

Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

*Documento de Posicionamento
da Organização Pan-Americana
da Saúde/ Organização Mundial
da Saúde (OPAS/OMS)*



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

É publicado também em inglês (2007) com o título:
Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition
ISBN 92 75 12698 4

Biblioteca Sede OPAS/OMS — Catalogação-na-fonte

Organização Pan-Americana da Saúde
Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:
documento de posicionamento da Organização
Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Washington, D.C.: OPAS, © 2007.

ISBN 92 75 72698 1

I. Título

1. Atenção Primária em Saúde
2. Sistemas de Saúde – tendências
3. Organização Pan-Americana da Saúde

NLM W 84.6

Obra impressa com recursos do Ministério da Saúde do Brasil, mediante demanda técnica do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde – Maio/2008

Agradecimentos

Este documento foi elaborado por James Macinko, da Universidade de Nova York, e Hernán Montenegro e Carme Nebot, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Seu conteúdo foi aprimorado com a incorporação da orientação, recomendações e discussões resultantes do Grupo de Trabalho da OPAS sobre Atenção Primária em Saúde (APS), das discussões nacionais realizadas nos países das Américas, e da Consulta Regional em Montevidéu, em julho de 2005. Os membros do Grupo de Trabalho da OPAS sobre APS são: (Especialistas externos à 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 Hernán Montenegro. Várias pessoas ofereceram informações detalhadas sobre versões anteriores deste documento, incluindo: 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, Rubén Alvarado, Luciana Chagas, Julio Suarez, Carmen Teixeira, Paz Soto, Ilta Lange, Antonio González Fernández, Maria Angélica Gomes, Raul Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lilian Reneau-Vernon, Krishna K. Sundaraneedi, Germán Perdomo, Beverly J. McElmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejía, Nidia Gómez, Gustavo S. Vargas, Cristina Puentes, Roman Vega e Miguel Melguizo. Somos gratos também pelas contribuições e sugestões substanciais de Barbara Starfield e Rafael Bengoa.

Agradecimentos especiais a Maria Magdalena Herrera, Federico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Ety Alva, Elide Zullo, Maritza Moreno, Quyen Nguyen e Blanca Molina.

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



Março 2008



Índice

Carta da Diretora	i
Sumário Executivo	iii
I. Por que renovar Atenção Primária em Saúde?	1
Tabela 1: Abordagens da Atenção Primária em Saúde ...	4
II. Construção de sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde	7
A. Valores	8
Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS	9
B. Princípios	10
C. Elementos	12
Quadro 1: A Renovação da APS: Implicações para os Serviços de Saúde	12
Quadro 2: Os Sistemas de Saúde com Base na APS e o Desenvolvimento Humano	15
D. Quais são os benefícios de um sistema de saúde com base na APS?	15
III. O Caminho a seguir	17
A. Aprendendo com a experiência	18
Quadro 3: Desafios de Recursos Humanos nas Américas	19
B. A Construção de coalizões para mudar	19
C. Linhas estratégicas de ação	21
Anexo A: Métodos	24
Anexo B: Declaração regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária em Saúde (Declaração de Montevidéu)	25
Anexo C: Alguns marcos da APS nas Américas, 1900–2005	27
Anexo D: Facilitadores e barreiras à implementação eficaz da APS nas Américas	28
Referências	29



Carta da Diretora

Nada significativo foi feito no mundo sem paixão

Hebbel, (1818–1863)

Em 2003, motivada pelo Jubileu de Prata da Conferência de Alma Ata e atendendo a determinação de seus países membros, a OPAS/OMS decidiu reavaliar os valores e os princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma Ata, de forma a desenvolver sua estratégia futura e orientações programáticas para a atenção primária em saúde. A estratégia resultante, apresentada neste documento, fornece uma visão e um sentido renovados de propósito para o desenvolvimento de sistemas de saúde: o Sistema de Saúde com Base na Atenção Primária em Saúde (APS). Este documento de posicionamento revê o legado de Alma Ata nas Américas, articula componentes de uma nova estratégia para a renovação da APS, e delinea os passos que devem ser tomados para alcançar essa visão ambiciosa.

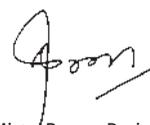
A visão de um sistema de saúde com base na Atenção Primária em Saúde está bem inserida no espírito de Alma Ata e, ao mesmo tempo, reconhece novas contribuições, tais como a Carta de Ottawa para a promoção da saúde, a Declaração do Milênio e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

O processo de desenvolvimento deste documento de posicionamento ajudou a fortalecer o debate sobre o significado dos sistemas de saúde, sua relação com outros determinantes da saúde da população e sua distribuição equitativa nas sociedades. As discussões iniciais sobre a renovação da APS passaram rapidamente do debate técnico sobre serviços de saúde para uma reflexão sobre valores sociais como determinantes fundamentais de saúde e de sistemas de saúde. Consultas e reuniões nacionais revelaram um desejo de assegurar que as discussões técnicas sobre políticas de saúde continuem a refletir os reais significados que tais políticas têm nas vidas dos cidadãos da Região.

Este documento apresenta o trabalho de várias pessoas e organizações e, assim, o alcance e a ambição dessa visão reflete a diversidade de seus autores. O documento de posicionamento enfoca os valores, princípios e elementos centrais que provavelmente estão presentes em uma abordagem renovada da APS, em vez de descrever um molde rígido no qual se espera que todos os países se encaixem. Cada país precisará encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza sobre a abordagem da APS.

Não se espera que a estrada para alcançar tal visão seja simples, mas poucas coisas de valor acontecem sem dedicação. Os desafios incluem a necessidade de investir em redes integradas de saúde e serviços sociais que foram, em muitas áreas, inadequadamente providas em termos de apoio, pessoal ou equipamentos. Essa revisão precisa ocorrer mesmo dentro do contexto de orçamentos escassos, o que exigirá a utilização mais racional e mais equitativa dos recursos, principalmente se os países quiserem alcançar os mais necessitados. A melhor evidência disponível apóia o argumento de que uma forte orientação à APS está entre as formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde, embora devam continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo.

O documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” pretende ser uma referência para todos os países que buscam fortalecer seus sistemas de atenção em saúde, trazendo essa atenção a pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais, independentemente de gênero, idade, etnia, nível social ou religião. Convidamos-lhes a ler este documento que transmite os pontos de vista e sentimentos de uma grande variedade de pessoas que vivem e trabalham nas Américas, bem como de especialistas de todo o mundo. Aguardamos a oportunidade de dar prosseguimento a esse diálogo contínuo, uma vez que embarcamos juntos nesse ambicioso empreendimento.



Mirta Roses Periago
Diretora





Cerimônia de abertura da reunião sobre consulta regional sobre APS em Montevidéu, Uruguai em julho de 2005.

Dra. Maria Julia Muñoz
Ministra da Saúde Pública da
República Oriental do Uruguai
(1a. à esquerda)

Dr. Tabaré Vázquez
Presidente da República
Oriental do Uruguai

Sra. Nora Castro
Presidente da Câmara de
Representantes da
República Oriental do Uruguai
(2a. à direita)

Sr. Eleutério Fernández Huidobro
Vice-Presidente, em exercício,
da República Oriental do Uruguai
(2o. à esquerda)

Dra. Carissa Etienne
Diretora Adjunta da OPAS/OMS
(1a. à direita)

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. Experiências similares 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. Está 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 atuais necessidades em saúde e desenvolvimento das pessoas em todo o mundo. Este documento — elaborado para cumprir uma determinação estabelecida em 2003 por uma resolução da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) — declara o posicionamento da OPAS quanto à renovação proposta para a APS. A meta deste documento é gerar idéias e recomendações que permitam tal renovação, bem como ajudar a fortalecer e revigorar a APS em um conceito capaz de nortear o desenvolvimento dos sistemas de saúde pelos próximos vinte e cinco anos e mais.

Há diversos motivos para se 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 ser mais eficaz; 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 de metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente, incluindo as contidas na Declaração do Milênio, abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado possível de saúde 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 no movimento de atenção primária em saúde, refina as lições aprendidas com a APS e com as experiências de 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 da 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.

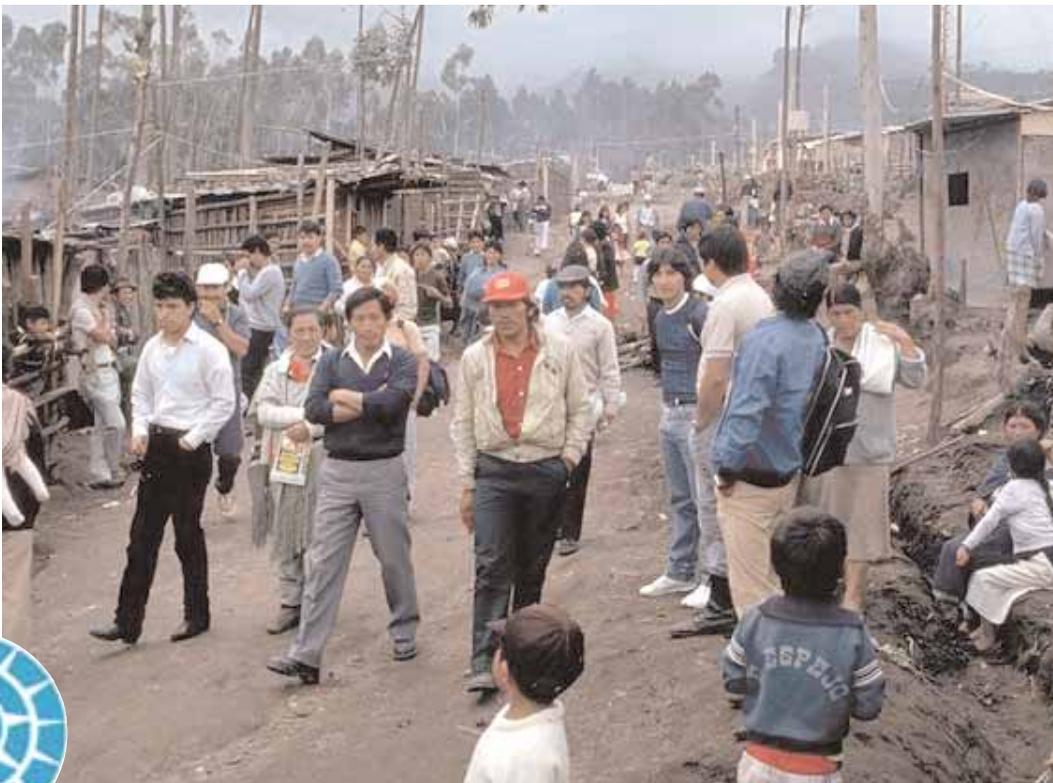
A meta fundamental da renovação da APS é obter ganhos sustentáveis de saúde para todos. A proposta apresentada aqui pretende ser visionária; a efetivação das recomendações deste documento e a realização do potencial da APS serão limitadas apenas por nosso compromisso e imaginação.

As principais mensagens incluem:

- Durante todo o processo ostensivo 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, conhecimentos e contextos, há uma necessidade de renovar e revigorar a APS na Região, a fim de que ela possa atingir seu potencial para enfrentar os desafios de saúde atuais e os dos próximos vinte e cinco anos.
- A renovação da APS implica em reconhecer e facilitar o seu papel como uma abordagem para promover condições de saúde e de desenvolvimento humano mais equitativas.
- A renovação da APS precisará dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais, tais como acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade.
- Experiências de sucesso em APS demonstraram que são necessárias abordagens amplas em todo o sistema, implicando numa formulação renovada da APS que forneça argumentação forte em favor de uma abordagem racional e baseada em evidências, para se alcançar uma atenção universal, integrada, e abrangente.
- O mecanismo proposto para a renovação da APS é a transformação dos sistemas de saúde, de modo que estes adotem a APS como seu fundamento.
 - Um sistema de saúde com base na APS requer uma estratégia abrangente para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde, que considere o direito ao maior nível possível de saúde sua principal meta, maximizando a equidade e a solidariedade. Tal sistema é dirigido por princípios da APS, capazes de responder às necessidades em saúde da população, com Orientação para a qualidade, responsabi-

lidade 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 garantam a cobertura universal, o acesso a serviços aceitáveis à população e que ampliem a equidade, além de oferecer cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo, enfatizando a prevenção e a promoção e assegurando a atenção no primeiro contato. As famílias e as comunidades são suas bases 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 otimizadas de gerenciamento e organização em todos os níveis, para alcançar qualidade, eficiência e efetividade, 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 equidade.
- Evidências internacionais sugerem que os sistemas de saúde fortemente orientados pela APS geram resultados em saúde melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos com atenção à saúde e podem conquistar maior satisfação do usuário que os sistemas de saúde com fraca orientação à APS.
- A reorientação de sistemas de saúde à APS requer uma maior ênfase na prevenção e promoção da saúde, o que se alcança por meio da designação de competências definidas a cada nível de governo, integração de serviços de saúde públicos e privados, enfoque nas famílias e comunidades, utilização de dados precisos no planejamento e na tomada de decisões e criação de um modelo institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços.
- A plena implementação 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 com base na APS de modo que essa renovação represente uma opção política viável e atraente, e encontrar formas de se beneficiar da janela de oportunidades aberta pelo recente jubileu de prata da Declaração de Alma Ata, pelo consenso internacional sobre a importância em se cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e pelo atual enfoque internacional sobre a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde.





Março 2008

Por que renovar Atenção Primária em Saúde?



A Organização Mundial da Saúde defende a Atenção Primária em Saúde (APS) desde antes de 1978, quando adotou esta abordagem como essencial ao cumprimento da meta de “Saúde para Todos”. Desde aquela época, o mundo — e a APS com ele — mudou 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, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos sustentáveis de saúde para todos.

Há diversos motivos para se 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 conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; 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 geradoras de saúde precária e de iniquidade.

Uma abordagem renovada da APS é vista como condição essencial para cumprir metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente, tais como as contidas na Declaração do Milênio das Nações Unidas (os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹ ou ODMs), assim como abordar as causas fundamentais da

prática de APS para enfrentar os desafios do século vinte e um.

Alcançou-se um importante progresso em termos de desenvolvimento humano e de saúde na Região das Américas. Os valores médios para quase todos os indicadores de saúde melhoraram em quase todos os países na Região: a mortalidade infantil diminuiu cerca de um terço, a mortalidade 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 cento¹. Ainda permanecem desafios consideráveis em relação a algumas doenças infecciosas (por exemplo, tuberculose), como problemas de saúde relevantes; HIV/aids continua desafiando quase todos os países da Região e as doenças não-transmissíveis estão aumentando². 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 sociais e sistemas de apoio que contribuíram (direta ou indiretamente) para uma variedade de problemas de saúde como obesidade, hipertensão e doença cardiovascular; aumento da violência e lesões por causas externas; e problemas relacionados ao consumo de álcool, tabaco e drogas; finalmente, a ameaça constante de desastres naturais e novas infecções^{1, 3}.

Infelizmente, e de importância vital para os esforços de renovar a APS, essas tendências ocorrem num contexto de agravamento geral das iniquidades em saúde. Por

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 iniquidades ameaça as conquistas já alcançadas e compromete o progresso futuro em direção a um melhor desenvolvimento humano e de saúde.

saúde, conforme articulado pela Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais de Saúde, e codificar 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 do 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 renovar e reinterpretar a abordagem e a

exemplo, 60 por cento da mortalidade materna ocorre em 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 30 anos em alguns países¹. A distribuição das recém-surgidas ameaças à saúde 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

¹ *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs): 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.*



causas subjacentes da saúde precária e de sua distribuição injusta. Nas décadas de 1970 e de 1980, muitos países nas Américas viveram guerras, instabilidade política e governos totalitários. Desde então, a transição democrática trouxe uma nova esperança, mas para muitos países os benefícios econômicos e sociais dessa transição 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 contribuíram, juntamente com outros fatores, com as disparidades de riquezas, *status* e poder dentro dos países das Américas e entre eles, as quais, por sua vez, reforçaram ainda mais as desigualdades em saúde⁴⁻⁶. Hoje em dia, a rápida proliferação de novas tecnologias de saúde e de informação tem o potencial de ajudar a diminuir ou de aumentar ainda mais essas iniquidades. O Anexo C discute alguns dos principais desenvolvimentos na atenção primária em saúde no mundo e na Região das Américas.

Uma nova análise dos determinantes da saúde e do desenvolvimento humano 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: inicialmente, a saúde foi considerada apenas como uma contribuição ao crescimento econômico, mas agora o entendimento predominante é multidimensional e tem base na idéia de desenvolvimento humano⁷. 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^{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 população¹⁰. Para muitos na Região, há a impressão de que "A saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito fundamental, estando a iniquidade, a pobreza, a exploração, a violência e a injustiça na raiz de uma saúde precária e da morte de pessoas pobres e marginalizadas¹¹."

Uma pesquisa recente elucidou as relações complexas entre os determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais da saúde e de sua distribuição¹². Sabe-se 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 atores¹³.

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 às mudanças no papel do Estado¹⁴. 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 do mesmo país¹⁷. 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"ⁱⁱ. No mundo em desenvolvimento, a APS foi originalmente "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 nesta direção. Houve muitas experiências de menor escala em toda a Região²¹⁻²³.

Diversos observadores apresentaram explicações sobre o porquê da APS diferir 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 definições ambiciosas e de certa forma vagas da APS, conforme descrito na declaração de Alma Ata²⁵. Outros ainda argumentam que enquanto muitas inicia-

ⁱ Em todo este documento, o termo "atenção primária" refere-se ao aspecto de primeiro contato e cuidados contínuos dos serviços de saúde. A atenção primária é considerada apenas um aspecto da atenção primária em saúde.



Tabela 1: Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento ²⁹ . Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação 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 à porta de entrada do 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 “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 .	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Enfoque em Saúde e 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 melhoras de equidade em saúde ²⁸ .	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: categorias adaptadas de ²⁹, ³⁰

tivas eficazes de APS foram desenvolvidas nos anos após Alma Ata, a mensagem principal ficou distorcida como o resultado das visões das agências internacionais de saúde que sofriam mudanças constantes e dos processos de globalização¹¹. 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.

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 direta do sistema de saúde³¹. 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 na 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 em saúde para muitos países. A abordagem prosseguiu por meio de muitos programas verticais para sub-populações ou específicos por doença. Em determinado ponto, o direcionamento à APS seletiva pode ser

visto como uma reação à idéia de que a APS teria se tornado ampla e vaga demais, com impactos e êxitos difíceis de quantificar e ganhos insuficientemente visíveis para a população 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 como parte de uma estratégia para atrair maiores doações financeiras aos serviços de saúde³².

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 precária³³. Também se argumentou que as abordagens seletivas, ao focar populações restritas e questões limitadas de saúde, podem criar lacunas entre programas que deixam algumas famílias ou indivíduos desfavorecidos. Além disso, há uma preocupação de que o enfoque quase exclusivo da APS seletiva sobre crianças e mulheres ignora a importância crescente de ameaças à saúde, tais como doenças crônicas, doença mental, danos, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids, assim como populações vulneráveis, como adolescentes e idosos³⁴.



Ademais, questiona-se 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 pode desaparecer. 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 idosos³⁵. 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. Isso não quer dizer que as abordagens verticais devam ser descontinuadas, ou nunca sejam necessárias. Certamente, as abordagens verticais são freqüentemente necessárias para surtos ou para “flagelos tão alastrados e que afetam uma proporção tão elevada da população que chegam a ser um fator dominante na obstrução do desenvolvimento social e econômico de um país”³⁶.

Espera-se que renovar a APS contribua com os esforços em andamento para fortalecer os sistemas de saúde no mundo em desenvolvimento. Além disso, as novas iniciativas globais de saúde focadas verticalmente, tais como o Fundo Global para a Aids, Tuberculose e Malária (FGATM) e a Aliança Global para

Vacinas e Imunização (GAVI) representam uma fonte importante de investimento, defesa e mobilização de recursos para muitos países em desenvolvimento. Uma abordagem renovada da APS precisará considerar o quanto tais iniciativas podem auxiliar no fortalecimento de uma abordagem mais abrangente e integrada ao desenvolvimento de sistemas de saúde, com o entendimento de que a conquista e a sustentabilidade das metas dessas iniciativas provavelmente exigirão uma abordagem como tal^{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 diferentes sistemas com base na APS, identificar e disseminar melhores práticas; auxiliar no 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 em APS. (Ver Anexo A). O GT dedicou-se a um processo consultivo na comunidade internacional por meio de diversas conferências internacionais e a circulação da versão preliminar do documento de posicionamento a todos os países membros e especialistas. Mais de 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. Em 29 de setembro de 2005, o 46o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Declaração Regional sobre a APS, conhecida como Declaração de Montevideu (Ver Anexo B), e apresentou mais comentários ao documento de posicionamento sobre APS. Este documento é o resultado principal desses processos.



Março 2008

Construção de sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde



O posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde considera que a renovação da APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúdeⁱⁱⁱ, e que basear os sistemas de saúde na APS consiste na melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e 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 resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade 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 universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde 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 otimizadas de organização e gerenciamento 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 determinantes de saúde e equidade.

A essência da definição renovada da APS é a mesma contida na Declaração de Alma Ata^{iv}. No entanto, essa nova definição considera 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 equidade 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 de acordo com a disponibilidade de recursos, 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 conforme a abordagem da APS. Tal abordagem pretende orientar a transformação dos 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 estrutura conceitual 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 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 auxiliem nesse processo.

A Figura 1 apresenta os valores, princípios e elementos propostos de um Sistema de Saúde com base na APS. Veja abaixo uma descrição mais completa.

A. Valores ^v

Os valores são essenciais para estabelecer prioridades nacionais e para avaliar se as estruturas sociais estão atendendo ou não às necessidades e expectativas da população¹⁴. 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.

ⁱⁱⁱ 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"³⁸.

^{iv} 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 Europeia em 1996 afirma que os sistemas de saúde devem ser: orientados aos valores (dignidade humana, equidade, solidariedade, ética profissional), voltados para os resultados da saúde, centrados nas pessoas enquanto incentiva a auto-suficiência, enfocados na qualidade, baseados

em um financiamento sólido, receptivos à voz e à escolha do cidadão, baseados em evidências; exigem gerenciamento, recursos humanos e coordenação política fortes³⁹.

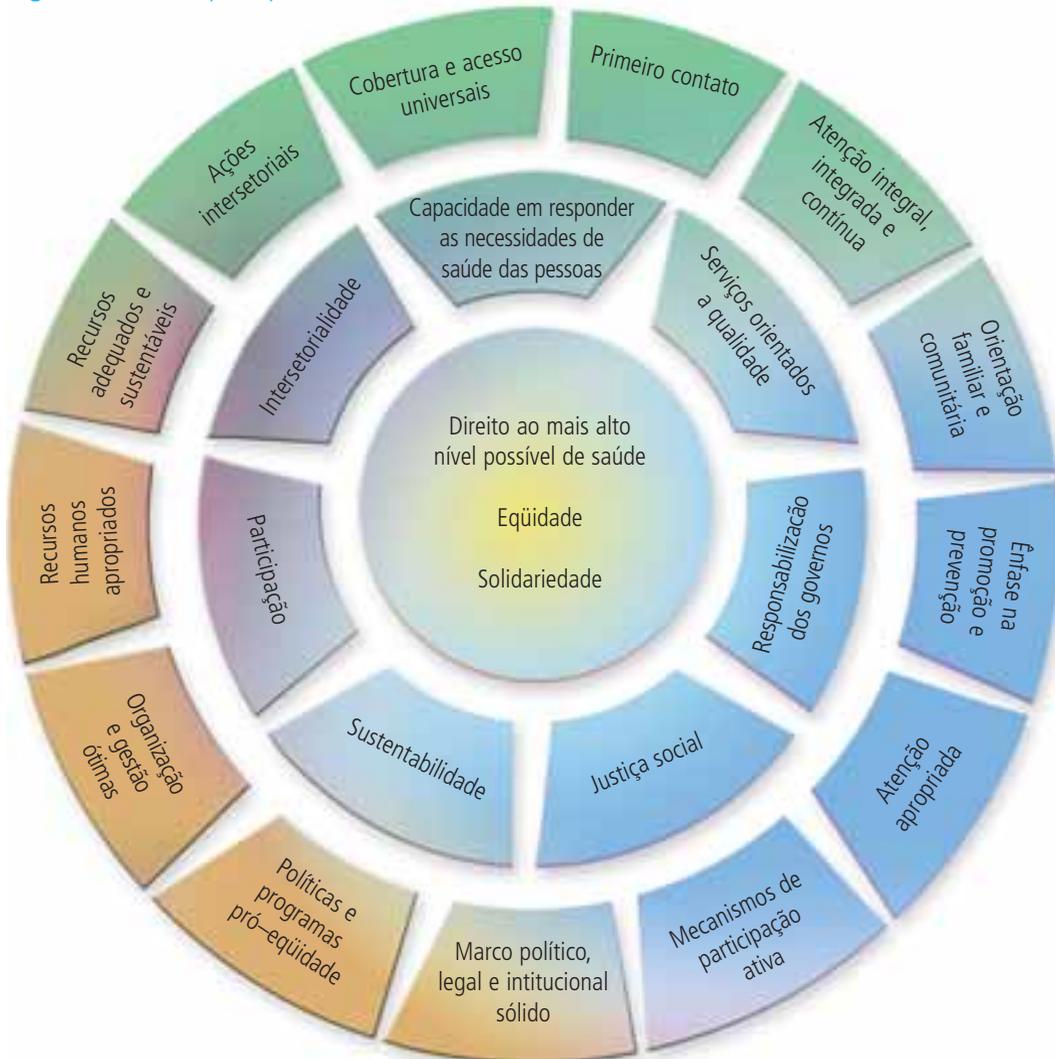
^v Valor: Metas ou padrões sociais mantidos ou aceitos por um indivíduo, uma classe ou uma sociedade.



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 priorizados¹⁴.

bilização no sistema de saúde, e que a APS seja orientada à qualidade, atingindo eficiência e efetividade máximas enquanto minimiza os danos. A saúde e outros direitos são intrinsecamente ligados à equidade e estes, por sua vez, refletem e ajudam a fortalecer a solidariedade social.

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** sem distinção de raça, gênero, religião, convicção política ou condição social ou econômica está expresso em muitas constituições nacionais e articulado em tratados internacionais, incluindo a carta da Organização Mundial da Saúde⁴⁰. Significa direitos legalmente definidos dos cidadãos e responsabilidades do governo e de outros atores, bem como cria demandas de saúde para os cidadãos que irão reivindicá-las quando não forem cumpridas. O direito ao mais alto nível possível de saúde é instrumental ao assegurar que os serviços sejam receptivos às necessidades das pessoas, que haja responsa-

A **equidade** na saúde aborda as diferenças injustas no estado de saúde, no acesso aos cuidados de saúde e aos ambientes promotores de saúde e ao tratamento dentro do sistema de saúde e de assistência social. A equidade tem um valor intrínseco, uma vez que se trata de um pré-requisito para a capacidade, liberdades e direitos humanos⁴¹. A equidade é um dos alicerces 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 ressaltar o fato de que devem promover a equidade. O raciocínio lógico disso não é simplesmente eficiência, custo-efetividade ou caridade: em vez disso, em uma sociedade justa, a equidade deve ser vista como um imperativo moral e uma obrigação legal e social.

Solidariedade significa 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 diversificação de riscos e permitam que o setor de saúde trabalhe com sucesso junto a outros setores e atores cuja cooperação 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 ao longo do tempo.

B. Princípios^{vi}

Os sistemas de saúde baseados na APS estão fundamentados em princípios que fornecem a base para políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e operacionalização 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 **capacidade em responder 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 apto a dar resposta deve ser equilibrado em sua abordagem de atender necessidades de saúde — sejam elas definidas “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 abrangente e com base em evidências, enquanto respeita e reflete as preferências e as necessidades das pessoas independentemente de seu *status* socioeconômico, cultura, raça, etnia ou gênero.

Serviços orientados à qualidade dão respostas e se antecipam às 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 e evitam qualquer dano⁴². Isso requer fornecer a profissionais de saúde em todos os níveis conhecimento clínico baseado em evidências e ferramentas necessárias para atualizar continuamente o seu treinamento. Uma orientação à qualidade necessita de procedimentos para avaliar a eficiência, a efetividade e a segurança de intervenções preventivas e curativas de saúde, com adequada distribuição de recursos. Requer atividades tanto de garantia como de melhora contínua de qualidade. Uma liderança sólida e os incentivos apropriados são essenciais para tornar esse processo efetivo e sustentável.

A **responsabilização dos governos** assegura que os direitos sociais sejam compreendidos e observados, e que os cidadãos sejam protegidos de danos. Responsabilização requer políticas legais e regulatórias específicas e procedimentos que permitam aos cidadãos exigir 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 definidas e dos mecanismos de responsabilização correspondentes. Os cidadãos e a sociedade civil também desempenham um papel importante na garantia de responsabilização.

^{vi} Princípio: uma verdade, lei, doutrina ou força motivadora fundamental, sobre a qual se baseiam outras.

Uma sociedade justa pode ser vista como aquela que garanta o desenvolvimento e a capacidade para todos os seus membros⁴³. **Justiça social**, portanto, sugere que as ações do governo, particularmente, devam ser avaliadas pela magnitude em que garantam o bem-estar de todos os cidadãos, em especial os mais vulneráveis^{44, 45}. 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 visando uma melhor cobertura de serviços

de saúde definidos legalmente e obrigações governamentais) para garantir o financiamento adequado mesmo em períodos de instabilidade ou mudança política.

A **participação** transforma pessoas em 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, após estarem plenamente informadas acerca de sua própria saúde e de suas famílias, com espírito de autodeterminação e confiança. No nível da sociedade, a participação na saúde é uma faceta da



para 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 geradores de iniquidades em saúde¹².

A **sustentabilidade** do sistema de saúde requer planejamento estratégico e compromissos de longo prazo. Um sistema de saúde com base na APS deve ser visto como o meio principal para 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 baseados na APS estabelecerão mecanismos (tais como direitos específicos

participação cívica geral; ela garante que o sistema de saúde reflita valores sociais e forneça um mecanismo de controle social e responsabilização por ações públicas e privadas que causam impacto na sociedade.

A **intersetorialidade** na saúde significa que o setor de saúde deve trabalhar com outros setores e atores para garantir que as políticas e os programas públicos estejam alinhados para maximizar seu potencial de contribuição à saúde e ao desenvolvimento humano. Isso requer que o setor de saúde participe do processo de tomada de decisão sobre políticas de desenvolvimento. O princípio da intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos entre os setores público e privado, tanto dentro como fora dos serviços de saúde, incluindo mas sem limitar-se aos seguintes fatores: trabalho e emprego, educação, habitação, agricultura, produção e distribuição de alimentos, meio ambiente, água e saneamento, assistência social e planejamento urbano.

C. Elementos ^{vii}

Os sistemas de saúde com base na APS são compostos por elementos estruturais e funcionais. Estes elementos são interconectados, estão presentes em todos os níveis do sistema de saúde e devem estar baseados nas evidências atuais de sua efetividade ao melhorar a saúde e 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 sinérgica de várias das funções principais do sistema de saúde, incluindo financiamento, administração e prestação de serviços.

A **cobertura e acesso universais** formam a fundação de um sistema de saúde equitativo. A cobertura universal implica em que o financiamento e os arranjos organizacionais sejam suficientes para atender toda a população, excluindo 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 cuidado⁴⁶; 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 tornem-se aceitáveis à população, considerando as necessidades de saúde, preferências, cultura e valores locais. Portanto, requer uma abordagem tanto cultural como de gênero à prestação de serviços de saúde. 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.

O **primeiro contato** significa que a atenção primária deve servir como a principal porta de entrada do sistema de saúde para todos os novos problemas de saúde e deve ser o local em que são resolvidos a maior parte deles. É por meio dessa função que a atenção primária reforça o alicerce do sistema de saúde com base na APS, representando, na maioria dos casos, a principal interface entre o sistema de saúde, de assistência social e a população. Assim, um sistema de saúde com base na APS fortalece a atenção primária em seu papel como primeiro nível de cuidado, sem deixar de considerar os demais elementos estruturais e funcionais

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. Devem ser a porta de entrada no sistema de atenção em saúde mais próximo ao local onde as pessoas moram, trabalham ou estudam. Esse nível do sistema oferece atenção abrangente e coordenada que deve abordar a maioria das necessidades e demandas de atenção em saúde da população em todo o ciclo de vida. Ademais, constitui-se no nível do sistema que cria laços permanentes com a comunidade e as demais áreas sociais, possibilitando participação social e ação intersetorial efetivas.

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. Todavia, os serviços de atenção primária por si só não são suficientes para atender adequadamente as necessidades mais complexas de cuidados em saúde da população. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados pelos diferentes níveis de cuidados especializados, tanto ambulatoriais como hospitalares, assim como pelo restante da rede de proteção social. Por esse motivo, os sistemas de atenção em saúde devem trabalhar de uma forma integrada, desenvolvendo mecanismos que coordenem 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 adversos e garantam a continuidade da atenção; e abordagens de diagnóstico, tratamento e reabilitação baseadas em evidências.

^{vii} Elemento: uma parte ou qualidade de um componente, freqüentemente aquela que é básica ou essencial.

que extrapolam consideravelmente o primeiro nível no sistema de atenção em saúde.

Atenção integral, integrada e contínua significa que a diversidade dos serviços disponíveis deve ser suficiente para atender as necessidades de saúde da população, incluindo o fornecimento de cuidados curativos, preventivos, paliativos, de promoção, de diagnóstico precoce e de reabilitação, e apoio para o autocuidado. Abrangência é uma função de todo o sistema de saúde e inclui cuidados primários, secundários, terciários, preventivos e paliativos. A atenção continuada é um complemento à abrangência no sentido de requerer integração entre todas as partes do sistema de saúde, a fim de garantir o atendimento às necessidades e o prosseguimento dos cuidados de saúde ao longo do tempo e dos diferentes locais e instâncias de cuidados, sem interrupção. Para a população, o cuidado continuado implica em acesso contínuo a referências e contra-referências por toda a vida, a todos os níveis do sistema de saúde e, algumas vezes, a outros serviços de seguridade social. No âmbito dos sistemas, a atenção continuada 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.

Em um sistema de saúde com base na APS, a **orientação familiar e comunitária** significa que este sistema não considera apenas a perspectiva clínica ou individual do cuidado. Em vez disso, emprega uma

visão de saúde pública que leva em conta informações da família e da comunidade para avaliar riscos e priorizar intervenções. A família e a comunidade são vistas como sendo o foco principal para o planejamento e intervenção.

A **ênfase na promoção e prevenção** é crucial em um sistema de saúde com base na APS, por ser custo-efetiva, ética, possibilitar que comunidades e indivíduos tenham mais controle sobre sua própria saúde e ser essencial para combater os determinantes sociais “adversos” de saúde. A ênfase na prevenção e na promoção significa ir além de uma orientação unicamente clínica, incorporando a educação em saúde e o aconselhamento no local de trabalho, nas escolas e em casa. A promoção da saúde também requer abordagens regulatórias e baseadas em políticas para melhorar as condições e a segurança no trabalho das pessoas, reduzindo os danos à saúde presentes no ambiente natural e no construído, além de estratégias coletivas de promoção de saúde realizadas em parceria com outras áreas do sistema de saúde ou com outros atores. Isso inclui vínculos com as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP)^{viii}, tornando a APS um parceiro ativo na vigilância em saúde pública, pesquisa e avaliação, garantia de qualidade e atividades de desenvolvimento institucional por todo o sistema de saúde.

A **atenção apropriada** implica em um sistema de saúde centrado na pessoa e não simplesmente baseado em doenças ou órgãos. Enfoca o ser humano em sua totalidade, incluindo suas necessidades sociais e de



^{viii} *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 equitativo aos serviços de saúde necessários; viii) Desenvolvimento e treinamento de recursos humanos necessários em saúde pública; ix) Garantia de*

qualidade em serviços de saúde individual e populacional; x) Pesquisa em saúde pública; e xi) Redução do impacto de emergências e desastres na saúde⁹⁷.

saúde, adequando as respostas à comunidade local e seu contexto ao longo da vida, enquanto garante que as intervenções sejam seguras e que as pessoas não corram perigo. Incorpora o conceito de efetividade 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 em que todo o cuidado seja prestado com base nas melhores evidências disponíveis, enquanto a alocação de esforços seja priorizada considerando-se critérios de eficiência (técnica e de alocação) e equidade. Os serviços precisam ser relevantes, o que exige o atendimento das necessidades comuns de toda a população, ao mesmo tempo em que são abordadas necessidades específicas de populações em particular, como mulheres, idosos, portadores de deficiência, populações indígenas ou afro-descendentes, que podem não receber os cuidados apropriados em consequência da forma na qual a atenção geral à saúde esteja organizada ou preste cuidados.

Um sistema de saúde com base na APS deve ser parte integral das estratégias de desenvolvimento socioeconômico nacional e local, fundamentado em valores compartilhados e envolvendo **mecanismos de participação ativa** que garantam transparência e responsabilização em todos os níveis. Isso inclui atividades que possibilitem aos indivíduos gerenciar melhor sua própria saúde e que estimulem a capacidade das comunidades de tornarem-se parceiras ativas 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, devam 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 um **marco político, legal e institucional sólido** que identifique e dê poder às ações, atores, procedimentos e aos sistemas legal e financeiro que permitam à APS desempenhar suas funções específicas. Necessitam da coordenação de políticas de saúde e de investimentos estratégicos em sistemas de saúde e pesquisa de serviços, incluindo a avaliação de novas tecnologias. Vinculam-se à função administrativa do sistema de saúde e devem, portanto, ser transparentes, sujeitas ao controle social e livres de corrupção.

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; e trabalhar por entre os setores para alterar macro-estruturas sociais e econômicas que influenciam os determinantes mais periféricos das iniquidades de saúde.

Em termos de operatividade, os sistemas de saúde com base na APS requerem práticas de **organização e gestão ótimas** que permitam inovação para melhorar constantemente a organização e a prestação de cuidados dentro de padrões de qualidade e segurança, ofereçam locais de trabalho satisfatórios aos trabalhadores de saúde e sejam receptivas aos cidadãos. Práticas valiosas de gestão incluem planejamento estratégico, pesquisa em processo de trabalho e avaliação de desempenho, entre outras. Profissionais e gestores de saúde devem coletar e usar dados regularmente para auxiliar na tomada de decisões e no planejamento, incluindo o desenvolvimento de planos para responder adequadamente a futuras crises sociais e de saúde e desastres naturais.

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 a longo prazo para o treinamento, emprego, fixação, bem como para aumentar e melhorar a capacidade e conhecimentos já existentes nos trabalhadores. Equipes multidisciplinares são essenciais e requerem não apenas a mistura certa de profissionais, mas também uma delimitação de papéis



e responsabilidades, sua distribuição geográfica equitativa e treinamento para maximizar a contribuição do trabalho em equipe para os resultados, assim como para a satisfação do trabalhador de saúde e do usuário.

Um sistema de saúde com base na APS deve se fundamentar no planejamento que oferece **recursos adequados e sustentáveis** apropriados às

Quadro 2: Os Sistemas de Saúde com Base na APS e o Desenvolvimento Humano

Os sistemas de saúde com base 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, na promoção do desenvolvimento humano sustentável e equitativo. Fazer tal distinção é importante para o estabelecimento de responsabilidades claras entre diferentes setores acerca de sua contribuição para a meta do desenvolvimento socioeconômico. A falha em distinguir claramente entre os pontos fortes e as vantagens comparativas dos diferentes setores poderia levar a 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; e a criação de disputas entre atores e agências responsáveis, resultando em redundâncias, desperdício de energia e recursos.



necessidades de saúde. Os recursos devem ser determinados por análises da situação de saúde baseadas em dados da comunidade e incluir subsídios (por exemplo, instalações, pessoal, equipamentos, verbas e produtos farmacêuticos) e orçamento de custeio necessários para assegurar 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 a conquista de um sistema de saúde com base na APS requer vontade e compromisso políticos ao longo do tempo, deve haver mecanismos explícitos para garantir a sustentabilidade dos esforços da APS que permitam aos tomadores de decisões investir hoje de forma a atender as necessidades de amanhã.

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 baseado na APS está intimamente ligado a **ações intersetoriais** e abordagens comunitárias para promover a saúde e o desenvolvimento humano. Essas ações são necessárias para abordar os determinantes fundamentais da saúde da população, mediante a criação de vínculos sinérgicos entre a saúde e outros setores e atores, tais como escolas, locais de trabalho, programas de desenvolvimento econômico e urbano, desenvolvimento e comércio agrícola, fornecimento de água e saneamento etc. O grau de imple-

mentação dessas ações realizadas pelo setor de saúde ou em parceria com outros atores dependerá das características do estado de desenvolvimento daquele país (e comunidade), bem como da vantagem comparativa de cada ator ou setor envolvido (ver quadro 2).

D. Quais são os benefícios de um sistema de saúde com base na APS?

Há evidências consideráveis dos benefícios da APS. Estudos internacionais mostram que, considerados iguais demais fatores, países com sistemas de saúde fortemente orientados à APS têm maior probabilidade de apresentar resultados em saúde melhores e mais equitativos, serem mais eficientes, terem menores custos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação à APS⁴⁸⁻⁵⁴. 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 mais custo-efetiva para a sociedade em comparação com a atenção orientada a especialidades⁵⁵. Já se demonstrou que uma forte abordagem em APS garante maior eficiência de serviços evitando-se desperdício de tempo em consultas e reduzindo-se o uso de exames laboratoriais e gastos com atenção à saúde^{56,57}. A APS pode, portanto, liberar recursos para a atenção às necessidades em saúde dos menos favorecidos^{52,58,59}. Os sistemas de saúde orientados pela equidade se beneficiam desta economia estabelecendo metas para ampliar a cobertura de serviços para os desfavorecidos e permitindo aos grupos vulneráveis desempenhar um papel mais central no planejamento e operação do sistema de saúde⁶⁰. Eles minimizam os gastos por desembolso direto e os custos indiretos de atenção, enfatizando a cobertura universal no sentido de eliminar fatores socioeconômicos que sirvam de obstáculo na provisão dos cuidados necessários⁶¹⁻⁶³.

Evidências, particularmente de países europeus, sugerem que os sistemas de saúde baseados na APS também podem melhorar a eficiência e a efetividade. Estudos de interações por "condições sensíveis a cuidados ambulatoriais" — condições tratadas em

hospitais que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária — e a utilização de unidades de urgência para cuidados eletivos 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 saúde⁶⁴⁻⁶⁸. Descobriu-se que o fortalecimento dos serviços de atenção primária reduz as taxas gerais de hospitalização para condições como angina, pneumonia, infecções do trato urinário, doença pulmonar obstrutiva crônica, parada cardíaca e infecções de ouvido, nariz e garganta, entre outros⁶⁹. Pessoas que dispõem de uma fonte regular de atenção primária longitudinal para a maior parte de suas necessidades de cuidados em saúde ficam mais satisfeitas, seguem melhor as prescrições, são menos hospitalizadas e utilizam menos os serviços de urgência do que aquelas que não têm essa fonte⁷⁰⁻⁷².

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

a melhoria da atenção abrangente e coordenada) pode melhorar os resultados de saúde. Para cada cinco anos após a reforma da APS, a mortalidade infantil foi reduzida em 13 por cento e a de adultos em quatro por cento, independentemente de melhorias em outros determinantes de saúde⁷³. Devido ao fato de que as reformas ocorreram primeiramente nas áreas mais desfavorecidas (o acesso insuficiente a serviços essenciais caiu 15 por cento nos distritos que tiveram a reforma), elas contribuíram para melhorias na equidade⁷⁴.

Evidências demonstraram que, para a APS beneficiar a saúde da população, deve prover serviços de boa qualidade técnica — uma área que requer uma atenção adicional considerável em toda a Região^{75, 76}. Por fim, é preciso avançar na avaliação dos sistemas de saúde em geral e da APS em particular⁷⁷. O compromisso com sistemas de saúde baseados na APS exigirá fundamentação em evidências mais completa, com investimentos apropriados na avaliação e na documentação de experiências que permitam o desenvolvimento, a transferência e a adaptação de melhores práticas.



Março 2008

O Caminho a seguir



Uma abordagem para renovar a APS deverá incluir os seguintes fatores:

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

Será necessário aprender com as experiências passadas (tanto positivas quanto negativas), desenvolvendo uma estratégia de difusão e articulando os papéis e responsabilidades que se esperam de países, organismos internacionais e grupos da sociedade civil envolvidos no processo de renovação.

A. Aprendendo com a experiência

O aprendizado através de experiências passadas é importante para se construir uma estratégia de renovação da APS. Os processos consultivos dos países e as revisões de literatura foram fundamentais para avaliar as barreiras e facilitar os fatores relacionados a uma implementação bem-sucedida da APS na Região. O Anexo D resume essas descobertas mais detalhadamente.

Os fatores apontados como barreiras à implementação eficaz da APS incluem as dificuldades inerentes de se transformar o setor saúde de um enfoque curativo, com base em hospitais, para abordagens preventivas, com base nas comunidades. As barreiras incluíram a segmentação e a fragmentação dos sistemas de saúde, a falta de compromisso 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 intersectorial. A atmosfera econômica também constituiu-se como um fator, considerando as mudanças econômicas e de

ideologias políticas e a volatilidade das condições macroeconômicas que levaram ao sub-financiamento dos sistemas e serviços de saúde^{11, 32, 78, 79}. 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 servidor da 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^{76, 80}. Atenção específica foi direcionada à carência internacional e distribuição desigual de enfermeiros e as dificuldades para sua retenção, devido às más condições de emprego e trabalho, assim como políticas internacionais que podem incentivar sua emigração ao mundo desenvolvido (ver quadro 3).

Os fatores facilitadores para o desenvolvimento efetivo da implementação da APS incluem o reconhecimento de que a liderança do setor saúde é determinada por muitos fatores — alguns dos quais estão fora do controle direto desse mesmo setor. 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 população⁸¹. Experiências bem-sucedidas de APS demonstraram que simplesmente aumentar o número de centros de saúde e oferecer treinamento de pessoal em curto prazo não são suficientes para melhorar a saúde e a equidade. Em vez disso, são necessárias abordagens que incluam todo o sistema. Reorientar os sistemas de saúde rumo à APS exige uma maior ênfase em promoção e prevenção de saúde. 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 condição financeira do usuário^{24, 11}. O desembolso direto, em particular, é um dos mecanismos mais inequitativos de financiamento de serviços de saúde: abordagens bem-sucedidas de APS na Região tendem a enfatizar a cobertura universal de forma a eliminar as barreiras financeiras ao acesso⁶¹⁻⁶³. Finalmente, os esforços dos trabalhadores comunitários e outros ativistas sociais, mesmo num contexto de oposição, foram freqüentemente considerados fatores-chave no desenvolvimento de abordagens inovadoras para a melhoria da saúde das comunidades em toda a Região.

Quadro 3: Desafios de Recursos Humanos nas Américas

Desafios atuais:

- Os profissionais de saúde são pouco motivados e remunerados 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.
- A formação de pessoal para a saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, não está alinhada às necessidades da prática de APS.
- Migração internacional de trabalhadores em saúde (“fuga de cérebros”).

Implicações para os recursos humanos no planejamento de um sistema de saúde com base em APS:

- 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 de recursos humanos deve ser vinculado às necessidades de saúde e deve se tornar sustentável.
- Devem ser implementadas políticas de qualidade de desempenho dos profissionais.
- As habilidades individuais (tanto os perfis quanto as competências) devem ser destacadas 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 mudanças nas necessidades 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 pessoal da assistência, mas também aqueles que trabalham em sistemas de informação, gerência e gestão de serviços.
- A possibilidade de ir além do enfoque profissional formal, através do treinamento e contratação de trabalhadores comunitários de saúde e outros recursos da comunidade.

Fontes: 28, 82, 83

B. A Construção de coalizões para mudar

As reformas em saúde envolvem mudanças fundamentais nos processos e no poder políticos. Assim, 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 nas batalhas política e técnica exigidas para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos e a resistência profissional à introdução universal da Atenção Primária em Saúde?”³². Essa mesma pergunta precisa ser refeita hoje, pois recursos consideráveis precisam ser aplicados na implementação da visão dos sistemas de saúde com base em uma abordagem renovada de APS.

As entidades que apóiam esse empreendimento incluem aquelas que trabalham atualmente em ou com APS, a saber: algumas organizações não-governamentais, prestadores de serviços de saúde que trabalham em unidades 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, a maioria dos “defensores natos” da APS não está em posição de grande poder político e geralmente possui recursos financeiros limitados.

Provavelmente, os opositores são aqueles que vêem a renovação da APS como uma ameaça a um status quo que desejam manter. A experiência mostrou que os principais opositores ao fortalecimento da APS provavelmente são alguns médicos especialistas e suas associações, hospitais, a indústria farmacêutica e algumas organizações de difusão para suas idéias. 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 a muitos esforços de reforma da saúde.

Contudo, tanto os que apóiam quanto os que se opõem à renovação da APS são superados em número pelos muitos atores, organizações e agências que tendem a estar neutros na questão. Estes incluem várias agências multilaterais e bilaterais, financiadores de serviços de 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 frequência seus interesses não coincidem. Mais frequentemente, 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 nesse empenho de renovação que chamará a atenção de muitos desses atores e grupos, e que irá mobilizá-los a aliá-los com aqueles que apóiam a APS.

Há diversas etapas para administrar o processo de renovação da APS. A primeira é trabalhar para mudar a percepção do problema e das 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 social e sua contribuição ao crescimento econômico sustentável — e explicitamente da realização dessas metas. O processo contínuo de consulta regional da OPAS/OMS e as consultas em nível nacional já começaram a sensibilizar as partes interessadas para a importância de renovar a APS.

A próxima etapa é criar novos defensores. 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

saúde³⁷. 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 uma ampla base que tanto acelerará as melhorias em saúde como será favorecida pelo bom desempenho do setor saúde.

Ao enfatizar 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 da OMS de acesso universal ao tratamento da aids, cumprimento das metas do Fundo Global, garantia de 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 um desenvolvimento humano pleno e equitativo, e que um sistema de saúde com base na APS fornece a fundação para um “sistema de provisão integrado” sustentável e capaz de responder às demandas, necessário para alcançar as metas dessas outras iniciativas internacionais⁸⁴.

Similarmente, os defensores da APS precisarão convencer aqueles que financiam serviços de saúde — planos de saúde, agências de seguridade social e ministérios da saúde — que um sistema de saúde com base na APS ao final valerá 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 redução de custos em longo prazo.

Além disso, será essencial defender a adoção de um sistema de saúde com base em APS para aqueles 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 efetividade da APS, de modo que os membros da comunidade possam analisá-las e discuti-las. Os defensores da APS devem solicitar as opiniões dos cidadãos sobre quais aspectos da APS eles julgam mais relevantes ou urgentes.

Ao mesmo tempo, os defensores da APS devem trabalhar para fortalecer a posição 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 quo⁸⁵. 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 formadoras de opinião, 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 HIV/aids. Nosso trabalho é convencer esses

atores de que a APS é o lugar lógico e apropriado para colaboração, investimento e ação. O tempo de agir é agora.

C. Linhas estratégicas de ação

O objetivo principal das linhas propostas de ação é desenvolver ou fortalecer adicionalmente 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 o prazo para concluir essas ações recomendadas 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 final 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 o conceito 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 intersetorial e o desenvolvimento de redes e parcerias.
9. Auxiliar na harmonização e no 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, trabalhando com a OPAS/OMS, devem:

1. Coordenar e facilitar o processo de renovação da APS.
2. Desenvolver uma estratégia de comunicação e difusão de idéias 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 na sub-região.
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 Organização dos Estados Americanos (OEA), e as representações regionais, incluindo 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 incrementar sua aplicação.
7. Continuar auxiliando os países na melhoria do treinamento de trabalhadores em saúde, incluindo formuladores de políticas e gestores, nas áreas prioritárias para a 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 abordar 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 matriz conceitual, estabelecendo os vínculos e as relações entre a APS e outras estratégias/abordagens como promoção da saúde, saúde pública, e abordando os determinantes sociais da saúde.
5. Determinar o papel apropriado da APS em resposta a epidemias, pandemias, desastres e grandes crises.



Março 2008

Anexos



Anexo A: Métodos

Este documento tem como base 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 versões preliminares, serviu como insumo a reuniões e discussões subsequentes. 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 da Costa Rica (25–29 de outubro de 2004). Os objetivos do GT foram: 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 parceiros relevantes, de forma a tornar legítimos os processos acima.

Esse processo^x resultou em diversos documentos 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.

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

De forma a rever a base de evidências para a APS, conduziu-se uma revisão sistemática da literatura, incluindo artigos de periódicos 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 difusão da APS; 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 Trabalho^x.

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, usuários 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.

Os textos provisórios do documento de posicionamento, da declaração regional e das linhas de ação estratégicas foram discutidos em uma consulta regional realizada em Montevideo, 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.

País	Data
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

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

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

Anexo B: Declaração regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária de Saúde (Declaração de Montevideu)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
46º CONSELHO DIRETOR
57ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL
Washington, D.C., EUA, 26–30 de setembro de 2005

CONSIDERANDO QUE:

Embora a Região das Américas tenha registrado um progresso importante na saúde e na implementação da atenção primária de saúde (APS), continua havendo desafios e disparidades persistentes de saúde nos países da Região e entre eles. Para abordar essa situação, os Estados precisam de metas mensuráveis e estratégias integradas de desenvolvimento social;

Os países das Américas há muito reconheceram a necessidade de combater a exclusão na saúde mediante expansão da proteção social como elemento central das reformas setoriais nos Estados Membros (Resolução CSP26.R19). Os países também reconheceram a contribuição e potencial da APS na melhoria das condições de saúde com a necessidade de definir novas orientações estratégicas e programáticas para a plena realização de seu potencial (Resolução CD44.R6) e se comprometeram a integrar e incorporar os objetivos de desenvolvimento referentes à saúde acordados internacionalmente, inclusive os contidos na Declaração do Milênio das Nações Unidas, nas metas e objetivos das políticas de saúde de cada país (Resolução CD45.R3);

A Declaração de Alma-Ata continua sendo válida em princípio; contudo, em vez de implementadas como um objetivo ou programa separado, suas idéias devem ser integradas aos sistemas de saúde da Região. Isso permitirá que os países enfrentem novos desafios como as mudanças epidemiológicas e demográficas, novos cenários socioculturais e econômicos, infecções e pandemias emergentes, impacto da globalização sobre a saúde e os crescentes custos do cuidado da saúde dentro das características específicas de cada sistema nacional de saúde;

A experiência dos últimos 27 anos demonstra que os sistemas de saúde que aderem aos princípios da APS conseguem melhores resultados e aumentam a eficiência do sistema de saúde tanto para os indivíduos quanto para a saúde pública, bem como para os provedores públicos e privados;

Um sistema de saúde baseado na APS orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social e o direito de cada ser humano ao nível mais alto de saúde possível sem distinção de

raça, religião, credo político ou condição econômica e social. Os princípios necessários para sustentar esse sistema são sua capacidade de responder de maneira equitativa e eficiente às necessidades sanitárias dos cidadãos, incluindo a capacidade de monitorar o progresso no sentido de uma melhoria e renovação contínua; responsabilidade e prestação de contas dos Governos; sustentabilidade; participação; orientação para os padrões mais altos de qualidade e segurança; ação intersectorial;

NOS COMPROMETEMOS A:

Defender a integração dos princípios da APS na gestão, organização, financiamento e cuidado da saúde no desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde em cada país de maneira a contribuir, em conjunto com outros setores, para o desenvolvimento humano abrangente e equitativo, abordando de maneira efetiva, entre outros desafios, os objetivos de desenvolvimento referentes à saúde acordados internacionalmente, inclusive os contidos na Declaração do Milênio das Nações Unidas, e outros desafios novos e emergentes no campo da saúde. Para tanto, cada Estado deve, de acordo com suas necessidades e capacidade, preparar um plano de ação, estabelecendo momentos ou prazos para a formulação deste plano de ação e definindo critérios para sua avaliação, com base nos seguintes elementos:

I) Compromisso no sentido de facilitar a inclusão social e equidade em saúde.

Os Estados devem trabalhar para alcançar a meta de acesso universal a um cuidado de alta qualidade que leve ao mais alto nível de saúde possível. Os Estados devem identificar e trabalhar para eliminar as barreiras organizacionais, geográficas, étnicas, de gênero, culturais e econômicas ao acesso, e desenvolver programas específicos para populações vulneráveis.

II) Reconhecimento dos papéis cruciais do indivíduo e da comunidade no desenvolvimento de sistemas baseados na APS.

A participação no sistema de saúde local dos indivíduos e comunidades deve ser fortalecida para dar ao indivíduo, à família e à comunidade a possibilidade de participar nas decisões, fortalecer a implementação e a ação individual e comunitária e apoiar e manter eficazmente políticas de saúde pró-família ao longo do tempo. Os Estados Membros devem fazer com que a informação sobre resultados de saúde, programas de saúde e desempenho dos centros de saúde estejam disponíveis às comunidades para que possam supervisionar o sistema de saúde.

- III) **Orientação no sentido da promoção da saúde e atenção abrangente e integrada.**
Os sistemas de saúde centrados na atenção individual, abordagens curativas e tratamento de doenças precisam incluir ações orientadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenções baseadas na população, para lograr uma atenção integral e integrada. Os modelos de atenção da saúde devem basear-se em sistemas eficazes de atenção primária, ser orientados para a família e a comunidade, incorporar a abordagem do ciclo de vida, ser sensíveis ao gênero e às culturas e trabalhar para o estabelecimento de redes de atenção da saúde e coordenação social que assegurem a continuidade adequada do atendimento.
- M) **Desenvolvimento do trabalho intersetorial.**
Os sistemas de saúde devem facilitar contribuições coordenadas e integradas de todos os setores, inclusive os setores públicos e privado, envolvidos nos determinantes da saúde de modo a obter o melhor nível de saúde possível.
- V) **Orientação para a qualidade do atendimento e segurança do paciente.**
Os sistemas de saúde devem proporcionar uma atenção apropriada, eficaz e eficiente e incorporar as dimensões de segurança do paciente e satisfação do consumidor. Isso inclui processos de contínua melhoria da qualidade e garantia da qualidade das intervenções clínicas, preventivas e de promoção da saúde.
- VI) **Fortalecimento dos recursos humanos na saúde.**
O desenvolvimento de todos os níveis de programas de treinamento educacional e contínuo precisa incorporar práticas e modalidades de APS. As práticas de recrutamento e seleção devem incluir os elementos essenciais de motivação, promoção dos empregados, ambiente de trabalho estável, condições de trabalho centradas no empregado e oportunidade de contribuir a APS de maneira significativa. É essencial reconhecer o complemento de profissionais e paraprofissionais, trabalhadores formais e informais e as vantagens do trabalho em equipe.
- VII) **Estabelecimento de condições estruturais que permitam a renovação da APS.**
Os sistemas baseados na APS exigem a implementação de políticas apropriadas, quadros normativos e institucionais estáveis e uma organização agilizada e eficiente do setor saúde que assegure um funcionamento e gestão eficaz para responder rapidamente a desastres, epidemias e outras crises sanitárias, inclusive durante épocas de mudança política, econômica ou social.
- VIII) **Garantia de sustentabilidade financeira.**
Os Estados devem envidar os esforços necessários para garantir o financiamento sustentável dos sistemas de saúde, o processo de renovação da atenção primária de saúde e uma resposta suficiente às necessidades de saúde da população, com o apoio das instituições de cooperação internacional para apoiar o processo de integração da APS nos sistemas de saúde.
- IX) **Pesquisa e desenvolvimento e tecnologia apropriada.**
A pesquisa sobre sistemas de saúde, monitoração e avaliação contínua, intercâmbio de melhores práticas e desenvolvimento de tecnologia são componentes cruciais numa estratégia para renovar e fortalecer a APS.
- X) **Fortalecimento de redes e parcerias de cooperação internacional em apoio a APS.**
A OPAS/OMS e outras instituições internacionais de cooperação podem contribuir para o intercâmbio de conhecimento científico, desenvolvimento de práticas baseadas em dados, mobilização de recursos e melhor harmonização da cooperação internacional em apoio à APS.

(Oitava reunião, 29 de setembro de 2005)

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

Ano	Eventos Globais	Eventos nas Américas
1900 – década de 1950	<ul style="list-style-type: none"> • A Conferência da ONU realizada em São 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Agência Sanitária Internacional estabelecida (1902) • Expectativa de vida: 55,2 anos (1950–1955)
década de 1960	<ul style="list-style-type: none"> • A Comissão Médica Cristã foi criada por missionários médicos trabalhando em países em desenvolvimento • Enfatizavam o treinamento de trabalhadores de saúde nos vilarejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido aumento do treinamento de profissionais de saúde e investimento na infraestrutura de saúde nas Américas por inteiro • Expectativa de vida: 65.06 anos (1968, estimativa)
década de 1970	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão do programa “médicos descalços” na China • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • O Relatório Lalonde do Canadá desenvolve a idéia de determinantes “não-médicos” da saúde (1974) • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Carta de Ottawa (1986) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do Plano de Ação Regional • Depressão econômica • Deterioração dos serviços públicos • Governos democráticos eleitos 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 • Expectativa de vida: 69,2 anos (1980–1985)
década de 1990	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de Janeiro, 1992) • Conferência sobre População e Saúde Reprodutiva (Cairo, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemia de cólera • Deterioração progressiva das condições de vida, do ambiente social e físico • Algumas reformas de saúde fortalecem a APS (Cuba, Costa Rica) • 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)
década de 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão sobre Macroeconomia e Saúde • Expansão da pandemia de HIV/aids • Estabelecimento do Fundo Global contra a Aids, Malária e Tuberculose • Estabelecimento do GAVI • Enfoque na equidade em saúde • Saúde como bem de saúde pública global • Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) • Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde • Carta de Bangkok (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de vacinação contra sarampo: 93% • Incidência de sarampo: 2 a cada 1.000.000 • Expectativa de vida: 72,9 anos (1995–2000) • Renovação da APS nas Américas

Fontes: 32, 82, 86–91

Anexo D: Facilitadores e barreiras à implementação eficaz da APS nas Américas

Área	Fatores Facilitadores	Barreiras
Visão/abordagem à saúde	<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 	<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
Características de sistemas de saúde	<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 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas de saúde que segmentaram as pessoas com base em sua capacidade de pagar por serviços de saúde • Divisão entre o setor público, privado e de seguridade social • Falta de coordenação e sistemas de referência • Capacidade regulatória deficiente
Liderança e gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações regulares do desempenho • Processos de reforma participativa • Identificação correta de prioridades setoriais • Práticas para chegar ao consenso • Integração da cooperação local e global • Sistemas fortalecidos e integrados de informação em saúde 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
Recursos humanos	<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 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições inadequadas de emprego • Competências pouco desenvolvidas • Interesse limitado em pesquisa e desenvolvimento operacional • Pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação • Predominância de abordagens curativas e biomédicas
Condições macroeconômicas e de financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para garantir o financiamento adequado com o tempo • Sistemas para a utilização eficiente e equitativa de recursos • Políticas macroeconômicas mais sólidas, favorecendo os pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sustentabilidade financeira para APS • Gastos públicos concentrados em especialidades médicas, hospitais e alta tecnologia • Orçamentos inadequados dedicados à APS • Pressões pela globalização e instabilidade econômica
Abordagem de cooperação internacional para o setor de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • A APS reflete os valores sociais e as necessidades de saúde 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 • Políticas progressivas de descentralização • As reformas de saúde fortalecem em vez de enfraquecer os sistemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias e prioridades específicas por doenças • Valores da sociedade não considerados em iniciativas de reformas • Alvos limitados e muito vinculados a tempo, que não refletem as prioridades da população • Pouca continuidade das políticas de saúde • Abordagens excessivamente verticais e centralizadas • Custos transferidos a cidadãos, com consulta limitada

Fontes: 1, 3, 11, 32, 79, 92–95 e relatórios dos países gerados como parte do processo de consulta para renovação da APS.

Março 2008

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. Peoples' Health Movement. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
29. Vuori H. Primary health care in Europe—Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221–31.
30. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.
31. World Health Organization. Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1981.
32. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864–74.
33. 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.
34. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167–76.
35. 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.
36. Mills A. Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches? *Bulletin of the WHO* 2005;83(4):315–6.
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. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
39. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: WHO, 1996.
40. Fuenzalida–Puelma H, Scholle–Connor S. The Right to Health in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
41. Sen A. Why health equity? *Health Economics* 2002;11:659–666.
42. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115–8.
43. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
44. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429–45.
45. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001. *Int J Equity Health* 2002;1(1):1.
46. Aday LA, Andersen R, Fleming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
47. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002.
48. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4–184–97.
49. 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.
50. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129–33.
51. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457–502.
52. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201–16.
53. 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.
54. Macinko J, Guanais F, Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):13–19.

55. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155–7.
56. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330–6.
57. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727–34.
58. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431–458.
59. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
60. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273–80.
61. 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.
62. 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.
63. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Common Fund)* 2000;433(1–5).
69. Bermúdez-Tamayo C, Marquez-Calderón S, Rodríguez 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martínez 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.
76. Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salmerón J, Tome P, Guiscafre H, Gutiérrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214–23.
77. 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.

78. Symposium on National Strategies for Renewing Health—for–All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health—for–All; 1998; Washington, DC. PAHO.
79. Banerji D. Alma–Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707–708.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
84. Birdsall N, Szekely M. *Bootstraps, not Band–Aids: Poverty, equity and social policy*. Working paper 24. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
85. 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.
86. 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.
87. Rodríguez–García R, Goldman A. *La conexión Salud–Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
88. Pan American Health Organization. *La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
89. *Storia dell'eradicazione della poliomielite*. Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf> December 21, 2004.
90. Organización Panamericana de la Salud. *Análisis de la situación de salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980–1998*. *Boletín Epidemiológico* 20 años 1999;20(1).
91. Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas 1965–1968*. Washington, DC PAHO/WHO, 1970.
92. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
93. 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.
94. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380–90.
95. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.