

Original em Inglês

Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

Documento de Posicionamento da
Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS



Agosto de 2005

Índice

Sumário Executivo.....	i
I. Por que renovar a Atenção Primária em Saúde.....	1
Tabela 1: Abordagens da Atenção Primária em Saúde.....	3
II. A Construção de Sistemas de Saúde com Base na Atenção Primária em Saúde.....	6
A. Valores.....	7
Figura 1: Valores, Princípios e Elementos Centrais em um Sistema de Saúde com Base na APS.....	8
B. Princípios.....	9
C. Elementos.....	10
Quadro 1: A Renovação da APS: Implicações para os Serviços de Saúde.....	11
Quadro 2: Os Sistemas Baseados na APS e o Desenvolvimento Humano.....	14
D. Quais são os Benefícios de um Sistema de Saúde Baseado na APS?	14
III. O Caminho Adiante.....	16
A. Aprendendo com a Experiência.....	16
Quadro 3: Desafios de Recursos Humanos nas Américas	17
B. A Construção de Coalizões para Mudar.....	17
C. Linhas Estratégicas de Ação.....	19
Agradecimentos.....	22
Anexo A: Métodos.....	23
Quadro 4: Consultas Nacionais sobre a Renovação da APS.....	24
Anexo B: Glossário e definições de trabalho.....	25
Anexo C: Alguns marcos da APS nas Américas, 1900-2005.....	30
Anexo D: Facilitadores e Barreiras à Implementação Eficaz da APS nas Américas.....	32
Referências.....	34

Sumário Executivo

Por mais de vinte e cinco anos, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido reconhecida como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz. As experiências parecidas de países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos demonstraram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais. Estão agora em andamento uma revisão abrangente da APS - tanto na teoria como na prática - e um olhar crítico sobre como esse conceito pode ser “renovado” para melhor refletir as necessidades atuais de saúde e de desenvolvimento das pessoas em todo o mundo. Este documento - elaborado para cumprir um mandato estabelecido em 2003 por uma resolução da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - declara o posicionamento da OPAS quanto à renovação proposta da APS. A meta deste documento é gerar idéias e recomendações para permitir tal renovação, bem como ajudar a fortalecer e revigorar a APS em um conceito que pode nortear o desenvolvimento dos sistemas de saúde pelos próximos 25 anos e mais.

Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; e um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Além disso, uma abordagem renovada da APS é vista como uma condição essencial para cumprir os compromissos da Declaração do Milênio, abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado de saúde que se pode atingir, para todos.

Ao examinar conceitos e componentes de APS e a evidência de seu impacto, este documento se baseia no legado de Alma Ata e do movimento de atenção primária em saúde, refina as lições aprendidas com a APS e as experiências da reforma sanitária, e propõe um conjunto de valores, princípios e elementos essenciais para a construção de sistemas de saúde com base na APS. Pressupõe-se que tais sistemas serão necessários para lidar com a “agenda inconclusa de saúde” nas Américas, assim como para consolidar e manter o progresso alcançado e estar à altura dos novos desafios e compromissos de saúde e desenvolvimento do século vinte e um.

A meta fundamental da renovação da APS é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos. A proposta apresentada aqui pretende ser visionária; a efetivação das recomendações deste documento e a realização do potencial da APS serão limitadas apenas por nosso comprometimento e imaginação.

As principais mensagens incluem:

- Durante todo o processo extensivo de consulta que formou a base deste documento, descobriu-se que a APS representa, mesmo hoje em dia, uma fonte de inspiração e esperança, não apenas para a maior parte dos profissionais de saúde, mas para a comunidade em geral.
- Devido a novos desafios, conhecimento e contextos, há uma necessidade de renovar e revigorar a APS na região, o que também reforça a abordagem da APS, de modo que possa realizar seu potencial para enfrentar os desafios de saúde atuais e os dos próximos vinte e cinco anos.
- A renovação da APS implica reconhecer e facilitar o papel da APS como uma abordagem para promover condições de saúde e de desenvolvimento humano mais equitativos.
- A renovação da APS precisará dar mais atenção a necessidades estruturais e operacionais como acesso, financiamento, adequação e sustentabilidade de recursos, comprometimento político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade.

- Experiências de sucesso de APS demonstraram que são necessárias abordagens em todo o sistema, de modo que uma abordagem renovada da APS deve fornecer argumentos mais fortes em favor de uma abordagem calculada e baseada em evidências para alcançar um cuidado universal, integrado e abrangente.
- O mecanismo proposto de renovação da APS é a transformação de sistemas de saúde, de modo que estes adotem a APS como seu princípio.
 - Um sistema de saúde com base na APS tem uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade.
 - Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população e que aumentem a equidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e assegura a atenção no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersectoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade.
 - Evidências internacionais sugerem que os sistemas de saúde com base em uma forte orientação na APS geram resultados de saúde melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos com cuidados de saúde e podem alcançar maior satisfação do usuário do que os sistemas de saúde que têm apenas uma orientação frágil na APS.
 - A reorientação de sistemas de saúde à APS requer o ajuste dos serviços de saúde à prevenção e promoção - alcançados por meio da designação de funções apropriadas a cada nível de governo, integrando serviços de saúde públicos e privados, enfocando famílias e comunidades, utilizando dados precisos no planejamento e na tomada de decisões, e criando uma estrutura institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços.
 - A plena realização da APS exige um enfoque adicional sobre o papel dos recursos humanos, o desenvolvimento de estratégias para gerenciar a mudança e o alinhamento da cooperação internacional com a abordagem da APS.
- O próximo passo para renovar a APS é constituir uma coalizão internacional das partes interessadas. As tarefas dessa coalizão serão estruturar a renovação da APS como uma prioridade, desenvolver o conceito de sistemas de saúde regidos pela APS de modo que essa renovação represente uma opção política viável e atraente, e encontrar formas de capitalizar sobre a atual oportunidade oferecida pelo recente jubileu de prata da Declaração de Alma Ata e o enfoque internacional associado sobre a importância de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), assim como o atual enfoque internacional sobre a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde.

I. Por que renovar a Atenção Primária em Saúde?

A Organização Mundial da Saúde tem defendido a Atenção Primária em Saúde (APS) antes mesmo de 1978, quando adotou a abordagem como essencial ao cumprimento da meta de “Saúde para Todos”. Desde aquele tempo, o mundo - e a APS com ele - mudaram drasticamente. O objetivo de renovar a APS é revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos.

Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e um crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade.

Uma abordagem renovada da APS é vista, portanto, como condição essencial para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), abordando as causas fundamentais da saúde, conforme articulado pela Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais de Saúde, e codificando a saúde como direito humano, conforme articulado por algumas constituições nacionais, grupos da sociedade civil e outros. Renovar a APS exigirá uma fundamentação sobre o legado de Alma Ata e o movimento da Atenção Primária em Saúde, aproveitando plenamente as lições aprendidas e as melhores práticas resultantes de mais de vinte e cinco anos de experiência, bem como renovando e reinterpretando a abordagem e a prática de APS para enfrentar os desafios do século vinte e um.

A região das Américas fez um grande progresso nos últimos vinte e cinco anos, mas sobrecarregou de forma persistente os sistemas de saúde e a ampliação das desigualdades ameaça as conquistas já alcançadas e compromete o progresso futuro em direção a um melhor desenvolvimento humano e de saúde.

Alcançou-se um importante progresso em termos de desenvolvimento humano e de saúde na Região das Américas. Os valores médios para quase todo indicador de saúde melhoraram em quase todo país na região: a mortalidade infantil diminuiu cerca de um terço, a mortalidade em geral diminuiu em termos absolutos aproximadamente 25 por cento; a expectativa de vida aumentou, em média, seis anos; as mortes em consequência de doenças transmissíveis e doenças do sistema circulatório caíram 25 por cento; e as mortes em consequência de condições perinatais diminuíram 35 por cento.¹ Permanecem desafios consideráveis, contudo, com algumas doenças infecciosas (por exemplo, tuberculose), como problemas de saúde significativos; HIV/AIDS continua desafiando quase todos os países da Região e as doenças não-transmissíveis estão aumentando.² Além disso, a Região viveu mudanças amplas de ordem econômica e social, com impactos significativos sobre a saúde. Tais mudanças incluem o envelhecimento das populações, mudanças nas dietas e nas atividades físicas, a difusão de informações, urbanização e a deterioração de estruturas e apoios sociais que contribuíram (direta ou indiretamente) para uma variedade de problemas de saúde como obesidade, hipertensão e doença cardiovascular; mais lesões e violência; e problemas relativos ao álcool, tabaco e drogas.^{1,3}

Infelizmente, e de importância vital para os esforços de renovar a APS, essas tendências existem no contexto de uma piora geral das iniquidades em saúde. Por exemplo, 60 por cento da mortalidade materna ocorrem nos

30 por cento dos países mais pobres, e a lacuna da expectativa de vida entre os mais ricos e os mais pobres chegou a quase 20 anos em alguns países.¹ A distribuição das ameaças à saúde que surgiram recentemente e seus fatores de risco exacerbou ainda mais as iniquidades de saúde tanto dentro dos países como entre eles.

As iniquidades crescentes representam mais do que apenas deficiências do sistema de saúde: elas apontam para a incapacidade das sociedades de lidar com as causas subjacentes da saúde precária e de sua distribuição injusta. Nas décadas de 1970 e de 1980, muitos países nas Américas viveram guerra, revolução política e governo totalitário. Desde então, as transições à democracia trouxeram uma nova esperança, mas para muitos países os benefícios econômicos e sociais dessas transições ainda têm de se materializar. Durante a última década, as práticas de ajustes econômicos, as pressões da globalização e o impacto de algumas políticas econômicas neoliberais contribuíram, juntamente com outros fatores, com as disparidades de riquezas, *status* e poder dentro dos países das Américas e entre eles, reforçando os impactos negativos sobre a saúde.⁴⁻⁶

Uma nova análise dos determinantes subjacentes do desenvolvimento humano e da saúde levou a uma crescente percepção de que a saúde deve ter um lugar central na agenda do desenvolvimento. Um maior apoio à saúde se reflete na forma em que o desenvolvimento vem a ser definido: uma vez considerado sinônimo de crescimento econômico, o entendimento predominante é agora multidimensional e tem base na idéia de desenvolvimento humano.⁷ Essa nova abordagem reconhece que a saúde é uma capacidade humana básica, um pré-requisito para os indivíduos alcançarem a auto-realização, um elemento da construção das sociedades democráticas e um direito humano básico.^{8,9}

À medida que se ampliou a compreensão de saúde, ampliou-se também a consciência das limitações dos serviços tradicionais de saúde para atender às necessidades de saúde de toda a população.¹⁰ Para muitos na Região, “A saúde é uma questão social, econômica e política e, acima de tudo, um direito fundamental. A iniquidade, a pobreza, a exploração, a violência e a injustiça estão na raiz da saúde precária e da morte de pessoas pobres e marginalizadas.”¹¹

Uma pesquisa recente elucidou as relações complexas entre os determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais da saúde e de sua distribuição.¹² Sabemos agora que qualquer abordagem para melhorar a saúde deve ser articulada dentro do contexto mais amplo de ordem política, social e econômica, e deve trabalhar com diversos setores e atores.¹³

Nas três últimas décadas, diversas reformas de saúde foram introduzidas na maioria dos países nas Américas. As reformas foram iniciadas por uma série de motivos, incluindo custos crescentes, serviços ineficientes e de baixa qualidade, orçamentos públicos reduzidos, novos avanços tecnológicos, e como uma resposta ao papel do estado em mutação.¹⁴ Apesar de investimentos consideráveis, a maioria das reformas parece ter tido resultados limitados, mistos ou até mesmo negativos em termos de melhora da saúde e da equidade.^{15, 16}

Renovar a APS significa mais do que simplesmente ajustá-la às realidades atuais; renovar a APS requer uma análise crítica de seu significado e de seu propósito. Estudos conduzidos com profissionais de saúde nas Américas confirmam a importância da abordagem da APS; também confirmam que discordâncias e conceitos errôneos quanto à APS existem em abundância, mesmo dentro da Região.¹⁷ Em geral, as percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde se dividem claramente em quatro categorias principais (ver Tabela 1). Em países da Europa e em outros países ricos industrializados, a APS foi vista primariamente como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população.^{18, 19} Como tal, é referida mais comumente como “Atenção Primária”. No mundo em desenvolvimento, a APS foi primariamente “seletiva”, concentrando-se em algumas poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes

de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas.²⁰ Uma abordagem nacional abrangente da APS foi implementada em apenas poucos países, embora outros pareçam caminhar em direção a abordagens mais abrangentes e houve muitas experiências de menor escala em toda a região.²¹⁻²³

Diversos observadores ofereceram explicações sobre por que a APS difere tão radicalmente de país para país. Alguns argumentam que, em relação às Américas em particular, devem-se esperar visões diferentes da APS, dado o desenvolvimento histórico da saúde e dos cuidados de saúde na região e o legado de diferentes sistemas políticos e sociais.^{17, 24} Outros sugeriram que a divergência de pontos de vista se explica pelas descrições ambiciosas e de certa forma vagas da APS, conforme descrito na declaração de Alma Ata.²⁵ Outros ainda argumentam que enquanto muitas iniciativas eficazes de APS foram desenvolvidas nos anos após Alma Ata, a mensagem principal ficou distorcida como o resultado das duas visões em mutação das agências internacionais de saúde e dos processos de globalização.¹¹ Independentemente da(s) causa(s) definitiva(s), está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma Ata, e que a APS não realizou tudo o que seus defensores pretendiam.

Tabela 1: Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Enfocam um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevacentes nos países em desenvolvimento. ²⁰ Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. ²⁶ Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
“APS abrangente” de Alma Ata	A declaração de Alma Ata define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. ²⁷ A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e auto-confiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis. ²⁸	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. ¹¹ Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhores de equidade em saúde. ²⁹	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: categorias adaptadas de^{30,31}

À medida que a APS se entrelaçou com a meta de “Saúde para Todos até o Ano 2000”, seu significado e enfoque também se ampliaram para incluir uma variedade de resultados que não faziam parte da responsabilidade do sistema de saúde.³² Lamentavelmente, na medida em que o milênio se aproximava, tornou-se cada vez mais claro que não se alcançaria “Saúde para Todos”. Para alguns, o fracasso em alcançar tal meta ficou associado à deficiência observada da própria APS.

Paradoxalmente, na medida em que o significado da APS se expandiu para incluir vários setores, sua implementação tornou-se cada vez mais estreita. Embora originalmente considerada como uma estratégia provisória, a APS seletiva tornou-se o modo dominante de atenção primária para muitos países. A abordagem prosseguiu por meio de muitos programas verticais de subpopulações ou específicos por doença. A um nível, a investida em direção à APS seletiva pode ser vista como uma reação à idéia de que a APS tinha se tornado ampla e vaga demais, com impactos e êxitos difíceis de quantificar, e pouco na forma de dividendos visíveis para o público ou para os formuladores de políticas. A abordagem seletiva, em contraste, permitiu direcionar recursos limitados a alvos específicos de saúde, embora em alguns casos essa abordagem pareça ter sido escolhida, ao menos parcialmente, como parte de uma estratégia para atrair maiores doações financeiras aos serviços de saúde.³³

Embora tenha sido bem-sucedida em algumas áreas (como imunização), a abordagem da APS seletiva foi criticada por ignorar o contexto maior do desenvolvimento social e econômico. Não é a mesma coisa que afirmar que a APS deve abordar todos os determinantes de saúde, mas realmente implica que as abordagens seletivas sejam, freqüentemente, incapazes de combater as causas fundamentais da saúde precária.³⁴ Também se argumentou que as abordagens seletivas, ao enfocar populações restritas e questões limitadas de saúde, podem criar lacunas entre programas que deixam algumas famílias ou indivíduos injustiçados. Além disso, há uma preocupação de que o enfoque quase exclusivo sobre crianças e mulheres ignora a presença crescente de ameaças à saúde, tais como doenças crônicas, saúde mental, danos, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, assim como populações vulneráveis, como adolescentes e idosos.³⁵

Ademais, levantaram-se questões sobre se as intervenções enfocadas em uma única doença ou grupo de população são sustentáveis, uma vez que, se o interesse naquela doença ou grupo desaparecer, o financiamento do programa também desaparece. E finalmente, há uma preocupação de que a abordagem da APS seletiva ignore o fato de que muitos adultos (e, em menor escala, crianças) têm probabilidade de sofrer de mais de um problema de saúde ao mesmo tempo - uma condição ainda mais freqüente entre os idosos.³⁶ Por todos esses motivos, uma abordagem renovada da APS deve defender mais fortemente uma abordagem lógica e baseada em evidências para alcançar o cuidado universal, integrado e abrangente.

Por fim, espera-se que renovar a APS contribua para os esforços em andamento para fortalecer os sistemas de saúde no mundo em desenvolvimento. O alcance e a sustentabilidade de metas de saúde globais, regionais, nacionais e locais (como os ODMs e a iniciativa "3 por 5" da OMS) exigirão abordagens integradas e horizontais ao desenvolvimento do sistema de saúde.^{21, 37}

Em setembro de 2003, durante o 44º Conselho Diretor, a OPAS/OMS aprovou a Resolução CD44.R6 instando os Estados Membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. Além disso, a Resolução insta a OPAS/OMS a: considerar os princípios da APS nas atividades de programas de cooperação técnica, principalmente os relacionados à Declaração do Milênio e suas metas; avaliar sistemas diferentes com base na APS, identificar e disseminar melhores práticas; auxiliar o treinamento de trabalhadores da área de saúde em APS; apoiar modelos de APS definidos localmente; celebrar o 25º aniversário da Declaração de Alma Ata; e organizar um processo para definir orientações futuras de ordem estratégica e programática à APS. Em resposta aos mandatos acima, em maio de 2004, a OPAS/OMS criou o "Grupo de Trabalho sobre APS" (GT) para guiar a organização quanto a futuras orientações estratégicas e programáticas à APS. (Ver Anexo A). O GT dedicou-se a um processo consultivo na comunidade internacional por meio de diversas conferências internacionais e a circulação do documento provisório de posicionamento a todos os países membros e especialistas, mais 20 países convocaram reuniões de âmbito nacional sobre a renovação da APS e, em julho de

2005, foi realizada uma consulta regional em Montevideu, Uruguai, com 100 pessoas representando mais de 30 países na Região, incluindo organizações não-governamentais, associações profissionais, universidades e agências da ONU. Este documento é o resultado principal desses processos.

II. A Construção de Sistemas de Saúde com Base na Atenção Primária em Saúde

O posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde é que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e eqüitativas na saúde das populações das Américas.

Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a eqüidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade.

Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população que aumentam a eqüidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e eqüidade.

A essência da definição renovada da APS é a mesma que a contida na Declaração de Alma Ata.¹ No entanto, essa nova definição enfoca o sistema de saúde como um todo; inclui os setores público, privado e sem fins lucrativos; e aplica-se a todos os países. Ela diferencia valores, princípios e elementos; destaca a eqüidade e a solidariedade; e incorpora novos princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade. Ela descarta a noção de APS como um conjunto definido de serviços, uma vez que os serviços devem ser congruentes com as necessidades locais. Da mesma forma, descarta a noção de APS como definida por tipos específicos de pessoal de saúde, considerando que as equipes que trabalham na APS devem ser definidas em conformidade com os recursos disponíveis, as preferências culturais e as evidências. Em vez disso, especifica os elementos organizacionais e funcionais que podem ser medidos e avaliados e que formam uma abordagem lógica e coesa para estabelecer firmemente os sistemas de saúde na abordagem da APS. Tal abordagem pretende oferecer um meio flexível de transformar os sistemas de saúde de modo que alcancem suas metas enquanto são flexíveis o bastante para mudar e adaptar-se com o passar do tempo para enfrentar novos desafios. Essa definição reconhece que a APS é mais do que apenas a prestação de serviços de saúde: seu sucesso depende de outras funções do sistema de saúde e de outros processos sociais.

A abordagem aqui apresentada pretende servir como uma fundamentação para organizar e compreender os componentes de um sistema de saúde com base na APS; não pretende definir, exaustivamente, todos os

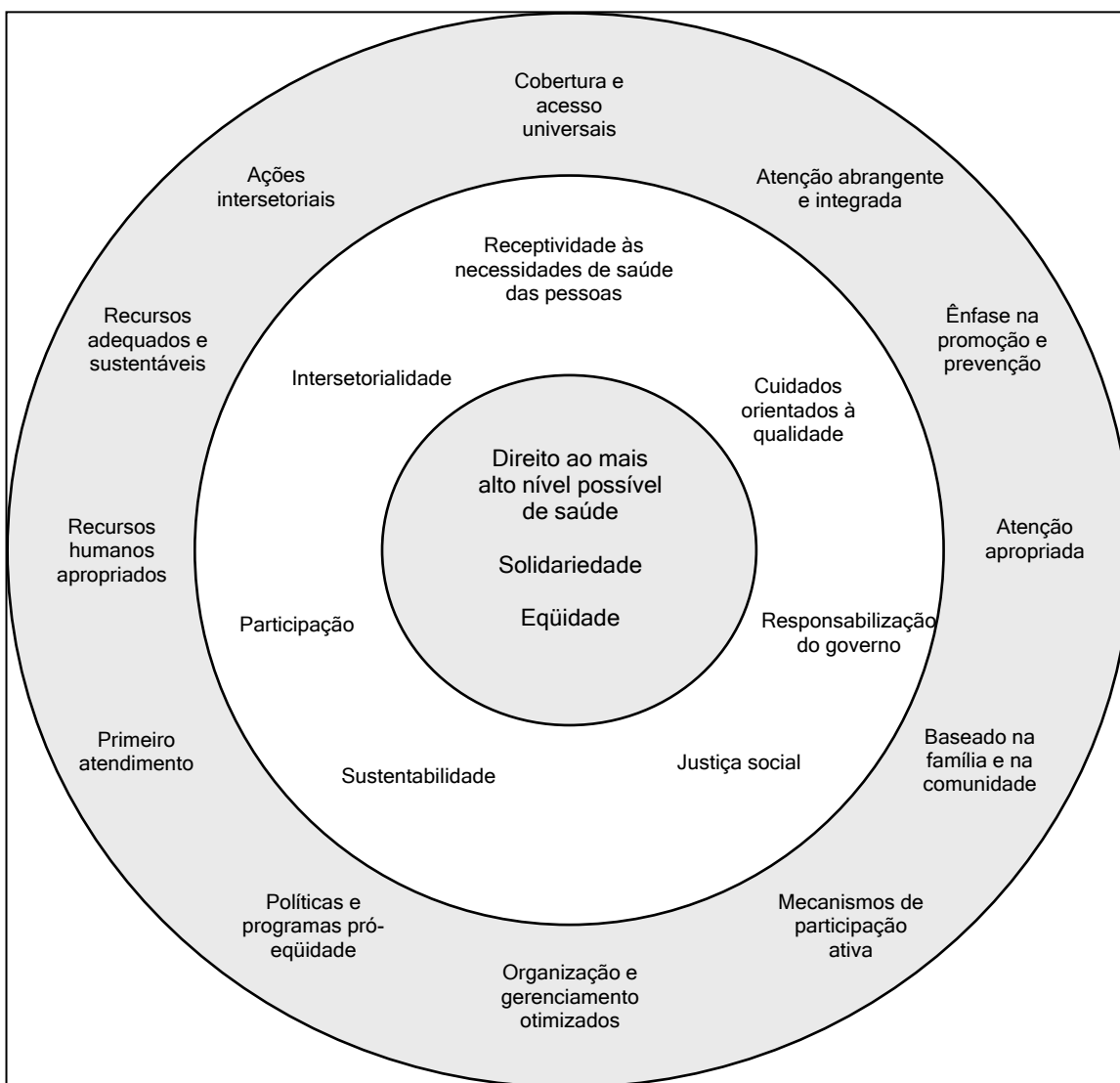
¹ Há outros precedentes para basear os sistemas de saúde na APS. Por exemplo, a Carta de Ljubljana para a Reforma da Saúde adotada pela União Européia em 1996 afirma que os sistemas de saúde devem ser: orientados aos valores (dignidade humana, eqüidade, solidariedade, ética profissional), voltados para os resultados da saúde, centrados nas pessoas enquanto incentiva a auto-confiança, enfocados na qualidade, baseados em um financiamento sólido, receptivos à voz e à escolha do cidadão, baseados em evidências; e exigem gerenciamento, recursos humanos e coordenação política fortes.³⁸

elementos necessários que constituem ou definem um sistema de saúde. Devido à grande variação dos recursos econômicos nacionais, circunstâncias políticas, capacidades administrativas e desenvolvimento histórico do setor de saúde, cada país precisará elaborar sua própria estratégia para a renovação da APS. Espera-se que os valores, os princípios e os elementos descritos abaixo auxiliarão nesse processo. A Figura 1 apresenta os valores, princípios e elementos propostos de um Sistema de Saúde com base na APS. O Anexo B oferece uma descrição mais completa dos valores, princípios e elementos descritos abaixo.

A. Valores

Os valores são essenciais para estabelecer prioridades nacionais e para avaliar se os ajustes sociais estão atendendo ou não às necessidades e expectativas da população.¹⁴ Eles oferecem uma âncora moral para políticas e programas que representam o interesse público. Os valores descritos aqui pretendem refletir aqueles da sociedade em geral. Em qualquer sociedade, alguns valores podem ter prioridade em relação a outros, e podem até ser definidos de forma levemente diferente com base na cultura, história e preferências locais. Ao mesmo tempo, um corpo crescente de legislação internacional define os parâmetros necessários para proteger os mais desfavorecidos na sociedade e cria uma fundamentação legal sobre a qual possam fazer valer suas reivindicações por dignidade, liberdade e boa saúde. Isso implica que o processo de basear um sistema de saúde com mais firmeza na APS deve começar com uma análise dos valores sociais e envolver a participação de cidadãos e formuladores de políticas em como tais valores são articulados, definidos e priorizados.¹⁴

Figura 1: Valores, Princípios e Elementos Centrais em um Sistema de Saúde com Base na APS



O direito ao mais alto nível possível de saúde é expresso em muitas constituições nacionais e articulado em tratados internacionais, incluindo a carta da Organização Mundial da Saúde.³⁹ Implica nos direitos legalmente definidos dos cidadãos e as responsabilidades do governo e de outros atores, bem como cria reivindicações de saúde dos cidadãos que dão recurso quando as obrigações não são cumpridas. O direito ao mais alto nível possível de saúde é instrumental ao assegurar que os serviços são receptivos às necessidades das pessoas, que há responsabilização no sistema de saúde, e que a APS é orientada à qualidade, atingindo eficiência e eficácia máximas enquanto minimiza os perigos. A saúde e outros direitos são inextricavelmente ligados à equidade e estes, por sua vez, refletem e ajudam a fortalecer a solidariedade social.

A equidade na saúde combate as diferenças injustas no estado de saúde, no acesso aos cuidados de saúde e ambientes de melhoria da saúde e no tratamento dentro do sistema de saúde e de serviços sociais. A equidade tem um valor intrínseco, uma vez que se trata de um pré-requisito para a capacidade, liberdades e direitos humanos.⁴⁰ A equidade é um dos fundamentos dos valores sociais: a forma em que as sociedades tratam seus membros menos favorecidos reflete um julgamento implícito ou explícito sobre o valor da vida humana.

Simplesmente apelar para os valores de uma sociedade ou sua consciência moral pode não ser suficiente para evitar ou reverter as iniquidades em saúde. Isso significa que as pessoas devem ser capazes de corrigir as iniquidades por meio do exercício de suas reivindicações morais e legais à saúde e outros direitos sociais. Colocar a equidade no centro de um sistema de saúde com base na APS pretende orientar as políticas e programas de saúde e acentuar o fato de que devem melhorar a equidade. O raciocínio lógico disso não é simplesmente eficiência, eficácia de custos ou caridade: em vez disso, em uma sociedade justa, a equidade deve ser vista como um imperativo moral e uma obrigação legal e social.

A solidariedade é o quanto as pessoas em uma sociedade trabalham juntas para definir e alcançar o bem comum. Manifesta-se no governo nacional e local, na formação de organizações voluntárias e sindicatos, e em outras formas de participação dos cidadãos na vida cívica. A solidariedade social é um meio pelo qual a ação coletiva pode superar problemas; os sistemas de saúde e de seguridade social são mecanismos comuns por meio dos quais se expressa a solidariedade social entre pessoas de diferentes classes e gerações. Sistemas de saúde com base na APS exigem solidariedade social para que os investimentos em saúde sejam sustentáveis, ofereçam proteção financeira e *risk pooling* e permitam que o setor de saúde trabalhe com sucesso com outros setores e atores cuja participação é necessária tanto para melhorar a saúde como para melhorar as condições que ajudam a determiná-la. A participação e a responsabilização em todos os níveis são necessárias não apenas para alcançar a solidariedade, mas também para garantir que ela seja mantida com o passar do tempo.

B. Princípios

Os sistemas de saúde baseados na APS são fundamentados em princípios que fornecem a base para políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e operação do sistema de saúde. Os princípios servem como uma ponte entre valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde.

A receptividade às necessidades de saúde das pessoas significa que os sistemas de saúde são centrados em pessoas e tentam atender suas necessidades da forma mais abrangente possível. Um sistema de saúde receptivo deve ser equilibrado em sua abordagem de atender necessidades de saúde - sejam definidos "objetivamente" (isto é, conforme definido por especialistas ou por padrões acordados) ou "subjetivamente" (isto é, conforme necessidades observadas diretamente pelo indivíduo ou pela população). Isso implica que a APS deve atender as necessidades de saúde da população de forma que seja baseada em evidências e seja abrangente, enquanto respeita e reflete as preferências e as necessidades das pessoas independentemente de seu *status* socioeconômico, cultura, raça/ etnia ou gênero.

Os serviços orientados à qualidade respondem e antecipam as necessidades das pessoas e implicam em tratar todas as pessoas com dignidade e respeito enquanto asseguram o melhor tratamento possível para seus problemas de saúde.⁴¹ Isso requer fornecer a profissionais de saúde em todos os níveis um conhecimento clínico baseado em evidências e o treinamento necessário para atualizar continuamente a sua prática. Uma orientação à qualidade necessita de procedimentos para avaliar a eficiência e a eficácia de intervenções preventivas e curativas de saúde e de designar os recursos adequadamente. Os incentivos apropriados são essenciais para tornar esse processo eficaz e sustentável.

A responsabilização governamental assegura que os direitos sociais sejam realizados e cumpridos, e que os cidadãos sejam protegidos do perigo. Responsabilização requer políticas e procedimentos legais e regulatórios específicos que permitam que os cidadãos exijam seus direitos caso não sejam atendidas as condições

apropriadas, e aplica-se a todas as funções do sistema de saúde, independentemente do tipo de prestador (por exemplo, público, privado, sem fins lucrativos). Como parte do seu papel, o estado estabelece condições para assegurar que os recursos necessários possam atender as necessidades de saúde da população. Na maioria dos países, o governo também é o agente definitivo responsável por garantir a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde. Responsabilização, portanto, requer o monitoramento e a melhora contínua do desempenho do sistema de saúde, de forma transparente, e que esteja sujeito ao controle social. Níveis diferentes de governo (por exemplo, local, estadual, regional, nacional) precisam de linhas de responsabilidade claras e dos mecanismos de responsabilização correspondentes.

Uma sociedade justa pode ser vista como aquela que garanta o desenvolvimento e a capacidade para todos os seus membros.⁴² Justiça social, portanto, sugere que as ações do governo, particularmente, devem ser avaliadas pelo quanto garantem o bem-estar de todos os cidadãos, particularmente os mais vulneráveis.^{43, 44} Algumas abordagens para alcançar a justiça social no setor saúde incluem: garantir que todas as pessoas sejam tratadas com respeito e dignidade; estabelecer metas de saúde que incorporem alvos explícitos para uma melhor cobertura de serviços entre a população pobre; usar essas metas para direcionar recursos adicionais às necessidades dos desfavorecidos; melhorar a educação e iniciativas inclusivas para ajudar os cidadãos a compreender seus direitos; garantir a participação ativa dos cidadãos no planejamento e na fiscalização do sistema de saúde; e tomar medidas concretas para combater os determinantes sociais subjacentes das iniquidades em saúde.¹²

A sustentabilidade do sistema de saúde requer planejamento estratégico e compromissos em longo prazo. Um sistema de saúde com base na APS deve ser visto como o meio primário de investir na saúde da população. Tais investimentos devem ser suficientes para atender as necessidades de saúde da população hoje, enquanto se planeja atender os desafios de saúde de amanhã. Particularmente, o comprometimento político é essencial para garantir a sustentabilidade financeira. Prevê-se que sistemas de saúde liderados pela APS estabelecerão mecanismos (tais como direitos específicos de saúde definidos legalmente e obrigações governamentais) para garantir o financiamento adequado mesmo em períodos de instabilidade ou mudança política.

A participação torna as pessoas parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização. No nível individual, as pessoas devem estar aptas a tomar decisões livres e plenamente informadas acerca de sua própria saúde e de suas famílias, em um espírito de auto-determinação e confiança. No nível da sociedade, a participação na saúde é uma faceta da participação cívica geral; ela garante que o sistema de saúde reflita valores sociais e fornece um meio de controle social de ações públicas e privadas que causam impacto na sociedade.

A intersectorialidade na saúde significa que o sistema de saúde deve trabalhar com setores e atores diferentes para impactar os determinantes da saúde, contribuir para atividades de desenvolvimento humano e atingir seu potencial de equidade. O quanto o setor de saúde é responsável por ações intersectoriais dependerá do nível de desenvolvimento do país em questão e dos recursos disponíveis para a APS e outras áreas.

C. Elementos

Os sistemas de saúde com base na APS são compostos por elementos estruturais e funcionais. Os elementos são interconectados, estão presentes em todos os níveis do sistema de saúde e devem ser baseados nas evidências atuais de sua eficácia ao melhorar a saúde e/ ou de sua importância na garantia de outros

aspectos de um sistema de saúde com base na APS. Os elementos centrais de um sistema de saúde com base na APS requerem ainda a ação simultânea de várias das funções principais do sistema de saúde.

A cobertura e o acesso universais formam a fundação de um sistema de saúde equitativo. A cobertura universal implica que o financiamento e os ajustes organizacionais são suficientes para atender toda a população, retirando a capacidade de pagar como uma barreira ao acesso a serviços de saúde e protegendo as pessoas do risco financeiro, enquanto oferece mais apoio para alcançar metas de equidade e implementar atividades de promoção da saúde. Acessibilidade implica ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero ao cuidado⁴⁵; assim, um sistema de saúde com base na APS deve racionalizar a localização, a operação e o financiamento de todos os serviços em cada nível do sistema de saúde. Também requer que os serviços sejam aceitáveis à população, considerando as necessidades de saúde, preferências, cultura e valores locais. A aceitabilidade determina se as pessoas realmente utilizarão os serviços, mesmo se estes forem acessíveis. Também influencia as percepções sobre o sistema de saúde, incluindo a satisfação das pessoas com os serviços prestados, o nível de confiança que terão nos prestadores do serviço e o quanto compreenderão e realmente seguirão as recomendações médicas ou de outro profissional de saúde.

Atenção abrangente e integrada significa que a variedade dos serviços disponíveis deve ser suficiente para atender as necessidades da população, incluindo o fornecimento de cuidados curativos, preventivos, paliativos, de promoção, de diagnóstico precoce e de reabilitação, e apoio para auto-gestão. Abrangência é uma função de todo o sistema de saúde e inclui cuidados primários, secundários, terciários, preventivos e paliativos. Atenção integrada é um complemento à abrangência no sentido de que requer coordenação entre todas as partes do sistema de saúde para garantir que sejam atendidas as necessidades de saúde. Para indivíduos, uma abordagem integrada envolve referência e contra-referência por todos os níveis do sistema de saúde e, algumas vezes, a outros serviços sociais. No âmbito do sistema, requer o desenvolvimento de redes de serviços e de prestadores, sistemas apropriados de informação e gestão, incentivos, políticas e procedimentos, e treinamento de prestadores de serviços, equipes e administradores de saúde.

Quadro 1: A Renovação da APS: Implicações para os Serviços de Saúde

Os serviços de saúde desempenham um papel fundamental ao materializar muitos dos valores, princípios e elementos centrais de um Sistema de Saúde com base na APS. Os serviços de atenção primária, por exemplo, são fundamentais para garantir o acesso equitativo a serviços básicos de saúde a toda a população. Permitem um ponto de entrada no sistema de atenção em saúde mais perto de onde as pessoas moram, trabalham ou estudam. Esse nível do sistema oferece atenção abrangente e integrada que deve atender a maior parte das necessidades e demandas de atenção em saúde da população. Da mesma forma, é o nível do sistema que desenvolve os laços mais profundos com a comunidade e o restante dos setores sociais, possibilitando participação social e ação intersectorial eficazes.

A atenção primária também desempenha um papel importante ao coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção em saúde. Mas somente os serviços de atenção primária não são suficientes para atender adequadamente as necessidades mais complexas de cuidados de saúde da população. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados pelos diferentes níveis de cuidados especializados, tanto ambulatoriais como de internação, assim como pelo restante da rede de proteção social. Por esse motivo, os sistemas de atenção em saúde devem trabalhar de uma forma integrada por meio do desenvolvimento de mecanismos que coordenam a atenção por todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contra-referência. Além disso, a integração em todos os diferentes níveis de atenção requer bons sistemas de informação que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliação de desempenho adequados; mecanismos apropriados de financiamento que eliminem incentivos deturpados e garantam a continuidade da atenção; e abordagens de diagnose, tratamento e reabilitação baseadas em evidências.

Uma ênfase sobre a prevenção e a promoção é preeminente em um sistema de saúde com base na APS, porque tem efetividade de custos, é ético, possibilita que comunidades e indivíduos tenham mais controle sobre suas próprias saúdes, e é essencial para combater os determinantes sociais que vão de encontro à saúde. Uma ênfase sobre a prevenção e a promoção significa ir além de uma orientação clínica para adotar a educação em saúde e o aconselhamento em âmbito clínico individual, abordagens regulatórias e baseadas em políticas para melhorar os ambientes de vida e de trabalho das pessoas, e estratégias de promoção de saúde com base na população realizadas com outras partes do sistema de saúde ou com outros atores. Isso inclui vínculos com as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), tornando a APS um parceiro ativo na vigilância de saúde pública, pesquisa e avaliação, garantia de qualidade e atividades de desenvolvimento institucional por todo o sistema de saúde.

Atenção apropriada implica que um sistema de saúde não é baseado em doenças ou órgãos. Em vez disso, enfoca na pessoa toda e em suas necessidades sociais e de saúde, adaptando as respostas à comunidade local e seu contexto durante a vida, enquanto garante que as pessoas não corram perigo. Incorpora o conceito de eficácia para ajudar a orientar a seleção e a priorização de estratégias de cuidados preventivos e curativos, de modo que se possa alcançar o máximo impacto com recursos limitados. Atenção apropriada implica que todo o cuidado é prestado com base nas melhores evidências disponíveis, enquanto que a alocação de esforços é priorizada por considerar critérios de eficiência (técnica e de alocação) e equidade. Os próprios serviços precisam ser relevantes considerando o contexto epidemiológico e social de famílias e da comunidade.

Baseado na família e na comunidade significa que um sistema de saúde com base na APS não confia exclusivamente em uma perspectiva individual ou clínica. Em vez disso, emprega uma lente de saúde pública utilizando informações da comunidade e da família para avaliar riscos e priorizar intervenções. A família e a comunidade são vistas como o foco primário do planejamento e da intervenção.

Um sistema de saúde liderado pela APS deve ser uma parte integrante das estratégias de desenvolvimento socioeconômico nacional e local, baseada em valores compartilhados, que envolve mecanismos de participação ativa para garantir transparência e responsabilização em todos os níveis. Isso inclui atividades que possibilitam aos indivíduos gerenciar melhor sua própria saúde e que estimulam a capacidade das comunidades de tornarem-se parceiros ativos no estabelecimento de prioridades, na gestão, na avaliação e na regulação do setor de saúde. Significa que as ações individuais e coletivas, incorporando atores públicos, privados e da sociedade civil, devem ser planejadas para promover ambientes e estilos de vida saudáveis.

As estruturas e as funções de um sistema de saúde com base na APS requerem organização e gestão otimizadas, o que inclui uma estrutura sólida de natureza legal, política e institucional que identifica e dá poder às ações, aos atores, aos procedimentos e aos sistemas legal e financeiro que permitem à APS desempenhar suas funções específicas. Vinculam-se à função administrativa do sistema de saúde e devem, portanto, ser transparentes, sujeitas ao controle social e livres de corrupção. Em termos de operações, os sistemas de saúde liderados pela APS requerem boas práticas de gestão que permitam inovação para melhorar constantemente a organização e a prestação de cuidados dentro de padrões de qualidade, ofereçam locais de trabalho satisfatórios aos trabalhadores de saúde e sejam receptivas aos cidadãos. Práticas valiosas de gestão incluem planejamento estratégico, pesquisa de operações e avaliação de desempenho, mas não são limitadas a esses fatores. Profissionais e gestores de saúde devem coletar e usar dados regularmente para auxiliar a tomada de decisões e o planejamento.

Sistemas de saúde com base na APS desenvolvem políticas e programas pró-equidade para melhorar os efeitos negativos das iniquidades sociais da saúde, combater os fatores subjacentes que causam as iniquidades

e garantir que todas as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito. Exemplos disso incluem (mas não estão limitados a esses fatores): incorporar critérios explícitos de equidade em propostas e avaliações de programas e políticas; aumentar ou melhorar a oferta de serviços de saúde àqueles com maior necessidade; reestruturar os mecanismos de financiamento da saúde para auxiliar os desfavorecidos; desenvolver programas para auxiliar os pobres na obtenção das necessidades básicas; e trabalhar entre os setores para alterar estruturas sociais e econômicas mais amplas que influenciam os determinantes mais periféricos das iniquidades de saúde.

O cuidado no primeiro atendimento significa que a atenção primária deve servir como o principal ponto de entrada ao sistema de serviços sociais e de saúde para todos os novos problemas de saúde e deve ser o local em que se resolve a maior parte deles. É por meio dessa função que a atenção primária reforça a fundação do sistema de saúde com base na APS, representando, na maioria dos casos, a principal interface entre o sistema de saúde, o serviço social e a população. Assim, um sistema de saúde com base na APS fortalece a atenção primária em seu papel como primeiro nível de cuidados, mas tem mais elementos estruturais e funcionais que vão significativamente além do primeiro nível do sistema de atenção em saúde.

Recursos humanos apropriados incluem prestadores, trabalhadores comunitários, gerentes e equipes de apoio com a mistura certa de conhecimento e capacidades, que observam padrões éticos e tratam todas as pessoas com dignidade e respeito. Isso requer planejamento estratégico e investimentos em longo prazo em treinamento, emprego, retenção e elevação e melhora das capacidades e do conhecimento existentes do trabalhador de saúde. Equipes multidisciplinares são essenciais e requerem não apenas a mistura certa de profissionais, mas também uma delimitação de papéis e responsabilidades, sua distribuição geográfica e treinamento para maximizar a contribuição de trabalho de equipe para os resultados em saúde, trabalhador de saúde e satisfação do usuário.

Um sistema de saúde com base na APS deve se fundamentar no planejamento que oferece recursos adequados e sustentáveis apropriados às necessidades de saúde. Os recursos devem ser determinados por análises da situação da saúde com base em dados no âmbito da comunidade e incluir subsídios (por exemplo, instalações, pessoal, equipamentos, verbas e produtos farmacêuticos) e orçamentos de operação necessários para prestar cuidados abrangentes, curativos e preventivos de alta qualidade. Embora a quantidade exigida de recursos varie entre os países e dentro deles, os níveis dos recursos devem ser suficientes para alcançar cobertura e acessibilidade universais. Devido ao fato de que alcançar um sistema de saúde com base na APS requer vontade e comprometimento político com o tempo, deve haver mecanismos explícitos para garantir a sustentabilidade dos esforços da APS que permitam que os tomadores de decisões invistam hoje de forma a atender as necessidades de amanhã - mesmo em tempos de mudanças políticas, econômicas ou sociais.

Os sistemas de saúde com base na APS são mais amplos em alcance e impacto do que a mera prestação de serviços de saúde. Um sistema liderado pela APS está intimamente ligado a ações intersetoriais e abordagens comunitárias para promover a saúde e o desenvolvimento humano. Essas ações são necessárias para combater os determinantes fundamentais da saúde da população mediante a criação de vínculos sinérgicos com outros setores e atores. Elas requerem fortes vínculos entre as áreas pública, privada e não-governamental, tanto dentro como fora dos serviços de saúde, cujas ações têm um impacto sobre a saúde ou seus determinantes e incluem: emprego e trabalho, educação, moradia, produção e distribuição de alimentos, meio ambiente, água e saneamento, cuidados sociais e outros. O quanto essas ações são implementadas somente pelo setor de saúde ou em parceria com outros atores dependerá das características do estado de desenvolvimento daquele país (ou comunidade), bem como da vantagem comparativa de cada ator ou setor envolvido. Ver quadro 2.

Quadro 2: Os Sistemas Baseados na APS e o Desenvolvimento Humano

Os sistemas de saúde baseados na APS criam vínculos sinérgicos com outros setores para auxiliar a orientação do processo de desenvolvimento humano. A APS tem um papel forte (porém não exclusivo), em conjunto com outros setores e atores dedicados a promover o desenvolvimento humano sustentável e equitativo. Fazer tal distinção é importante porque permite o estabelecimento de responsabilidades claras entre diferentes setores acerca de sua contribuição para a meta do desenvolvimento socioeconômico; a falha em fazer tal distinção pode deixar que os sistemas de saúde assumam as responsabilidades de outros setores, com diversas conseqüências indesejáveis. As maiores delas são a negligência potencial de funções centrais do sistema de saúde; a implementação precária de funções expandidas de desenvolvimento devido à falta de especialização (por exemplo, alfabetização, geração de renda, moradia etc.); e a criação de disputas entre atores e agências responsáveis (guerra entre áreas), resultando em redundâncias, desperdício de energia e recursos e danos potenciais à saúde e ao bem-estar geral da população.

D. Quais são os Benefícios de um Sistema de Saúde Baseado na APS?

Há evidências consideráveis dos benefícios da APS. Estudos internacionais mostram que, sendo todos os outros fatores iguais, os países com sistemas de saúde baseados em uma forte orientação à APS têm resultados de saúde melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm custos menores de atenção em saúde e alcançam melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma pequena orientação à APS.⁴⁶⁻⁵¹

Acredita-se que os sistemas de saúde com base na APS sejam capazes de melhorar a equidade porque a abordagem da APS é menos dispendiosa para indivíduos e tem melhor efetividade de custos para a sociedade em comparação com a atenção orientada a especialidades.⁵² Já foi mostrado que uma forte abordagem da APS garante maior eficiência de serviços na forma de tempo economizado na consulta, uso reduzido de testes laboratoriais e gastos reduzidos em atenção em saúde.^{53, 54} A APS pode, portanto, liberar recursos para atender as necessidades de saúde dos menos favorecidos.^{50, 55, 56} Os sistemas de saúde orientados à equidade capitalizam sobre essas economias mediante o estabelecimento de metas para uma melhor cobertura de serviços para os grupos pobres e permitindo que os grupos vulneráveis tenham um papel mais central no planejamento e na operação do sistema de saúde.⁵⁷ Eles minimizam as despesas menores, uma vez que estas são o meio mais desigual de financiar serviços de saúde e, em vez disso, enfatizam a cobertura universal para eliminar fatores socioeconômicos como uma barreira para receber a atenção necessária.⁵⁸⁻⁶⁰

Evidências, particularmente de países europeus, sugerem que os sistemas de saúde baseados na APS também podem melhorar a eficiência e a eficácia. Estudos de hospitalizações para “condições sensíveis de cuidados ambulatoriais” - condições tratadas em hospitais que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária - e o uso de pronto-socorros para cuidados de rotina mostram como os sistemas de APS que garantem o acesso e o primeiro atendimento podem melhorar os resultados de saúde e beneficiar outros níveis do sistema de saúde.⁶¹⁻⁶⁵ Descobriu-se que fortalecer a base da APS dos sistemas de saúde reduz as taxas gerais de hospitalização para condições como angina, pneumonia, infecções do trato urinário, doença obstrutiva pulmonar crônica, ataque cardíaco e infecções de ouvido, nariz e garganta, entre outros.⁶⁶ Pessoas que têm uma fonte regular de atenção primária para a maior parte de suas necessidades de cuidados de saúde com o tempo ficam mais satisfeitas, obedecem melhor às ordens médicas, sofrem menos hospitalizações e usam menos o pronto-socorro do que as que não têm essa fonte.⁶⁷⁻⁶⁹

Na região das Américas, as experiências da Costa Rica mostram que a reforma abrangente da APS (incluindo o acesso crescente, a reorganização de profissionais de saúde em equipes multidisciplinares e a

melhora da atenção abrangente e integrada mediante a designação de uma área geográfica específica a cada equipe de APS) pode melhorar os resultados da saúde. Para cada cinco anos adicionais após a reforma da APS, a mortalidade infantil reduziu 13 por cento e a mortalidade de adultos reduziu quatro por cento, independentemente de melhorias em outros determinantes de saúde.⁷⁰ Devido ao fato de que as reformas ocorreram primeiramente nas áreas mais desfavorecidas (o acesso insuficiente a serviços de APS caiu 15 por cento nos distritos que tiveram a reforma), elas contribuíram para melhorias na equidade.⁷¹

As evidências têm demonstrado que, para a APS beneficiar a saúde da população, os serviços também devem ser de boa qualidade técnica - uma área que requer uma atenção adicional considerável em toda a região.^{72, 73} Por fim, é preciso mais quanto à avaliação dos sistemas de saúde em geral, e da APS em particular.⁷⁴ Um compromisso com os sistemas de saúde baseados na APS exigirá um fundamento mais completo em evidências, investimentos apropriados feitos na avaliação e na documentação de experiências (nas Américas e além) que permitam o desenvolvimento, a transferência e a adaptação das melhores práticas.

III. O Caminho Adiante

Uma abordagem para renovar a APS incluirá:

- *Concluir a implementação da APS onde houve falhas* (a agenda de saúde inconclusa) por meio de: garantir a todos os cidadãos o direito à saúde e o acesso universal; promover ativamente a equidade em saúde; e promover melhorias absolutas na saúde e na qualidade de indicadores de vida, bem como promover uma melhor distribuição desses fatores;
- *Fortalecer a APS para enfrentar novos desafios* por meio de: melhorar a satisfação do cidadão e da comunidade com serviços e prestadores; melhorar a qualidade da atenção e da gestão; e fortalecer o ambiente político e a estrutura institucional necessários para o cumprimento bem-sucedido de todas as funções do sistema de saúde; e
- *Colocar a APS na agenda mais ampla de equidade e desenvolvimento humano* por meio de: vincular a renovação da APS com esforços (tais como a Declaração do Milênio) para fortalecer os sistemas de saúde, promovendo melhorias sustentáveis na participação da comunidade e na colaboração intersetorial, assim como investir no desenvolvimento de recursos humanos.

Essa abordagem precisará aprender com a experiência passada (tanto positiva quanto negativa), desenvolvendo uma estratégia de defesa e articulando os papéis e responsabilidades que se esperam de países, organizações internacionais e grupos da sociedade civil envolvidos no processo de renovação.

A. Aprendendo com a Experiência

De forma a elaborar uma estratégia para renovar a APS, é importante aprender com as experiências passadas. Os processos consultivos dos países e as revisões de literatura foram fundamentais para avaliar as barreiras e facilitar os fatores de uma implementação bem-sucedida da APS na região. O Anexo D resume essas descobertas mais detalhadamente.

Os fatores observados como tendo sido barreiras à implementação eficaz da APS incluem as dificuldades inerentes de transformar o setor saúde de abordagens curativas, com base em hospitais, para preventivas, com base nas comunidades. As restrições incluíram a segmentação e a fragmentação dos sistemas de saúde, a falta de comprometimento político; a coordenação inadequada entre comunidades e agências locais, nacionais e internacionais (incluindo políticas de ajuste e a ênfase em programas verticais); o uso inadequado de dados locais; e a fraca colaboração intersetorial. O clima econômico também foi um fator devido a mudanças econômicas e de ideologias políticas e à volatilidade das condições macroeconômicas que levaram a poucos investimentos nos sistemas e serviços de saúde.^{11, 33, 75, 76} O investimento em recursos humanos foi enfatizado como uma área essencial que requer atenção, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que trabalham neles. O pessoal de saúde deve ser treinado tanto em uma perspectiva técnica como humanística; seu desempenho depende não apenas de seu treinamento e capacidade, mas também de seu ambiente de trabalho e de políticas apropriadas de incentivo tanto em nível local como global.^{73, 77} Ver Quadro 3.

Os fatores observados como tendo facilitado o desenvolvimento eficaz da implementação da APS incluem o reconhecimento de que a liderança do setor saúde é afetada por muitos fatores - alguns dos quais estão fora do controle direto do próprio setor saúde. Melhorias de equidade também parecem exigir um comprometimento político sustentado em âmbito nacional, incluindo tomar providências para garantir que o financiamento em saúde

seja suficiente para atender as necessidades da população.⁷⁸ Experiências bem-sucedidas de APS demonstraram que simplesmente aumentar o número de centros de saúde e oferecer treinamento de pessoal em curto prazo não é suficiente para melhorar a saúde e a equidade. Em vez disso, são necessárias abordagens em todo o sistema. Reorientar os sistemas de saúde em direção à APS exigiu o ajuste dos serviços de saúde à prevenção e promoção - alcançadas mediante o desígnio de funções apropriadas a cada nível de governo, a integração dos serviços de saúde públicos e privados, o enfoque na família e em comunidades e a criação de uma estrutura institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços. Os serviços bem-sucedidos de APS incentivam a participação, permitem responsabilização, possuem um nível apropriado de investimento para garantir a disponibilidade de serviços adequados e acessibilidade a eles, independentemente da capacidade de uma pessoa de pagar por eles.^{24 11}

Quadro 3: Desafios de Recursos Humanos nas Américas

<p><u>Desafios atuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de saúde são pouco motivados e pouco compensados em comparação com outros profissionais • Há um número insuficiente de trabalhadores qualificados em saúde para oferecer cobertura universal • O trabalho em equipe é pouco desenvolvido ou é promovido de forma insuficiente • Os profissionais qualificados preferem trabalhar em hospitais e cidades • Faltam apoio e supervisão adequados • O treinamento pré e pós-graduação do pessoal de saúde não está alinhado às exigências da prática de APS • Migração internacional de trabalhadores em saúde (<i>brain drain</i>) <p><u>Implicações de recursos humanos em planejar um sistema de saúde com base em APS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A cobertura universal exigirá um volume importante de profissionais treinados em atenção primária • Os recursos humanos devem ser planejados de acordo com as necessidades da população • O treinamento em recursos humanos deve ser vinculado às necessidades de saúde e deve se tornar sustentado • Devem ser implementadas políticas de qualidade sobre o desempenho dos profissionais • As capacidades humanas (tanto os perfis quanto as competências) devem ser caracterizadas e cada perfil profissional deve ser ajustado a um cargo específico • Exigem-se mecanismos de avaliação contínua para permitir que os trabalhadores em saúde se adaptem a novos cenários e abordem as necessidades variantes da população • As políticas devem apoiar uma abordagem multidisciplinar à atenção abrangente • A definição de trabalhadores em saúde deve ser expandida para incluir não apenas clínicos, mas também aqueles que trabalham em sistemas de informação, gerência e gestão de serviços

Fontes:^{29, 79, 80}

B. A Construção de Coalizões para Mudar

As reformas em saúde envolvem mudanças fundamentais nos processos e no poder políticos, então os defensores de sistemas de saúde com base em APS precisarão dar atenção às dimensões políticas e técnicas das reformas, bem como aos atores envolvidos nesses processos. Na conferência de Alma Ata em 1978, Halfdan Mahler perguntou aos participantes: “Vocês estão prontos para lutar as batalhas política e técnica exigidas para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos e a resistência profissional ao acesso universal^{81?}”³³ Essa questão precisa ser feita hoje novamente, pois recursos consideráveis devem ser aplicados à implementação da visão dos sistemas de saúde com base em uma abordagem renovada de APS.

As entidades que apóiam esse empenho incluem aquelas que trabalham atualmente em APS ou sobre essa área, a saber: algumas organizações não-governamentais, prestadores de serviços de saúde que trabalham em

situações de atenção primária, associações profissionais que apóiam a APS (tais como associações de medicina e enfermagem familiar), alguns governos que têm apoiado o desenvolvimento de uma abordagem abrangente de APS, muitas associações públicas de saúde e algumas universidades e outras lideranças acadêmicas em APS. Cada uma delas tem interesse em ver a APS ganhar um apoio crescente, e cada uma delas pode defender ativamente a mudança e implementar ao menos os aspectos técnicos da renovação da APS. Infelizmente, aqueles que apóiam mais naturalmente a APS não estão em posição de grande poder político e geralmente possuem recursos financeiros limitados.

Provavelmente, os oponentes são aqueles que vêem a renovação da APS como uma ameaça a um *status quo* que desejam manter. A experiência mostrou que os principais oponentes ao fortalecimento da APS provavelmente são médicos especialistas e suas associações, hospitais (particularmente com fins lucrativos), a indústria farmacêutica e algumas organizações de advocacia. Esses grupos estão entre os mais poderosos em termos de recursos e capital político na maioria dos países, e seus interesses estão freqüentemente alinhados em oposição ao empenho sério de reforma da saúde.

Tanto os que apóiam quanto os que se opõem à renovação da APS são superados em número, porém, pelos muitos atores, organizações e agências que provavelmente são neutros na questão. Estes incluem várias agências multilaterais e bilaterais, muitos pagadores de serviços de saúde (tais como os planos de saúde, agências de seguridade social, ministérios da saúde), e a maioria dos cidadãos. Considerando essas entidades juntas, esse grupo neutro tem um peso político e econômico considerável; entretanto, considerados como indivíduos, com freqüência seus interesses não coincidem. Mais freqüentemente, são dispersos e podem até discordar uns dos outros sobre questões diferentes. Assim, a chave para os defensores da renovação da APS será encontrar um aspecto desse empenho de renovação que chamará a atenção de muitos desses atores e grupos, e que irá mobilizá-los a aliar-se com aqueles que apóiam a APS.

Há diversas etapas para administrar o processo de renovação da APS. O primeiro é trabalhar para mudar a percepção do problema e as soluções entre todas as partes interessadas. A renovação da APS deve ser estruturada em termos de suas metas gerais - um sistema de saúde mais eficiente e eficaz, saúde e equidade melhores, melhor desenvolvimento humano e sua contribuição ao crescimento econômico sustentável - e explicitamente da realização dessas metas. O processo contínuo de consulta regional da OPAS e as consultas em níveis nacionais já começaram a sensibilizar as partes interessadas para a importância de renovar a APS.

A próxima etapa é criar novos apoiadores. Um método para essa criação é enfatizar que a Declaração do Milênio e a APS são estratégias complementares. A APS é uma abordagem essencial para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, uma vez que defende a visão do sistema de saúde como uma instituição social que reflete valores da sociedade e fornece os meios para operacionalizar o direito ao mais alto nível possível de saúde.³⁷ À medida que a APS luta para realinhar as prioridades do setor saúde, a Declaração do Milênio pode oferecer a estrutura para o desenvolvimento de base ampla que tanto acelerará as melhorias em saúde como será favorecida pelo bom desempenho do setor saúde.

Enfocando atores específicos, as organizações de financiamento como agências, instituições e fundações financeiras e de desenvolvimento multilaterais/ bilaterais terão de ser convencidas de que a renovação da APS fortalecerá o impacto e sustentabilidade de seus objetivos, tais como alcançar a iniciativa 3x5, realizar as metas do Fundo Global, garantir um desenvolvimento social mais equitativo e outros esforços internacionais de saúde e desenvolvimento. Os defensores da renovação da APS devem argumentar que os investimentos no setor saúde são cruciais para criar as condições necessárias para o desenvolvimento humano equitativo e de base ampla, e que um sistema de saúde com base em APS fornece a fundação de um “sistema de entrega integrado”

sustentável e receptivo, necessário para alcançar outros objetivos como a iniciativa 3x5 da OMS, as atividades do Fundo Global, entre outros.⁸²

Similarmente, os defensores da APS precisarão convencer aqueles que pagam por serviços de saúde - planos de saúde, agências de seguridade e ministérios da saúde - que um sistema de saúde com base na APS terá, enfim, valido o investimento. Os elementos desse argumento estão presentes, mas precisam ser agrupados em uma estratégia eficaz de comunicação e defesa, certificando-se de que sejam destacadas as evidências sobre a eficácia e a eficiência da APS e o potencial que tem de economia em longo prazo.

Além disso, será essencial defender a adoção de um sistema de saúde com base em APS àqueles que o estarão utilizando. Os cidadãos de todo o globo estão exigindo serviços e sistemas de saúde eficazes, de boa qualidade, e que permitam responsabilização; instruí-los sobre os benefícios de um sistema com base em APS permitirá que eles exijam compromissos específicos de seus governos. Assim, é necessário disponibilizar as evidências da eficácia da APS, de modo que os membros da comunidade possam analisar e discutir, e os defensores da APS devem solicitar as opiniões dos cidadãos sobre que aspectos da APS eles julgam mais importantes ou obrigatórios.

Ao mesmo tempo, os defensores da APS devem trabalhar para fortalecer o posicionamento de quem apóia a APS, o que envolverá o desenvolvimento de coalizões e redes, bem como a disseminação de evidências e de melhores práticas. Hoje, há uma oportunidade única de construir uma coalizão internacional de indivíduos e organizações dedicados à renovação da APS. Isso coincide com uma maior atenção dada à questão da equidade, o papel da comunidade internacional de promover a saúde como bem público global, e um maior descontentamento com o *status quo*.⁸³ Os defensores da renovação da APS precisarão ter acesso à base de evidências sobre os benefícios de um sistema de saúde com base na APS. As lições aprendidas devem ser disseminadas às partes interessadas, defensores e agentes de mudança em todos os níveis.

Por fim, uma vez que uma massa crítica de apoiadores tenha sido estabelecida, e os argumentos para a renovação da APS tenham sido desenvolvidos em nível local, pode ser apropriado negociar com os que discordam. O objetivo deve ser identificar os pontos de concordância e de discordância, encontrar áreas potenciais em que seja possível um maior acordo via compromisso, e isolar e estreitar as áreas não negociáveis.

Há um interesse renovado na APS em todo o mundo. Organizações tão distintas como o Banco Mundial, organizações de advocacia, o setor privado e a OMS reconheceram que o fortalecimento de sistemas de saúde é um pré-requisito para melhorar o crescimento econômico, avançar na equidade social, melhorar a saúde e fornecer tratamentos para combater o problema HIV/AIDS. Nosso trabalho é convencer esses atores que a APS é o lugar lógico e apropriado para colaboração, investimento e ação. O tempo de ação é agora.

C. Linhas Estratégicas de Ação

O objetivo principal das linhas propostas de ação é desenvolver ou fortalecer mais os sistemas de saúde com base na APS por toda a Região das Américas, o que exigirá esforços combinados de profissionais de saúde, cidadãos, governo, sociedade civil, agências multilaterais e bilaterais e outros.

Dada a diversidade entre os países da região, entende-se que a linha de tempo para concluir essas ações seja flexível e adaptável a diferentes situações e contextos. Em geral, o tempo estimado para alcançar esses objetivos é de 10 anos. Os dois primeiros anos darão prioridade à condução de análises e diagnóstico da situação, e os anos restantes serão dedicados a linhas específicas de ação, descritas abaixo:

Em âmbito nacional (território nacional de cada país)

Os estados membros, representados por seus governos, devem:

1. Liderar e desenvolver o processo de renovação da APS com o objetivo definitivo de melhorar a saúde da população e a equidade.
2. Conduzir uma avaliação da situação do país e desenvolver um plano de ação para a implementação de um sistema de saúde com base na APS em um período de 10 anos.
3. Desenvolver um plano de comunicação para disseminar a idéia de sistemas de saúde com base na APS.
4. Incentivar a participação da comunidade em todos os níveis do sistema de saúde.
5. Conduzir uma análise das partes interessadas, e explorar opções e estratégias políticas que possam levar à plena realização de um sistema de saúde com base na APS.
6. Garantir a disponibilidade e a sustentabilidade de recursos financeiros, físicos e tecnológicos para a APS.
7. Garantir o desenvolvimento de recursos humanos necessários à implementação bem-sucedida da APS, incorporando equipes multidisciplinares.
8. Criar os mecanismos necessários para fortalecer a colaboração intersectorial e o desenvolvimento de redes e parcerias.
9. Auxiliar a harmonização e o realinhamento de estratégias de cooperação internacional, de modo que sejam mais direcionadas às necessidades do país.

Em âmbito sub-regional (Região Andina, América Central, Caribe Latino, Caribe Não-Latino, América do Norte e Cone Sul)

Os grupos sub-regionais, sob a liderança da OPAS/OMS, devem:

1. Coordenar e facilitar o processo de renovação da APS.
2. Desenvolver uma estratégia de comunicação e defesa para promover o conceito de sistemas de saúde com base na APS.
3. Conduzir uma análise das partes interessadas, e explorar opções e estratégias políticas que possam levar à plena realização de um sistema de saúde com base em APS.
4. Apoiar a OPAS/OMS e outras agências de cooperação internacional na mobilização de recursos em apoio a iniciativas de APS em âmbito sub-regional.

Em âmbito regional (região das Américas)

A OPAS/OMS, a OEA, e as representações regionais de agências de cooperação internacional devem:

1. Coordenar e facilitar o processo de renovação da APS.
2. Conduzir uma análise das partes interessadas, e explorar opções e estratégias para promover a APS na região.
3. Promover o desenvolvimento de redes, alianças e centros de colaboração regionais em apoio à APS, bem como o intercâmbio de experiências dentro dos países e entre eles.
4. Liderar esforços na mobilização e sustentabilidade de recursos em apoio a iniciativas de APS em âmbito regional.
5. Desenvolver uma metodologia e indicadores para monitorar e avaliar o progresso alcançado pelos países e pela região como um todo na implementação de sistemas de saúde com base na APS.
6. Avaliar diferentes sistemas de saúde com base em APS e identificar e disseminar informações sobre melhores práticas visando melhorar sua aplicação.
7. Continuar auxiliando os países na melhoria do treinamento de trabalhadores em saúde, incluindo formuladores de políticas e gestores, nas áreas de prioridade da APS.
8. Considerar os valores, princípios e elementos centrais da APS nas atividades de todos os programas de cooperação técnica.
9. Contribuir para a harmonização e o realinhamento de estratégias de cooperação internacional, de modo que sejam mais direcionadas às necessidades da região.

Em âmbito global (mundial)

A OPAS, com o apoio da OMS, e as sedes das agências de cooperação internacional devem:

1. Disseminar em todo o mundo o conceito de sistemas de saúde com base na APS como uma estratégia chave para alcançar os ODMs e para combater eficazmente os principais determinantes da saúde.
2. Avaliar a situação global com respeito à implementação da APS, incluindo a análise dos grupos de interesse e a exploração de opções e estratégias para fortalecer a abordagem.

3. Promover o desenvolvimento de redes, alianças e centros de colaboração globais em apoio à APS, bem como o intercâmbio de experiências dentro dos países e entre eles.
4. Estabelecer um grupo de trabalho para estudar e propor uma estrutura conceitual, estabelecendo os vínculos e as relações entre a APS e outras estratégias/ abordagens, como promoção da saúde, saúde pública, e combatendo os determinantes sociais da saúde.
5. Determinar o papel apropriado da APS em resposta a epidemias, pandemias, desastres e grandes crises.

Agradecimentos

Este documento foi elaborado por James Macinko, da Universidade de New York, e Hernan Montenegro e Carme Nebot, da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Seu conteúdo se beneficiou muito com a orientação, as recomendações e as discussões resultantes do Grupo de Trabalho da OPAS sobre APS, as discussões nacionais realizadas nos países das Américas, e a consulta regional em Montevideu, em julho de 2005. Os membros do Grupo de Trabalho da OPAS sobre APS são: (Especialistas de fora da OPAS): Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo e James Macinko; (Especialistas da OPAS): Carissa Etienne, Fernando Zacarias, Pedro Brito, Maria Teresa Cerqueira, Sylvia Robles, Juan Manuel Sotelo, Socorro Gross, Humberto Jaime Alarid, Jose Luis di Fabio, Monica Brana, Carme Nebot e Hernan Montenegro. Várias pessoas ofereceram informações detalhadas sobre versões anteriores deste documento: Jo E Asvall, Rachel Z Booth, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J Duhl, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, José Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luís Eliseo Velásquez, Yuri Carvajal, Ruben Alvarado, Luciana Chagas, Paz Soto, Ilta Lange, Antonio González Fernández, Maria Angélica Gomes, Raul Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kantén, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lillian Reneau-Vernon, Krishna K. Sundaraneedi, German Perdomo, Beverly J. Mc Elmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejia, Nidia Gómez, Gustavo S Vargas e Cristina Puentes. Somos gratos também pelas contribuições e sugestões substanciais de Barbara Starfield e Rafael Bengoa.

Agradecimentos especiais a Maria Magdalena Herrera, Frederico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Ety Alva, Elide Zullo e Maritza Moreno. Também agradecemos Román Vega, María Isabel Rodríguez e Margarita Misas por traduzir a versão em inglês deste documento para espanhol.

Os pontos de vista expressos neste documento podem não necessariamente representar as opiniões individuais das pessoas aqui mencionadas ou das instituições a que são afiliadas.

Anexo A: Métodos

Este documento tem como ponto inicial os resultados da primeira reunião do grupo de trabalho sobre APS, que se reuniu em Washington, D.C., em junho de 2004. Em suas diversas formas provisórias, serviu como insumo a reuniões e discussões subseqüentes. Trata-se de um trabalho em andamento, que continua a beneficiar-se com críticas e diálogos construtivos.

O Grupo de Trabalho sobre APS (GT) foi criado em 13 de maio de 2004, em consonância com a Resolução CD 44.R6, da OPAS/OMS, que convocava os Estados Membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. As sessões plenárias do GT foram realizadas em Washington (28-30 de junho de 2004) e em San José de Costa Rica (25-29 de outubro de 2004). Os objetivos do GT são: 1) analisar e reafirmar as dimensões conceituais da APS contidas na Declaração de Alma Ata; 2) desenvolver definições operacionais de conceitos relevantes à APS; 3) dar orientação aos países e à OPAS/OMS sobre como reorientar os sistemas e os serviços de saúde da região seguindo os princípios da APS; 4) elaborar uma nova declaração regional sobre APS que reflita as realidades atuais dos sistemas de serviços de saúde e a necessidade de avaliar os êxitos e o progresso da APS; e 5) organizar e realizar uma consulta regional com grupos de interesse relevantes, de forma a tornar legítimos os processos acima.

Esse processo resultou em diversos documentos² que foram apresentados e discutidos em fóruns virtuais e nas sessões plenárias da Reunião da Costa Rica. O processo do GT beneficiou-se de visitas de campo à Costa Rica, onde membros do GT consultaram especialistas locais sobre seus pontos de vista e experiências sobre APS e os esforços para melhorar a equidade na APS, de forma a aprender com as experiências daquele país.

De forma a rever a base de evidências para a APS, conduzimos uma revisão sistemática da literatura, incluindo artigos de jornais revistos por especialistas; publicações de organizações internacionais, publicações oficiais de governos e documentos de trabalho; declarações e recomendações políticas de reuniões internacionais e grupos de defesa; e relatórios de experiências de campo de diversas organizações internacionais, governamentais e não-governamentais. Os resultados dessa revisão são apresentados na bibliografia anotada, preparada como parte do Grupo de Trabalho³.

Em maio de 2005, o documento de posicionamento provisório foi enviado a países com sugestões para a condução do processo nacional de consulta sobre APS e diretrizes específicas para a análise do documento de posicionamento. Vinte consultas nacionais ocorreram entre maio e julho de 2005 (Ver Quadro 4). Em âmbito nacional, o documento de posicionamento foi revisto por representantes ministeriais, acadêmicos, de organizações não-governamentais, de associações profissionais, prestadores de serviços de saúde, tomadores de decisões, consumidores e de outros setores sociais. Após as discussões nacionais, os resultados de cada país foram enviados de volta à sede da OPAS, onde foram analisados e as sugestões foram integradas à versão final do documento.

² Revisión y actualización de los principios de APS. Dr Javier Torres Goitia and Group 1; Desarrollo de un nuevo marco conceptual y analítico de APS. Dr Sarah Escorel and Group 2; Integración de los enfoques Horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Dr Rodrigo Soto and Group 3; Consulta regional. Términos de referencia. Dr Enrique Tanoni, Dr Juan Manuel Sotelo and Group 4.

³ *Annotated Bibliography on Primary Health Care*. 2005. Prepared by J. Macinko & F. Guanais. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Os textos provisórios do documento de posicionamento, da declaração regional e das linhas de ação estratégicas foram discutidos em uma consulta regional realizada em Montevidéu, Uruguai, de 26 a 29 de julho de 2005. A consulta reuniu aproximadamente 100 pessoas, representando mais de 30 países na Região, organizações não-governamentais, associações profissionais, universidades e agências da ONU.

O documento de posicionamento e a declaração regional atuais refletem as recomendações feitas por meio desses processos consultivos.

Quadro 4: Consultas Nacionais sobre a Renovação da APS

País	Data
Argentina	20 de maio a 10 de junho
Bolívia	junho (virtual)
Brasil	7 de junho
Chile	11 de junho
Colômbia	25 a 28 de maio
Costa Rica	10 de junho
Cuba	13 de junho
República Dominicana	27 a 30 de junho
Equador	14 de julho
El Salvador	15 de junho
Guatemala	2 e 9 de junho
Guiana	12 de maio
Jamaica	5 de maio
México	1 de julho
Nicarágua	21 e 23 de junho
Panamá	8 de julho
Paraguai	2 de junho
Peru	14 e 15 de julho
Suriname	30 de junho
Venezuela	14 e 20 de julho

Anexo B: Glossário e definições de trabalho⁴

Aceitabilidade: Nível em que um serviço é consistente com as necessidades, os valores e os padrões culturais de uma comunidade.⁸⁴

Acessibilidade: Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, sócio-culturais, estruturais e/ ou de gênero à participação no sistema de saúde e/ ou para receber serviços de saúde ou outros serviços sociais; conceito para avaliar se as pessoas conseguem obter os serviços necessários à sua saúde.⁴⁵

Ações intersetoriais: Ações (por exemplo, coleta e análise de dados, fornecimento de serviços ou de informações) que reúnem atores de todos os setores que determinam a saúde da população. O papel do sistema de saúde em tais ações depende da causa e da magnitude do problema, dos recursos disponíveis e de outros mecanismos de colaboração.

Atenção abrangente: Serviços essenciais necessários para atender a todas as necessidades de saúde da população, exceto as incomuns, que são oferecidos na APS; os serviços não disponíveis são prestados por meio de referência e do componente de coordenação da APS (ver “coordenação”). Isso implica o fornecimento de promoção integrada de saúde, prevenção de doenças, atenção curativa, reabilitação e apoio físico, psicológico e social, que servem para combater a maioria dos problemas de saúde em uma dada população.⁸⁸

Atenção apropriada e eficaz: Aplicação de medidas, tecnologias e recursos que sejam qualitativa e quantitativamente suficientes para atingir a meta desejada. Exige que um benefício de saúde esperado exceda as conseqüências negativas esperadas por uma margem grande o bastante para justificar a realização do procedimento em vez de outras alternativas. Eficácia implica que as abordagens para melhorar a saúde causem os impactos pretendidos no âmbito da população.

Atenção primária: O nível de um sistema de saúde “que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece atenção focada na pessoa (não na doença) com o passar do tempo, oferece atenção para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção oferecida em outros locais ou por outros profissionais.”⁵⁶ Imagina-se que esse termo date de aproximadamente 1920, quando o Relatório Dawson foi publicado no Reino Unido. Esse relatório mencionava “centros de atenção primária”, que foram propostos para serem o ponto central dos serviços regionalizados naquele país.⁵⁶ Outro termo, “Atenção Primária Orientada à Comunidade” (“Community Oriented Primary Care” - COPC, sigla em inglês), originou-se na década de 1940, na África do Sul. A abordagem COPC continua até hoje e é vista, entre outros fatores, como um precursor importante da concepção de APS na Declaração de Alma Ata.¹⁰⁷

Atenção Primária Orientada à Comunidade: Processo contínuo pelo qual se oferece atenção primária a uma comunidade definida com base em suas necessidades de saúde avaliadas por meio da integração planejada da prática de saúde pública com a prestação de serviços de atenção primária.⁸⁷

Atenção Primária em Saúde (APS): Em 1978, a Declaração de Alma Ata definiu a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde.”²⁷

Atenção integrada: Combina eventos e informações relativas a eles que causam impacto sobre a saúde de uma pessoa e ocorrem em situações e níveis de atenção distintos por toda a vida.⁹⁰ Relaciona-se com a longitudinalidade, que é uma orientação dos serviços de saúde às pessoas (não às doenças) durante o curso de suas vidas, é realizada por meio de uma área de captação definida e com sistemas de informação integrados nos níveis familiar e comunitário. A atenção integrada, portanto, refere-se à atenção dada com o passar do tempo por um único indivíduo ou por uma equipe de profissionais de saúde (“longitudinalidade dos clínicos”) e a comunicação eficaz e oportuna das informações de saúde sobre eventos, riscos, recomendações e referências de pacientes por uma variedade de profissionais de saúde (“longitudinalidade de registros”).⁹⁰

⁴ Observe que essas são definições de trabalho e estão sujeitas a esclarecimentos resultantes de debates, novas descobertas de pesquisas ou outras opiniões consideradas. Incentivamos o envio de sugestões sobre como melhorar e operacionalizar mais esses conceitos.

Base na população, com: Em oposição a uma abordagem individual ou clínica, uma abordagem com base na população utiliza dados no âmbito da população para tomar decisões sobre planejamento, gestão e estabelecimento de prioridades em saúde. É uma abordagem para melhorar a eficácia e a equidade de intervenções e para alcançar uma saúde melhor e uma melhor distribuição de saúde para toda a população. Considera o contexto da cultura, da situação de saúde e das necessidades de saúde de grupos geográficos, demográficos ou culturais a que a população pertence.

Cobertura universal: Financiamento e arranjos organizacionais para atender a toda a população, retirando a capacidade de pagamento como uma barreira para acessar os serviços de saúde e oferecendo proteção financeira com o passar do tempo.

Coordenação: O quanto a APS facilita o acesso e a integração de outros tipos de atenção e cuidados de saúde de complexidade crescente quando não estão disponíveis no âmbito local da APS. É o grau em que a atenção necessária a uma pessoa é coordenada entre os médicos e pelas organizações com o tempo.⁸⁹ Refere-se à conexão entre os serviços e o pedido racional de fornecimento destes, incluindo os recursos da comunidade.⁹⁰

Desenvolvimento Humano: “é um processo de aumentar as escolhas das pessoas... expandindo as capacidades e as funções humanas. Em todos os níveis de desenvolvimento, as três capacidades essenciais para o desenvolvimento humano são as pessoas terem vidas longas e saudáveis, serem instruídas e terem um padrão de vida decente... Mas a esfera do desenvolvimento humano é maior: as áreas de escolha essenciais, altamente valorizadas pelas pessoas, variam de oportunidades políticas, econômicas e sociais por serem criativas e produtivas até gozarem de respeito por si mesmas, de autoridade e de uma sensação de pertencer a uma comunidade.”¹⁰¹ O Índice de Desenvolvimento Humano é uma forma de captar o nível de desenvolvimento humano em um determinado país. Compõe-se de níveis nacionais de saúde (expectativa de vida), conhecimento (consecução da educação primária) e padrões de vida (renda nacional bruta per capita).

Direito ao mais alto nível possível de saúde: A Constituição da Organização Mundial da Saúde e os tratados internacionais de direitos humanos reconhecem o direito ao “padrão mais alto possível” de saúde. Esse direito enfatiza o vínculo do estado de saúde a questões de dignidade, não-discriminação, justiça e participação.³⁹ Os direitos abrangem liberdades (por exemplo, liberdade de controlar suas próprias decisões sobre reprodução, libertação da tortura) e direitos (por exemplo, um cidadão tem direito aos cuidados de saúde necessários e a condições saudáveis de vida).¹¹⁰ Uma abordagem com base nos direitos requer obrigações e responsabilização da parte dos agentes responsáveis (por exemplo, os governos) para garantir que os cidadãos possam exercer suas reivindicações de saúde. Esses direitos também implicam conduta ética e responsabilidade da parte dos prestadores de serviços de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas. Alguns acordos internacionais definem que os direitos dos cidadãos incluem: o direito à libertação das condições que impedem alcançar o nível máximo possível de saúde; direito a cuidados de saúde e a condições saudáveis de vida e de trabalho; e expectativas em termos de padrões de conduta ética na prestação de serviços e na pesquisa. As obrigações do estado incluem: obrigações de respeitar (evitar interferir no gozo de boa saúde), proteger (os estados devem tomar medidas para evitar que terceiros interfiram na saúde do cidadão e na sua consecução), e cumprimento (os estados devem adotar medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária, judicial, promocional e outras para atender a plena realização desses direitos).¹¹¹

Elemento: Uma parte ou qualidade componente de um fator, freqüentemente aquela que é básica ou essencial.

Ênfase na promoção e prevenção: A atenção é dada o mais cedo possível no ponto de intervenção na cadeia entre riscos e problemas de saúde e suas seqüelas. É implementada nos âmbitos individual e comunitário. No âmbito individual, inclui educação e promoção da saúde para aumentar a capacidade das pessoas de prevenção e auto-cuidado. No âmbito comunitário, a APS coordena-se com outros setores para implementar atividades básicas e primordiais de prevenção (ver “prevenção” e “intersetorialidade”).

Enfoque na família e na comunidade: A consideração da situação de saúde das pessoas no contexto maior de seu ambiente familiar. Serviços sociais e de saúde que atendem as necessidades da população, com base em dados locais e prestados dentro do contexto social e cultural da família do indivíduo ou outro contexto social relevante.⁹⁴ As práticas devem combater os problemas de saúde das pessoas no contexto de suas circunstâncias familiares, de suas redes sociais e culturais e das circunstâncias em que vivem e trabalham.⁹⁵ Isso implica um entendimento ativo das circunstâncias e dos fatos da vida de uma pessoa, tais como suas condições de vida, dinâmica familiar e problemas de saúde, situação de trabalho e bagagem cultural.⁹⁰

Equidade em saúde: Ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos da saúde (ou seus determinantes) em grupos definidos social, demográfica ou geograficamente.⁹¹

Eqüidade em serviços de saúde: Ausência de diferenças no acesso a serviços de saúde para necessidades iguais de saúde (eqüidade horizontal) e um maior acesso ou outros recursos para grupos de população definidos social, demográfica ou geograficamente com maiores necessidades de saúde (eqüidade vertical).⁹²

Funções Essenciais de Saúde Pública: Incluem: I) Monitoramento, avaliação e análise do estado de saúde; II) Vigilância em saúde pública, pesquisa e controle de riscos e ameaças à saúde pública; III) Promoção da saúde; IV) Participação social em saúde; V) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para o planejamento e a gestão em saúde pública; VI) Fortalecimento da capacidade institucional para regulação e cumprimento da lei em saúde pública; VII) Avaliação e promoção do acesso eqüitativo aos serviços necessários de saúde; VIII) Desenvolvimento e treinamento de recursos humanos em saúde pública; IX) Garantia de qualidade em serviços de saúde individual e com base na população; X) Pesquisa em saúde pública; e XI) Redução do impacto de emergências e desastres sobre a saúde.⁹³

Intersetorialidade: Integração da APS com esforços para abordar os determinantes de saúde externos ao setor saúde, tais como água e saneamento, habitação, educação, meio ambiente e coordenação do desenvolvimento e implementação de uma ampla gama de políticas e programas públicos que afetam e envolvem os setores externos aos serviços de saúde. Isso requer vínculos fortes entre as áreas pública, privada e não-governamental, tanto dentro quanto fora dos serviços tradicionais de saúde, cujas ações causem impacto sobre o estado de saúde e o acesso à atenção em saúde, tais como emprego, educação, habitação, produção de alimentos, água, saneamento e cuidados sociais. As abordagens intersetoriais envolvem todos os recursos da sociedade que influenciam a saúde.

Justiça Social: É um conceito ético amplamente baseado em teorias de contrato social. A maioria das variações do conceito mantém que à medida que os governos são instituídos pelas populações para atuar em benefício delas, aqueles governos que falham em observar o bem-estar de seus cidadãos estão falhando em cumprir sua parte no contrato social e são, portanto, injustos. O conceito geralmente inclui, sem se limitar a isto, a defesa dos direitos humanos, e também costuma referir-se à justiça geral de uma sociedade em suas divisões e distribuições de recompensas e responsabilidades.¹¹²

Mecanismos de participação ativa: Ações (apropriadas à comunidade em questão) planejadas para alcançar responsabilização e representação dos interesses da comunidade em âmbitos local e nacional.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs): A Declaração do Milênio é uma estrutura para que os países trabalhem juntos e melhorem seu desenvolvimento; reconhece a liberdade, a igualdade, a solidariedade, a tolerância, o respeito pela natureza e a responsabilidade compartilhada como valores essenciais para as relações internacionais no século XXI.¹⁰² Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram elaborados de forma a orientar os esforços para alcançar os acordos estabelecidos na Declaração do Milênio. Esses objetivos incluem: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade de gêneros e o empoderamento das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental, e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

Organização e gestão otimizadas: Incluem a capacidade de olhar à frente e prever o futuro (planejamento estratégico), adaptar-se a mudanças (gerenciar as mudanças), monitorar e avaliar constantemente o desempenho do sistema (avaliar o impacto das mudanças, isto é, avaliação com base no desempenho). Incluem o uso de critérios para alocar recursos (por exemplo, eqüidade, eficácia de custos, adequação) e a escolha de estratégias otimizadas para alcançar ganhos de saúde com eqüidade. Requer uma estrutura jurídica, política e institucional sólida que defina as ações, os atores, os procedimentos e os sistemas jurídicos e financeiros necessários para permitir que a APS desempenhe suas funções específicas, vincule-se com outras partes do sistema de saúde e trabalhe entre os setores para abordar os determinantes de saúde.

Orientação à qualidade: Grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.¹⁰⁸ Os principais pilares da qualidade são: eficácia, eficiência, otimização (equilíbrio entre os custos de saúde e os efeitos dos cuidados), aceitabilidade, legitimidade e eqüidade.⁴¹ Compõe-se de qualidade técnica e satisfação do usuário com os serviços.

Participação: A participação individual é o grau em que uma pessoa participa e compartilha da tomada de decisões acerca de seus próprios cuidados. Um conceito similar é "Auto-cuidado" ou fornecimento de informações às pessoas para permitir-lhes que forneçam os cuidados a si mesmos ou saibam avaliar quando precisam procurar os cuidados de um profissional.¹⁰³ A participação social é o direito e a capacidade da população de participar efetivamente e de forma responsável das decisões sobre atenção em saúde e de sua implementação. A participação social em saúde é uma faceta da participação cívica geral, uma condição para o exercício da liberdade, para a democracia, para o controle social da ação pública e para a eqüidade.⁹³

Políticas e programas pró-equidade: Esforços pró-ativos e sistemáticos para reduzir as desigualdades na saúde e/ ou as desigualdades no acesso a serviços de saúde.

Prevenção: A prevenção enfoca tradicionalmente três níveis: a *prevenção primária* luta contra a doença antes que ocorram as exposições; a *prevenção secundária* luta contra a doença uma vez que já tenha sido diagnosticada; e a *prevenção terciária* ocorre quando a doença já tenha se manifestado.¹⁰⁴ A essa tipologia, foi acrescida a noção de "*prevenção primordial*", que lida com a modificação das condições subjacentes que levam à exposição em primeiro lugar.¹⁰⁵ A prevenção primordial incorpora abordagens que criam a saúde e modificam as condições "que geram e estruturam a distribuição desigual das exposições que causam danos à saúde, as suscetibilidades da saúde e os recursos que protegem a saúde entre a população".¹⁰⁶

Primeiro atendimento: O local em que os problemas de saúde são primeiramente encontrados e abordados (exceto os cuidados de emergência) e de onde são tomadas as decisões quanto à necessidade de outros tipos de atenção.

Princípio: Uma verdade, lei, doutrina ou força motivadora fundamental, sobre a qual se baseiam outras.

Promoção da saúde: "O processo de permitir que as pessoas aumentem o controle sobre os determinantes de saúde e, portanto, melhorem sua saúde... Envolve a população como um todo no contexto de sua vida cotidiana, em vez de focar as pessoas com risco de doenças específicas, e é direcionada a uma ação sobre os determinantes ou causas de saúde".⁹⁸ Ver "prevenção".

Receptividade às necessidades de saúde da população: A atenção necessária para alcançar a saúde da população e a equidade comensurada com o melhor nível possível em um determinado grau de conhecimento e desenvolvimento social.⁸⁶ É a atenção enfocada nas pessoas em vez de em órgãos ou sintomas específicos. É o surgimento da atenção "centrada na pessoa" no âmbito da população e considera as dimensões física, mental, emocional e social de uma pessoa.⁹⁰ Também é definida como atenção com as seguintes características: enfoque na pessoa toda, o médico tem conhecimento da pessoa, atenção e empatia,¹⁰⁹ confiança nos médicos, atenção adaptada apropriadamente e tomada de decisões médicas compartilhada.¹⁰⁹

Recursos apropriados às necessidades: Os recursos devem ser suficientes para atender as necessidades de saúde da população (prevenção, promoção, cuidados curativos, de reabilitação e ações intersectoriais), incluindo os recursos necessários para elevar o estado de saúde dos menos privilegiados a um passo igual ou mais rápido do que o da população em geral. Em âmbito local, isso requer instalações, equipes, suprimentos e orçamentos operacionais adequados.

Recursos humanos apropriados: Recursos humanos com as competências certas (conhecimento e capacidades), mistura de capacidades e distribuição geográfica para apoiar a APS. Isso implica freqüentemente a disponibilidade de diversos profissionais de saúde (por exemplo, clínicos gerais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, agentes sociais, gerentes de caso, voluntários da comunidade) associados à promoção, prevenção e tratamento de saúde e a atenção contínua de indivíduos, famílias e comunidades.⁸⁶

Relevância: Representa o grau em que as necessidades comuns de toda a população e as necessidades específicas de uma população em particular são atendidas, assim como o grau em que os serviços apropriados são aplicados para atender essas necessidades, com base em evidências objetivas. É a medida por meio da qual as prioridades foram estabelecidas, considerando que os problemas mais importantes devem ser atacados primeiro.⁹⁹

Responsabilização: Processo de responsabilizar os atores por suas ações.⁸⁵ Para os governos, isso inclui a obrigação de prever e divulgar periodicamente, detalhada e consistentemente, a todas as partes responsáveis direta e indiretamente ou interessadas, os propósitos, os princípios, os procedimentos, as relações, os resultados, as receitas e as despesas, de forma que estes possam ser avaliados pelas partes interessadas.⁸⁴ Inclui a necessidade de transparência no nível de alcance da saúde na população e na adequação de mecanismos para alcançá-la.

Saúde: Definida pela OMS como "um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade".⁹⁶ Essa definição tem sido criticada por ser irrealista, uma vez que, de acordo com essa definição, a maioria das pessoas não seria considerada saudável. Saúde também foi definida como um estado dinâmico, como uma forma (ou desvio) de homeostase, e como uma massa contínua com pólos positivos e negativos. No âmbito da população, a saúde pode ser vista como questão social, econômica e política, bem como um direito humano.¹¹ A Carta de Ottawa para a promoção da saúde redefiniu os pré-requisitos da saúde como paz, abrigo, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.⁹⁷

Sistema de saúde: A OMS define o sistema de saúde como aquele que “inclui todas as organizações, instituições e recursos que produzem ações, cujo objetivo primário seja melhorar a saúde”.⁹⁹ Um sistema de saúde também pode ser caracterizado de acordo com seus atores principais: o corpo governamental ou profissional que estrutura e regula o sistema; a população, incluindo os pacientes que, na qualidade de indivíduos e famílias, pagam pelo sistema de saúde (por meio de impostos ou outros mecanismos) e recebem os serviços; agentes de financiamento, que coletam fundos e alocam-nos a prestadores ou adquirem serviços em âmbitos nacional ou mais estreitos; organizações comunitárias e locais (por exemplo, organizações voluntárias, comitês de saúde, iniciativas privadas) que auxiliam a organização, o apoio logístico, o financiamento direto e indireto e (algumas vezes) a prestação dos serviços; e os prestadores de serviços, que podem ser categorizados de diversas formas.¹⁰⁰ Os sistemas de saúde também podem ser caracterizados por suas funções principais: administração (ou supervisão); financiamento (coleta, fundo e aquisição); criação de recursos (investimento e treinamento); e prestação de serviços (fornecimento).⁹⁹

Sistema de saúde com base em atenção primária: Abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços de saúde aceitáveis à população e que aumentem a equidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e assegura a atenção no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersectoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade.

Solidariedade: A solidariedade é considerada uma união de interesses, propósitos ou afinidades entre membros de uma sociedade para criar as condições necessárias para melhorar as condições sociais. É exercida por meio da participação ativa individualmente e por meio de esforços organizados com outros. A solidariedade implica trabalhar junto para alcançar metas que não poderiam ser alcançadas individualmente. Isso ocorre mediante a definição de interesses comuns por meio de uma interação intensa e freqüente entre os membros do grupo.¹¹³ Caracteriza-se pelo propósito de atingir objetivos definidos pelo próprio grupo e a seu favor. Para alguns, um nível adequado de solidariedade social é essencial para a sobrevivência humana.¹¹⁴

Sustentabilidade: A capacidade de atender as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender as do futuro.⁸⁴

Sustentabilidade financeira: Recursos financeiros disponíveis para sustentar os custos do sistema de saúde e de suas funções em médio e longo prazo, considerando despesas futuras projetadas e isoladas de mudanças políticas, sociais ou econômicas.

Valor: Metas sociais ou padrões mantidos ou aceitos por um indivíduo, uma classe ou uma sociedade.

Anexo C: Alguns marcos da APS nas Américas, 1900-2005

Ano	Eventos Globais	Eventos nas Américas
1900 - década de 1950	A Conferência da ONU realizada em San Francisco concordou por unanimidade em estabelecer uma nova organização internacional de saúde autônoma (1945) Desenvolvimento da abordagem de Atenção Primária Orientada à Comunidade na África do Sul e nos EUA.	Agência Sanitária Internacional estabelecida (1902) Expectativa de vida: 55,2 anos (1950-1955)
década de 1960	A Comissão Médica Cristã foi criada por missionários médicos trabalhando em países em desenvolvimento. Enfatizavam o treinamento de trabalhadores de saúde nos vilarejos.	Rápido aumento do treinamento de profissionais de saúde e investimento na infraestrutura de saúde nas Américas por inteiro.
década de 1970	Expansão do programa “médicos descalços” na China O periódico <i>Contact</i> usou o termo “Atenção Primária” provavelmente pela primeira vez. As necessidades básicas são priorizadas: alimentação, habitação, água, suprimentos, serviços médicos, educação e emprego. Halfdan Mahler é eleito diretor geral da OMS e apoiou com eficácia o trabalho comunitário (1973). Primeira Conferência sobre População (1974) 28ª Assembléia Mundial de Saúde para priorizar a construção de Programas Nacionais de APS (1975) Conferência Internacional de Alma Ata (1978) Erradicação da varíola (1979) Atenção Primária Seletiva (1979)	O Relatório Lalonde do Canadá desenvolve a idéia de determinantes “não-médicos” da saúde (1974) Trabalhadores comunitários pouco treinados Desenvolvimento de metas regionais de saúde Projetos de pequena escala de APS orientados à comunidade na Venezuela, na América Central e outros lugares Expectativa de vida: 66 anos (1978)
década de 1980	Saúde para Todos A OMS inicia o programa de combate a HIV/AIDS Expansão da APS seletiva e programas verticais Conferência sobre População (México, 1983)	Desenvolvimento do Plano de Ação Regional Depressão econômica Deterioração dos serviços públicos Governos democráticos começam a funcionar em alguns países Dependência de doações Abordagem de sistemas de saúde locais (SILOS) Participação renovada da comunidade Cobertura de vacinação contra sarampo: 48% Incidência de sarampo: 408/1.000.000
década de 1990	Desenvolvimento Sustentável Conceito de desenvolvimento humano O Banco Mundial aponta a necessidade de lutar contra a pobreza e investir em saúde A Reforma do Setor Saúde promove um pacote de serviços de atenção primária Mudança do papel do estado Cúpula da Criança (New York, 1990) Cúpula da Terra (Rio, 1992) Conferência sobre População e Saúde Reprodutiva (Cairo, 1994)	Epidemia de cólera Deterioração progressiva das condições de vida, do ambiente social e físico Algumas reformas de saúde fortalecem a APS (por exemplo, Cuba, Costa Rica) Os ministérios da saúde tornam-se mais fortes - PIAS (Plano de Investimento Ambiental e de Saúde) Fim das guerras civis na América Central Eliminação da pólio nas Américas (1994) Expectativa de vida: 72.0 anos (1996)

<p>década de 2000</p>	<p>Comissão sobre Macroeconomia e Saúde Expansão da pandemia de HIV/AIDS Estabelecimento do Fundo Global contra a AIDS, Malária e Tuberculose Enfoque na equidade em saúde Saúde como bem público global Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde</p>	<p>Cobertura de vacinação contra sarampo: 93% Incidência de sarampo: 2 a cada 1.000.000 Expectativa de vida: 72,9 anos (1995-2000)</p>
-----------------------	--	--

Fontes: ^{33,79,115-118}

Anexo D: Facilitadores e Barreiras à Implementação Eficaz da APS nas Américas

Área	Barreiras	Fatores Facilitadores
Visão/abordagem à saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Visão fragmentada da saúde e conceitos de desenvolvimento • Indiferença quanto aos determinantes da saúde • Falta de abordagem preventiva e de auto-cuidados • Enfoque excessivo na atenção curativa e especializada • Operacionalização insuficiente de conceitos de APS • Diferentes interpretações de APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem integrada à saúde e seus determinantes • Promoção da saúde da comunidade • Promoção da auto-responsabilidade individual, familiar e comunitária • Necessidade de esclarecer os papéis da saúde pública, APS, promoção da saúde, desenvolvimento humano
Sistemas de saúde segmentados e fragmentados	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas de saúde que segmentaram e dividiram as pessoas • Divisão entre o setor público, privado e de seguridade social • Falta de coordenação e sistemas de referência • Capacidade regulatória deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal como parte da inclusão social • Serviços baseados nas necessidades da população • Funções de coordenação em todos os níveis • Cuidados baseados em evidências e qualidade
Liderança e gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comprometimento político • Centralização excessiva de planejamento e gestão • Liderança frágil e falta de credibilidade ante os cidadãos • Mobilização de interesses opostos à APS • Participação limitada da comunidade e exclusão de outros grupos de interesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações regulares do desempenho • Processos de reforma participativa • Identificação correta de prioridades setoriais • Plataforma neutra para chegar ao consenso • Integração da cooperação local e global • Sistemas de referência funcionais e rápidos
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de emprego inadequadas • Competências pouco desenvolvidas • Interesse limitado em pesquisa e desenvolvimento operacional • Pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação • Cultura de abordagens curativas e biomédicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na qualidade e melhora contínua • Educação profissional contínua • Desenvolvimento de equipes multidisciplinares • Promoção da pesquisa • Desenvolvimento de capacidades de gestão
Condições de financiamento e macroeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sustentabilidade financeira e política para APS • Gastos públicos concentrados em especialistas, hospitais e alta tecnologia • Orçamentos inadequados dedicados à APS • Pressões pela globalização e instabilidade econômica 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para garantir o financiamento adequado com o tempo • Sistemas para a utilização eficiente e equitativa de recursos • Sistemas de informação de saúde e gestão fortalecidos e integrados • Políticas macroeconômicas mais sólidas, favorecendo os pobres
Estratégias de cooperação internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias e prioridades específicas de doenças • Valores da sociedade não considerados em iniciativas de reformas • Alvos limitados e muito vinculados a tempo, que não refletem as necessidades • Pouca continuidade das políticas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • A APS reflete os valores sociais e as necessidades da população • APS como elemento central das políticas nacionais de saúde • As reformas fortalecem o papel dirigente do estado • Estruturas políticas e legais para as reformas da saúde

	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagens excessivamente verticais e centralizadas • Ausência de estrutura jurídica para implementar políticas voltadas à qualidade • Custos transferidos a cidadãos, com consulta limitada 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas progressivas de descentralização • As reformas de saúde fortalecem em vez de enfraquecer os sistemas de saúde
--	--	--

Fontes: ^{1,3,11,33,76,119-122} e relatórios dos países gerados como parte do processo de consulta para renovação da APS.

Referências

1. Pan American Health Organization. *Health in the Americas (Vols I and II)*. Washington, DC: PAHO, 2002.
2. The Earth Institute. *A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies*. New York: Columbia University, 2004.
3. Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico, y consumo de drogas en América Latina. Santiago: ECLAC, 2000.
4. Commission on Social Determinants of Health. *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March)*. Geneva: WHO, 2005.
5. Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J, editors. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, MN: Common Courage, 2000.
6. Stiglitz J. *Globalization and its discontents*. New York: W.W. Norton & Co., 2003.
7. United Nations Development Program. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 2003.
8. Sen A. *Development as freedom*. New York: Alfred Knopf, 1999.
9. World Health Organization. Health and Human Rights. Available <http://www.who.int/hhr/en/>, December 14, 2004.
10. Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
11. People's Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.
12. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (draft 5 May)*. Geneva: WHO, 2005.
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
14. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting health reform right; A guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
15. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005;71:83-96.
16. Kekki P. Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO, 2004.
17. Pan American Health Organization. *Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: PAHO, 2003.
18. Boerma W, Fleming D. The role of general practice in primary health care. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe., 1998.
19. Weiner J. Primary care delivery in the United States and four northwest European countries: comparing the "corporatized" with the "socialized". *The Milbank Quarterly* 1987;65(3):426-461.
20. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301(18):967-974.
21. World Health Organization. Chapter 7: Health Systems: principled integrated care. In: WHO, editor. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO, 2003.
22. World Health Organization. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO, 2003.
23. World Health Organization. Multi-country Evaluation of IMCI: Main Findings: WHO, 2004.
24. Pan American Health Organization. Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma-Ata. 45th Directing Council Provisionary Summary. *PAHO publication CD45/SR/4*. Washington, DC, 2004.
25. Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health* 2003;8(2):2-7.
26. Institute of Medicine. *Defining Primary Care: An Interim Report*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
27. World Health Organization. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Geneva: WHO, 1978.
28. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited. (*Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1*). Geneva: WHO, 1997.
29. Movement PsH, editor. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
30. Vuori H. Primary health care in Europe--Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221-31.
31. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221-30.
32. World Health Organization. *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
33. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74.

34. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy Plan* 1999;14(1):1-10.
35. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167-76.
36. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269-76.
37. Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health-Interim Report*. New York: UN Millennium Project.
38. World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO, 1996.
39. Fuenzalida-Puelma H, Scholle-Connor S. *The Right to Health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
40. Sen A. Why health equity? *Health Economics* 2002;11:659-666.
41. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8.
42. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
43. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.
44. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002;1(1):1.
45. Aday LA, Andersen R, Flaming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
46. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
47. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):819-853.
48. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
49. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics, 1996:18-29.
50. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-16.
51. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291-313.
52. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155-7.
53. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
54. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34.
55. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431-458.
56. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
57. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273-80.
58. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv* 1998;28(4):777-91.
59. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004;364(9442):1365-70.
60. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
61. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51-9.
62. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283-94.
63. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246-51.
64. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305-11.
65. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2000;433(1-5).

66. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions] (Article in Spanish). *Atención Primaria* 2004;33(6):305-11.
67. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97-102.
68. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333-8.
69. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742-7.
70. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;15(2):94-1003.
71. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 2004;58:1271-1284.
72. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martinez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan* 1998;13(3):323-31.
73. Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214-23.
74. Global Forum for Health Research. *Global Forum Update on Research for Health 2005 Health research to achieve the Millennium Development Goals* (available: <http://www.globalforumhealth.org>). London: Pro-Brook Publishing, 2005.
75. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All; 1998; Washington, DC. PAHO.
76. Banerji D. Alma-Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707-708.
77. Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82(8):616-9; discussion 619-23.
78. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):115-126.
79. Pan American Health Organization. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.
80. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
81. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9362):995-1000.
82. Birdsall N, Szekely M. Bootstraps, not Band-Aids: Poverty, equity and social policy. *Working paper 24*. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
83. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan* 2004;19(5):271-8.
84. European Observatory on Health Systems and Policies. *Glossary*. Available: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=A>, Accessed: December 13, 2004.
85. Brown LD, Fox JA. *The struggle for accountability: the World Bank, NGOs, and grassroots movements*. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
86. Commonwealth Department of Health and Family Services. *Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
87. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002;92(11):1748-55.
88. WONCA. *Improving health systems: the contribution of family medicine, A guide book*. Copenhagen, 2002.
89. Timmreck T. *Health Services Cyclopedic Dictionary*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1997.
90. Institute of Medicine. *Primary Care: America's health in a new era*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
91. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
92. Starfield B, Paganinni J. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:324-325.
93. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002.

94. Institute of Medicine. *Community-Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Washington, DC: National Academy Press, 1983.
95. WONCA E. *The European definition of General practice/Family Medicine*. Copenhagen, 2002.
96. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100*. Geneva: WHO, 1948.
97. Ottawa Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986 November 1986; Ottawa, Canada.
98. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.
99. World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.
100. Mills AJ, Ranson MK. The design of health systems. *International Public Health*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 2001.
101. United Nations Development Program. Glossary: human development. available: <http://hdr.undp.org/hd/glossary.cfm> (Accessed: July 5, 2005).
102. UN Millennium Project. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: Millennium Project, 2005.
103. Kongstvedt P. *Essentials of Managed Health Care*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett, 2001.
104. Rouquayrol MR, de Almeida FN. *Epidemiologia & Saúde*. 5th ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
105. Strasser T. Reflections on cardiovascular disease. *Interdisc Sci Review* 1978;3:255-30.
106. Ursoniu S. Primordial Prevention. *Supercourse: Epidemiology, The Internet, and Global Health*, 2003.
107. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(1):54-63.
108. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;62(9377):65-71.
109. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
110. UN Committee on Economic S, and Cultural Rights,. *General comment 14 on the right to health*. Geneva: UNCESCR, 2000.
111. World Health Organization. *Draft WHO glossary on social justice and health (June 5, 2005 v1)*. Geneva: WHO, 2005.
112. Wikipedia. Social justice. Accessed: June 30, 2005 Updated: 24 June 2005; Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Social_justice.
113. Kendall D. *Sociology in our Times: The Essentials*. 3rd ed. Ontario: Wadsworth/Thomson Learning, 2003.
114. Durkheim E. *Suicide (1897)*. New York: The Free Press, 1951.
115. Casas JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. *Renovación de salud para todos*. Washington, DC: PAHO, 1996.
116. Rodríguez-García R, Goldman A. *La conexión Salud-Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
117. Pan American Health Organization. *La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
118. Storia dell'eradicazione della poliomielite. Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf> December 21, 2004.
119. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
120. Szekely M. The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. *Interamerican Development Bank Working Paper 454*. Washington, DC: IDB, 2001.
121. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380-90.
122. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.