



Directora-Geral Mensagem

Quando assumi a direcção em 2007, tornei claro o meu compromisso em centrar a atenção da OMS nos cuidados de saúde primários. Mais importante do que a minha convicção pessoal, este compromisso reflecte a ampla e crescente procura de cuidados de saúde primários, 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 se podem tornar mais equitativos, inclusivos e justos. Também reflecte, de forma mais fundamental, uma mudança em direcção 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 Cuidados de Saúde Primários, em 1978. Enquanto o nosso contexto global de saúde se tem vindo a alterar, 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 vindo a ser testados e continuam verdadeiros. Contudo, apesar do enorme progresso em saúde em termos globais, as nossas falhas colectivas em prestar cuidados de acordo com estes valores são dolorosamente óbvias e merecem a nossa maior atenção.

Vemos uma mãe a sofrer de complicações no parto e sem acesso a apoio qualificado, uma criança a quem faltam as principais vacinas, um habitante das barracas do interior de uma cidade a viver em condições deploráveis. Vemos a ausência de protecção dos peões que caminham em estradas e vias rápidas cheias de tráfego e o empobrecimento resultante do pagamento directo 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

dos cuidados de saúde primários 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 reflectem a convergência entre os valores dos cuidados de saúde primários, 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 contribuem para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a protecção 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 que produzem melhores resultados;
- *reformas de políticas públicas* que garantam comunidades mais saudáveis, integrando acções de saúde pública com cuidados primários, seguindo políticas saudáveis em todos os sectores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais; e

- *reformas de liderança* que substituam uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando-e-controlo, 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 acção. 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 de saúde interdependente. Unidos pelo desafio comum dos cuidados de saúde primários, chegou a hora de, agora mais que nunca, incentivar aprendizagens conjuntas e partilhar, entre todas as nações, o desenho da rota mais curta em direcção à saúde para todos.



Dra. Margaret Chan
Directora-Geral
Organização Mundial de Saúde



Cuidados de
Saúde

Primários

Agora Mais
Que Nunca



Introdução **e Visão Global**

Porquê um renovar dos cuidados de saúde primários (CSP), e porquê agora, mais 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 a colocar a coesão social sob stress e os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitectura das sociedades contemporâneas, não estão claramente a actuar 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 em moldes que correspondam às suas expectativas. Poucos discordam com a ideia de que os sistemas de saúde precisam de responder melhor – e mais rapidamente – aos desafios de um mundo em mudança. Os CSP podem 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 dos CSP	<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 Cuidados de Saúde Primários” 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 direcção a estes valores requeria mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde operavam e que limitava o potencial de outros sectores.

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 dos CSP 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 sector da saúde. Os CSP têm sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento dos CSP 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 contra-partidas que têm de começar por ter em linha de conta 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 CSP faz eco desta perspectiva quando refere “*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 direcção 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 dos CSP.

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 a morrer de acordo com as taxas de 1978, teriam havido 16,2 milhões de mortes globalmente em 2006. De facto, só se observaram 9,5 milhões⁹. Esta diferença de 6,7 milhões equivale a 18 829 crianças salvas todos os dias. A noção, outrora revolucionária, de medicamentos essenciais está vulgarizada. Têm havido melhorias significativas no acesso à água, saneamento e cuidados pré-natais.

Isto mostra que o progresso é possível. E também pode ser acelerado. Nunca houve tantos recursos disponíveis para a saúde como agora. A economia de saúde global está a crescer 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 a crescer rapidamente. A acelerada revolução tecnológica está a multiplicar o potencial para melhorar a saúde e transformar a literacia em saúde numa sociedade global, bem educada e modernista. Está a emergir uma governação global resultante: de câmbios intensificados entre países, em resposta, muitas vezes, a ameaças, desafios ou oportunidades que lhes são comuns; duma solidariedade crescente; e do compromisso global com a eliminação da pobreza, exemplificado pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (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 a ficar cada vez mais para trás ou a perder terreno. Acresce a existência de ampla documentação – não disponível há 30 anos atrás – de consideráveis e muitas vezes crescentes desigualdades em saúde, entre os países.

Segundo, a natureza dos problemas de saúde está a mudar, 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 transmissão mundial de doenças transmissíveis e aumentam o peso das doenças crónicas 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 factores inter-relacionados, envolvendo aumentos graduais, num horizonte alargado, no rendimento e 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 económicas 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 actores 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 sector da saúde ao mundo em mudança têm sido desadequadas e ingénuas. Desadequadas, na medida em que falham não só na antecipação mas também na resposta apropriada: vezes de mais com muito pouco, tarde de mais ou excessivamente no sítio errado. Ingénuas, 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 sector 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 efectivo entre todos os governos e parceiros.

Enquanto o sector 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 governação firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através de cuidados de saúde primários, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata. Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direcções 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 desproporcionada, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados;
- sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagens de controlo de doenças, com objectivos imediatistas, num espírito de comando-e-controlo;

- sistemas de saúde em que uma abordagem *laissez-faire* da governação facilitou a expansão duma comercialização desregulamentada da saúde.

Estas tendências vão totalmente contra uma resposta compreensiva 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.

Caixa 1 Cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde

Inversão de Cuidados. As pessoas com mais posses – em que as necessidades de cuidados de saúde são muitas vezes menores – 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 rendimento elevado como nos de rendimento baixo^{12, 13}.

Cuidados que empobrecem. Sempre que as pessoas têm falta de protecção 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 controlo 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 défices 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 direccionados. 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% do fardo da doença^{19,20}. Ao mesmo tempo, o sector da saúde não consegue mitigar os efeitos adversos de outros sectores na saúde e aproveitar o que estes podem contribuir para a saúde²¹.

Expectativas crescentes de um melhor desempenho

O apoio à renovação dos CSP tem origem na crescente percepção, entre os decisores sobre políticas de saúde, de que os CSP podem contribuir para uma definição mais clara de um rumo a seguir e para uma abordagem unificadora no actual contexto de fragmentação dos sistemas de saúde, estabelecendo-se como alternativa às curas rápidas que têm vindo a ser 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 económico cada vez maior e dado o significado social do sector 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 dantes não é uma opção viável para os sistemas de saúde. A correcção das limitações dos actuais sistemas de saúde exigirá uma gestão e responsabilização colectivas mais fortes, orientadas por uma noção mais clara da direcção a seguir e dos objectivos desejados.

De facto, 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 activa nas decisões que afectam a sua saúde e a das suas comunidades²³.

Estas expectativas fazem eco dos valores defendidos na Declaração de Alma-Ata. Explicam a exigência actual de alinhamento dos sistemas de saúde com estes valores. Conferem às tentativas

de reforma dos sistemas de saúde pelo actual movimento dos CSP validade social e pertinência política.

Dos pacotes do passado às reformas do futuro

As expectativas cada vez maiores e o amplo apoio à visão reflectida nos valores de Alma-Ata nem sempre se traduziram numa transformação efectiva dos sistemas de saúde. Existiram circunstâncias e tendências vindas de fora do sector da saúde – o ajustamento estrutural, por exemplo – sobre as quais o movimento dos CSP teve pouca influência ou controlo. Para além

disso, e com bastante frequência, o movimento dos CSP 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 os CSP não como um conjunto de reformas, como eram supostos ser, mas como mais um programa de prestação de cuidados de saúde, entre muitos outros, que prestava cuidados pobres a pessoas pobres. O quadro 1 apresenta as diferentes dimensões das primeiras tentativas de implementação dos CSP e contrasta-as com as abordagens actuais. Inerente a esta evolução está o reconhecimento de

Quadro 1 Como a experiência mudou o rumo do movimento dos CSP

PRIMEIRAS TENTATIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DOS CSP	PREOCUPAÇÕES ACTUAIS DAS REFORMAS DO CSP
Amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os rurais pobres	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objectivo de acesso universal e da protecção social da saúde
Concentração na saúde da mãe e da criança	Preocupação com a saúde de todos os membros duma comunidade
Focalização num pequeno número de doenças seleccionadas, primordialmente infecciosas e agudas	Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, alargando 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	Equipas 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 comités 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 ao serviço da cobertura universal
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Cuidados primários como a antítese do hospital	Cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada a todos os níveis
CSP são baratos e requerem apenas um modesto investimento	CSP não são baratos: requerem um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa

que uma definição mais clara da direcção a seguir e dos objectivos 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 os CSP 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 dos CSP, e o movimento dos CSP 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 activa 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 dos CSP de hoje não são definidas nem pelos elementos estruturantes a que se dirigem, nem pela escolha das intervenções de controlo de doença a universalizar, mas pelas dinâmicas sociais que definem o papel dos sistemas de saúde na sociedade.

Quatro conjuntos de reformas dos CSP

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

- reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde – *reformas da cobertura universal*;
- reformas que reorganizem os serviços de saúde como cuidados primários, 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 acções de saúde pública nos cuidados de saúde primários e pugnando por políticas públicas saudáveis nos vários sectores – *reformas de política pública*;
- reformas que substituam o comando-e-controlo 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 objectivo 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 afectam muitos sectores diferentes. As iniquidades em saúde também são modeladas pelas iniquidades em disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços, pelo fardo financeiro que estas impõem às pessoas, e até por barreiras linguísticas, culturais e com base no género que estão muitas vezes entranhadas na forma como a prática clínica é conduzida²⁶.



Figura 1 Reformas dos CSP necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde para todos



Se os sistemas de saúde têm por objectivo 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 bolsas populacionais sem acesso a essas redes. Em alguns locais, a guerra e a instabilidade social destruíram infraestruturas, noutros 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 o alargamento das suas redes de serviços seja uma preocupação prioritária, tal como acontecia há 30 anos atrás.

Uma vez que, em geral, a oferta de serviços de saúde melhorou, tornou-se mais óbvio que as barreiras ao acesso são factores importantes de iniquidade: as taxas moderadoras, em particular, são importantes fontes de exclusão dos cuidados necessários. Acresce que, quando as pessoas têm de comprar cuidados de saúde a um preço que está para além das suas posses, um problema de saúde pode rapidamente precipitá-las na pobreza ou na falência¹⁴. É por isso que a expansão da oferta de serviços tem de se apoiar na expansão da protecção social de saúde, através de fundos

comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em substituição de pagamentos directos pelos serviços prestados. As reformas para possibilitar a cobertura universal – isto é, acesso universal combinado com protecção 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 de ser complementadas com um outro conjunto de medidas pró-activas para alcançar os excluídos: aqueles a quem a disponibilidade de serviços e a protecção 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 em cuidados primários, 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 dos CSP, mas com uma visibilidade tão elevada, que têm, muitas vezes, ofuscado os outros elementos da agenda dos CSP. A confusão resultante foi amplificada pelo excesso de simplificação da agenda dos cuidados primários 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 cuidados primários orientados para as pessoas. Apesar das variações na terminologia específica, os seus traços característicos (orientado para a pessoa, compreensividade* e integração, continuidade de cuidados e participação dos doentes, famílias e comunidades) estão bem identificados^{15,27}. Para os

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

cuidados terem estas características é necessário que os serviços de saúde estejam organizados em consonância, com equipas multi-disciplinares próximas dos clientes que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros sectores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas e organizações da comunidade. O recente crescimento económico 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 direcção aos cuidados primários – não só em ambientes bem apetrechados, mas também onde o dinheiro é escasso e as necessidades são elevadas. Em muitos países de baixo e médio rendimento, 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 rendimento elevado cometeram no passado.

Os cuidados primários podem 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 géneros 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, apoiar e impulsionar os cuidados primários, ou podem não o fazer 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 cuidados primários precisam de 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

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

Os cuidados primários foram definidos, descritos e estudados 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 cuidados primários que têm sido alardeados para os países de baixo rendimento^{27,28}.

- os cuidados primários criam um espaço onde as pessoas se podem apresentar com leque alargado de problemas de saúde – não é aceitável que em países de rendimento baixo, os cuidados de saúde dêem resposta a apenas algumas “doenças prioritárias”;
- os cuidados primários constituem uma central de coordenação da navegação dos doentes no sistema de saúde – não é aceitável que em países de rendimento baixo, os cuidados primários estejam reduzidos a um posto de saúde isolado ou a um trabalhador de saúde comunitária solitário;
- os cuidados primários facilitam 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 – não é aceitável que em países de rendimento baixo, os cuidados primários sejam limitados a um canal de prestação de sentido único para intervenções prioritárias de saúde;
- os cuidados primários abrem oportunidades para a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a detecção precoce da doença – não é aceitável que em países de rendimento baixo, os cuidados primários sirvam apenas para o tratamento das doenças mais comuns;
- os cuidados primários requerem equipas de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros profissionais e assistentes com sofisticadas competências sociais e biomédicas – não é aceitável que em países de baixo rendimento, os cuidados primários sejam sinónimo de cuidados não profissionais, com tecnologia pouco diferenciada, para os pobres de zonas rurais que não se podem dar ao luxo de ter melhor;
- os cuidados primários requerem recursos e investimentos adequados, dando origem a mais valias muito acima das alternativas possíveis – não é aceitável que em países de baixo rendimento, os cuidados de saúde tenham de ser financiados através de pagamentos directos, sob a assunção errada de que é barato e que os pobres têm capacidade financeira para essa despesa.



viável. Existem evidências impressionantes, de que intervenções seleccionadas, que podem ir da higiene pública e prevenção da doença à promoção da saúde, podem dar uma enorme contribuição para a saúde. Contudo, são surpreendentemente negligenciadas, em todos os países, independentemente do seu nível de rendimento. 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 dos cuidados primários e da protecção 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. Acresce que, é claro que a saúde das populações pode ser melhorada através de políticas que são controladas por outros sectores que não a saúde. Os currículos escolares, as políticas da indústria relativamente à equidade de géneros, 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 inter-sectorial, é possível dar relevância à “saúde em todas as políticas”²⁹ para garantir que, em paralelo com os objectivos e metas específicos dos outros sectores, os efeitos na saúde passam a assumir papel determinante nas decisões de política pública.

Para que estas reformas sejam possíveis no extraordinariamente complexo sector da saúde, será necessário reinvestir em liderança pública de uma forma que siga modelos colaborativos de diálogo político* 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 dos CSP adaptadas a contextos e constrangimentos nacionais específicos, se a mobilização em torno dos CSP for informada por lições do passado, incluindo sucessos e falhas. O governo 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 uma mera administração do sistema: têm de se estabelecer organizações aprendizes. Isto requer uma liderança inclusiva que se comprometa com uma variedade de parceiros mesmo à margem do sector 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 dos CSP, incluem tornar os sistemas de informação em saúde num instrumento dessas reformas; mobilizar as inovações no sector da saúde e as dinâmicas sociais a que dão origem em todas as sociedades; e criar capacidade através da interacção e da exposição à experiência dos outros – no país e com outros países.

Aproveitar as oportunidades

Estes quatro conjuntos de reformas dos CSP 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 pode ser implementada como um plano ou pacote padronizado.

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

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

nos cuidados primários e em princípios de cobertura universal, evitando erros 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 rendimento elevado no passado recente. O desafio é, assumidamente, mais assustador para os 2 bilhões de pessoas que vivem nas economias de saúde de baixo crescimento de 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 o acelerar, evitando o recurso aos pagamentos directos – que oferecem possibilidades de expandir os sistemas e serviços de saúde. De facto, mais do que noutros países, estes não se podem dar ao luxo de não optar pelos CSP e, como em qualquer outro lado, podem começar a fazê-lo de imediato.

O meio internacional actual é favorável a uma renovação dos CSP. A saúde global está a receber uma atenção sem precedentes, com interesse crescente em acções conjuntas, com apelos cada vez mais fortes a favor de cuidados compreensivos e universais – de pessoas que vivem com o VIH, 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 dos CSP. O crescimento do PIB – particularmente vulnerável ao abrandamento económico, às crises de energia e de alimentação e ao aquecimento global – está a financiar as despesas de saúde em todo o mundo, com a notável excepção dos Estados frágeis. Este crescimento económico cria oportunidades para reformar os CSP que não existiam nos anos 80 e 90. Apenas uma pequena parte das despesas em saúde são aplicadas à correcção de distorções frequentes no funcionamento dos sistemas de saúde ou para ultrapassar os constrangimentos do sistema que dificultam a

prestação de serviços, mas o potencial existe e está a crescer 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 interactividade, a aprendizagem conjunta e a governação 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, incluindo através duma melhor canalização da ajuda, mas o progresso real virá de uma melhor governação da saúde nos países, quer sejam de rendimento baixo ou elevado.

As autoridades de saúde e os líderes políticos estão pouco à vontade com as tendências actualmente observadas no desenvolvimento dos sistemas de saúde e com a necessidade óbvia de se adaptarem aos desafios duma saúde em mudança e à procura e expectativas crescentes. Isto está a dar forma a oportunidades para implementar as reformas dos CSP. A frustração e a pressão das pessoas para cuidados diferentes e mais equitativos e por uma melhor protecção 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 a fazer neste campo.

Ao apostar nesta oportunidade, o investimento nas reformas dos CSP 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 colectivo 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 acção mais efectiva em saúde. Também cria as condições sociais necessárias para o estabelecimento de alianças sólidas para além do sector da saúde. Desta forma, a acção intersectorial 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 controlo da sobrevivência e da doença, mas como uma das competências chave que as pessoas e as sociedades valorizam³⁷. A legitimidade das autoridades de saúde depende, cada vez mais, da sua capacidade em assumir a responsabilidade por desenvolver e reformar o sector 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, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund*. Geneva, World Health Organization, 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: harmonizing mind and body, people and systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a 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: organizational 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, Alma-Ata: twenty-fifth anniversary*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19–28 May 2003, WHA56.6, Agenda Item 14.18).
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996*. 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 K 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 Policy*, 2002, 60:201–218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244–247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, 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 JF 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 healthy life*. 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. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's 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: ownership, 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.