma rede pública de segurança, em alternativa a cuidados comerciais não regulamentados, e como um sinal do que esperar de cuidados de saúde fiáveis e orientados para as pessoas.

No fim, o que na realidade conta é a experiência vivida pelos usuários nos serviços. A sua confiança sairá reforçada se se sentirem bem-vindos e não afastados, lembrados e não esquecidos, consultados por alguém que já os conhece bem, respeitados na sua privacidade e dignidade, acudidos com os cuidados necessários, informados sobre a abordagem diagnóstica necessária, e apoiados com medicamentos essenciais, tudo isto sem que nenhum pagamento seja exigido na interface com os serviços.

✘ma confiança crescente conduz a um ciclo virtuoso de aumento na procura e a uma melhor oferta (Caixa 6.2). Os ganhos em credibilidade associados a este ciclo virtuoso são essenciais para conseguir consensos sobre a necessidade de investir em políticas públicas saudáveis em todos os setores. Políticas eficazes em relação à segurança alimentar, educação, e urbanização são elementos críticos para a saúde e a equidade na saúde: a influência do setor da saúde sobre estas políticas depende, em grande parte,

do seu sucesso em prestar atenção primária de qualidade.

✘obilizar os impulsores da reforma

A globalização é um importante fator, comum a todos os mais diversos contextos nacionais em que as reformas da APS têm que encontrar a sua identidade própria. Está obrigando a um novo equilíbrio entre as organizações internacionais, os governos nacionais, os atores não estatais, as autoridades locais e regionais e cada cidadão individualmente.

A dimensão global não se manteve à margem destas mudanças. Nos últimos 30 anos, o estado nação tradicional e a arquitetura multilateral sofreram grandes transformações. As organizações da sociedade civil multiplicaram-se, assim como as parcerias-público-privadas e comunidades globais de divulgação, identificadas com problemas de saúde específicos. As agências governamentais trabalham com consórcios de investigação e firmas de consultoria assim como com instituições não estatais transnacionais, fundações e ONGs que operam à escala global. Têm aparecido diásporas nacionais que concentram recursos significativos e que, com os seus envios de fundos – cerca de 150 bilhões de dólares americanos em 2005, muito provindo de outras ajudas internacionais - exercem uma influência considerável. Redes ilícitas internacionais lucram com a reprodução de medicamentos ou com resíduos tóxicos, e têm já recursos que lhes permitem capturar e subverter a capacidade das agências públicas. O centro de poder está escapando dos governos nacionais, para organizações internacionais e, concomitantemente, para entidades subnacionais, incluindo um conjunto de governos locais e regionais e instituições não governamentais²⁷.

Esta complexidade nova e caótica é um desafio, em particular para as autoridades sanitárias que hesitam entre modos de governo de baixa efetividade, tipo de comando e controle e abordagens *laissez-faire*, altamente prejudiciais. Contudo, também apresenta novas oportunidades de investimento em capacidades para liderar e mediar as reformas, através da mobilização de conhecimento, da força de trabalho e das pessoas e suas comunidades.

☒ **obilizar a produção de conhecimento**

As reformas da APS podem ser aceleradas e mantidas no rumo desejado com a institucionalização de revisões das políticas* da APS que mobilizem a imaginação, inteligência e talento organizacional. O conhecimento para conduzir estas revisões das políticas da APS já existe²², mas exige mais articulações explícitas. Estas revisões precisam de se recentralizar na monitoria do progresso na implementação de cada um dos quatro conjuntos de reformas interdependentes da APS; no reconhecimento, à medida que emergem, dos obstáculos técnicos e políticos aos progressos desejados; e na explicitação dos elementos a levar em consideração para a correção dos desvios de percurso, quando necessário.

Num mundo em globalização, as revisões de políticas de APS podem beneficiar-se de redes colaborativas a emergir nos e entre os países, ajudando a estabelecer a massa crítica que pode liderar e implementar as reformas necessárias. Na realidade, em muitos países, não é realístico esperar encontrar nas próprias instituições todas as competências técnicas, conhecimento contextual e capacidade necessária para a abordagem rigorosa exigida pelas revisões de políticas de APS. Estruturas abertas, inclusivas e colaborativas, como o modelo latino-americano de observatório²³, podem contribuir para fazer convergir a diversidade dos recursos nacionais. Esses modelos permitem também beneficiar de colaborações internacionais, ajudando a ultrapassar a escassez em cada um dos países envolvidos. Os decisores políticos de hoje são mais abertos a aprender com exemplos de outros países do que era o caso no passado e utilizam esta aprendizagem para alimentar diálogos políticos⁸ a nível nacional com abordagens inovadoras e melhores evidências do que é efetivo ou não²². A colocação de instituições nacionais em redes regionais que colaboram com revisões políticas da APS permite congregar competências e informação técnica. Ainda mais importante, pode contribuir, sem grandes exigências dos escassos recursos nacionais, para a criação de mecanismos para uma representação mais efetiva em organizações

internacionais importantes mas exigentes em termos de compromissos de trabalho.

Colaborações entre países, mais estruturadas e intensas, sobre revisões políticas da APS contribuiriam para a obtenção de melhores dados comparativos internacionais sobre variações no desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na APS, sobre modelos de boas práticas, e sobre os determinantes de reformas bem sucedidas da APS. Informação essa que, ou não existe, ou é difícil de comparar ou está desatualizada. A criação de redes de especialistas e de instituições das diferentes regiões permite a produção de consensos sobre padrões validados para avaliar progresso e também acesso mais fácil a fontes (inter)nacionais de informação relevante para a monitoria da atenção primária. Isto pode fazer toda a diferença na condução das reformas da APS. Várias iniciativas dão indicações promissoras de que estão sendo dados passos nesse sentido – como o Monitor Europeu da Atividade da Atenção Primária²⁴, uma rede de institutos e organizações de 10 Estados Membros da União Europeia, ou a Rede Regional de Equidade em Saúde²⁵, uma rede de profissionais, membros da sociedade civil, decisores políticos e dirigentes estatais na África austral.

Existe uma enorme agenda de investigação com um grande potencial de aceleração das reformas da APS mas que exige uma maior orquestração (Caixa 6.3). No entanto, no momento atual, a proporção das despesas da saúde investidas em tentar compreender o que funciona melhor – em investigação em serviços de saúde – é menos de 0,1% da despesa de saúde nos Estados Unidos, o país que dedica a maior proporção (5,6%) da despesa de saúde à pesquisa biomédica²⁶. Um outro exemplo marcante é que só 2 milhões de dólares americanos dos 390 milhões concedidos para reforço de 32 sistemas de saúde pela Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, foram atribuídos para pesquisa, apesar de os países serem encorajados a fazê-lo. Nenhum outro setor da economia no valor de US\$ 5 trilhões se satisfaria com um investimento tão baixo na pesquisa relacionada com a sua área de negócio: a redução das desigualdades em saúde; a organização de cuidados orientados para a pessoa; e o desenvolvimento de políticas públicas, melhores e

* Notas dos tradutores: "policy reviews" é traduzido como "revisões de políticas".

☒ Nota dos tradutores: "policy dialogue" é traduzido como "diálogo político".

Caixa 3 Do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno a investigação faz a ponte²⁷

O Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TEF) da OMS foi pioneiro da pesquisa orientada para apoio ao desenvolvimento de políticas e de boas práticas. Os estudos patrocinados pelo TDR foram os primeiros que, em meados dos anos 90, através de ensaios controlados multicêntricos, em vários países, documentaram a eficácia das redes mosquiteiras tratadas com inseticida para a prevenção da malária. Após a introdução do medicamento Ivermectin para o controle da oncocercose, ou “cegueira do rio”, nos finais dos anos 80, o TDR, em conjunto com o Programa Africano para o Controle da Oncocercose, pesquisou a melhor forma para a distribuição em massa do Ivermectin. O que evoluiu foi um sistema regional de “tratamento da cegueira do rio dirigido pela comunidade”, devidamente validado, que tem sido descrito como “uma das mais triunfantes campanhas de saúde pública já empreendida no mundo”²⁸.

Agora, à medida que a comunidade global da saúde se afasta de abordagens verticais de controle das doenças, a investigação operacional está também facilitando este processo de transição. Grandes estudos recentes, apoiados pelo TDR, que envolvem 2,5 milhões de pessoas em 35 distritos de saúde em três países, demonstraram que os métodos de tratamento dirigidos pela comunidade, desenvolvidos para combater a cegueira do rio, podem ser utilizados como uma plataforma para a abordagem integrada de múltiplas intervenções da APS, incluindo, redes mosquiteiras, tratamento da malária e outras intervenções básicas dos cuidados de saúde, conseguindo-se aumentos significativos na cobertura. Por exemplo, mais do que o dobro das crianças com febre vieram a receber tratamento antimalárico apropriado, excedendo a cobertura de 60%, em média.

Essenciais, tanto para garantir o financiamento como para a execução deste tipo de pesquisa, são as parcerias desenvolvidas com os países na região, assim como com outras instituições públicas, da sociedade civil e privadas. A visão, agora, é de uma investigação de implementação e operacional como o elemento mais importante das agendas globais de pesquisa, de modo a que os novos produtos possam finalmente começar a produzir o impacto desejado em saúde, através de sistemas de implementação ao nível do sistema de atenção primária. Assim, a já excessivamente longa história de um ônus exagerado de doenças mortais, tais como a malária, pode ser abordada de uma forma mais efetiva através de conhecimento partilhado e da cooperação global, regional e local.

mais efetivas. Nenhuma outra indústria com esta dimensão ficaria satisfeita com o baixo investimento numa melhor compreensão do que os seus

clientes esperam deles e o que eles pensam do seu desempenho. Nenhuma indústria com este tamanho prestaria tão pouca atenção à inteligência sobre o contexto político em que tem de operar – as posições e estratégias dos principais interessados e parceiros. Chegou o momento de os dirigentes da saúde compreenderem a importância de investir nesta área.

obilizar o empenho da força de trabalho

Cada um dos quatro conjuntos de reformas da APS enfatiza a importância dos recursos humanos em saúde. As competências esperadas constituem um ambicioso programa para a força de trabalho que exige um repensar e uma revisão das abordagens pedagógicas existentes. A ciência de equidade em saúde e atenção primária tem ainda que encontrar o seu lugar nas escolas de saúde pública. A educação inicial dos profissionais de saúde já começou a enfatizar a solução de problemas em equipas multidisciplinares, mas ainda não se foi suficientemente longe no desenvolvimento das competências e atitudes exigidas pela APS. Estas incluem a criação de oportunidades para formação em serviço em todos os setores, através de mentores, tutores e educação continuada. Estas e outras mudanças no conjunto de currículos e na formação em serviço exigem um esforço deliberado para mobilizar os atores institucionais responsáveis tanto dentro do país como no exterior.

Contudo, nos anos mais recentes aprendemos que o conteúdo do que se aprende ou do que é ensinado, embora extraordinariamente importante, não é senão uma parte de um complexo de sistemas que governam o desempenho da força de trabalho da saúde. Todo um conjunto de questões sistêmicas relacionadas com a força de trabalho na saúde precisa ser orientado pela reforma da APS. Por exemplo, metas de equidade em saúde para populações desfavorecidas manter-se-ão intangíveis se não for considerada a forma de recrutar trabalhadores da saúde que se mantenham trabalhando nelas. Da mesma forma, visões grandiosas de cuidados orientados para a pessoa ou paciente não se concretizarão, a não ser que apareçam opções de carreira em equipas de atenção primária que sejam confiáveis. Os incentivos são complementos críticos para

garantir que indivíduos e instituições exerçam as suas competências quando investem em saúde em todas as políticas.

A força de trabalho em saúde é crítica para as reformas da APS. São necessários investimentos significativos para empoderar o pessoal de saúde – das enfermeiras aos decisores políticos – com os meios para aprenderem, adaptarem-se, serem membros úteis de uma equipe, e combinarem perspectivas biomédicas e sociais, sensibilidade à equidade e orientação para o paciente.

Se não for mobilizado, o pessoal da saúde pode transformar-se numa grande força de resistência à mudança, ancorado em modelos atrasados que são convenientes, confortáveis, rentáveis e intelectualmente estáveis. Se, contudo, partilharem da visão que a APS permite trabalho estimulante e gratificante, que é recompensador do ponto de vista social e econômico, podem não só aceitar o desafio, mas tornarem-se também uma vanguarda de advocacia militante. Aqui, mais uma vez, o recurso à partilha de experiências, possível num mundo em globalização, pode acelerar as transformações necessárias.

☒ **obilizar a participação das pessoas**

A história política das reformas da APS nos países que conseguiram grandes avanços nesse sentido, ainda está por ser escrita. ☒ claro, no entanto, que onde estas reformas foram bem sucedidas, o apoio da APS pelo mundo político veio na sequência de exigências e de pressão por parte da sociedade civil. Há muitos exemplos deste tipo de exigências. Na Tailândia, os primeiros esforços para mobilizar a sociedade civil e os políticos em apoio a uma agenda de cobertura universal partiu de dentro do Ministério da Saúde^{29,30}. Contudo, só quando os reformadores tailandeses se uniram a um surto de pressão por parte da sociedade civil para melhorar o acesso aos cuidados, se tornou possível aproveitar a oportunidade política para lançar a reforma³¹. Em poucos anos conseguiu-se expandir a cobertura e a maior parte da população ficou com acesso a um sistema de atenção primária, de financiamento público, que uma análise de incidência de benefícios demonstrou ser a favor dos pobres^{32,33}. No Mali, a revitalização da APS em 1990 teve por base uma aliança entre parte do ministério

da Saúde e parte da comunidade de doadores, o que tornou possível ultrapassar resistências e ceticismos iniciais³⁴. Contudo, a expansão sustentada da cobertura só aconteceu em resposta à pressão de centenas de “associações de saúde comunitária” locais que se uniram numa federação que pressionou o Ministério da Saúde e garantiram o compromisso político³⁵. Na Europa ocidental, os grupos de consumidores, e outras organizações da sociedade civil, têm um papel preponderante nas discussões sobre cuidados de saúde e políticas públicas relacionadas com a saúde. Noutras partes do mundo, como no Chile, a iniciativa parte muitas vezes da arena política, como parte de uma agenda de democratização. Na Índia, a Missão Nacional para a Saúde Rural, resultou de uma forte pressão da sociedade civil e do mundo político, enquanto que em Bangladesh, muita da pressão em apoio da APS tem partido de ONGs quase públicas³⁶.

Há aqui uma importante lição: a sociedade civil inclui aliados poderosos da APS, que podem fazer a diferença entre boas intenções de pouca duração e reformas sustentadas e bem sucedidas; entre um esforço meramente técnico e uma iniciativa apoiada pelo mundo da política e em consensos sociais. Isto não quer, de forma nenhuma, dizer que as políticas públicas devem ser só impulsionadas por exigências da sociedade civil. As autoridades sanitárias têm por obrigação garantir que as expectativas e procura populares sejam equilibradas com necessidades, prioridades técnicas e alguma antecipação dos desafios do futuro. As autoridades sanitárias apoiadoras da APS terão de coordenar as dinâmicas das pressões da sociedade civil para a mudança num debate político apoiado em evidência e informação, e informado por trocas de experiências com terceiros, no país e fora das fronteiras nacionais.

Hoje é possível discutir o caso da APS de uma forma mais robusta que no passado. Isto deve-se não só a valores intrínsecos, como a equidade em saúde, ou pelas contribuições do setor para o crescimento econômico – por mais válidos que sejam, estes argumentos não são necessariamente os mais efetivos – mas também a argumentos políticos. A saúde constitui um setor econômico de importância crescente e um determinante do desenvolvimento e coesão

social. A proteção fiável contra as ameaças à saúde e o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, são das exigências mais prementes com que os membros das sociedades mais avançadas confrontam os seus governos. A saúde tornou-se um indicador tangível do sucesso das sociedades e dos seus governos. Isto constitui um reservatório de força potencial para o setor, e é uma das bases para obter da sociedade e da sua liderança política compromissos co-mensuráveis aos desafios.

O desenvolvimento económico e a ascensão da sociedade do conhecimento tornam possível, mas não inevitável, que as expectativas em relação à saúde e aos sistemas de saúde continuem a aumentar – algumas mais realistas que outras, algumas orientadas para interesses particulares e outras para o bem comum. O peso crescente de alguns dos valores chave subjacentes a estas expectativas – equidade, solidariedade,

a centralidade das pessoas, e os seus desejos de ter direito a uma palavra nas decisões que as afetam e à sua saúde – é uma tendência a longo prazo. Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para estes valores, daí a necessidade de cada país fazer escolhas deliberadas quando está decidindo sobre o futuro do seu sistema de saúde.

☒ possível não escolher a via da APS. ☒ a decisão destas será altamente penalizadora no futuro, em benefícios de saúde não alcançados, em custos excessivos, em perda de confiança no sistema de saúde e, eventualmente, na perda de legitimidade política. Os países precisam demonstrar a sua capacidade de transformar os seus sistemas de saúde em resposta a desafios em constante mudança e às crescentes expectativas populares.

☒ por essa razão que temos que nos mobilizar em apoio à APS, agora mais do que nunca.

Referências

- World Health Report 2006. *Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Ezekiel JE. The perfect storm of overutilization. *BMJ* 2008, 299:2789-2791.
- Haiman L et al. *Challenges and values and beliefs in 8 countries. Trends from the values surveys from 1988 to 2004*. Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
- Lüscher M. *Globalization and perceptions of social inequality*. Geneva, International Labour Office, Policy Integration Department, 2004 (World Commission on the Social Dimension of Globalization, Working Paper No. 32).
- National health accounts. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, accessed May 2008).
- National strategies to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Martin Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006/2007): <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006/2007/ReportNo20/2006/2007/07/07totheStorting.html?id=466505>, accessed 19 July 2008).
- Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484-1498.
- Moran M. *Governance of the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
- Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ* 2008, 336:861.
- Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention: health and a new kind of health professions*. Göttersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
- Rothman D. *Reinventing count: the technological imperative in American health care*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
- Human resources for health database. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/topics/human_resources/health/en/index.html).
- PHC and mental health report. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
- Mullan F, Frehywot S. Nonphysician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158-2163.
- World Health Statistics 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>).
- Achieving universal health coverage in developing the health "nations" system. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical briefs for Policy Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
- National Rural Health Mission. *Setting people's health needs in rural areas. Name or for implementation 2005-2012*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, accessed 4 August 2008).
- Heavily indebted poor countries HIPC initiative and multilateral debt relief initiative. *IRI status of implementation 28 August 2007*. Washington DC, International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, accessed 12 March 2008).
- Integrated community based interventions 2000 progress report to UNICEF. Geneva, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2008 (TDR Business Line 11).
- Grodos D. "Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Théorie-pratiques et politiques. Louvain-la-Neuve, Paris, Barthélemy, 2004.
- Baser H, Morgan P. *Capacity change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
- Review of health systems in Thailand. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2006.
- De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173-208.
- The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
- EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetfrica.org/>).
- Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *BMJ* 2005, 294:1333-1342.
- Community directed interventions for major health problems in Africa: a multi country study. Geneva, UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research Training in Tropical Diseases, 2008 (<http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi-report08.pdf>, accessed 26 August 2008).
- UNESCO science report 2005. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2005.
- Tancharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2003-2004 of -Cin Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
- Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: a family oriented and physician driven*. Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Brussels, 8-9 October 2007.
- Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999-1008.
- Jongudomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Ending social protection in health: developing countries - experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155-157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/070378.pdf>, accessed 19 July 2008).
- Tancharoensathien V et al. Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based "national In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Ending social protection in health: developing countries - experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121-131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/070378.pdf>, accessed 19 July 2008).
- Maiga B, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali*. Antwerp, ITG Press, 2003.
- Baliq H, Ouattara O, Ag Iknane A. *Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali*. Santé publique, 2001, 13:35-48.
- Chaudhury RH, Chowdhury B. *Achieving the millennium development goal on maternal mortality: a case study in Bangladesh - experience in rural Bangladesh*. Dhaka, Gonoproskashani, 2007.



Índice Remissivo

- ☒
- Abordagem Integrada de Doenças dos Adolescentes e dos Adultos (AIDAA) 115
 - aborto, acesso legal vs aborto inseguro 69
 - ação local, ponto de partida para mudanças estruturais mais amplas 40
 - acesso universal a cuidados de saúde orientados para as pessoas 112
 - acidentes rodoviários, 8, 9,76
 - Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio 82
 - Administração Integrada da Doença na Infância, iniciativa conjunta da UNICEF/OMS 48
 - advocacia popular 38,39
 - ° frica
 - critérios dos “países de rendimentos baixos sob stress” (LICUS) 5
 - APS substituídos por prestadores comerciais não regulamentados 117
 - ver também ° frica do Norte; ° frica do Sul; ° frica subsariana
 - ° frica do Norte, profissionalização dos cuidados à nascença 18
 - ° frica do Sul Equity Gauges 94
 - Programas de empoderamento familiar e de formação dos pais, 51
 - ° frica subsariana
 - abortos 4
 - aumento nos fundos externos 115
 - Declaração de Abuja 115
 - PIB per capita 7
 - prevalência contraceptiva 4
 - profissionalização dos cuidados ao nascer 18
 - agentes de saúde comunitária 17
 - Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde, fluxos de ajuda anual (2005) 98
 - Alma-Ata ver também Declaração de Alma-Ata sobre Tenção Primária em Saúde
 - Alimentos
 - marketing de alimentos às crianças 77
 - redução no consumo dietético do sal 70
 - ambiente político e perigos para a saúde 19
 - pressão social organizada 38
 - América Latina 57
 - direcionar a proteção social 36
 - excluída dos serviços necessários 35
 - Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 35, 71, 95
 - profissionalização dos cuidados ao nascer 18
 - apoio financeiro, transferências condicionais de dinheiro 37
 - aprendizagens ganhas no terreno, desenvolvimento das políticas 96,97
 - ° sia Central, profissionalização dos cuidados ao nascimento 18
 - associações de autoajuda 59,60
 - avaliação de impacto, orientações na União europeia 80
- ☒
- Bangladesh
 - recursos escassos 94
 - iniquidades na saúde/cuidados de saúde 10
 - negligência da infraestrutura de saúde 2,9
 - ONGs quase públicas 120
 - padrões de exclusão 30
 - programas de crédito rural 51
 - baseada na evidência, medicina 46,47
 - Bélgica, autoridades locais, apoiar a colaboração intersectorial 39
 - Benin, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - Bolívia, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - Bósnia-Herzegovina, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - Botsuana, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - Brasil
 - Abordagem integrada das Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) 72
 - diálogo político 92
 - Equipes de Saúde da Família 71
 - questões de recursos humanos 95
 - Burkina Faso, capacidade institucional para administração do setor da saúde, 99
 - Burundi, a “Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados” (IRPPAE) 115
- C
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde 19
 - Cambodja
 - expansão da cobertura rural 32
 - iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - Canadá
 - diálogo político 92
 - SARS levou à instituição de uma agência nacional de saúde pública 68
 - capacidade de liderança, déficits 97
 - capacidade para mudar
 - limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixo e de médio rendimento 98
 - rendimento 98
 - massa crítica 97

- Caribe, profissionalização dos cuidados ao nascer 18
- Centros de saúde rurais
reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais, 44
tecnologias de informação e de comunicação 54
- Chade
negligência da infraestrutura de saúde 30
padrões de exclusão 31
- Chile
chegar às famílias em pobreza de longo prazo 36
direcionar a proteção social 36
estruturas e competências administrativas redefinidas 102
integração de sistemas de informação no setor da saúde 38
pacote de benefício como um direito estatutário 113
Regime de Garantias Explícitas em Saúde 94
taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975-2006) 2
- China
despesa em saúde 90
desregulação do setor da saúde (anos 80) 89
manifestações do SARS em 2003 68
reforma ambiciosa da APS rural 100
reinvestimento nos cuidados de saúde 90
- cobertura da vacinação 52
- coesão social 121
- Colaboração Campbell 80
- Colaboração Cochrane 80
- colaboração para abordar as desigualdades em saúde, 95
- Colômbia
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
padrões de exclusão 30
- comercialização dos cuidados de saúde
alternativas a serviços comerciais não regulamentados 34
consequências ao nível da qualidade e do acesso aos cuidados 15
desregulamentada, à deriva em direção à 15
Sistemas de saúde não regularizados, 12, 15, 114
- Comissão do Codex Alimentarius (1963) 83
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
Recomendações 73
- Comoros, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
- complexo médico-industrial 92
- compreensividade (abrangência)
evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados 52
melhor cobertura vacinal 52
- conhecimento, produção de 118
- conjunto de intervenções limitadas 32
- consideração nos acordos comerciais 82
- consultas externas 29
- continuidade dos cuidados 57, 61
- contrato social 88
- cooperação técnica, Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde,
Fluxos de ajuda anual (2005) 98
- Coreia, cobertura universal 28
- Costa do Marfim
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
PIB 4
transmissão do HIV da mãe para filho 46
- Costa Rica
cobertura universal 28
estrutura livre de preconceitos 39
reorganização local, modelo para as reformas nacionais 39
- crecimento, e paz 7
- crítérios dos "países de rendimentos baixos sob estresse (LICUS) 5
- Cuba, mobilizar os recursos da sociedade para a saúde 69
- cuidados ao nascimento
empoderamento dos usuários para contribuir para a sua própria saúde 51
profissionalização 18
- cuidados ambulatoriais
generalistas vs especializados 57
profissionais, cuidados médicos convencionais 59
- cuidados médicos convencionais
Profissionais de cuidados ambulatoriais 59
transição para um primado de atenção primária 61
Vs orientação para as pessoas 46
Atenção Primária em Saúde
- características que distinguem 46
abrangência e integração 51
continuidade dos cuidados 53
diálogo político sobre as reformas da Atenção Primária em Saúde 100
empoderamento dos usuários 51
excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos xviii
experiência mudou o rumo xv
monitorização do progresso 61
necessidade de estratégias múltiplas 27
organização de redes de atenção primária 56
orientação para as pessoas, cuidados de saúde convencionais 45
orientados para a pessoa, satisfação profissional do prestador 50
os governos como mediadores das reformas da APS 88
Programas de saúde prioritários 72
redes de atenção primária para corrigir a falta de disponibilidade 31
respostas abrangentes e integradas 51
trabalhar em estreita relação com a comunidade que servem 60
Atenção primária orientada para a pessoa, acesso universal 112
- Curva de Preston, PIB per capita e expectativa de vida ao nascer em 169 países 4

custo de oportunidade, hospitalocentrismo 12

D

decisões de política pública xix, 68, 83

capacidade institucional para desenvolver 81

decisões políticas impopulares 78

oportunidades para melhores políticas públicas 79, 81

políticas de outros setores 68, 74

políticas sistêmicas 68

saúde em todas as políticas 74, 77

subinvestimento 77, 78

Declaração de Alma-Ata viii, xii, xiii, xiv, 2, 37, 74

descompromisso, CEI 89

desenvolvimento de produtos 119

despesa em saúde ver despesa total em saúde

despesa global

equipamento médico e aparelhos 13

indústria farmacêutica 13

percentagem do PIB investida em saúde (2005) 88

despesa total em saúde (DTS) 108

contribuição das despesas gerais do governo, das

despesas do privado pré-pago e do pagamento direto 109

países agrupados 6

projeção da despesa em saúde per capita, em 2015 112

taxa de crescimento 108

transferências de dinheiro 36

determinantes sociais da saúde, 73

diálogo político 91, 93

inovações 96, 97

diásporas 117

documentação e avaliação 80

doença cerebrovascular, atribuíveis ao tabaco 11

doença coronária, atribuíveis ao tabaco 11

doença crônica, prevenção em países em vias de desenvolvimento 69

doenças não transmissíveis, mortalidade 9

doença pulmonar obstrutiva crônica, atribuíveis ao tabaco 11

doenças tropicais 119

Economias da saúde com despesas baixas e crescimento

lento 108, 109, 113, 117

despesa com a saúde per capita 114

Economias da saúde com despesas elevadas 108, 109, 111

Economias da saúde em crescimento rápido, 112, 113

efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho 75

envelhecimento da população 8

envenenamento com chumbo, evitável 76

estados frágeis

aumento dos fundos externos 115

critérios dos “países de rendimentos baixos sob estresse (LICUS) 5, 6

despesas per capita com a saúde 114

Equador, Equity Gauges 95

iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10

processos de saúde eletrônicos 53

equidade em Saúde 37, 38

papel central 17, 26, 27

percepções erradas mais frequentes 37

“Saúde em todas as políticas”, conceito 69

equipe de atenção primária como um núcleo de

coordenação 59, 60

equipamento médico e aparelhos, despesa global 13

Equity Gauges, colaboração para abordar as desigualdades em saúde 95

expectativa de vida ao nascer

em 169 países 4

tendências globais 4

esforços da indústria do tabaco em limitar o controle 77

expectativa de vida ajustada à Saúde (H-W) 6

esquemas de proteção social, America Latina 36

esquemas de proteção social 36

Estados Unidos

Alasca, relação de confiança entre o indivíduo e os seus

prestadores de cuidados de saúde 44

despesa per capita em medicamentos 13

equidade em saúde 16

unidades de ressonância magnética 13

estratégias para a redução da pobreza (ERP) 100, 102

Etiópia

extensionistas de saúde 71

intervenções preventivas prioritárias 31

pagamento do pessoal a contrato 14

Europa

Monitor Europeu de Atividades de Atenção Primária 118

Rede Regional de Equidade em Saúde 118

onda de calor de 2003 59

Europa central e oriental e da Comunidade de Estados

Independentes (CEI), descompromisso 89

Í

Fatores de risco

Ínus da doença crônica em países em vias de

desenvolvimento 70

em termos de peso global da doença, 9

Fases progressivas da APS, VS implementação de

intervenções preventivas prioritárias 31, 32

capacidade de resposta rápida 73, 74

reformas da APS: impulsionadas pela procura 20

relação de confiança entre as pessoas e os seus

prestadores de cuidados de saúde 44

responsabilidade por uma população bem identificada 57, 59

subinvestimento 77

um prestador habitual e de confiança como ponto de

entrada 55, 56

valores sociais que orientam a APS e os correspondentes grupos de reformas 20
 ver também sistemas de saúde

Federação Russa, PIB e saúde, 5

Fiji, isolamento/populações dispersas 34

Filipinas, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10

financiamento ver despesa total em saúde

Finlândia, iniquidades em saúde 35

força de trabalho na saúde precisa de ser orientado pela reforma da APS 119

fragmentação dos serviços de saúde 12, 14, 15
 causas 55
 vias de financiamento fragmentadas e prestação segmentada de serviços 91

França
 iniquidades em saúde 35
 reduzir os acidentes rodoviários 76
 organização de autoajuda entre diabéticos 51

função de coordenação (na entrada no sistema de saúde) dos profissionais dos cuidados de ambulatório 59

☒
 globalização xiii
 procurarem adequar-se 82
 saúde global cada vez mais “interdependente” 82
 administração do setor da saúde, capacidade institucional 99

governos
 como mediadores das reformas dos CSP 88, 92
 Instituições quase governamentais, participação e negociação 91

gripe das aves (H5N1) 74

Guiné, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10

H

Haiti, capacidade institucional para governança do setor da saúde, 99

hospitalocentrismo 12
 Custo de oportunidade 13

☒

Ilhas Saudáveis, iniciativa 34

impostos sobre o tabaco 70

Índia
 despesas per capita com a saúde 114
 despesas públicas com a saúde 100
 Missão Nacional para a Saúde Rural 120
 prestadores de cuidados de saúde do setor privado 47
 taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 2

Indonésia, iniquidades em saúde/ cuidados de saúde 10

indústria farmacêutica, despesa global 13

infecção por HIV, transmissão da mãe para filho 46

Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados

(IRPPAE) 115

iniquidades em saúde 17, 26, 36
 aumentar a visibilidade 37
 despesa catastrófica relacionada com o pagamento direto momento em que o serviço é prestado 26
 Equity Gauges 95
 Populações Aborígenes e não Aborígenes 35, 36
 propostas políticas, pressão social organizada 38
 ver também fragmentação dos serviços de saúde

iniquidades sociais 38

injeções, segurança do paciente 47

inquéritos demográficos e de saúde 37, 38

Instituições (nacionais)
 déficits da capacidade de liderança 97
 desenvolvimento multicêntrico 82
 diálogo político produtivo 93
 administração do setor da saúde 99
 massa crítica com capacidade para mudar 97
 produção da força de trabalho 82

Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP) 81
 Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública 81, 82

instrumentos ao serviço das reformas da APS, sistemas de informação 94

intervenções de saúde pública 68, 72, 73

iniciativas 72
 funções essenciais de saúde pública 81
 orientações para a avaliação de impacto na União Europeia 80

Intervenções preventivas prioritárias
 aumentar a cobertura 31
 VS escalonamento progressivo da APS 31, 34

Investimento doméstico, galvanização dos sistemas de saúde xx
 invisibilidade, nascimentos e óbitos não são contados/não são registrados 79

isolamento, populações dispersas 34
 Financiamento dos cuidados de saúde 34

☒
 Japão, ressonância magnética per capita 13

☒

Lesoto, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10

Líbano
 hospitalocentrismo vs redução de fatores de risco 12, 13
 iniciativa ambientais de bairro 51

Liderança e governo efetivo 88, 102

☒

Madagáscar
 expectativa de vida ao nascer 4
 iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 2

- maior despesa em saúde, melhores resultados 6
- Malásia
- Expansão de categorias prioritárias de trabalhadores 71
 - Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 2
- malária 119
- Maláui
- Enfermeiras deixam hospital por empregos melhor pagos em ONG 14
 - iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
- Mali
- capacidade institucional para governação do setor da saúde, 99
 - Ciclo virtuoso da oferta e da procura de atenção primária 116
 - expansão da cobertura rural 32
 - revitalização da APS em 1990 120
- Marrocos
- capacidade institucional para governação do setor da saúde, 99
 - programa de luta contra o tracoma 76
 - taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 3
- Medicamentos
- contrafacção de medicamentos 117
 - despesa global 13
 - licenciamento de produtos 111
 - Lista de Medicamentos Essenciais da OMS 70
- mecanismos transnacionais de aquisição 71
- políticas nacionais de medicamentos 70
- medicina tradicional de tradição Ayurvédica 47
- Médio Oriente, profissionalização dos cuidados ao nascer 18
- meio internacional, favorável a uma renovação da APS xx
- mercado emergente de turismo médico 112
- México
- programa de envelhecimento ativo 51
 - sistemas de cobertura universal 28
- migração internacional 8
- Moçambique, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
- Mongólia, taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 3
- mortalidade
- aumento das doenças não transmissíveis e dos acidentes como causa de morte 9
 - estatísticas sobre causas de morte 79
 - redução da mortalidade infantil abaixo dos 5 anos em 80, por regiões 1976-2006 2
- mortes relacionadas com o tabaco 9, 77
- multimorbidade 9
- ☒
- Nairobi, taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos 8
- nascimentos e óbitos não são contados/não são registrados 79
- Nepal
- dinâmica comunitária de grupos de mulheres 58
 - iniquidades em saúde/ cuidados de saúde 10
 - PIB e a esperança de vida 5
- Nicarágua, padrões de exclusão 30
- Níger
- equipe de saúde do centro e a comunidade, relacionamento direto 44
 - iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 - negligência da infraestrutura de saúde 30-31
 - padrões de exclusão 30
 - reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais 44
- Noruega, estratégia nacional para reduzir as desigualdades sociais em saúde 110
- Nova Zelândia, despesa anual com medicamentos 70
- ☒
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) xii, 3, 71, 115
- Organização de Saúde Pan Americana (OPAS) 35, 71, 95
- Organização Mundial de Saúde
- escritórios 153
 - lista de medicamentos essenciais 70
- Organização Internacional do Comércio, saúde aparece como um importante fator a tomar em Sétimo Fórum dos Futuros, para executivos seniores da saúde 78
- Orientação para as pessoas 19, 44-46
- diálogo político 91-94
 - participação 20
 - participação da comunidade 92
 - Vs. cuidados de saúde convencionais 61
- orientações políticas dos sistemas de saúde, recursos humanos 70
- Osler, W., citação 44
- P**
- pacotes de benefícios, definir 29
- pacotes essenciais, definir 29
- padrões de exclusão no setor dos cuidados de saúde 35
- países de baixa e média renda 109
- países em vias de desenvolvimento, ônus da doença crônica global 70
- Paquistão, Senhoras Visitantes da Saúde 71
- participação social, 39
- paz, e crescimento 7
- Peru, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
- pesquisa
- pré-pagamento e fundos comuns 28-30
- Prestação de cuidados de Saúde (xvii)
- cinco limitações comuns xiv
 - reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais 44-45

Prestadores de atenção primária, responsabilidades 61
 prevalência contraceptiva, África Subsariana 4
 PIB
 crescimento do PIB xx
 expectativa de vida ao nascer, 169 países 4
 percentagem do PIB investida em saúde (2005) 88
 tendências per capita e expectativa de vida ao nascer em 133 países 5
 ponto de entrada para o sistema de saúde 55-56, 57, 61
 Populações Aborígenes iniquidades em saúde, 35,
 população, evidências em saúde, documentação 81
 Portugal
 indicadores de saúde 3
 mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade 1975-2006 2
 Plano Nacional de Saúde 2004-2010 99
 processo político, do lançamento à implementação das reformas 99-102
 Programa de Controle da Oncocercose (PCO) 116, 119
 programas de controle de doenças 18
 retorno do investimento 14
 Vs desafios enfrentados pelos sistemas de saúde 91
 Vs orientação para as pessoas 46
 programa de luta contra o tracoma 76
 Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais, 119
 profissionalização
 cuidados ao nascer 18
 cuidados ambulatoriais 59
 participação e negociação 91



¿ uênia
 Equity Gauges 95
 prevenção da malária 68

R

rastreio do câncer 11
 redes de atenção primária 56-60
 Recolocação 57
 ponto de entrada 55-56
 Rede Internacional de Epidemiologia Clínica 80
 Rede Regional de Equidade em Saúde (E¿ UINET) 118
 redução do risco
 segurança do paciente e de melhores resultados, 47
 Vs hospitalo¿centrismo, 13
 redução no consumo dietético do sal 70
 Reformas da Atenção Primária em Saúde
 adaptar as reformas ao contexto de cada país 108
 Economias da saúde com despesas elevadas 109-111
 Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento 113-117
 Economias da saúde em crescimento rápido 112-113

empenho da força de trabalho 119
 mobilizar os impulsores da reforma 117-120
 participação das pessoas 120-121
 ¿ quatro conjuntos de reforma interdependentes xvi, 118
 Região do Sudeste Asiático, 82
 registro civil, 79
 Reino Unido
 carreira de atenção primária, financiamento competitivo 71
 Comissão das Leis dos Pobres 37
 observatórios de saúde pública 96
 ¿lonas de Ação em Saúde 39
 reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais 44
 República Democrática do Congo
 capacidade institucional para administração do setor da saúde, 99
 cirurgia safari 15
 orçamento de saúde 7
 reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso Econômico 101
 robustez dos sistemas de saúde liderados pela APS 33
 República Islâmica do Irã, expansão da cobertura rural 32
 resposta à procura 57-59
 resíduos tóxicos, 117
 riscos em saúde, repercussões políticas negativas 19

S

sal, redução dieta, 70
 saúde das mulheres
 acesso ao aborto legal vs aborto inseguro 69
 cuidados ao nascer, Profissionalismo 18, 31
 empoderamento dos usuários para contribuir para a sua própria saúde 51
 prevalência contraceptiva, África Subsariana 4
 resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres 49
 saúde, determinante do desenvolvimento e coesão social 121
 saúde pública, pandemia, 68
 segurança do paciente, garantir melhores resultados 47
 Senegal, chumbo, 76
 serviços comerciais não regulamentados 34-35
 Sétimo Fórum dos Futuros, 78
 sistemas de cobertura universal 27-28
 boas práticas 28
 desafios da promoção da cobertura universal 30
 intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal 35-37
 três direções mudança em direção à cobertura universal 28
 sistema de cuidados de saúde e o estado, 89
 ausência ou a desvinculação do estado das suas responsabilidades, 89

- descompromisso e as suas consequências 89
- sistemas de informação
- exigência crescente para informação em saúde 93
 - instrumentalizar ao serviço das reformas da APS 94
 - reforço do diálogo político 93
 - transformar em instrumentos para as reformas da APS 93
- sistemas de remuneração 108
- sistemas de Saúde
- cobertura universal ver também reformas da Atenção Primária em Saúde (APS); políticas públicas
 - componentes dos sistemas da saúde 70
 - conta poupança da saúde (Medisave) 54
 - definir Pacotes essenciais 29
 - desencontro entre as expectativas e a prestação xiv
 - desviados dos valores essenciais aos CSP 12
 - diminuir os efeitos das desigualdades sociais 39
 - excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos xviii
 - expectativas crescentes de melhor desempenho xiv
 - falharam na avaliação atempada do significado das mudanças no seu contexto político 11
 - iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10, 16, 26, 36, 37
 - mais orientados para as pessoas 18
 - mudou o rumo do movimento dos CSP xv
 - profundamente desiguais 26
 - promover a cobertura universal 27
 - pouca antecipação e reações lentas 11
 - reformas da APS necessárias (4 conjuntos) xvii
 - três tendências mais preocupantes xiii
 - valores em mudança e expectativas crescentes 15
- Sistemas de Saúde pela Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação 118
- do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno, 119
- sistemas nacionais de informação em saúde, diálogo político 93
- Singapura, Medisave, 53
- Sudeste asiático, a profissionalização dos cuidados ao nascer 18
- Sultanato de Omã
- mortalidade em crianças menores de 5 anos 1975 e 2006 2
 - investimento num serviço nacional de saúde 2
- ☒
- Tailândia
- diálogo político 92
 - Década de Desenvolvimento de Centros de Saúde 92
 - Declaração dos Direitos dos Pacientes 51
 - Esquema De Cobertura Universal 27
 - mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade 2
- prescrições inadequadas de testes de diagnóstico 57
- Primeiro Fórum de Reforma dos Cuidados de Saúde (1997) 92
- políticas de acesso universal e proteção social por 30
 - Bahts 96
 - reforço mútuo, entre o desenvolvimento das políticas ao nível central e o desenvolvimento de “modelos de terreno” 96
- Tanzânia
- fórmula revista de atribuição de fundos comuns 34
 - iniquidades na saúde/cuidados de saúde 10
 - planejamento do parto 51
- tecnologias de informação e de comunicação 54
- tendências globais
- viver em áreas urbanas 8
 - expectativa de vida 4
 - que comprometem a resposta dos sistemas de saúde 12
- testes de diagnóstico, inadequadas prescrições 57
- turismo médico 112
- trabalhadores de saúde polivalentes, 31
- Taiquistão, mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade 1975 e 2006 2
- transferências condicionais de dinheiro 36
- Tunísia, capacidade institucional para administração do setor da saúde 99
- Turquia
- padrão de exclusão 30
 - reciclagem de enfermeiras e médicos 71
 - sistemas de cobertura universal 27
- U**
- União Europeia
- Orientações para a avaliação de impacto 80
 - requisitos técnicos, registro de medicamentos ou o licenciamento de produtos 111
- Unidades de gestão de projectos 98
- Uganda
- consultas externas 29
 - distritos do Uganda 34
- ☒
- ☒aire, orçamento para medicamentos foi reduzido a zero 7
- ☒âmbia
- Expectativa de vida ao nascer 4
 - incentivos aos trabalhadores da saúde para trabalharem nas áreas rurais 71
 - mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade 1975 e 2006 3
 - orçamento de saúde foi reduzido 7
- ☒onas de Ação em Saúde, Reino Unido 39

Escritórios da Organização Mundial da Saúde

Sede

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20
1211 Genebra 27, Suíça
Telefone: (41) 22 791 21 11
Fax: (41) 22 791 31 11
E-mail: inf@who.int
Web site: <http://www.who.int>

OMS Escritório Regional para a África

Cité du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, República Democrática do Congo
Telefone: (47) 241 39100
Fax: (47) 241 39503
E-mail: webmaster@afro.who.int
Web site: <http://www.afro.who.int>

OMS Escritório Regional para as Américas/ Organização Pan-Americana da Saúde

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Telefone: (1) 202 974 3000
Fax: (1) 202 974 3663
E-mail: webmaster@paho.org
Web site: <http://www.paho.org>

OMS Escritório Regional para o Sudeste da Ásia

Casa Mundial da Saúde
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nova Deli 110002, Índia
Telefone: (91) 112 337 0804/09/10/11
Fax: (91) 112 337 0197/337 9395
E-mail: registry@searo.who.int
Web site: <http://www.searo.who.int>

OMS-Escritório Regional para a Europa

8, Scherfigsvej
2100 Copenhaga Ø, Dinamarca
Telefone: (45) 39 17 17 17
Fax: (45) 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>

OMS Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental

Abdul Razzak Al Sanhoury Street
P.O. Box 7608
Nasr City
Cairo 11371, Egito
Telefone: (202) 670 25 35
Fax: (202) 670 2492/94
E-mail: webmaster@emro.who.int
Web site: <http://www.emro.who.int>

OMS Escritório Regional para o Pacífico Ocidental

P.O. Box 2932
Manila 1000, Filipinas
Telefone: (632) 528 9991
Fax: (632) 521 1036 or 526 0279
E-mail: pio@wpro.who.int
Web site: <http://www.wpro.who.int>

Agência Internacional para a Investigação sobre o Câncer

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, França
Telefone: (33) 472 73 84 85
Fax: (33) 472 73 85 75
E-mail: www@iarc.fr
Web site: <http://www.iarc.fr>



REFORMAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

À medida que as nações procuram reforçar os seus sistemas de saúde, voltam cada vez mais os seus olhares para a APS como provedora de uma direcionalidade mais abrangente e transparente. O *Relatório Mundial de Saúde de 2008* faz uma análise de como, com as reformas da APS, se corporizam princípios de acesso universal, de equidade e de justiça social, e se desvendam respostas essenciais aos desafios da saúde em um mundo em rápida mutação, e às expectativas crescentes, dos países e dos seus cidadãos, em relação à saúde e aos cuidados de saúde.

O relatório identifica quatro conjuntos de reformas da APS, interligadas, que ambicionam: a obtenção de acesso e proteção social universais, para melhorar a equidade em saúde; a reorganização da prestação de serviços orientada para as necessidades e as expectativas das pessoas; a melhoria das políticas públicas para comunidades mais saudáveis; e a remodelação da liderança da saúde a fim de contribuir para um governo mais eficaz com a participação ativa de parceiros relevantes.

Este relatório surge 30 anos após a conferência de Alma-Ata, de 1978, sobre APS, em que foi acordado corrigir, em todos os países, as desigualdades em saúde “política, social e economicamente inaceitáveis”. Muito foi conseguido: se as crianças continuassem a morrer às taxas de 1978, haveria 16,2 milhões de mortes infantis, globalmente, em 2006, em vez das 9,5 milhões de mortes que foram observadas. Contudo, este progresso na saúde foi profunda e inaceitavelmente desigual, com muitas populações desfavorecidas ficando cada vez mais para trás ou perdendo terreno.

Entretanto, a natureza dos problemas de saúde está se modificando dramaticamente. A urbanização, a globalização e outros fatores aceleram a transmissão mundial de doenças infecciosas, e aumentam o peso das doenças crônicas. As alterações climáticas e a insegurança alimentar terão enormes implicações para a saúde no futuro, criando, deste modo, desafios enormes para uma resposta efetiva e equitativa.

Face a tudo isto, ficarmos com nossos sistemas de saúde da forma em que se encontram não é aceitável. Muitos sistemas parecem andar à deriva, de uma prioridade imediatista para outra, cada vez mais fragmentados, e sem um sentido forte de quais respostas desenvolver para o que está por vir.

Felizmente, o ambiente internacional atual é favorável a uma renovação da APS. A saúde global está recebendo uma atenção sem precedentes. Há cada vez mais interesse em ações conjuntas, com apelos ao acesso universal, à abrangência e à saúde em todas as políticas. As expectativas nunca foram tão elevadas.

Capitalizando-se neste interesse, o investimento nas reformas da APS pode transformar os sistemas de saúde e melhorar a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Para todos os interessados, em saber como garantir o progresso em saúde no século XXI, o *Relatório Mundial da Saúde, de 2008*, é leitura indispensável.

