

Relatório Mundial de Saúde 2008

Cuidados de Saúde Primários

Agora Mais Que Nunca

REFORMAS
DA COBERTURA
UNIVERSAL

REFORMAS
DA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS

REFORMAS
DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

REFORMAS
DA LIDERANÇA



Organização
Mundial de Saúde



Alto Comissariado
da Saúde

Relatório Mundial de Saúde 2008

Cuidados de Saúde Primários

Agora Mais Que Nunca



Organização
Mundial de Saúde



Alto Comissariado
da Saúde

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2008 sob o título
The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever

© Organização Mundial da Saúde 2008

Editor da versão Portuguesa

Alto Comissariado da Saúde,
Ministério da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9,
1.º – 1049-062, Lisboa
PORTUGAL

ISBN 978-989-95146-9-0
Dep. Legal 293537/09

Tradução
para Língua Portuguesa

**CISCOS – Centro de Investigação
em Saúde Comunitária**
Departamento Universitário
de Saúde Pública da Faculdade
de Ciências Médicas
Campo dos Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa, Portugal

Tradução:

Dr.ª Maria Cristina Moniz Pereira,
Dr.ª Fátima Hipólito, Prof. Doutor
Paulo Ferrinho (Cap. 3–6)

Revisão Científica: Prof. Doutor
Jorge Torgal

Revisão: Maria Isabel Alves

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

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

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

ISBN 978 92 4 156373 4

(NLM classification: W 84.6)

ISSN 1020-3311

© World Health Organization 2008

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

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

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

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

Informação relativa a esta publicação pode ser obtida em:

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

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

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

Contribuições em termos de caixas de texto, figuras e análise de dados vieram de: Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekedam, Andre Biscaia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Joan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabregas, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadreza Hosseinpour, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Andre Isakov, Michel Jancloes, Miloud Kaddar, Hyppolite Kalambaye, Guy Kegels, Meleckidzedeck Khayesi, Ilona Kickbush, Yohannes Kinfu, Tord Kjellstrom, Rüdiger Krech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Zoe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Rob Ridley, Ritu Sadana, David Sanders, Saif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Kurup, Kenji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard e Bob Woollard.

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

A primeira versão do relatório foi revista numa reunião em Montreux, Suíça, com os seguintes participantes: Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Jaffer, Safurah Jaafar, Pongpisut Jongudomsuk, Joseph Kasonde, Kamran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Saul Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermdae, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus e Maria Hamlin Zujiga.

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

Os grupos de trabalho da OMS forneceram os dados iniciais para o relatório. Estes grupos de trabalho, incluindo pessoal da Sede e dos Escritórios Regionais, incluíram: Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Bias, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Charlotte Boueseau, Gul Carrin, Venkatraman Chandra-Mouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Joan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt, Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Kersten Gutschmidt, Alex Kalache, Alim Khan, Ilona Kickbusch, Yunkap Kwankam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Kamini Mendis, Shanthy Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Eil Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpbier, Ramesh Shademani, Kenji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudia Stein, Kwok-Cho Tang, Andreas Ullrich, Mikund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil e Juliana Yartey.

A equipa de produção editorial foi dirigida por Thomson Prentice, gestor de edição. O relatório foi editado por Diana Hopkins, assistida por Barbara Campanini. Gaël Kernen deu assistência nos gráficos e produziu a versão do website e outros meios electrónicos. Lina Tucker Reinders deu conselhos editoriais. O índice foi preparado por June Morrison.

O apoio administrativo na preparação do relatório foi dado por Saba Amdeselassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriqueia, Evelyne Omukubi e Christine Perry.

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

Design: Reda Sadki
Layout: Steve Ewart and Reda Sadki
Figuras: Christophe Grangier
Paginação e Coordenação de impressão da versão Portuguesa: Syntaxe
Impresso em Portugal



Índice

Mensagem da Directora-Geral

viii



Introdução e Visão Global

xi

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



Capítulo 1. Os desafios de um mundo em mudança

I

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



Capítulo 2. Promover e manter a Cobertura Universal

25

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



Capítulo 3. Cuidados Primários: Dar prioridade às pessoas 43

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



Capítulo 4. Políticas Públicas para a saúde do público 67

Importância de políticas públicas saudáveis	68
Políticas sistémicas alinhadas com as metas dos CSP	70
Políticas de saúde pública	72
Alinhar os programas de saúde prioritários com os CSP	72
Iniciativas nacionais de saúde pública	72
Capacidade de resposta rápida	73
Saúde em todas as políticas	74
Compreender o sub-investimento	77
Oportunidades para melhores políticas públicas	79
Melhor informação e evidência	79
Um cenário institucional em mudança	81
Acções globais de saúde equitativas e eficientes	82



Capítulo 5. Liderança e governo efectivo 87

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



Capítulo 6. Seguir em frente 107

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

Lista de Figuras

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

Lista de Caixas

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

Lista de Quadros

Quadro 1 Como a experiência mudou o rumo do movimento dos CSP	xv
<hr/>	
Quadro 3.1 Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas	45
Quadro 3.2 Orientação para a pessoa: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	50
Quadro 3.3 Compreensividade: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	52
Quadro 3.4 Continuidade dos cuidados: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	53
Quadro 3.5 Ponto de entrada regular: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	56
<hr/>	
Quadro 4.1 Efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho	75
<hr/>	
Quadro 5.1 Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, em Inglaterra	96
Quadro 5.2 Factores significativos na melhoria da capacidade institucional para governação do sector da saúde, em seis países	99



Directora-Geral Mensagem

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

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

Vemos uma mãe a sofrer de complicações no parto e sem acesso a apoio qualificado, uma criança a quem faltam as principais vacinas, um habitante das barracas do interior de uma cidade a viver em condições deploráveis. Vemos a ausência de protecção dos peões que caminham em estradas e vias rápidas cheias de tráfego e o empobrecimento resultante do pagamento directo de cuidados devido à falta de seguro de saúde. Estas e muitas outras realidades do dia-a-dia personificam os retrocessos inaceitáveis e evitáveis no desempenho dos nossos sistemas de saúde.

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



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

Estas avenidas estão definidas no Relatório como quatro conjuntos de reformas que reflectem a convergência entre os valores dos cuidados de saúde primários, as expectativas dos cidadãos e os desafios do desempenho de saúde que atravessam todos os contextos. Estes incluem:

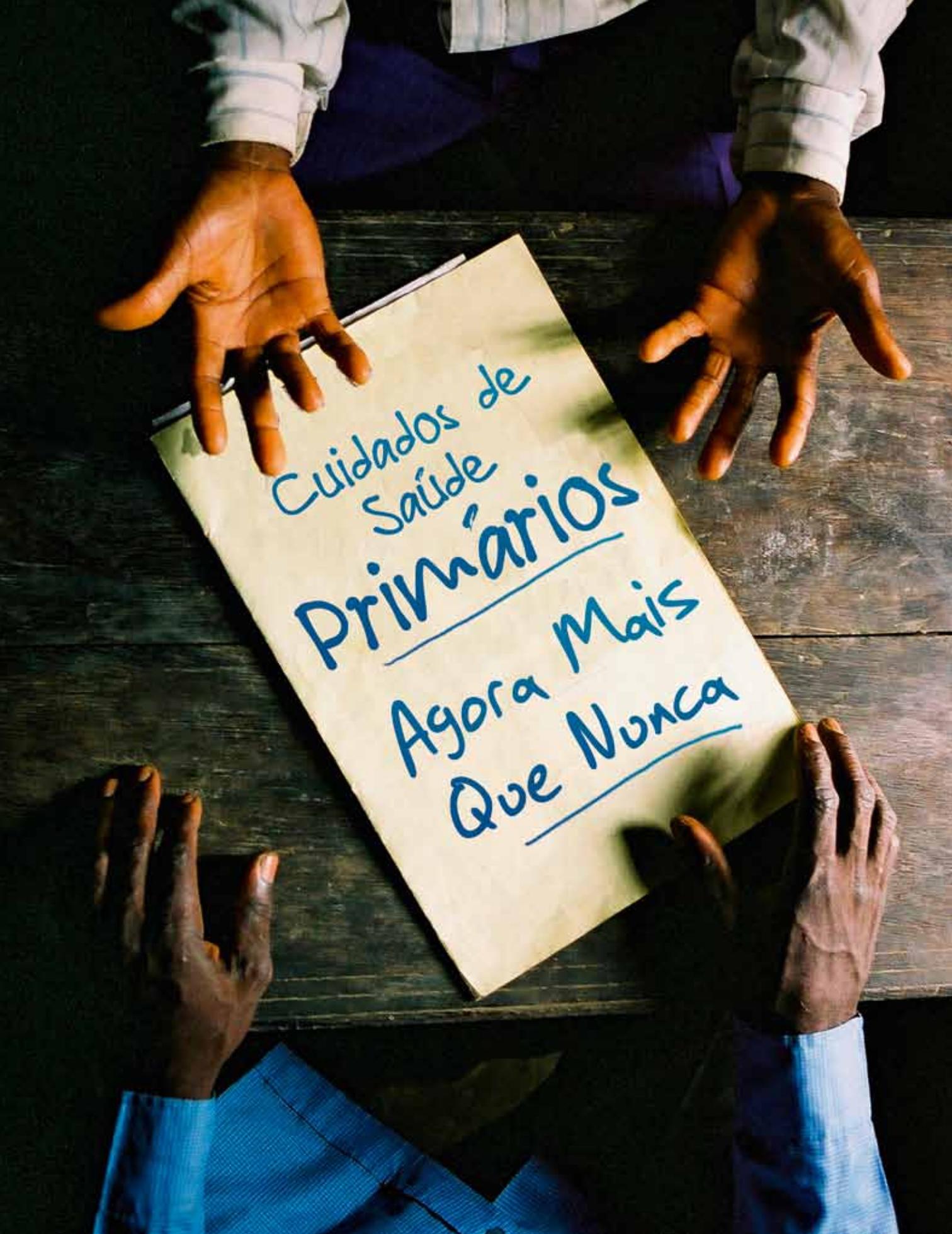
- *reformas da cobertura universal* que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a protecção social da saúde;
- *reformas na prestação de serviços* que reorganizem os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e mais capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo que produzem melhores resultados;
- *reformas de políticas públicas* que garantam comunidades mais saudáveis, integrando acções de saúde pública com cuidados primários, seguindo políticas saudáveis em todos os sectores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais; e

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

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

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

Dra. Margaret Chan
Directora-Geral
Organização Mundial de Saúde



Cuidados de
Saúde

Primários

Agora Mais
Que Nunca



Introdução **e Visão Global**

Porquê um renovar dos cuidados de saúde primários (CSP), e porquê agora, mais que nunca? A resposta imediata é a exigência palpável por parte dos Estados Membros – não só dos profissionais de saúde, mas também da arena política.

Em muitos países, a globalização está a colocar a coesão social sob stress e os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitectura das sociedades contemporâneas, não estão claramente a actuar tão bem como deveriam.

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

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

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

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

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

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

se é guiado por “*receptividade às necessidades das pessoas*”⁴. Caminhar em direcção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Isto envolve uma reorientação substancial e a reforma da maneira como os sistemas de saúde operam nas sociedades de hoje: essas reformas constituem a agenda de renovação dos CSP.

Responder aos desafios de um mundo em mudança

Em geral, as pessoas estão hoje mais saudáveis, mais ricas e vivem mais tempo do que há 30 anos. Se as crianças ainda estivessem a morrer de acordo com as taxas de 1978, teriam havido 16,2 milhões de mortes globalmente em 2006. De facto, só se observaram 9,5 milhões⁹. Esta diferença de 6,7 milhões equivale a 18 829 crianças salvas todos os dias. A noção, outrora revolucionária, de medicamentos essenciais está vulgarizada. Têm havido melhorias significativas no acesso à água, saneamento e cuidados pré-natais.

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

No entanto, existem outras tendências que não devem ser ignoradas. Primeiro, o progresso substancial em saúde nas décadas mais recentes tem



sido profundamente desigual, com convergência para um melhor estado de saúde para uma grande parte do mundo mas, ao mesmo tempo, com um considerável número de países a ficar cada vez mais para trás ou a perder terreno. Acresce a existência de ampla documentação – não disponível há 30 anos atrás – de consideráveis e muitas vezes crescentes desigualdades em saúde, entre os países.

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

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

Em muitos aspectos, as respostas do sector da saúde ao mundo em mudança têm sido desadequadas e ingénuas. Desadequadas, na medida em que falham não só na antecipação mas também na resposta apropriada: vezes de mais com muito pouco, tarde de mais ou excessivamente no sítio errado. Ingénuas, na medida em que falhas do sistema requerem uma solução ao nível do

sistema, e não soluções temporárias. Os problemas com os recursos humanos para a saúde pública e cuidados de saúde, com sistemas de financiamento, infraestruturas ou sistemas de informação estendem-se invariavelmente para além do sector da saúde no seu sentido restrito, para além de um único nível de influência política e, cada vez mais, atravessam fronteiras: isto eleva o patamar em termos de trabalho efectivo entre todos os governos e parceiros.

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

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

- sistemas de saúde centrados, de forma desproporcionada, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados;
- sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagens de controlo de doenças, com objectivos imediatistas, num espírito de comando-e-controlo;

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

Estas tendências vão totalmente contra uma resposta compreensiva e equilibrada às necessidades de saúde. Em alguns países, a iniquidade de acesso, os custos empobrecedores e a erosão da confiança nos cuidados de saúde resultantes, constituem uma ameaça à estabilidade social.

Caixa 1 Cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde

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

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

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

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

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

Expectativas crescentes de um melhor desempenho

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

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

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

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

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

Dos pacotes do passado às reformas do futuro

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

disso, e com bastante frequência, o movimento dos CSP simplificou demais a sua mensagem, o que resultou em receitas tipo “chapa três”, iguais para todos, mas mal adaptadas aos diferentes contextos e problemas²⁴. Como resultado disso, as autoridades de saúde nacionais e globais passaram, muitas vezes, a olhar para os CSP não como um conjunto de reformas, como eram supostos ser, mas como mais um programa de prestação de cuidados de saúde, entre muitos outros, que prestava cuidados pobres a pessoas pobres. O quadro 1 apresenta as diferentes dimensões das primeiras tentativas de implementação dos CSP e contrasta-as com as abordagens actuais. Inerente a esta evolução está o reconhecimento de

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

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

que uma definição mais clara da direcção a seguir e dos objectivos desejados, requer um conjunto de reformas específicas, sensíveis ao contexto, que correspondam aos desafios de saúde de hoje e preparem para os desafios de amanhã.

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

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

Quatro conjuntos de reformas dos CSP

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

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

O primeiro destes 4 conjuntos de reformas tem por objectivo a diminuição da exclusão e das disparidades sociais em saúde. Em última análise, os determinantes de iniquidade em saúde requerem uma resposta da sociedade com escolhas políticas e técnicas que afectam muitos sectores diferentes. As iniquidades em saúde também são modeladas pelas iniquidades em disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços, pelo fardo financeiro que estas impõem às pessoas, e até por barreiras linguísticas, culturais e com base no género que estão muitas vezes entranhadas na forma como a prática clínica é conduzida²⁶.

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



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

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

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

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

Existe um corpo substancial de evidências sobre as vantagens comparativas, em termos de eficácia e eficiência, de cuidados de saúde organizados como cuidados primários orientados para as pessoas. Apesar das variações na terminologia específica, os seus traços característicos (orientado para a pessoa, compreensividade* e integração, continuidade de cuidados e participação dos doentes, famílias e comunidades) estão bem identificados^{15,27}. Para os

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

cuidados terem estas características é necessário que os serviços de saúde estejam organizados em consonância, com equipas multi-disciplinares próximas dos clientes que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros sectores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas e organizações da comunidade. O recente crescimento económico trouxe recursos adicionais à saúde. Combinada com a procura crescente de uma melhor prestação, esta situação cria enormes oportunidades de reorientar os serviços de saúde já existentes em direcção aos cuidados primários – não só em ambientes bem apetrechados, mas também onde o dinheiro é escasso e as necessidades são elevadas. Em muitos países de baixo e médio rendimento, onde a prestação de serviços se encontra numa fase de expansão acelerada, existe agora uma oportunidade de traçar um caminho que pode evitar a repetição de alguns dos erros que os países de rendimento elevado cometeram no passado.

Os cuidados primários podem fazer muito para melhorar a saúde das comunidades, mas não é

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

Estas políticas públicas englobam políticas e programas técnicos que dão resposta aos problemas de saúde prioritários. Estes programas podem ser criados para trabalhar com, apoiar e impulsionar os cuidados primários, ou podem não o fazer e, mesmo sem essa intenção, minar os esforços de reformar a prestação de serviços. As autoridades de saúde têm uma enorme responsabilidade nestas decisões. Programas orientados para problemas de saúde através de cuidados primários precisam de ser complementados por intervenções de saúde pública a nível nacional e internacional. Estas poderão beneficiar de escalas de eficiência; para alguns problemas, poderão mesmo ser a única opção

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

Os cuidados primários foram definidos, descritos e estudados exaustivamente em contextos com recursos adequados, muitas vezes com referência a médicos com especialização em medicina familiar ou clínica geral. Estas descrições constituem uma agenda bem mais ambiciosa do que as receitas inaceitavelmente restritivas e desagradáveis de cuidados primários que têm sido alardeados para os países de baixo rendimento^{27,28}.

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



viável. Existem evidências impressionantes, de que intervenções seleccionadas, que podem ir da higiene pública e prevenção da doença à promoção da saúde, podem dar uma enorme contribuição para a saúde. Contudo, são surpreendentemente negligenciadas, em todos os países, independentemente do seu nível de rendimento. Isto é particularmente visível em momentos de crise e de grandes ameaças à saúde pública, quando uma capacidade de resposta rápida se torna essencial não só para garantir a saúde, mas também para manter a confiança pública no sistema de saúde.

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

Para que estas reformas sejam possíveis no extraordinariamente complexo sector da saúde, será necessário reinvestir em liderança pública de uma forma que siga modelos colaborativos de diálogo político* com múltiplos parceiros – uma vez que isto é o que as pessoas esperam, e porque é o que dá melhores resultados. As autoridades de saúde podem fazer um trabalho muito melhor

na formulação e implementação de reformas dos CSP adaptadas a contextos e constrangimentos nacionais específicos, se a mobilização em torno dos CSP for informada por lições do passado, incluindo sucessos e falhas. O governo da saúde é um desafio importante para os Ministérios da Saúde e outras instituições, governamentais e não-governamentais, implicadas em liderar a saúde. Já não basta uma mera administração do sistema: têm de se estabelecer organizações aprendizes. Isto requer uma liderança inclusiva que se comprometa com uma variedade de parceiros mesmo à margem do sector público, dos clínicos à sociedade civil, e das comunidades aos investigadores e académicos. As áreas de investimentos estratégicos para melhorar a capacidade das autoridades de saúde em liderar as reformas dos CSP, incluem tornar os sistemas de informação em saúde num instrumento dessas reformas; mobilizar as inovações no sector da saúde e as dinâmicas sociais a que dão origem em todas as sociedades; e criar capacidade através da interacção e da exposição à experiência dos outros – no país e com outros países.

Aproveitar as oportunidades

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

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

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

nos cuidados primários e em princípios de cobertura universal, evitando erros por omissão, tais como o não investimento em políticas de saúde pública, e por comissão, tais como o investimento desproporcionado em cuidados terciários, que têm caracterizado os sistemas em países de rendimento elevado no passado recente. O desafio é, assumidamente, mais assustador para os 2 bilhões de pessoas que vivem nas economias de saúde de baixo crescimento de África e do Sudeste Asiático, bem como para os mais de 500 milhões que vivem em estados frágeis. Contudo, mesmo aqui, existem sinais de crescimento – e evidência de um potencial para o acelerar, evitando o recurso aos pagamentos directos – que oferecem possibilidades de expandir os sistemas e serviços de saúde. De facto, mais do que noutros países, estes não se podem dar ao luxo de não optar pelos CSP e, como em qualquer outro lado, podem começar a fazê-lo de imediato.

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

Paralelamente, existe uma perspectiva de investimento doméstico, para galvanização dos sistemas de saúde em torno dos valores dos CSP. O crescimento do PIB – particularmente vulnerável ao abrandamento económico, às crises de energia e de alimentação e ao aquecimento global – está a financiar as despesas de saúde em todo o mundo, com a notável excepção dos Estados frágeis. Este crescimento económico cria oportunidades para reformar os CSP que não existiam nos anos 80 e 90. Apenas uma pequena parte das despesas em saúde são aplicadas à correcção de distorções frequentes no funcionamento dos sistemas de saúde ou para ultrapassar os constrangimentos do sistema que dificultam a

prestação de serviços, mas o potencial existe e está a crescer rapidamente.

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

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

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

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

este processo, a saúde tem sido uma preocupação central. Isto oferece oportunidades para uma acção mais efectiva em saúde. Também cria as condições sociais necessárias para o estabelecimento de alianças sólidas para além do sector da saúde. Desta forma, a acção intersectorial está de novo no centro das atenções. Muitas das autoridades de saúde de hoje já não vêem a sua responsabilidade pela saúde como sendo limitada

ao controlo da sobrevivência e da doença, mas como uma das competências chave que as pessoas e as sociedades valorizam³⁷. A legitimidade das autoridades de saúde depende, cada vez mais, da sua capacidade em assumir a responsabilidade por desenvolver e reformar o sector da saúde de acordo com o que as pessoas valorizam – em termos de saúde e daquilo que se espera dos sistemas de saúde na sociedade.

Referências

1. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund*. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series No. 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
7. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata: twenty-fifth anniversary*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19–28 May 2003, WHA56.6, Agenda Item 14.18).
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
9. *World Health Statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education*. Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for *World development report 2004 – making services work for poor people*).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244–247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321–325.
20. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5–6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
27. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. *The Paris declaration on aid effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.



Os desafios de um mundo em mudança



Este capítulo descreve o contexto onde a actual renovação dos cuidados de saúde primários se está a desenrolar. O capítulo faz uma revisão dos actuais desafios para a saúde e para os sistemas de saúde e descreve um conjunto de expectativas sociais amplamente partilhadas, que determinam a agenda da mudança dos sistemas de saúde do mundo de hoje.

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

Capítulo 1

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

O capítulo defende que, em geral, a resposta a estes desafios por parte do sector da saúde e das sociedades tem sido lenta e inadequada. Isto tanto reflecte uma incapacidade de mobilização dos recursos e instituições necessários para transformar a saúde em torno dos valores dos cuidados de saúde primários, como um falhanço em fazer frente ou modificar substancialmente as forças que empurram o sector da saúde para outras direcções, nomeadamente: uma atenção desproporcional sobre os cuidados hospitalares especializados; a fragmentação dos sistemas de saúde; e a proliferação de cuidados comerciais não regulamentados. Ironicamente, estas fortes tendências desviam os sistemas de saúde daquilo que as pessoas esperam da saúde e dos cuidados de saúde. Quando a Declaração de Alma-Ata enalteceu os princípios de equidade em saúde, cuidados centrados nas pessoas e um papel central para as comunidades de saúde em acção, foram considerados radicais. A investigação social sugere, no entanto, que estes valores se estão a tornar preponderantes em sociedades modernizadas: eles correspondem à forma como as pessoas olham para a saúde e ao que elas esperam dos seus sistemas de saúde. Por esta razão, aumentar as expectativas sociais no que respeita a saúde e cuidados de saúde deve, então, ser encarado como o grande impulsionador das reformas dos CSP.

Crescimento desigual, resultados desiguais

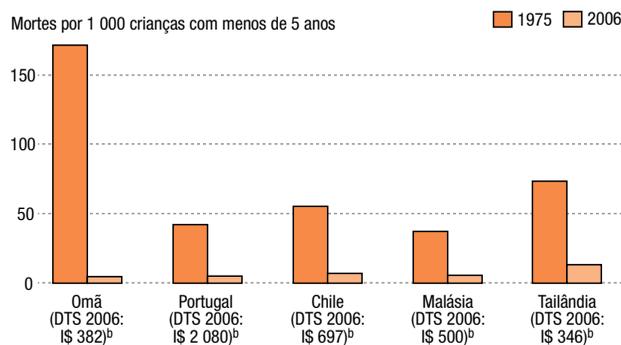
Vidas mais longas e melhor saúde, mas não em todo o lado

Nos finais dos anos 70, o Sultanato de Omã tinha apenas uma mão cheia de profissionais. As pessoas tinham de viajar até quatro dias só para chegar a um hospital, onde centenas de doentes já estariam à espera na fila para ver um dos poucos médicos (expatriados). Tudo isto mudou em menos que uma geração¹. Omã investiu consistentemente num serviço nacional de saúde e manteve esse investimento, ao longo do tempo. Existe agora uma densa rede de 180 instalações de saúde regionais, distritais e locais apoiadas por mais de 5 000 trabalhadores de saúde, que facultam o acesso quase universal a cuidados de saúde para

os 2,2 milhões de pessoas que vivem em Omã, com uma cobertura agora extensível a residentes estrangeiros². Mais de 98% dos nascimentos em Omã são agora atendidos por pessoal qualificado e mais de 98% dos bebés estão totalmente imunizados. A esperança de vida à nascença, que era menos de 60 anos, em finais dos anos 70, ultrapassa agora os 74 anos. A taxa de mortalidade em menores de 5 anos desceu vertiginosamente em 94%³.

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

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



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

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

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

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

Em geral, o progresso no mundo tem sido considerável. Se as crianças ainda estivessem a morrer às taxas de 1978, teriam ocorrido, globalmente, 16,2 milhões de mortes em 2006. De facto, ocorreram apenas 9,5 milhões dessas mortes¹². Esta diferença de 6,7 milhões é equivalente a salvar 18 329 vidas de crianças todos os dias.

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



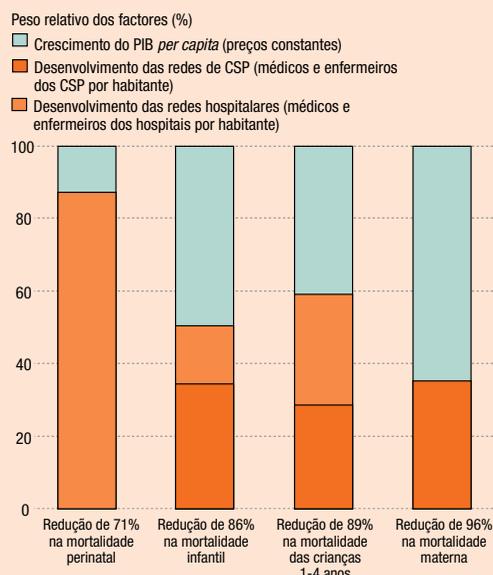
Caixa 1.1 Desenvolvimento económico e opções de investimento nos cuidados de saúde: a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal

Portugal reconheceu o direito à saúde na Constituição de 1976 no seguimento da sua revolução democrática. A pressão social para reduzir a enorme falta de equidade na saúde da população do País conduziu à criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos e complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos directos^{8,9}. O SNS foi implementado a partir de 1979, implementação essa que ficou completa em 1983 e foi organizado explicitamente com base nos princípios dos Cuidados de Saúde Primários: uma rede de centros de saúde, com médicos de família e enfermeiros, que progressivamente abrangeu todo o país. Para aceder aos serviços do SNS, os utentes têm de se registar num centro de saúde, na lista de um médico de família, que é o primeiro ponto de contacto com o Serviço. Portugal considera esta rede o maior sucesso em termos de melhoria no acesso a cuidados e de ganhos em saúde⁶.

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

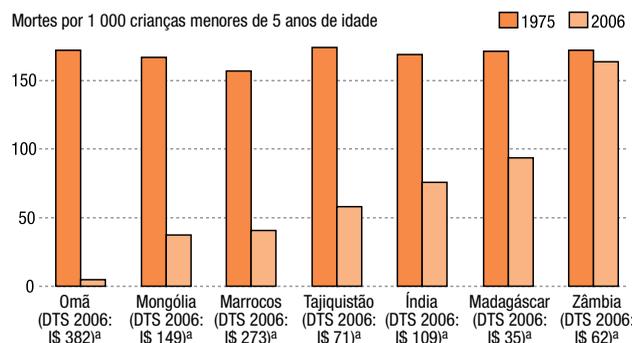
A análise multivariada das séries temporais de vários indicadores de mortalidade, desde 1960, revelou que a decisão de basear a política de saúde portuguesa nos princípios dos CSP, com o desenvolvimento de uma rede abrangente de cuidados de saúde primários¹¹, teve um papel importante na redução da mortalidade materna, infantil e das crianças 1-4 anos, enquanto a redução da mortalidade perinatal esteve associada a um maior desenvolvimento da rede hospitalar. Os contributos relativos do desenvolvimento da rede dos CSP e hospitalar assim como do crescimento económico na melhoria dos indicadores de mortalidade, desde 1960, estão evidenciados na Fig 1.2.

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



das taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade tem sido muito mais lenta em países de rendimento baixo, como um todo, do que

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



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

em países mais ricos¹³. Para além da Eritreia e da Mongólia, nenhum dos países de rendimento baixo hoje em dia, reduziu a mortalidade em menores de 5 anos, em 70%. O desempenho dos países considerados hoje como de rendimento médio já foi melhor mas, tal como a figura 1.3 ilustra, o progresso tem sido bastante desigual.

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

de vacinação na África subsariana é ainda significativamente mais baixa do que no resto do mundo¹⁴. A actual prevalência contraceptiva está ainda nos 21%, enquanto que noutras regiões em desenvolvimento, os aumentos têm sido substanciais, ao longo dos últimos 30 anos, atingindo agora os 61%^{15,16}. Onde se observa o aumento no uso de contraceptivos, este tem sido acompanhado por uma redução nas taxas de aborto. Na África subsariana, no entanto, os números absolutos de abortos têm aumentado, e quase todos estão a ser executados em condições pouco seguras¹⁷. Os cuidados à nascença para as mães e recém-nascidos também continuam a enfrentar problemas: em 33 países, menos de metade de todos os nascimentos em cada ano são assistidos por pessoal de saúde devidamente habilitado, com uma cobertura, num dos países, tão baixa quanto 6%¹⁴. A África subsariana é também a única região do mundo onde o acesso dos profissionais qualificados no trabalho de parto não está a progredir¹⁸.

Reflectindo as actuais tendências globais de sobrevivência das crianças, as tendências globais na esperança de vida apontam para um crescimento em todo o mundo de quase 8 anos, entre 1950 e 1978, e de mais sete anos desde então: um reflexo do crescimento no rendimento médio *per capita*. Tal como acontece com a sobrevivência das crianças, o aumento nas desigualdades de rendimento (os rendimentos aumentam mais

rapidamente em países de rendimento elevado do que em países de rendimento baixo) reflecte-se nas crescentes disparidades entre os mais e os menos saudáveis¹⁹. Relativamente à esperança de vida, entre meados de 1970 até 2005, a diferença entre países de rendimento elevado e países da África subsariana, ou estados frágeis, aumentou em 3,8 e 2,1 anos, respectivamente.

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

Primeiramente, a curva de Preston continua a subir¹². Um rendimento *per capita* de I\$1 000 em 1975, estava associado a uma esperança de vida de 48,8 anos. Em 2005, o mesmo rendimento correspondia a uma esperança de vida de quase mais quatro anos. Isto sugere que as melhorias em nutrição, educação²³, tecnologias da saúde²², a capacidade institucional em obter e utilizar a informação e a forma como a sociedade traduz esse conhecimento em acção eficaz²³, quer em termos sociais quer em termos de saúde, permitem uma maior produção de saúde para um mesmo nível de rendimento.

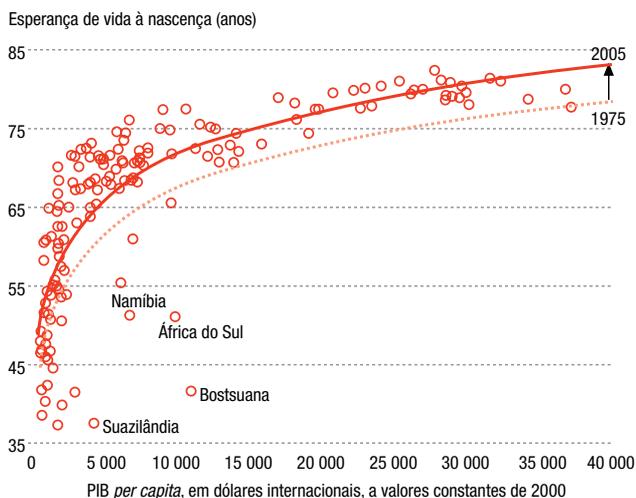
Em segundo lugar, existe uma variação considerável em termos de resultados em países com um mesmo nível de rendimento, particularmente entre países pobres. Por exemplo, a esperança de vida na Costa do Marfim (PIB I\$1 465) é quase 17 anos mais baixa do que no Nepal (PIB I\$ 1 379), e entre Madagáscar e a Zâmbia, a diferença é de 18 anos. A presença de valores elevados, em cada banda de rendimento, demonstra que o real nível de rendimento *per capita* num dado momento não é o factor absoluto, limitador da taxa, que a curva média parece dar a entender.

Crescimento e estagnação

Nos últimos 30 anos, a relação entre crescimento económico e esperança de vida à nascença tem revelado três padrões distintos (Figura 1.5).

Em 1978, cerca de dois terços da população mundial vivia em países que tiveram aumentos na esperança de vida à nascença e um crescimento económico considerável. Os ganhos relativos mais impressionantes aconteceram num número de países de rendimento baixo na Ásia (incluindo a Índia), América Latina e norte de África, totalizando 1,1 bilhões de habitantes, há 30 anos, e

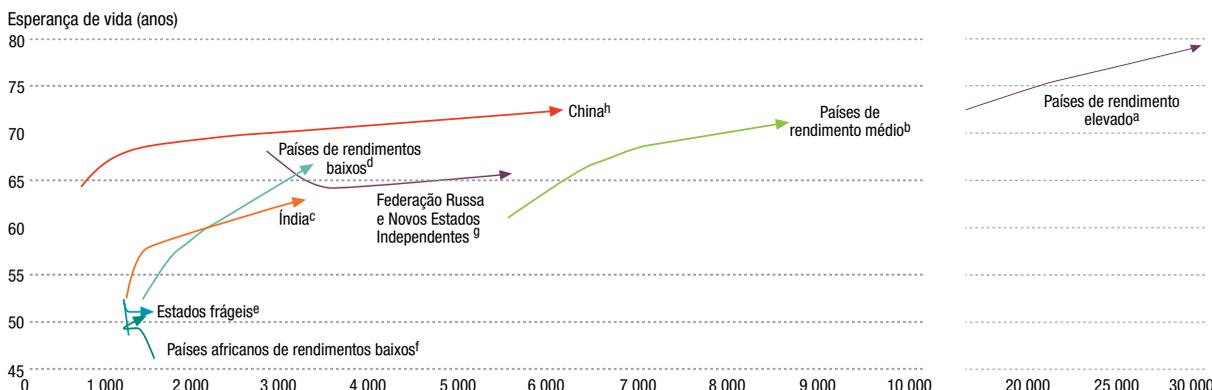
Figura 1.4 PIB *per capita* e esperança de vida à nascença, em 169 países^a, 1975 e 2005



^a são apenas identificados os países periféricos



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



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

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

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

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

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

f 13 Países Africanos de rendimentos baixos, excluindo os estados frágeis, 71 M habitantes em 1975, 872 M em 2005.

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

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

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

Fontes: Life expectancy, 1975, 1985: UN World Population Prospects 2006; 1995, 2005: WHO, 9 November 2008 (draft); China: 3rd, 4th and 5th National Population censuses, 1981, 1990 and 2000. GDP: 2007²⁷.

quase 2 bilhões, hoje em dia. Estes países aumentaram a esperança de vida à nascença, em 12 anos, enquanto que o PIB *per capita* se multiplicou por um factor de 2,6. Os países de rendimento elevado e países com um PIB entre os I\$3 000 e os I\$10 000 em 1975, também tiveram um crescimento económico substancial e um aumento na esperança de vida.

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

combinados com a eliminação de redes de segurança, todos estes factores contrabalançaram os ganhos do aumento do PIB médio²⁶. A China já tinha aumentado substancialmente a sua esperança de vida num período anterior a 1980 para níveis bastante acima da de outros países de rendimento baixo nos anos 70, apesar da fome de 1961-1963 e da Revolução Cultural de 1966-1976. O contributo dos cuidados primários rurais e do seguro de saúde urbano para estes sucessos foi bem documentado^{27,28}. No entanto, com as reformas económicas do início dos anos 80, o PIB médio *per capita* aumentou de forma espectacular, mas o acesso a cuidados e a protecção social deteriorou-se, particularmente nas zonas rurais. Isto diminuiu a taxa de aumento na esperança de vida para uma taxa moderada, sugerindo que apenas a melhoria das condições de vida associada ao espectacular crescimento económico evitaram a regressão da esperança média de vida²⁹.

Finalmente, existe um conjunto de países de rendimento baixo, representando cerca de 10% da população mundial, onde, tanto o PIB como a esperança de vida, estagnaram³⁰. Estes são os países que são considerados “estados frágeis” de acordo com os critérios dos “países de rendimento baixo sob stress” (*LICUS*)*, de 2003-2006³¹.

Quase 66% da população desses países encontra-se em África. Fraca governação e conflitos internos prolongados são comuns nestes países, que enfrentam obstáculos semelhantes: fraca segurança, relações sociais fracturadas, corrupção, colapso do estado de direito e ausência de mecanismos para impor um poder e uma autoridade legítimos³². Têm muito por fazer em termos de necessidades de investimentos e muito poucos recursos governamentais para os pôr em prática. Metade deles testemunhou um crescimento negativo do PIB, durante o período de 1995-2004 (todos os outros ficaram abaixo do crescimento médio dos países de rendimento baixo), enquanto que a sua dívida externa estava acima da média³³. Estes países estavam entre os

que tinham a menor esperança de vida à nascença em 1975 e conseguiram aumentos mínimos desde então. Os outros países africanos de rendimento baixo partilham muitas das características e das circunstâncias dos estados frágeis – de facto, muitos deles sofreram longos períodos de conflito, nos últimos 30 anos que os teriam classificado como estados frágeis, se a classificação de *LICUS* tivesse existido nessa época. O seu crescimento económico tem sido muito limitado, tal como o aumento da sua esperança de vida, sobretudo devido à presença, neste grupo, de um número de países da África Austral, que são confrontados com um peso desproporcional da pandemia do VIH/SIDA. Em média, estes países têm tido algum

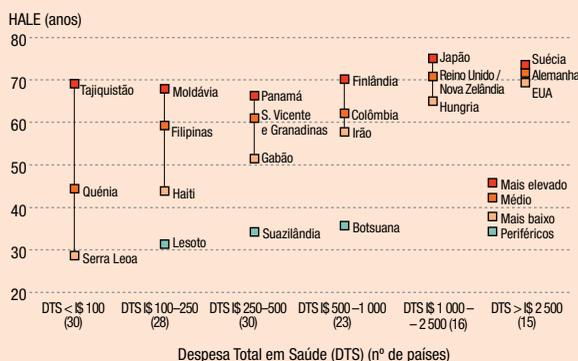
Caixa 1.2 Maior despesa em saúde está associada a melhores resultados, mas com grande diferenças entre países

Em muitos países, a quantia total gasta em saúde é insuficiente para financiar o acesso para todos, nem que seja a um pacote mínimo de cuidados de saúde³⁹. Este facto faz toda a diferença para a saúde e para a sobrevivência. A figura 1.6 mostra que o Quênia tem uma esperança de vida ajustada à saúde (*HALE*) de 44,4 anos, a mediana para os países que actualmente gastam menos do que I\$ 100 *per capita* em saúde. Isto representa 27 anos a menos do que na Alemanha, a mediana para os países que gastam mais de I\$ 2 500 *per capita*. Cada I\$ 100 *per capita* gastos em saúde, corresponde a um ganho de 1,1 em *HALE*.

No entanto, isto esconde grandes diferenças de resultados a níveis de gastos comparáveis. Existe uma diferença de até 5 anos em *HALE* entre países que gastam mais do que I\$ 2 500 *per capita*, por ano em saúde. As diferenças são maiores em níveis mais baixos de gastos, mesmo dentro de bandas de gastos relativamente estreitas. Os habitantes da Moldávia, por exemplo, gozam de mais 24 anos *HALE* do que os do Haiti; contudo, ambos os países estão entre os 28 que gastam 250-500 I\$ *per capita* em saúde. Estas diferenças podem ser ainda maiores se também forem considerados os países fortemente afectados pelo VIH/SIDA. O Lesoto gasta mais em saúde do que a Jamaica e, no entanto, a sua população tem um *HALE* que é 34 anos mais baixa.

Em contrapartida, as diferenças em *HALE* entre os países com melhores resultados em cada banda de gastos, são comparativamente pequenas. O Tajiquistão, por exemplo, tem um *HALE* que é 4,3 anos menor do que o da Suécia – inferior à diferença entre a Suécia e os Estados Unidos da América. Estas diferenças sugerem que o Como, Para Quê e Para Quem é gasto o dinheiro, tem uma importância considerável. Particularmente, em países onde o pacote para a saúde é muito pequeno, cada dólar que é atribuído a outro nível que não o óptimo, parece fazer uma diferença considerável.

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



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

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



crescimento económico desde 1975, mas com um forte retrocesso em termos de esperança de vida.

O que tem sido espantosamente comum aos estados frágeis e aos países da África subsariana nas últimas três décadas, e que os diferencia de outros que começaram com menos do que I\$ 3 000 *per capita* em 1975, é a combinação da estagnação do crescimento económico e da instabilidade política, com a ausência de melhorias na esperança de vida. Estes países concentram características que impedem melhorias na saúde. A educação, particularmente das mulheres, desenvolve-se mais lentamente, tal como o acesso a meios de comunicação modernos e ao trabalho de recurso intensivo ao conhecimento, que aumenta os recursos intelectuais das pessoas em qualquer outra parte do mundo. As pessoas estão mais expostas e mais vulneráveis a ameaças de saúde, ambientais e outras que, no mundo globalizado de hoje, incluem estilos de vida perigosos, tais como o tabagismo, a obesidade e a violência urbana. Falta-lhes a segurança material necessária para investirem na sua própria saúde e, aos seus governos, falta-lhes os recursos necessários e/ou compromisso para investimento público. Estas pessoas encontram-se em muito maior risco de guerra e de conflito civil do que as dos países mais ricos³⁰. Sem crescimento, a paz é consideravelmente mais difícil e, sem paz, o crescimento estagna: em média, uma guerra civil reduz o crescimento de um país em cerca de 2,3% ao ano para uma duração típica de sete anos, deixando o país 15% mais pobre³⁴.

Não é possível exagerar o impacto da combinação da estagnação com os conflitos. Os conflitos são uma fonte directa de sofrimento, doença e mortalidade, consideráveis e excessivos. Na República Democrática do Congo, por exemplo, em 1998-2004, o conflito provocou um excesso de mortalidade de 450 000 mortes por ano³⁵. Qualquer estratégia para ultrapassar as grandes diferenças, em termos de saúde, entre os países – e mesmo para corrigir as desigualdades dentro dos países – tem de considerar a criação de um ambiente de paz, estabilidade e prosperidade que permita o investimento no sector da saúde.

Uma história de crescimento económico lento é também uma história de recursos estagnados para a saúde. O que se passou na África subsariana

nos anos que se seguiram a Alma-Ata, exemplifica esta ideia.

Depois de se adaptar à inflação, o PIB *per capita* na África subsariana caiu em quase todos os anos, entre 1980 e 1994³⁶, deixando pouco espaço para ampliar o acesso ao sistema de saúde ou para transformar os sistemas de saúde. Por volta de 1980, por exemplo, o orçamento para medicamentos na República Democrática do Congo, depois Zaire, foi reduzido a zero e os gastos do governo com os distritos de saúde baixou para menos de I\$ 0,1 por habitante: o orçamento de saúde para o sector público da Zâmbia foi reduzido em dois terços; e os fundos disponíveis para fazer face às despesas e salários do grupo de trabalhadores governamentais em expansão, caiu até 70% em países como os Camarões, Gana, Sudão e a República Unida da Tanzânia³⁶. Para as autoridades de saúde desta parte do mundo, os anos 80 e 90, foram uma época de gestão de orçamentos cada vez mais reduzidos e de desinvestimento. Para o povo, este período de contracção fiscal foi uma época em que a utilização de serviços de saúde, desadequados e sub-financiados, era financiada por pagamentos directos dos utentes, com impactos catastróficos.

Em grande parte do mundo, o sector da saúde é, muitas vezes, brutalmente sub-financiado. Em 2005, 45 países gastaram menos do que I\$ 100 *per capita*, em saúde, incluindo a assistência externa³⁸. Em contrapartida, 16 países de rendimentos elevados gastaram mais de I\$ 3 000 *per capita*. Os países de rendimentos baixos destinam geralmente uma proporção mais pequena do seu PIB para a saúde do que os países de rendimento elevado, enquanto que o PIB dos primeiros é mais pequeno à partida e com cargas de doença mais elevadas.

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

Adaptação a novos desafios em saúde

Um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento

O mundo mudou nos últimos 30 anos: poucos teriam imaginado que as crianças em África estariam agora em muito maior risco de morte devido a acidentes de viação, do que as crianças em países de rendimento tanto elevado como baixo ou médio, da região Europeia (Figura 1.7).

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

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

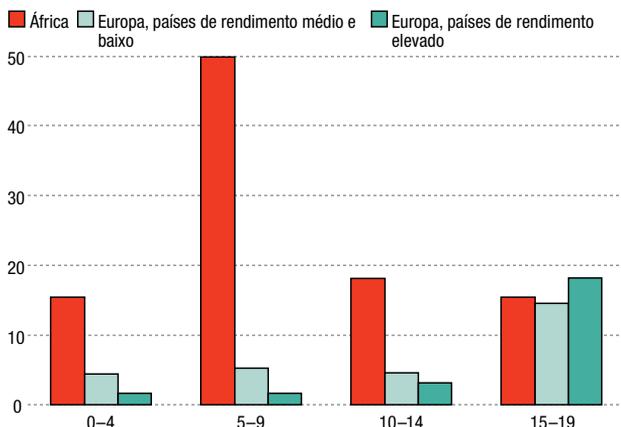
mais geral de que, entre os países em desenvolvimento, uma melhoria na governação local pode ajudar a produzir 75 anos, ou mais, de esperança de vida; com uma governação local fraca, a esperança de vida pode ser tão baixa como 35 anos. Um terço da população urbana mundial, hoje em dia – mais de mil milhões de pessoas – vive em bairros pobres: em locais onde faltam construções sólidas, área suficiente para se viver, acesso a água potável e saneamento, bem como segurança⁴⁰. Os bairros de lata são propícios ao fogo, inundações e desabamentos de terras; os seus habitantes estão expostos, de forma desproporcionada, à poluição, a acidentes, aos riscos no local de trabalho e à violência urbana. A perda de coesão social e a globalização de estilos de vida não saudáveis, contribuem para um ambiente que é, definitivamente, desfavorável à saúde.

É nestas cidades que se encontram muitos dos quase 200 milhões de migrantes internacionais⁵⁰. Eles constituem pelo menos 20% da população em 41 países, 31% dos quais têm menos de um milhão de habitantes. Excluir os migrantes do acesso a cuidados é o equivalente a negar a todos os habitantes de um país semelhante ao Brasil os seus direitos à saúde. Alguns dos países que fizeram vários progressos significativos, em termos de garantir aos seus cidadãos o acesso a cuidados, não garantem os mesmos direitos aos outros residentes. Uma vez que a migração continua numa expansão imparável, os direitos dos residentes não-cidadãos e a capacidade do sistema de serviços de saúde em dar resposta à crescente diversidade linguística e cultural de forma equitativa e eficaz, já não constituem questões marginais.

Este mundo móvel e urbanizado está a envelhecer rapidamente e assim vai continuar. Em 2050, o mundo irá contar com 2 mil milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, das quais cerca de 85% estarão a viver nos países hoje considerados como em desenvolvimento, sobretudo nas suas áreas urbanas. Ao contrário dos países ricos de hoje, os países de rendimento médio ou baixo estão a envelhecer, e rapidamente, antes de se terem tornado ricos, o que redobra o desafio.

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

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





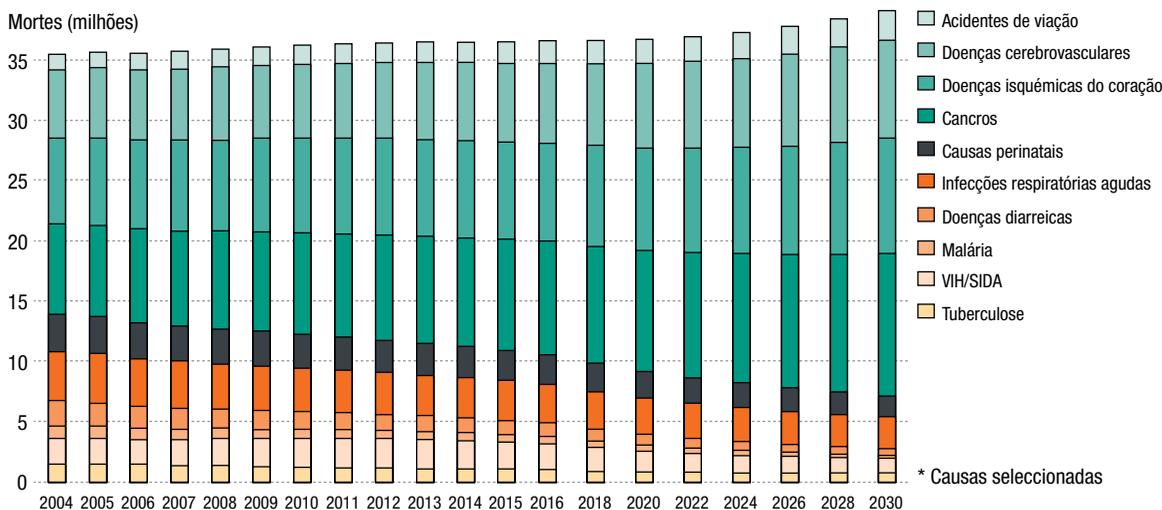
doença cardiovascular e câncros – e os traumatismos, causas cada vez mais importantes de morbilidade e de mortalidade (Figura 1.8)⁵¹. Há uma mudança notória na distribuição das mortes e doenças, dos mais novos para os mais velhos, e de causas infecciosas, perinatais e maternas, para doenças não-transmissíveis. O número de acidentes de viação vai aumentar; as mortes relacionadas com o tabaco irão ultrapassar as mortes relacionadas com o VIH/SIDA. Mesmo em África, onde a população continua jovem, o tabagismo, a tensão arterial elevada e o colesterol encontram-se entre os 10 maiores factores de risco em termos de peso global da doença⁵². Nas últimas décadas, muita da falta de progresso e praticamente todos os retrocessos em termos de esperança de vida, estiveram associados a crises de saúde em idade adulta, tal como aconteceu na Federação Russa ou África Austral. No futuro, a melhoria em saúde será cada vez mais uma questão de melhor saúde nos adultos.

O envelhecimento chamou a atenção para uma questão que é de particular relevância para a organização da prestação de serviços: a frequência cada vez maior da multi-morbilidade. No mundo industrializado, 25% de pessoas entre os 65-69 anos e 50% entre os 80-84 anos estão afectadas por duas ou mais enfermidades crónicas, em simultâneo. Em populações socialmente carenciadas, também as crianças e os

jovens adultos têm tendência para serem afectados^{53,54,55}. A frequência da multi-morbilidade em países de rendimento baixo não está tão bem descrita – com excepção do contexto da epidemia do VIH/SIDA, má nutrição ou malária – mas é provavelmente bastante subestimada^{56,57}. Uma vez que as doenças da pobreza estão inter-relacionadas, a partilha das causas, que são múltiplas e actuam em conjunto para produzir mais deficiência e mais doença, a multi-morbilidade é provavelmente mais, e não menos, frequente nos países pobres. Considerar a co-morbilidade – incluindo problemas de saúde mental, vícios e violência – reforça a importância de abordar a pessoa como um todo. E isso é tão importante em países em desenvolvimento como no mundo industrializado⁵⁸.

É insuficientemente apreciado o facto de que esta transição para uma agenda de doenças crónicas ou de problemas de saúde dos adultos tem de conviver com uma agenda, ainda inacabada, relacionada com doenças transmissíveis e com a saúde materna, do recém-nascido e da criança. Os esforços dirigidos a esta última, agenda, especialmente nos países mais pobres, onde a cobertura é ainda insuficiente, terão de ser reforçados¹². Mas todos os sistemas de saúde, incluindo os dos países pobres, também terão de dar resposta às necessidades e procura crescentes de cuidados para as doenças crónicas e

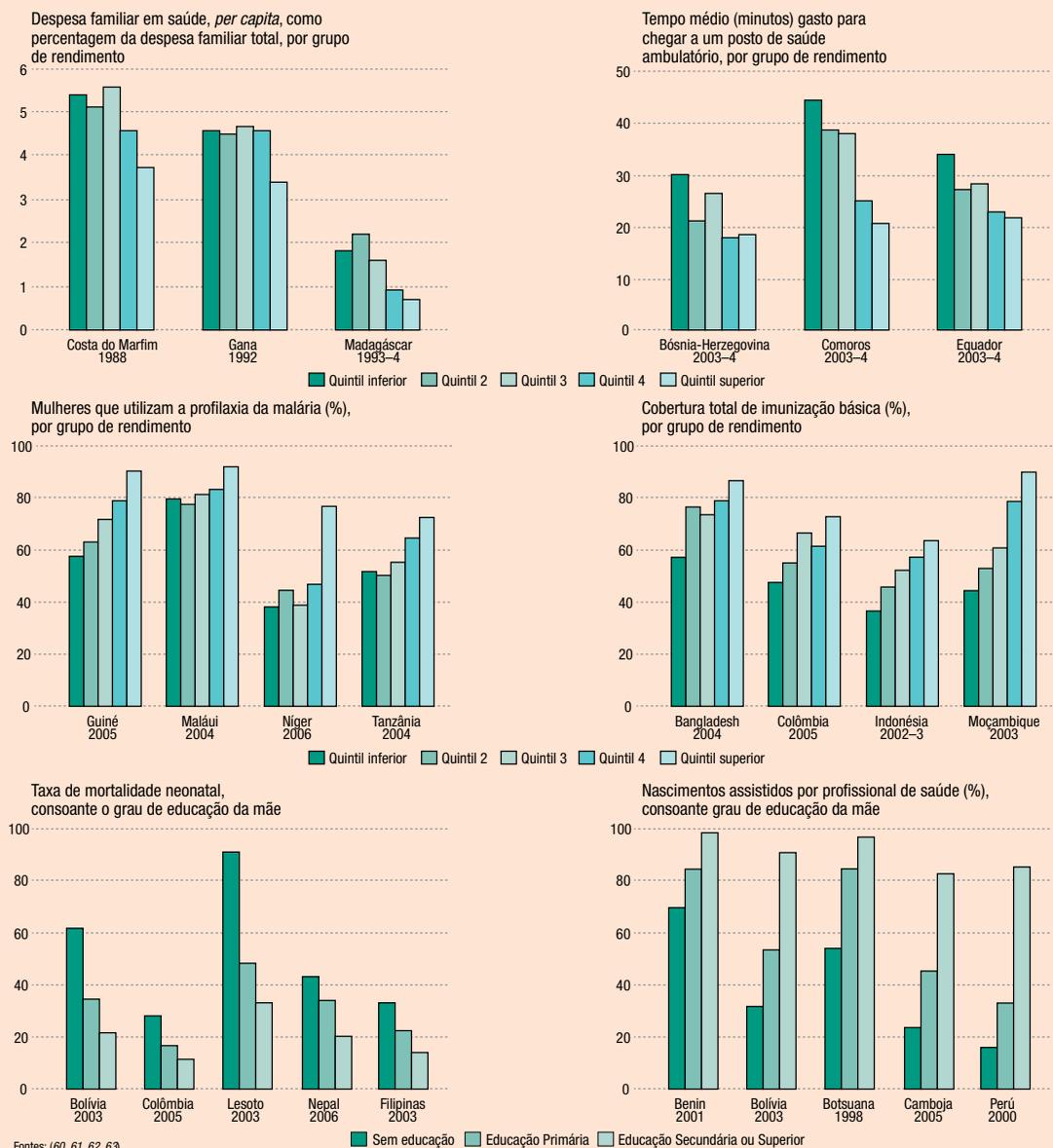
Figura 1.8 Aumento das doenças não-transmissíveis e dos acidentes como causas de morte*



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

Nos anos mais recentes, a dimensão das disparidades, no país, em vulnerabilidade, no acesso a cuidados e nos resultados em saúde têm vindo a ser descritos cada vez com maior detalhe (Figura 1.9)⁵⁹. Informação melhorada mostra que as iniquidades em saúde têm tendência para aumentar, acentuando a forma inadequada e desigual como os sistemas de saúde têm respondido às necessidades de saúde das pessoas. Apesar da recente ênfase na redução da pobreza, os sistemas de saúde continuam a ter dificuldade em chegar aos pobres – tantos urbanos como rurais – e, ainda mais, em abordar as múltiplas causas e consequências da iniquidade em saúde.

Figura 1.9 Iniquidades, nos países, em saúde e em cuidados de saúde





não-transmissíveis: isto não é possível sem, comparativamente ao que acontece hoje, se prestar muito mais atenção ao estabelecimento de um contínuo de cuidados compreensivos. É igualmente impossível se não se prestar muito mais atenção à forma como se tratam as grandes desigualdades em saúde em cada país (Caixa 1.3).

Pouca antecipação e reacções lentas

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

Mesmo para tendências bem conhecidas e documentadas, tais como as que resultam de transições epidemiológicas e demográficas, o nível de resposta mantém-se muitas vezes inadequado⁶⁴. Dados dos Inquéritos de Saúde Mundial da OMS, abrangendo 18 países de rendimento baixo, revelam baixos níveis de cobertura no tratamento da asma, artrite, angina, diabetes e depressão, e do rastreio dos cancros da mama e do colo do útero: menos de 15% no quintil de rendimento mais baixo e menos de 25% no mais elevado⁶⁵. As intervenções de saúde pública para remover os mais importantes factores de risco de doença são frequentemente negligenciados, mesmo

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

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

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

Tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde

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

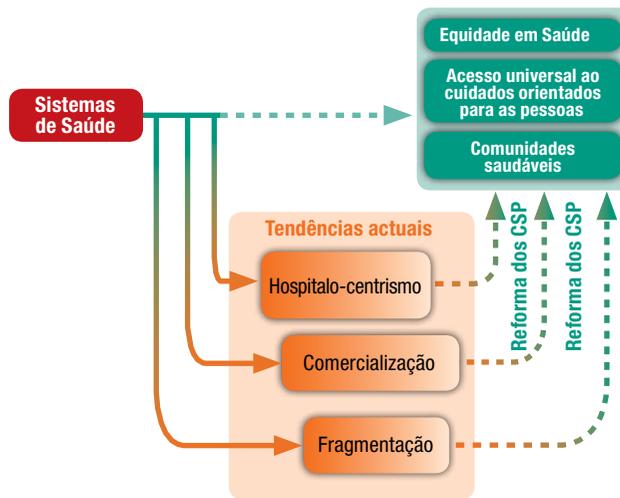
- um enfoque desproporcionado em cuidados terciários especializados, frequentemente referido como “hospitalo-centrismo”;
- fragmentação, como resultado da multiplicação de programas e projectos;
- comercialização generalizada dos cuidados de saúde, em sistemas de saúde não regulamentados.

Com o objectivo centrado na contenção de despesas e na desregulamentação, muitas das reformas do sector da saúde dos anos 80 e 90 reforçaram estas tendências. Os países de rendimento elevado têm, geralmente, sido capazes de regulamentar no sentido de conter algumas das consequências adversas destas tendências. No entanto, em países onde o sub-financiamento se combina com uma capacidade reguladora limitada, estas tendências têm tido enormes efeitos prejudiciais.

Hospitalo-centrismo: sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialistas

Durante grande parte do século XX, os hospitais, com a sua tecnologia e sub-especialidades, ganharam um papel central na maioria dos sistemas de saúde em todo o mundo^{72,73}. Hoje em dia, o enfoque desproporcional nos hospitais e na sub-especialização tornou-se a maior fonte de ineficácia e desigualdade, que já provou ser extraordinariamente resistente à mudança. As autoridades de saúde podem dar voz à sua preocupação de forma mais insistente do que costumavam fazer, mas a sub-especialização continua a prevalecer⁷⁴.

Figura 1.10 Como os sistemas de saúde são desviados dos valores essenciais aos CSP



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

As forças que impulsionam este crescimento incluem tradições e interesses profissionais bem como o considerável peso económico da indústria da saúde – tecnologia e empresas farmacêuticas (Caixa 1.4). Obviamente, os cuidados terciários especializados e que funcionam bem, dão resposta a uma procura real (ainda que, pelo menos em parte, induzida): são necessários, no mínimo, para a credibilidade política do sistema de saúde. No entanto, a experiência dos países industrializados mostra que uma concentração desproporcionada em cuidados terciários especializados valoriza pouco o dinheiro gasto⁷². A centralização-hospitalar implica custos consideráveis em termos de medicação e iatrogenese desnecessárias⁷⁷, e compromete as dimensões humana e social da saúde^{73,78}. Também implica um custo de oportunidade: o Líbano, por exemplo, tem mais unidades de cirurgia cardíaca por habitante do que a Alemanha, mas não tem programas direccionados



à redução de factores de risco da doença cardiovascular⁷⁹. As maneiras mais ineficientes de abordar os problemas da saúde estão, desta forma, a substituir formas mais efectivas, eficientes – e equitativas⁸⁰ – de organizar os cuidados de saúde e de melhorar a saúde⁸¹.

Desde os anos 80, a maioria dos países da OCDE tem estado a tentar diminuir a sua dependência nos especialistas e tecnologias hospitalares e manter os custos sob controlo. Fizeram-no intervindo na oferta disponível, incluindo a diminuição de camas hospitalares, substituindo a hospitalização por cuidados domiciliários, racionalização de equipamentos médicos e um grande número de incentivos e desincentivos financeiros para promover a eficiência ao nível micro. Os resultados destes esforços têm sido dos mais diversos, mas a constante evolução da tecnologia está a acelerar a mudança dos cuidados prestados no hospital especializado para os cuidados primários. Em muitos países de rendimento elevado (mas não todos), a aposta nos CSP nos anos 80 e 90 conseguiram um melhor equilíbrio entre cuidados curativos especializados, cuidados de primeiro contacto e promoção da saúde⁸¹. Nos últimos 30 anos, isto contribuiu para melhorias significativas nos resultados em saúde^{81,82}. Mais recentemente, países de rendimentos médios, tais como o Chile com a sua *Atención Primaria de Salud* (Cuidados de Saúde Primários)⁸³, o Brasil com a sua iniciativa de saúde familiar e a Tailândia com o seu sistema de cobertura universal⁸⁴, alteraram, de forma muito semelhante, o equilíbrio entre os cuidados hospitalares especializados e os cuidados primários⁸⁵. Os resultados iniciais são encorajadores: melhoria dos indicadores de resultados⁸⁶ combinada com um progresso significativo na satisfação por parte dos doentes⁸⁷. Em cada um destes casos, a mudança ocorreu como parte de um movimento em direcção à cobertura universal, com mais direitos dos cidadãos ao acesso e à protecção social. Estes processos são muito semelhantes ao que ocorreu na Malásia e em Portugal: direito ao acesso, protecção social, e melhor equilíbrio entre a dependência nos hospitais e nos cuidados primários generalistas, incluindo a prevenção e a promoção da saúde⁶.

Os países industrializados estão, 50 anos mais tarde, a tentar reduzir a sua dependência nos

Caixa 1.4 O equipamento médico e as indústrias farmacêuticas constituem importantes forças económicas

A despesa global em equipamento médico e aparelhos cresceu de 145 mil milhões de dólares americanos em 1998 para 220 mil milhões em 2006: Os Estados Unidos da América são responsáveis por 39% do total, a União Europeia por 27% e o Japão por 16%⁹⁰. A indústria emprega mais de 411 400 trabalhadores só nos Estados Unidos, ocupando quase um terço de todos os empregos do país na área da biociência⁹¹. Em 2006, os Estados Unidos, a União Europeia e o Japão gastaram, respectivamente, \$287, \$250 e \$273 *per capita* em equipamento médico. No resto do mundo, a média dessa despesa é na ordem dos \$6 *per capita* e na África subsariana – um mercado com bastante potencial para expansão, é de \$2,5 *per capita*. A taxa de crescimento anual do mercado de equipamento é de mais de 10% ao ano⁹².

A indústria farmacêutica pesa ainda mais do que a economia global, com as vendas farmacêuticas globais com uma expansão prevista de 735-745 mil milhões de dólares americanos, com uma taxa de crescimento na ordem dos 6-7%⁹³. Aqui, também, os Estados Unidos são o maior mercado mundial, sendo responsáveis por cerca de 48% do total do mundo: a despesa *per capita* em medicamentos foi de \$1 141 em 2005, duas vezes maior do que o nível do Canadá, Alemanha ou do Reino Unido, e 10 vezes mais do que o México⁹⁴.

Os cuidados hospitalares e especializados são vitais para estas indústrias, que dependem do pré-pagamento e da assunção de riscos para o financiamento sustentado da sua expansão. Enquanto este mercado cresce, em todo o lado, existem grandes diferenças de país para país. Por exemplo, o Japão e os EUA têm 5-8 vezes mais unidades de ressonância magnética por milhão de habitantes do que o Canadá ou os Países Baixos. Para os scanners de tomografia computadorizada, as diferenças ainda são mais pronunciadas: o Japão tinha 92,6 por milhão em 2002, os Países Baixos 5,8 em 2005⁹⁵. Estas diferenças mostram que o mercado pode ser influenciado, principalmente através do recurso a incentivos de pagamento e reembolso apropriados e através da consideração cuidada da organização de controlo regulamentar⁹⁶.

hospitais, tendo compreendido o custo de oportunidade do hospitalo-centrismo em termos de eficácia e equidade. No entanto, muitos países de rendimento baixo e médio estão a criar as mesmas distorções. A pressão da procura por parte do consumidor, as profissões médicas e o complexo médico-industrial⁸⁸ é tal, que os recursos de saúde, públicos e privados, fluem desproporcionadamente para os cuidados hospitalares especializados à custa do investimento

nos cuidados primários. Às autoridades nacionais de saúde faltaram-lhes, muitas vezes, os apoios financeiro e político para contrariar esta tendência e alcançar um melhor equilíbrio. Os doadores usaram também a sua influência mais em apoio de protocolos de controlo da doença do que em direcção às reformas que fariam com que os cuidados primários se tornassem na charneira do sistema de saúde⁸⁹.

Fragmentação: sistemas de saúde centrados em programas prioritários

Enquanto que a saúde urbana gira, fortemente, em torno dos hospitais, os pobres rurais são cada vez mais confrontados com a fragmentação progressiva dos seus serviços de saúde, uma vez que as abordagens “selectiva” ou “vertical” se centram em programas e projectos de controlo da doença individual. Originalmente considerados como estratégias interinas para atingir resultados equitativos em saúde, eles emergiram da preocupação com a expansão lenta do acesso aos cuidados de saúde, num contexto de mortalidade e morbidade, persistentes e excessivas, para as quais existem intervenções com um elevado rácio de custo-efectividade⁹⁷. Uma concentração especial em programas e projectos é particularmente atractiva para uma comunidade internacional preocupada em obter um retorno visível do seu investimento. Os programas e projectos adaptam-se bem a uma gestão tipo comando-e-controlo: uma forma de trabalhar que também agrada aos Ministérios da Saúde mais tradicionais. Com pouca tradição, em termos de colaboração com outros líderes de opinião ou com a opinião pública, e com uma fraca capacidade de regulamentação, as abordagens programáticas têm sido o veículo natural de desenvolvimento da acção governativa em países dependentes de donativos e com sérias limitações de recursos. Tiveram o mérito de se centrar nos cuidados de saúde em circunstâncias de grave escassez de recursos, com a preocupação de chegar aos mais pobres e aos que estão mais privados dos serviços. Muitos tiveram a esperança de que as iniciativas de controlo de doenças específicas iriam maximizar o retorno do investimento e, de alguma forma, fortalecer os sistemas de saúde, à medida que as intervenções cobrissem um número cada vez maior de pessoas, ou que seriam o ponto de partida para começar

a construir sistemas de saúde onde estes não existissem. Muitas vezes, o que se observou foi o oposto do esperado. A sustentabilidade limitada de uma abordagem limitada ao controlo de um número limitado de doenças, bem como as distorções causadas nos sistemas de saúde mais fracos e sub-financiados, têm sido bastante criticadas nos últimos anos⁹⁸. Ganhos imediatistas têm sido de vida curta e têm fragmentado os serviços de saúde a tal ponto que esta fragmentação é, agora, a principal preocupação das autoridades de saúde. Com cadeias de comando e mecanismos de financiamento paralelos, esquemas de supervisão e de formação duplicados, e custos de transacção avultados, levaram a situações em que os programas competem entre si por poucos recursos e pessoal e pela atenção dos doadores, enquanto os problemas estruturais dos sistemas de saúde – financiamento, pagamento e recursos humanos – continuam a receber pouca atenção. A discrepância salarial entre os empregos normais no sector público e os programas e projectos com melhor financiamento, exacerbou a crise de recursos humanos nos sistemas de saúde mais frágeis. Na Etiópia, o pessoal a contrato admitido para ajudar a implementar programas, era pago três vezes mais do que os funcionários públicos⁹⁹, enquanto que no Maláui, um hospital assistiu à saída de 88 enfermeiras que foram trabalhar para uma organização não governamental (ONG), por um período de 18 meses¹⁰⁰.

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



os méritos de abordagens mais integradas tornam-se muito mais evidentes. A re-integração de programas já estabelecidos, não é, no entanto, tarefa fácil.

Sistemas de saúde à deriva em direcção à comercialização desregulamentada

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

A comercialização dos cuidados de saúde atingiu proporções nunca antes vistas em países que, por escolha ou por falta de capacidade, falharam em regulamentar o sector. Originalmente limitados ao fenómeno urbano, os cuidados de saúde tipo taxa-por-serviço, desregulamentados e em pequena escala, oferecidos por uma multitude de diferentes fornecedores, dominam agora a paisagem de cuidados de saúde desde a África subsariana às economias em mudança da Ásia ou da Europa.

A comercialização atravessa, muitas vezes, a divisão público-privado¹⁰¹. A prestação de cuidados médicos em muitas instalações governamentais e mesmo em ONG sem fins lucrativos, tem sido efectivamente comercializada através de sistemas informais de pagamento, e os sistemas de recuperação de custos colocam o peso do financiamento dos serviços nos utentes, numa tentativa de se compensar o sub-financiamento crónico do sector público da saúde e a rigidez fiscal resultante da imposição do ajustamento estrutural^{102,103}. Nesses mesmos países, funcionários públicos com múltiplos empregos, constituem uma grande parte do sector comercial desregulamentado¹⁰⁴, enquanto que outros recorrem a pagamentos ilícitos^{105,106,107}. Assim, o debate público-privado das últimas décadas tem passado muito ao lado da verdadeira questão: para as pessoas, esta questão não é se o seu prestador de serviços é um funcionário público ou um empresário privado, nem mesmo se as instalações de saúde são públicas ou privadas. A verdadeira questão é se os serviços de saúde estão ou não reduzidos a uma mercadoria que pode ser

comprada ou vendida com base numa “taxa-por-serviço”, sem regulamentação ou protecção do consumidor¹⁰⁸.

A comercialização tem consequências, tanto ao nível da qualidade como do acesso aos cuidados. As razões são claras: o prestador tem o conhecimento; o doente tem pouco ou nenhum. O prestador tem interesse em vender o que é mais lucrativo, mas não necessariamente o que é melhor para o doente. Sem sistemas eficazes de controlo, os resultados podem ser lidos nos relatórios das organizações de protecção aos consumidores ou em artigos de jornais que expressam a afronta sentida perante a quebra do contrato implícito entre o prestador de cuidados e o seu cliente¹⁰⁹. Aqueles que não podem pagar pelos cuidados de que precisam, são excluídos; os que podem, poderão não receber os cuidados de que necessitam e muitas vezes recebem cuidados de que não precisam e, invariavelmente, pagam demais. Os sistemas de saúde comercializados e não regulamentados são altamente ineficazes e dispendiosos¹¹⁰: agravam a iniquidade¹¹¹, e prestam cuidados de fraca qualidade e, por vezes, perigosos, o que é mau para a saúde (na República Democrática do Congo, por exemplo, *la chirurgie safari* – cirurgia de safari – refere-se a uma prática comum entre os trabalhadores de saúde, a de realizarem apendicectomias, ou outras intervenções cirúrgicas, em casa dos doentes, muitas vezes a troco de pagamentos exorbitantes).

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

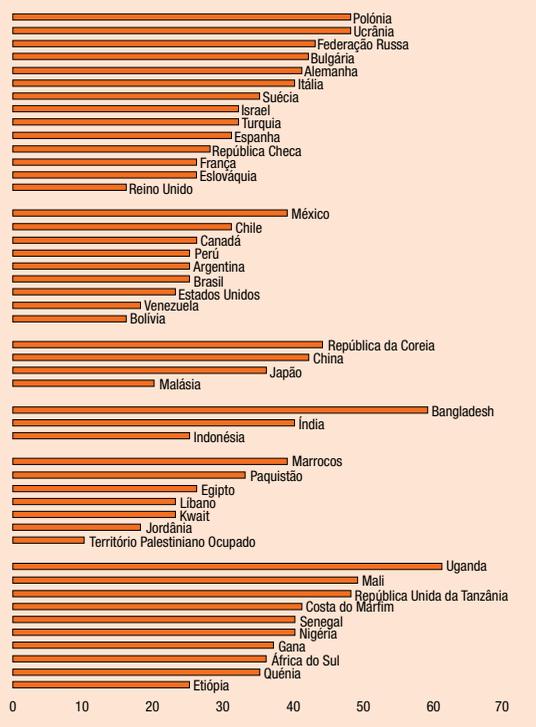
Valores em mudança e expectativas crescentes

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

Caixa 1.5 A saúde está entre as principais preocupações pessoais

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

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



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

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

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



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

Equidade em saúde

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

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

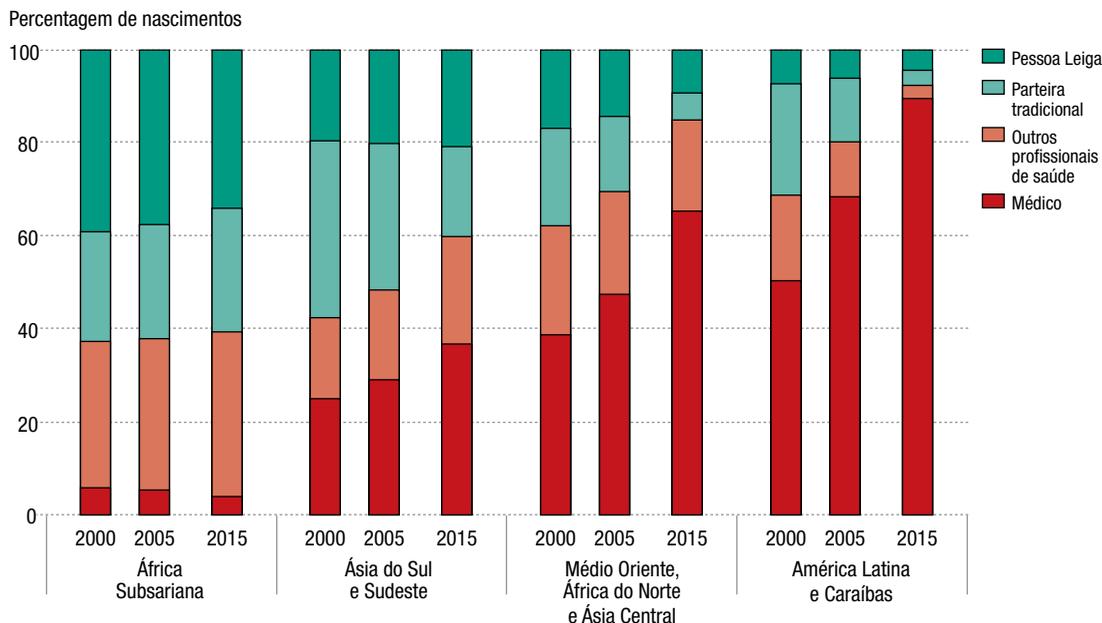
sólido. Inquéritos sociais revelam que, na região da Europa, 93% das populações apoiam uma cobertura de saúde compreensiva¹¹⁷. Nos Estados Unidos, há muito reputado pela sua relutância em adoptar um sistema de seguro de saúde nacional, mais de 80% da população é a favor dele¹¹⁵, enquanto que o acesso a cuidados básicos para todos continua a ser um objectivo social amplamente partilhado e intensamente esperado¹²⁸. As atitudes em países de rendimentos baixos não são tão bem conhecidas, mas extrapolando das opiniões conhecidas sobre a iniquidade de rendimento, é razoável depreender que uma prosperidade crescente está associada a uma preocupação cada vez maior para com a equidade em saúde – mesmo que o consenso sobre a forma como deveria ser alcançada possa ser tão controverso como nos países mais ricos.

Cuidados que colocam as pessoas em primeiro lugar

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

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

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



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

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

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

pessoas querem mais dos cuidados de saúde do que intervenções. Cada vez mais, há um reconhecimento de que a resolução dos problemas de saúde deveria ter em consideração o contexto sócio-cultural das famílias e das comunidades em que eles ocorrem¹³³.

Hoje em dia, muitos dos cuidados de saúde, quer públicos quer privados, são organizados em torno daquilo que os prestadores consideram ser eficaz e conveniente, frequentemente com pouca atenção ou compreensão sobre o que é importante para os seus clientes¹³⁴. As coisas não têm de ser assim. Como a experiência tem demonstrado – particularmente, a dos países industrializados – os serviços de saúde podem ser mais orientados para as pessoas. Isto torna-os mais eficazes e também cria um ambiente de trabalho mais recompensador¹³⁵. Lamentavelmente, os países em desenvolvimento têm, muitas vezes colocado menos ênfase em tornar os serviços mais orientados para as pessoas, como se isso fosse menos relevante em circunstâncias de recursos limitados. No entanto, negligenciar as necessidades e expectativas das pessoas é uma



receita certa para separar os serviços de saúde das comunidades que eles servem. Orientar-se para as pessoas não é um luxo, é uma necessidade também para os serviços que cuidam dos mais pobres. Só os serviços orientados para pessoas é que irão minimizar a exclusão social e evitar deixar as pessoas à mercê de cuidados de saúde comercializados de forma desregulamentada, onde a ilusão de um ambiente mais acolhedor acarreta um preço pesado em termos de despesa financeira e iatrogenia.

Garantir a saúde das comunidades

As pessoas não pensam na saúde apenas em termos de doenças ou traumatismos, mas também em termos daquilo que apreendem como sendo perigoso para a sua saúde ou para a saúde da sua comunidade¹¹⁸. Enquanto que as explicações políticas e culturais sobre riscos em saúde são muito variáveis, existe uma tendência geral e cada vez maior para responsabilizar as autoridades pela protecção contra ou por uma resposta rápida a esses perigos¹³⁶. Esta é uma parte essencial do contrato social que legitima o Estado. Os políticos dos países ricos, tal como os dos pobres, correm riscos cada vez maiores se ignorarem o seu dever de protecção das populações perante os perigos que se lhes apresentam: testemunhem as repercussões negativas, em termos políticos, da má gestão do desastre associado ao furacão Katrina, nos Estados Unidos, em 2005, ou da crise de recolha de lixo, em Nápoles, Itália, em 2008.

O acesso à informação sobre riscos para a saúde no nosso mundo globalizador, é cada vez maior. O conhecimento está a expandir-se para além da comunidade dos profissionais de saúde e especialistas científicos. As preocupações sobre os riscos para a saúde já não estão limitadas à agenda tradicional da saúde pública em melhorar a qualidade da água que se bebe e o saneamento para prevenir e controlar doenças infecciosas. No despertar da Carta de Otava para a Promoção da Saúde, em 1986¹³⁷, existe um leque muito mais amplo de temas que constituem a agenda da promoção para a saúde, incluindo a segurança alimentar e os riscos ambientais bem como os estilos de vida colectivos e o ambiente social que afectam a saúde e a qualidade de vida¹³⁸. Recentemente, esta agenda foi complementada

com preocupações crescentes sobre os riscos para a segurança dos doentes¹³⁹.

Autoridades de saúde atentas e de confiança

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

As circunstâncias ou a conveniência política poderão, por vezes, tentar os governos no sentido de fugirem às suas responsabilidades sociais de financiamento e regulamentação do sector da saúde, ou da prestação de serviços e das funções essenciais de saúde pública. Como seria previsível, isso cria mais problemas do que soluções. Quer tenha sido por escolha ou devido a pressões externas, a retirada do Estado que ocorreu nos anos 80 e 90 na China e na antiga União Soviética, bem como num considerável número de países de rendimentos baixos, teve consequências preocupantes e visíveis para a saúde e para o funcionamento dos serviços de saúde. Criou tensões sociais que afectaram significativamente a legitimidade da liderança política¹¹⁹.

Em muitas partes do mundo, existe um cepticismo considerável sobre a forma e os limites com que as autoridades de saúde definem as suas responsabilidades. Inquéritos demonstram uma tendência para uma confiança cada vez menor nas instituições públicas como garantes da equidade, honestidade e integridade do sector da saúde^{123,142,143}. Contudo, em geral, as pessoas esperam que as suas autoridades de saúde trabalhem para o bem comum, que o façam bem e com prudência¹⁴⁴. Existe uma multiplicação de scores, rankings* e outras tabelas de resultados da acção pública utilizadas tanto a nível nacional

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

como a nível global¹⁴¹, por organizações de consumidores¹¹¹, e outras da sociedade civil, nacional e global, que estão a emergir^{146,147,148,149}. Estas tendências recentes testemunham as dúvidas que persistem sobre a capacidade das autoridades de saúde em dirigir o sistema de saúde de forma responsável, bem como de dar resposta às expectativas de o virem a fazer ainda melhor.

Participação

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

Reformas dos CSP: impulsionadas pela procura

Os valores articuladores do movimento dos CSP de há três décadas continuam, portanto, presentes em muitos contextos de uma forma mais poderosa do que no tempo de Alma-Ata. Não estão lá apenas na forma de convicções morais associadas a uma vanguarda intelectual. Eles existem, cada vez mais, como expectativas sociais concretas, sentidas e pugnadas por grupos de cidadãos em sociedades em modernização. Há trinta anos, os valores da equidade, orientação para as pessoas, participação da comunidade e auto-determinação, abraçados pelo movimento dos CSP eram considerados como radicais por muitos. Hoje em dia, estes valores tornaram-se em expectativas sociais para a saúde, amplamente partilhadas que, cada vez mais, impregnam

muitas das sociedades do mundo – apesar da linguagem que as pessoas utilizam para expressar estas expectativas possa diferir da utilizada em Alma-Ata.

Esta evolução de princípios éticos formais para expectativas sociais generalizadas, altera fundamentalmente as dinâmicas políticas em torno da mudança dos sistemas de saúde. Abre oportunidades frescas para gerar um movimento social e político para orientar os sistemas de saúde em direcções desejadas pelas pessoas, e que estão resumidas na figura 1.13. Altera o debate de uma discussão meramente técnica sobre a eficiência relativa das várias formas de “tratar” problemas de saúde, para a inclusão de considerações políticas nos objectivos sociais que definem a direcção a dar aos sistemas de saúde. Os capítulos que se seguem apresentam um conjunto de reformas com a finalidade de alinhar com estas expectativas sociais, sistemas de saúde comercializados, fragmentados e baseados em especialistas. Estas reformas dos CSP têm por objectivo canalizar os recursos da sociedade para uma maior equidade e para o fim da exclusão; em direcção a serviços de saúde que se orientam para as necessidades e expectativas das pessoas; e em políticas públicas que garantam a saúde das

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





comunidades. Ao longo destas reformas encontra-se, como denominador comum, o imperativo de comprometer os cidadãos e outros parceiros: o reconhecimento de que interesses particulares

tendem a arrastar os sistemas de saúde em diferentes direcções, aumenta a importância da liderança, numa visão orientadora e da aprendizagem sustentada, de como fazer melhor.

Referências

- Smith R. Oman: leaping across the centuries. *British Medical Journal*, 1988, 297:540–544.
- Sultanate of Oman: second primary health care review mission*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Primary health care performance*. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
- Infante A. *The post military government reforms to the Chilean health system. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Paper presented in the Health Services Knowledge Network Meeting, London, October 2006*. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
- Pathmanathan I, Dhairiam S. Malaysia: moving from infectious to chronic diseases. In: Tarimo E, ed. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisbon, Padrões Culturais Editora, 2006.
- Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Barros P, Simões J. *Portugal: health system review*. Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies, 2007 (Health Systems in Transition No. 9; <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>, acessado a 1 Julho de 2008).
- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (Health Care Systems in Transition No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Ferrinho P, Bugalho M, Miquel JP, eds. *For better health in Europe, Vol. 1*. Lisbon, Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- Biscaia A, Nogueira P, Martins J, Carreira M, Ferrinho P. *Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável às intervenções dos serviços de saúde – o caso português [Portuguese primary health care and health services intervention in mortality amenable to health service intervention]*. Geneva, World Health Organization 2008 (unpublished background paper for the *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*, Geneva, World Health Organization, 2008).
- World Health Statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040–1054.
- The Millennium Development Goals report 2007*. New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf> acessado a 1 de Julho de 2008).
- Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2002*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2004 (Sales No. E.04.XIII.9).
- World contraceptive use 2007, wall chart*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (Sales No. E.08.XIII.6).
- Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
- Koblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
- Goesling B, Ferebaugh G. The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 2004, 30:131–146.
- Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, 1975, 29:231–248.
- The state of the world's children 2008*. Paris, United Nations Children's Fund, 2008.
- Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
- Deaton A. *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies, WIDER Annual Lecture, Helsinki, September 29th, 2006*. Princeton NJ, Princeton University Press, 2006.
- Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press 2001.
- WHO mortality database: tables [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/mortables/en/index.html>, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Banister J, Zhang X. China, economic development and mortality decline. *World Development*, 2005, 33:21–41.
- Banister J, Hill K. Mortality in China, 1964–2000. *Population studies*, 2004, 58:55–75.
- Gu D et al. *Decomposing changes in life expectancy at birth by age, sex and residence from 1929 to 2000 in China. Paper present at the American Population Association 2007 annual meeting, New York, 29-31 March 2007* (unpublished).
- Milanovic B. *Why did the poorest countries fail to catch up?* Washington DC, Carnegie Endowment for International Peace, 2005 (Carnegie Paper No. 62).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Appendix B: LICUS, fi scal 2003–06*. Washington DC, The World Bank, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix_b.pdf, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Chapter 3: Operational utility of the LICUS identification, classification, and aid-allocation system*. Washington DC, The World Bank, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus_chap3.pdf acessado em Julho 2008).
- Ikpe, E. Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 77:84–124.
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. New York, Oxford University Press, 2007.
- Coghlan B et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006, 367:44–51.
- World development indicators 2007*. Washington DC, The World Bank, 2007 (<http://go.worldbank.org/3JU2HA60D0> , acessado a 1 de Julho de 2008).
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne [State of health and health of the state in sub-Saharan Africa], *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175–190.
- National health accounts country information for 2002–2005. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en> , acessado a 2 de Julho de 2008).
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
- The World Health Report 2004 – Changing history: overview. Annex table 4: healthy life expectancy in WHO Member States, estimates for 2002*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_4_en.pdf , acessado a 2 de Julho de 2008).
- WHO global burden of disease estimates: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, acessado a 2 de Julho de 2008).

42. State of world population 2007. *Unleashing the potential of urban growth*. New York, United Nations Population Fund, 2007.
43. Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl. 1):16–26.
44. Montgomery M, Hewett, PC. *Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects demography*. New York, The Population Council, 2004 (Policy Research Division Working paper No. 184; <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/184.pdf>, acessado a 1 de Julho de 2008).
45. Satterthwaite D. *Coping with rapid urban growth*. London, Royal Institution of Chartered Surveyors, 2002 (RICS Leading Edge Series; POPLINE Document No. 180006).
46. Garenne M, Gakusi E. Health transitions in sub-Saharan Africa: overview of mortality trends in children under 5 years old (1950–2000). *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:470–478.
47. *Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements*. Nairobi, African Population and Health Research Center Inc., 2002.
48. *Report of the knowledge network on urban settlement*. Geneva, World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008.
49. State of world population 2007. *Unleashing the potential of urban growth*. New York, United Nations Population Fund, 2007.
50. International Migration Report 2006. 2006. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2006.
51. Abegunde D et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:1929–1938.
52. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting health life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
53. Amaducci L, Scarlato G, Candales L. *Italian longitudinal study on ageing. ILSA resource data book*. Rome, Consiglio Nazionale per le Ricerche, 1996.
54. Marengoni A. *Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the ageing population: a clinical and epidemiological approach*. Stockholm, Karolinska Institutet, 2008.
55. McWhinney I. The essence of general practice. In: Lakhani M, ed. *A celebration of general practice*. London, Royal College of General Practitioners, 2003.
56. Kazembe LN, Namangale JJ. A Bayesian multinomial model to analyse spatial patterns of childhood co-morbidity in Malawi. *European Journal of Epidemiology*, 2007, 22:545–556.
57. Gwer S, Newton CR, Berkley JA. Over-diagnosis and co-morbidity of severe malaria in African children: a guide for clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007 77(Suppl. 6):6–13.
58. Starfield B et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:814.
59. Gwatkin D et al. *Socio-economic differences in health nutrition and population*. Washington DC, The World Bank, 2000 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
60. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:66–74.
61. World Health Surveys. Geneva, World Health Organization, 2008.
62. STATcompiler [online database]. Calverton MD, Demographic Health Surveys, 2008 (<http://www.statcompiler.com/>, acessado a 22 de Julho de 2008).
63. Davidson R et al. *Country report on HNP and poverty – socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview. Produced by the World Bank in collaboration with the government of the Netherlands and the Swedish International Development Cooperation Agency*. Washington DC, The World Bank, 2007.
64. Strong K et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 366:1578–1582.
65. *World health survey: internal calculations*. Geneva, World Health Organization, 2008 (unpublished).
66. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
67. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*, 1998, 51:44–54.
69. *The World Health Report 2007 – A safer future, global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007.
70. Rockenschaub G, Puukila J, Profili M. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
71. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
72. Starfield B. *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
73. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
74. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SJ. US graduate medical education, 2004–2005: trends in primary care specialties. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1075–1082.
75. OECD Health Data 2007. SourceOECD [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 18 July 2007 (http://www.oecd.org/document/10/0,3343,en_2649_37407_38976778_1_1_1_37407,00.html, acessado a 1 de Julho de 2008).
76. Jindawatthana A, Jongudomsul P. Human resources for health and universal health care coverage. Thailand's experience. *Journal for Human Resources for Health* (forthcoming).
77. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Summary of the evidence on patient safety. Implications for research*. Geneva, World Health Organization, 2008.
78. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*, 2004, 25:454–480.
79. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
80. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, acessado a 15 de Julho de 2008).
81. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
82. Schoen C et al. 2006 US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 20 September 2006 (Web Exclusive, w457–w475).
83. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la programación en red*. Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, 2006.
84. Suraratdech C, Saithanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272–284.
85. Tangcharoensathien V et al. Knowledge-based changes to the Thai health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:750–756.
86. Macinko J et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, 2007, 65:2070–2080.
87. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:475–483.
88. Reisman AS. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:963–970.
89. *Aid effectiveness and health. Making health systems work*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Working Paper 9; WHO/HSS/healthsystems/2007.2).
90. *Lifestyle and health*. EurActiv, 2006 (<http://www.euractiv.com/en/health/medical-devices/article-117519>, acessado a 1 de Julho de 2008).
91. Medical Device Statistics, *PharmaMedDevice's Bulletin*, 2006 (http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162#Medical_Device, acessado a 1 de Julho de 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/0A261055-827C-4CC6-80B6-CC2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, acessado a 15 de Julho de 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 (http://www.imshealth.com/ims/portal/front/article/0,2777,6599_3665_82713022,00.html, acessado a 1 de Julho de 2008).
94. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221–233.
95. *Health at a glance 2007: OECD indicators*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
96. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
97. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
98. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential, *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259–271.



99. Stillman K, Bennet S. *System wide effects of the Global Fund interim findings from three country studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Malawi Ministry of Health and The World Bank. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, World Bank, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune X. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193–198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216–1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Geneva, World Health Organization, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17–24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997, 42:89–100.
106. João Schwabach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITGPress, 2000.
107. Ferrinho P et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435–446.
109. Sakboon M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar, W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
111. Macintosh M. *Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Geneva, World Health Organization, Health Systems Knowledge Network, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
113. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338–342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485–487.
115. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Envirionics, 2006 (http://www.americanenvirionics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, acedido a 1 de Julho de 2008).
116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981–2006). *World Value Surveys*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, acedido a 1 de Julho de 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, acedido a 2 de Julho de 2008).
118. *A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, acedido a 1 de Julho de 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
120. Lübker M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor, B, Thomson, K. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement socio-fiscal. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cscrc.pdf>, acedido a 2 de Julho de 2008).
123. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, acedido a 2 de Julho de 2008).
124. De Maeseneer J et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
125. Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980–1997. *Health Economics*, 2005, 14:831–850.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
127. *Health care: the stories we tell. Framing review*. Oakland CA, American Envirionics, 2006 (<http://www.americanenvirionics.com>, acedido a 2 de Julho de 2008).
128. Garland M, Oliver J. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
130. Koblinsky M et al. *Going to scale with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Evidence and Information for Policy, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1–8.
133. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Expect*, 2006, 9:275–284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81–89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. Ljubljana, European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 (http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf, acedido a 21 de Julho de 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837–2841.
137. Canadian Public Health Association and Welfare Canada and the World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17–21 November 1986*. Geneva, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, acedido a 2 de Julho de 2008).
138. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière*. Paris, APAD-Karthala (Hommes et sociétés), 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *BMJ*, 2002, 324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 1998, 3:50–57.
146. Allsop J, Baggott R, Jones K. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*, London, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912–961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283–1283.
149. Lee K. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999 9:249–250.
150. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000, 321:1300–1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*, 2002, 61:279–290.





Promover e manter a Cobertura Universal



As pessoas esperam que os seus sistemas de saúde sejam equitativos. As raízes das desigualdades em saúde encontram-se em condições sociais muitas vezes fora do controlo directo dos sistemas de saúde. Estas têm de ser confrontadas através de acções intersectoriais e transversais a todas as áreas de governação. Concomitantemente, o sector da saúde pode tomar medidas significativas para, por sua vez, contribuir para o progresso da equidade em saúde. A base para tal contributo está num conjunto de reformas com o objectivo de contribuir para ganhos em cobertura universal, isto é, em acesso universal a serviços de saúde associados a mecanismos sociais de protecção da saúde.

Capítulo 2

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

O papel central da equidade em saúde nos CSP

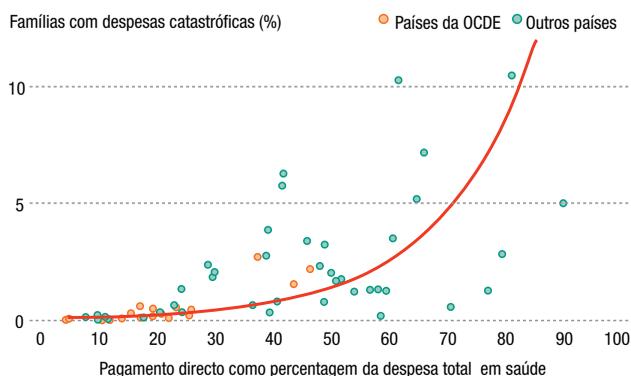
“Se adoecer, tem de escolher: ou fica sem tratamento ou vai perder a quinta”¹. Quase há um século, a realidade dura da vida rural do Canadá fez com que Matthew Anderson (1882-1974) lançasse um sistema de seguro de saúde, financiado pelos impostos, que acabou por conduzir, em 1965, a um sistema nacional de cuidados de saúde universais no Canadá. Infelizmente, hoje em dia ainda existem, em todo o mundo, situações igualmente chocantes. Mais de 30 anos depois do forte apelo de Alma-Ata para uma maior equidade em saúde, a maioria dos sistemas de saúde do mundo continuam a apoiar-se no método mais desigual para financiar os serviços de cuidados de saúde: os pagamentos directos pelos doentes ou pelas suas famílias no momento em que um serviço é prestado. Para 5,6 mil milhões de pessoas em países de rendimento baixo ou médio, mais de metade de toda a despesa em cuidados de saúde é suportada por pagamentos directos. Isto priva muitas famílias dos cuidados de que necessitam porque não conseguem comportar essa despesa. Acresce que mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo são precipitadas na pobreza todos os anos devido a despesas catastróficas com os cuidados de saúde². Existe uma imensidade de evidências que demonstram que a protecção financeira é melhor, e a despesa catastrófica é menos frequente, em países onde predominam os pré-pagamentos para os cuidados de saúde

e se recorre menos a pagamentos directos. Inversamente, a despesa catastrófica é mais frequente quando os cuidados de saúde têm de ser pagos directamente na ocasião da prestação de serviços (Figura 2.1)

Enquanto que a equidade se afirma como uma das características mais ousadas dos CSP, é também uma das áreas em que os resultados têm sido mais irregulares mas que, com reformas mais eficazes, os benefícios a esperar são muito significativos. Os pagamentos directos são apenas uma das fontes de iniquidade em saúde. Oportunidades de saúde profundamente desiguais, quando associadas a desigualdades endémicas na prestação de cuidados de saúde, levam a iniquidades que permeiam todos os resultados em saúde³. A crescente tomada de consciência destes padrões regressivos está a causar uma intolerância crescente para com as diferenças em saúde consideradas injustas, evitáveis e desnecessárias⁴.

A extensão das iniquidades em saúde está já documentada com grande detalhe. Estas iniquidades resultam duma estratificação social e de desigualdades políticas que existem na realidade que rodeia os sistemas de saúde. O rendimento e estrato social são importantes, assim como os bairros em que as pessoas vivem, as suas condições de emprego e outros factores como comportamento pessoal, raça e *stress*⁵. As iniquidades em saúde também resultam da forma como os sistemas de saúde criam barreira aos utentes, nomeadamente as iniquidades na disponibilidade, no acesso, na qualidade e no custo dos serviços, assim como na forma como a prática clínica é exercida⁶. Entregues a si próprios, os sistemas de saúde não manifestam uma evolução tendencialmente equitativa. A maioria dos serviços de saúde – em particular os hospitais, mas também os cuidados de primeira linha – são consistentemente desiguais na forma como prestam mais e melhores serviços aos que estão bem na vida do que aos pobres, que são os mais necessitados^{7,8,9,10}. Diferenças em termos de vulnerabilidade e de exposição, combinadas com iniquidades na prestação de cuidados de saúde, resultam em resultados desiguais, que por sua vez reforçam ainda mais a estratificação social que originou as iniquidades em primeiro

Figura 2.1 Despesa catastrófica relacionada com o pagamento directo no momento em que o serviço é prestado





lugar. As pessoas raramente ficam indiferentes a este ciclo de iniquidades, o que torna as suas preocupações pessoais tão relevantes para os políticos como para os gestores dos sistemas de saúde.

É necessário um amplo leque de intervenções para tentar corrigir os determinantes sociais da saúde, e fazer com que os sistemas de saúde contribuam para mais equidade em saúde¹¹. Estas intervenções vão muito além do campo de actuação tradicionalmente associado ao sector da saúde, exigindo a mobilização de parceiros e de constituintes de fora do sector¹² e incluem¹³:

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

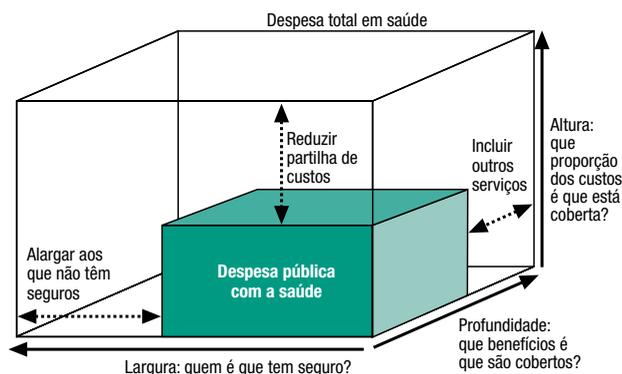
A necessidade de estratégias múltiplas pode desencorajar alguns líderes do sector da saúde que talvez sintam que a iniquidade é um problema social, sobre o qual têm pouca influência. Contudo, eles têm, de facto, a responsabilidade de tentar corrigir as iniquidades em saúde.

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

Promover a cobertura universal

O passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não-pessoais, com protecção social da saúde. Quer os sistemas para garantir a cobertura universal estejam assentes em impostos quer em seguros sociais de saúde, ou numa combinação de ambos, os princípios são os mesmos: juntar num fundo comum contribuições pré-pagas, determinadas com base na capacidade de pagamento de cada um, e utilizar esses fundos para garantir a disponibilidade e acessibilidade de serviços que produzem cuidados de qualidade para aqueles que precisam deles, sem os expôr ao risco de despesas catastróficas^{14,15,16}. A cobertura universal não é, por si só, suficiente para garantir a saúde para todos e a equidade em saúde – as desigualdades persistem em países com cobertura universal ou quase universal – mas é um alicerce necessário⁹.

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

Figura 2.2 Três direcções mudança em direcção à cobertura universal¹⁷

que são agora tidos como garantidos, em quase todos os países de rendimento elevado, a cobertura universal em saúde tem sido conquistada pelo activismo de movimentos sociais e raramente resultou de concessões espontâneas dos líderes políticos. Existe agora um amplo consenso de que proporcionar essa cobertura é apenas uma parte do pacote de um núcleo de obrigações que qualquer governo legítimo tem para com os seus cidadãos. Em si mesmo, esta é uma conquista que conforma a modernização da sociedade.

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

A *largura da cobertura* – a proporção da população que goza de protecção social da saúde – tem de aumentar progressivamente até abarcar também a população sem seguro, isto é, os grupos populacionais que não têm acesso aos serviços e/ou à protecção social contra as consequências financeiras de procurar cuidados de saúde. Aumentar a largura da cobertura é um processo

Caixa 2.1 Boas práticas de promoção da cobertura universal

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

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

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



Caixa 2.2 Definir os “pacotes essenciais”: o que tem de ser feito

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

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

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

- O exercício não deve ser limitado a um conjunto de prioridades pré-definidas: tem que contemplar a procura, bem como todo um espectro de necessidades de saúde.
- Deveria especificar o que deve ser prestado aos níveis primário e secundário.
- A implementação do pacote deveria ser orçamentada para que os decisores políticos tenham noção do que será excluído se os cuidados de saúde continuarem sub-financiados.
- Têm de existir mecanismos institucionalizados para a revisão, com base em evidências, do pacote de benefícios.
- As pessoas têm de ser informadas sobre os benefícios que podem reclamar, com mecanismos de mediação para quando as reclamações são indeferidas. O Chile não se poupou a esforços para garantir que o pacote de benefícios correspondesse às expectativas das pessoas, com estudos, inquéritos e sistemas para captar as reclamações e os receios dos utentes²⁶.

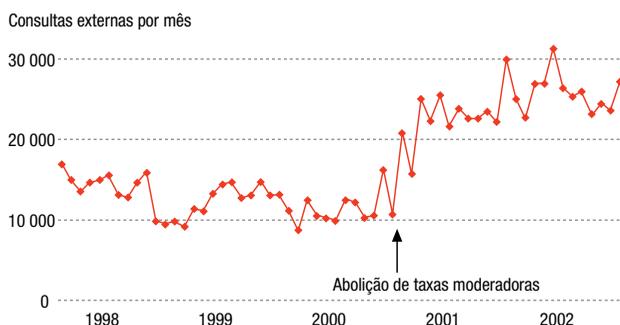
complexo de expansão progressiva e de fusão de modelos de cobertura (Caixa 2.1).

Durante este processo, deve haver o cuidado de garantir redes de segurança para os mais pobres e os mais vulneráveis até que também eles estejam seguros. Pode levar anos para cobrir toda a população mas, como a experiência recente de vários países de rendimento médio revela, é possível avançar mais depressa do que o que foi observado no século 20 nos países industrializados.

Entretanto, a *profundidade da cobertura* também tem de crescer, aumentando o número de serviços essenciais que são necessários para dar resposta às necessidades de saúde das pessoas de uma forma eficaz, tendo em consideração a procura, as expectativas e os recursos que a sociedade pode e está disposta a investir na saúde. A determinação do “pacote essencial” de benefícios correspondente é um processo importantíssimo, desde que conduzido de uma forma adequada (Caixa 2.2).

A terceira dimensão, a *altura da cobertura*, ou seja, a fracção dos custos de cuidados de saúde cobertos através de mecanismos de criação de fundos comuns e de pré-pagamento também tem de aumentar, diminuindo a dependência dos pagamentos directos no momento de prestação do serviço. Nos anos 80 e 90, muitos países introduziram taxas moderadoras num esforço de mobilizar novos recursos para serviços em dificuldade, muitas vezes num contexto de descompromisso do estado e de cada vez menos recursos públicos para a saúde. A maioria tomou estas medidas sem antecipar a dimensão dos estragos que iriam causar. Em muitos contextos,

Figura 2.3 Impacto da abolição das taxas moderadoras no número de consultas externas no distrito de Kisoro, Uganda; consultas externas 1998-2002²³



observaram-se reduções dramáticas na utilização dos serviços, particularmente entre os grupos mais vulneráveis²⁰, enquanto que a frequência de despesas catastróficas aumentou. Desde então, alguns países reconsideraram a sua posição e começaram a eliminar as taxas moderadoras e a compensar a perda destas receitas com fundos comuns (subsídios ou contratos do governo, seguros ou mecanismos de pré-pagamento)²¹.

Tudo isto resultou em aumentos substanciais na utilização dos serviços, especialmente pelos pobres²⁰. No Uganda, por exemplo, a utilização dos serviços aumentou de uma forma súbita e dramática e o aumento foi sustentado depois da eliminação das taxas moderadoras (Figura 2.3)^{22,23}.

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

Desafios da promoção da cobertura universal

Todas as reformas de cobertura universal defrontam-se com compromissos entre a celeridade com que se aumenta a cobertura e a largura, profundidade e altura da cobertura. No entanto, a forma

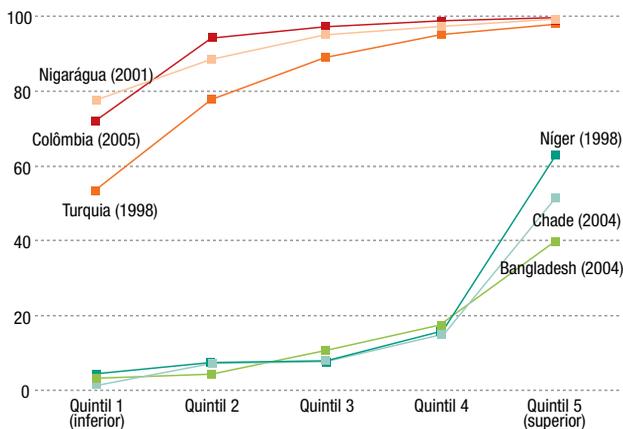
como os países equacionam as suas estratégias e centram a suas reformas depende muito dos seus contextos nacionais específicos.

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

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

Um desafio diferente é expandir a cobertura em meios onde as iniquidades não resultam da falta de infraestruturas de saúde, mas da forma como os cuidados de saúde estão organizados, regulamentados e, acima de tudo, financiados através de taxas moderadoras oficiais mas, também, por taxas ilegais. Nestas situações a sub-utilização dos serviços disponíveis está concentrada entre os mais pobres, enquanto que os utentes estão expostos ao risco de despesas catastróficas. Este padrão de exclusão ocorre em países como a Colômbia, o Nicarágua e a Turquia (Figura 2.4). É particularmente gritante em muitas áreas urbanas de países de rendimento baixo e médio, onde uma panóplia de prestadores de serviços de saúde comerciais e desregulamentados cobra aos

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





utentes taxas proibitivas, ao mesmo tempo que presta serviços inadequados.

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

Fasear o desenvolvimento de redes de cuidados primários para corrigir a falta de disponibilidade

Em áreas onde não existem serviços de saúde para grandes massas populacionais, ou onde esses serviços são grosseiramente inadequados ou fragmentados, a infraestrutura de cuidados básicos de saúde precisa de ser construída ou reconstruída, muitas vezes de raiz. Estas áreas estão sempre muito limitadas em termos de recursos e são frequentemente afectadas por conflitos ou emergências complexas, enquanto que a dimensão do sub-investimento em serviços, também noutros sectores, cria dificuldades logísticas e problemas na colocação dos profissionais de saúde. Os estrategas de saúde nestes contextos enfrentam um dilema estratégico fundamental: se devem apostar no desenvolvimento dum acesso universal mais ou menos imediato a um conjunto de intervenções limitadas ou na introdução faseada, distrito a distrito, de sistemas de cuidados primários mais compreensivos.

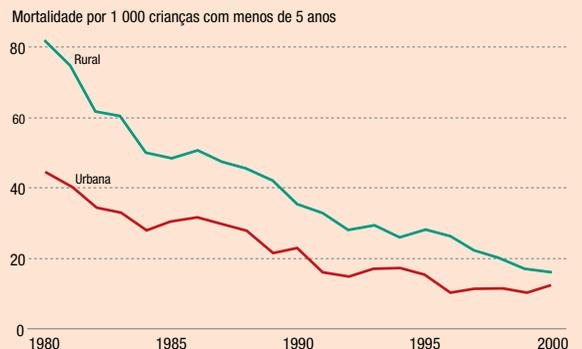
Alguns seriam a favor, em nome da celeridade e da equidade, de uma abordagem em que um número restrito de programas prioritários é disponibilizado simultaneamente para todos os habitantes nas zonas carenciadas. Isto permitiria a transferência de tarefas para pessoal pouco diferenciado, não qualificado e voluntário e, conseqüentemente, uma expansão rápida da cobertura. É um elemento central das receitas que a comunidade global muitas vezes prescreve para as áreas rurais dos países mais pobres²⁸, e um número razoável de países tem vindo a escolher esta opção ao longo dos últimos 30 anos. A Etiópia, por exemplo, está presentemente a colocar 30 000 extensionistas de saúde para implementarem um pacote limitado de intervenções preventivas prioritárias para um grande número de pessoas. Ter poucas competências técnicas à partida é muitas vezes reconhecido como um factor limitativo²⁹, mas os extensionistas de saúde na Etiópia já não são tão indeferenciados como há alguns anos, e já beneficiam de um ano de ensino pós-secundário.

Caixa 2.3 Reduzir as diferenças entre o urbano e o rural através da expansão faseada da cobertura dos CSP em áreas rurais na República Islâmica do Irão³¹

No anos 70, as políticas do Governo do Irão davam prioridade à prevenção como um investimento a longo prazo, à atribuição de recursos às áreas rurais e menos privilegiadas e aos cuidados ambulatoriais em detrimento da hospitalização. Foi estabelecida uma rede de equipas distritais para gerir e supervisionar quase 2 500 centros de saúde sediados em vilas rurais. Estes centros têm uma equipa que inclui um médico de clínica geral, uma parteira, uma enfermeira e vários técnicos de saúde. Cada um dos centros rurais supervisiona 1–5 unidades de saúde mais pequenas, conhecidas como “casas de saúde”. Com 17 000 destas casas de saúde, mais de 90% da população rural tem acesso a cuidados de saúde. Em áreas rurais remotas, estas casas de saúde têm Behvarz (trabalhadores de saúde polivalentes) que são seleccionados pela comunidade, recebem entre 12 a 18 meses de formação e são depois recrutados pelo Governo. As equipas distritais dão formação com base na resolução de problemas, bem como supervisão e apoio continuado.

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

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



No entanto, as competências limitadas restringem as possibilidades de intervenção a um número limitado de intervenções simples, mas eficazes.

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

A alternativa é um desenvolvimento faseado dos cuidados primários, distrito a distrito, de uma rede de centros de saúde com o necessário apoio hospitalar. Esta opção de resposta inclui obviamente as intervenções prioritárias, mas integradas num pacote compreensivo de cuidados de saúde. A plataforma da expansão é o centro de cuidados primários: uma infraestruturas profissionalizada onde a interface com a comunidade está organizada, com capacidade de resolução de problemas e possibilidade de expansão modular do leque de actividades. Este tipo de faseamento da expansão da cobertura rural tem na República Islâmica do Irão um exemplo impressionante. Como um dos países da estratégia dos CSP do país afirmou: “Uma vez que era impossível iniciar o projecto em todas as províncias ao mesmo tempo, decidimos centrar a nossa atenção numa única província em cada ano” (Caixa 2.3).

O factor limitativo de uma expansão faseada de redes de cuidados primários, é a falta de quadros estáveis de pessoal de nível médio com capacidades de liderança para organizar distritos de

saúde e com a capacidade de manter, ao longo dos anos, o esforço constante que é necessário para conseguir resultados sustentáveis para toda a população. Em locais onde a expansão foi conduzida como um exercício administrativo, os resultados foram decepcionantes: muitos distritos de saúde existem apenas no nome. Mas onde a impaciência e a pressão para visibilidade imediata foram geridas de forma adequada, uma resposta equilibrada tanto à oferta como à procura, e a participação da população e de parceiros relevantes, tornou possível construir redes robustas de cuidados primários, mesmo em *settings* de conflito e pós-conflito muito difíceis e com grandes constrangimentos de recursos (Caixa 2.4).

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

Decididamente, a preocupação com a equidade não deveria ser orientada por um “denominador mínimo comum”: acesso igual para todos a um conjunto de serviços marcadamente insatisfatórios. A qualidade e a sustentabilidade são importantes, particularmente uma vez que hoje em dia a multiplicidade de prestadores de vários tipos, governamentais, privados, com ou sem fins lucrativos, estão a necessitar de orientação. A expansão faseada dos serviços de saúde oferece a oportunidade de estabelecer a desejada coerência de liderança na prestação de cuidados de saúde a nível distrital. Exemplos típicos desta abordagem, em grande escala, em países em desenvolvimento, são a contratualização de serviços de saúde distritais no Camboja, ou a incorporação de “hospitais distritais designados”, missionários, na África Oriental. No entanto, não há como escapar à necessidade de



Caixa 2.4 A robustez dos sistemas de saúde liderados pelos CSP: 20 anos de expansão da performance em Rutshuru, na República Democrática do Congo

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

Ao longo dos últimos 30 anos, a economia do país entrou em forte declínio. O PIB desceu de 300 dólares americanos (US\$) *per capita* nos anos 80 para menos de 100 US\$ no final dos anos 90. O empobrecimento em grande escala piorou quando o estado se retirou do sector de saúde. Tudo isto acompanhado por uma interrupção da ajuda internacional no início dos anos 90. Nesse contexto, Rutshuru sofreu uma disputa inter-étnica, um influxo enorme de refugiados e duas guerras sucessivas. Esta sequência de desastres afectou gravemente as condições de trabalho dos profissionais de saúde e o acesso aos cuidados de saúde para as 200 000 pessoas que vivem no distrito. No entanto, em vez de colapsarem, os serviços de CSP continuaram a sua expansão ao longo dos anos. O número de centros de saúde e a sua produção aumentaram (Figura 2.6) e a qualidade dos cuidados melhorou para os casos agudos (a taxa de fatalidade depois de uma cesariana, caiu

de 7% para menos de 3%) bem como para os doentes crónicos (pelo menos 60% dos doentes com tuberculose foram tratados com sucesso). Com cerca de 70 enfermeiros e nunca mais de três médicos, e no meio da guerra e da devastação, os centros de saúde e o hospital distrital tomaram conta de mais de 1 500 000 episódios de doença em

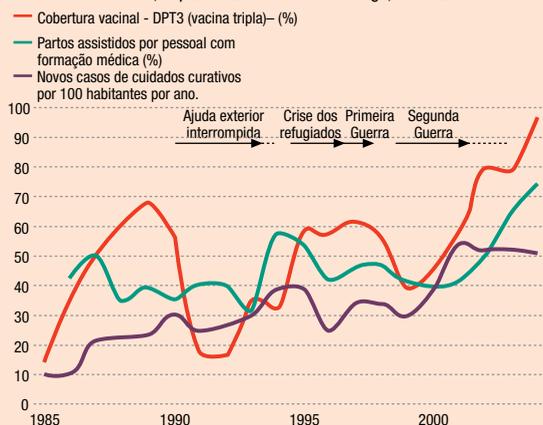
20 anos, imunizaram mais de 100 000 crianças, prestaram cuidados a cerca de 70 000 parturientes e levaram a cabo mais de 8 000 procedimentos cirúrgicos. Isto mostra que, mesmo em situações desastrosas, um sistema de saúde distrital robusto pode produzir mais e melhor.

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

Podem ser retiradas três lições desta experiência. A longo prazo, os distritos de saúde conformados à medida dos CSP constituem um modelo organizacional que tem robustez

para resistir a condições extremamente adversas. Manter um mínimo de apoio financeiro e supervisão em tais distritos pode garantir resultados muito significativos, ao mesmo tempo que se dá poder e se retêm os profissionais de saúde nacionais. Os serviços de saúde locais têm um potencial considerável para fazer frentes a situações de crise³³.

Figura 2.6 Melhorar os resultados dos centros de saúde no meio de catástrofes: Rutshuru, República Democrática do Congo, 1985-2004³³



enormes investimentos sustentáveis, para expandir e manter os distritos de saúde a longo prazo e do facto de que esta necessidade representa um

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

Alargar as redes de cuidados de saúde para áreas mal servidas depende da iniciativa pública e de incentivos. Uma forma de acelerar a extensão da cobertura é ajustar a fórmula de atribuição de recursos (ou as especificações dos contratos) para reflectir os esforços extra que são necessários para contactar populações difíceis de alcançar. Vários países têm dado passos nessa direcção. Em Janeiro de 2004, por exemplo, a República Unida da Tanzânia adoptou uma fórmula revista de atribuição de fundos comuns aos distritos, que inclui o tamanho da população e a mortalidade abaixo dos cinco anos como indicadora da carga de doença e do nível de pobreza, ajustando concomitantemente para o diferencial dos custos associados à prestação de serviços de saúde em áreas rurais e de baixa densidade. De forma semelhante, os orçamentos para os CSP nos distritos do Uganda são ajustados para o Índice de Desenvolvimento Humano dos distritos, para os níveis de financiamento externo da saúde e para o tamanho da população. São pagos suplementos aos distritos em situação de segurança difícil ou que não tenham um hospital distrital²⁰. No Chile, os orçamentos são atribuídos com base na capitação mas, como parte das reformas dos CSP, passaram a ser ajustados utilizando índices municipais de desenvolvimento humano e um factor de correcção que reflecte o isolamento das áreas mal servidas.

Ultrapassar o isolamento das populações dispersas

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

inter-sectoriais sobre os determinantes de saúde e da equidade em saúde.

Através da iniciativa das Ilhas Saudáveis e de experiências relacionadas, emergiram vários princípios considerados cruciais para a promoção da cobertura universal nestes contextos. O primeiro diz respeito à colaboração na organização duma infraestrutura que maximize escalas de eficiência. Uma comunidade isolada pode ser incapaz de custear *inputs* essenciais para expandir a cobertura, que incluem infraestruturas, tecnologias e recursos humanos (particularmente a formação do pessoal). No entanto, quando as comunidades unem esforços, esses *inputs* podem ser garantidos a custos aceitáveis³⁵. Um segundo eixo estratégico é em “recursos móveis” ou que podem ultrapassar distâncias e obstáculos geográficos de forma eficaz e acessível. Dependendo do contexto, este eixo estratégico pode incluir transportes, comunicações via rádio e outras tecnologias de informação e comunicação. As telecomunicações podem permitir que o pessoal de um centro de saúde, menos qualificado, possa ser aconselhado e orientado por especialistas, à distância e em tempo real³⁶. Finalmente, o financiamento dos cuidados de saúde para populações dispersas coloca desafios específicos, que muitas vezes requerem um gasto maior *per capita* comparando com populações mais próximas entre si. Em países cujos territórios incluem populações tanto de alta como de baixa densidade, espera-se que as populações mais dispersas recebam um subsídio suplementar para financiar os cuidados a que têm direito. Afinal, não há equidade sem solidariedade.

Criar serviços alternativos aos serviços comerciais não-regulamentados

Em contextos urbanos e peri-urbanos, os serviços de saúde estão fisicamente ao alcance dos pobres e de outras populações vulneráveis. A presença de múltiplos prestadores de cuidados de saúde não quer dizer, no entanto, que estes grupos estejam protegidos contra doenças, ou que possam ter cuidados de qualidade quando precisam deles: os mais privilegiados tendem a ter melhor acesso aos melhores serviços, públicos e privados, saindo beneficiados na competição por recursos escassos. Nas zonas urbanas e, cada



vez mais, nas áreas rurais de muitos países de rendimentos baixos e médios – da Índia ao Vietname, passando pela África subsariana – muitos dos cuidados para os pobres são prestados por prestadores, comerciais ou sem fins lucrativos, muitas vezes sem licença, em grande parte não regulamentados e geralmente de pequena dimensão. Com frequência, trabalham lado a lado com serviços públicos disfuncionais e capturam uma grande parte do mercado dos cuidados primários, enquanto que a agenda da prevenção e da promoção para a saúde, é totalmente ignorada. Paradoxalmente, interesses particulares tornam a promoção da cobertura universal mais difícil nestas circunstâncias, do que em áreas onde o desafio é construir redes de cuidados primários de raiz.

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

Para corrigir estes padrões de exclusão no sector dos cuidados de saúde, o ponto de partida é criar ou reforçar redes de cuidados primários

de qualidade, acessíveis, financiados por fundos comuns pré-pagos ou através de recursos públicos. Não importa se estas redes são ampliadas através da contratualização de prestadores comerciais, ou de prestadores sem fins lucrativos, ou ainda através da revitalização de instalações públicas disfuncionais. O que interessa é garantir que os prestadores oferecem cuidados a um nível aceitável. Uma massa crítica de centros de cuidados primários que prestem um pacote essencial de serviços de qualidade, de forma gratuita ao utente, constitui uma alternativa importante aos cuidados comerciais, predadores e de baixa qualidade. Acresce que a pressão dos pares e a procura dos consumidores pode ajudar a criar um ambiente em que a regulamentação do sector comercial se torne possível. O envolvimento mais activo das autoridades municipais em sistemas de pré-pagamento e de criação de fundos comuns para melhorar a oferta de cuidados de qualidade é, provavelmente, um dos caminhos a seguir, particularmente onde os Ministérios da Saúde, com os seus constrangimentos orçamentais, também têm de alargar os serviços a áreas rurais que estão ainda mal servidas.

Intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal

O aumentar do rendimento médio nacional, uma oferta crescente de prestadores de serviços de saúde e uma promoção acelerada da cobertura universal não são, infelizmente, suficientes para eliminar as iniquidades em saúde. As diferenças entre grupos populacionais, determinadas socialmente, persistem em países de rendimentos elevados e com sistemas robustos de serviços sociais e de cuidados de saúde, tais como a Finlândia e a França^{11,50}. As iniquidades em saúde não existem apenas entre os pobres e os não-pobres, mas entre todos os gradientes socioeconómicos. Há circunstâncias onde outras formas de exclusão são de grande preocupação, incluindo a exclusão dos adolescentes, de grupos étnicos, de toxicod dependentes e de todos aqueles afectados por doenças estigmatizantes⁵¹. Na Austrália, Canadá e Nova Zelândia, entre outros, as iniquidade em saúde entre as populações Aborígenes e Não-Aborígenes emergiram como

questões políticas de dimensão nacional^{52,53,54}. Noutros *settings*, as iniquidades no acesso das mulheres aos cuidados de saúde são merecedoras de atenção⁵⁵. Nos Estados Unidos, por exemplo, declínios de cerca de cinco anos na esperança de vida feminina em mais de 1 000 freguesias apontam para uma exposição diferencial e para uma aglomeração de riscos para a saúde, mesmo quando a economia do país e o sector da saúde continuam a crescer⁵⁶. Por uma multiplicidade de razões, alguns grupos dentro destas sociedades ou não beneficiam, ou beneficiam de forma insuficiente, das oportunidades para mais saúde ou dos serviços e continuam com estados de saúde sistematicamente inferiores aos de grupos mais favorecidos.

Assim, é necessário engastar a cobertura universal em esquemas mais amplos de protecção social e de a complementar com serviços de extensão* especificamente direccionados para alcançar grupos excluídos e vulneráveis⁵⁷. As redes esta-belecidas de cuidados de saúde nem sempre envidam todos os esforços possíveis para garantir que toda a sua população alvo tenha acesso a um leque completo dos benefícios de saúde de que necessitam, uma vez que isto implica esforços extra, tais como visitas domiciliárias, serviços de extensão, facilitação cultural e linguística, consultas nocturnas, etc. Estes esforços podem, no entanto, mitigar o efeito da estratificação social e

as iniquidades no acesso aos serviços⁵⁸. Também podem criar oportunidades de criação de pacotes de apoio integrado para fomentar a inclusão social de populações historicamente marginalizadas, em colaboração com outros sectores governamentais e com as comunidades afectadas. O modelo do Chile, denominado *Chile Solidario* (Solidariedade Chilena), de extensão às famílias consideradas pobres de longa duração, é um exemplo a considerar (Caixa 2.5)⁵⁹. Este tipo de medidas direccionadas pode incluir o subsidiar de pessoas – não serviços – para aderirem a serviços de saúde específicos, por exemplo, através de senhas^{60,61} para cuidados maternos, como na Índia e no Iémen, para redes mosqueiras, como na República Unida da Tanzânia^{62,63}, para a utilização de contraceptivos por adolescentes⁶⁴ ou para cuidados a idosos que não têm seguro, como nos Estados Unidos⁶⁵. Transferências condicionais de dinheiro, em que o beneficiário é não só capacitado a, mas também obrigado a utilizar os serviços, é outro modelo que tem sido introduzido em vários países da América Latina. Uma revisão sistemática, recente, de seis destes programas, sugere que as transferências condicionais de dinheiro podem melhorar a utilização de serviços preventivos e resultados antropométricos e nutricionais, melhorando por vezes o estado de saúde⁶⁶. No entanto, o seu efeito global no estado de saúde mantém-se menos claro

Caixa 2.5 Direcção da protecção social no Chile⁵⁹

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

Este programa de protecção social complementa um esforço multisectorial direccionado para todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (*Chile Crece Contigo* – O Chile Cresce Contigo). O objectivo é promover o desenvolvimento da primeira infância através de programas de educação pré-escolar, visitas de saúde preventiva, licenças de maternidade melhorada e benefícios melhorados para as crianças. O acesso melhorado a serviços de cuidados infantis também está incluído, tal como o reforço ao direito das mães trabalhadoras a amamentar os seus bebés, o que está pensado para estimular a inserção das mulheres no mercado de trabalho.

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



e o mesmo acontece quanto à sua vantagem comparativa sobre a manutenção dum rendimento, incondicional e tradicional, através de direitos universais, seguro social ou assistência social.

As medidas direccionadas não substituem a promoção sustentada da cobertura universal. Podem ser complementos úteis e necessários, mas sem a institucionalização simultânea de modelos de financiamento e das estruturas do sistema que apoiam a cobertura universal, as abordagens direccionadas têm poucas hipóteses de corrigir as iniquidades geradas pela estratificação e exclusão socioeconómicas. Isto é particularmente importante, uma vez que, praticamente, não existem avaliações sistemáticas de métodos para mobilizar os excluídos⁶⁷. O pouco que se sabe, só nos permite afirmar que as estratégias para chegar aos excluídos terão de ser múltiplas e contextualizadas, e que nenhuma medida direccionada isolada será suficiente para corrigir as iniquidades em saúde, e muito menos na ausência de uma política de cobertura universal.

Mobilizar para a equidade em saúde

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

Aumentar a visibilidade das iniquidades em saúde

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

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

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

As medições são importantes por muitas razões².

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

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

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

Apesar do compromisso, há muito assumido pelos decisores políticos, de valorizar a equidade em saúde, a sua definição e medição reflectem avanços recentes nas ciências de saúde pública. A menos que os sistemas de informação recolham dados utilizando estratificadores sociais uniformizados, tais como o nível socioeconómico, género, etnia e área geográfica, é difícil identificar e localizar iniquidades e, a não ser que a sua magnitude e natureza sejam colocadas a descoberto, é pouco provável que venham a ser abordadas de forma adequada⁷². A análise por quintis dos bens, dos dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde, tiveram uma enorme influência na sensibilização dos decisores políticos aos problemas da equidade em saúde nos seus países. Existem também exemplos de como as capacidades e capacitações domésticas podem ser reforçadas para melhor compreender e gerir problemas de equidade. Por exemplo, o Chile iniciou recentemente a integração dos sistemas de informação no sector da saúde, de forma a obter informação mais abrangente sobre determinantes e melhorar a capacidade de desagregar informação por grupos socioeconómicos. A Indonésia acrescentou módulos de saúde aos inquéritos à despesa doméstica e demográficos. Investir na capacidade, de associar dados socioeconómicos com os da saúde, através de identificadores únicos (números nacionais de segurança social

ou geo-códigos de censos) presentes em todos os sistemas de dados administrativos, é crucial para a estratificação socioeconómica e disponibiliza informação que, normalmente, não está acessível. No entanto, isto é mais do que um desafio técnico. Medir o progresso da equidade nos sistemas de saúde implica um processo deliberativo explícito para identificar aquilo que constitui uma distribuição justa da saúde mediante défices e hiatos que podem ser medidos⁷³. Conta com o desenvolvimento de colaborações institucionais entre múltiplos parceiros, para garantir que a medição e a monitorização se traduzem em propostas políticas concretas para melhor equidade e mais solidariedade.

Criar espaço para a participação e empoderamento da sociedade civil

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

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

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

Muitos destes grupos transformaram-se em fortes grupos de pressão, conseguindo, por exemplo, acesso ao tratamento do VIH/SIDA, acabando



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

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

Caixa 2.6 Política social na cidade de Ghent, Bélgica: como as autoridades locais podem apoiar a colaboração intersectorial entre as organizações de saúde e de segurança social⁷⁶

Em 2004, um decreto do governo regional da Flandres, Bélgica, institucionalizou, nas cidades e vilas da região, a participação directa dos parceiros locais e dos cidadãos na colaboração intersectorial sobre direitos sociais. Numa destas cidades, Ghent, cerca de 450 actores locais do sector da saúde e da segurança social foram agrupados em 11 fóruns temáticos: ajuda legal, apoio a e segurança de menores; serviços para jovens e adolescentes; cuidados infantis; minorias culturais étnicas; pessoas portadoras de deficiência; idosos; habitação; trabalho e emprego; pessoas que vivem de “rendimento crítico”; e saúde.

As autoridades locais facilitaram e apoiaram a colaboração das várias organizações e sectores, por exemplo, através da recolha e monitorização de dados, informação e comunicação, acesso a serviços, e esforços para tornar os serviços mais pró-activos. São também responsáveis pelo trabalho em rede entre todos os sectores, com vista a melhorar a coordenação. Identificam os sinais, estrangulamentos, propostas e planos, e são responsáveis por encaminhá-los, se for apropriado, para a província, região, estado federal ou para a União Europeia para que sejam reflectidos em decisões políticas e legislação. Uma comissão directiva reporta directamente à Câmara Municipal e integra o trabalho dos 11 fóruns. O apoio da administração e de um grupo de trabalho permanente é crítico para a sustentabilidade e qualidade do trabalho nos diferentes grupos. A participação de todos os parceiros é particularmente proeminente no fórum da saúde: inclui os hospitais locais, médicos de família, serviços de cuidados primários, farmacêuticos, instituições de saúde mental, grupos de entre-ajuda, cuidados domiciliários, agências de promoção da saúde, sector académico, cuidados psiquiátricos domiciliários e centros de saúde comunitária.

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

A acção local pode também ser um ponto de partida para mudanças estruturais mais amplas, se for apoiada por decisões políticas e legislação relevantes (Caixa 2.6). Os serviços locais têm um papel crítico a desempenhar neste aspecto, uma vez que é a este nível que a cobertura universal

e as reformas na prestação de serviços se entrecruzam. Os cuidados primários são a forma de organizar a prestação de cuidados de saúde que melhor se prestam, não só a melhorar a equidade em saúde mas também a satisfazer outras necessidades e expectativas básicas das pessoas.

Referências

- Houston S. Matt Anderson's 1939 health plan: how effective and how economical? *Saskatchewan History*, 2005, 57:4–14
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
- A conceptual framework for action on the social determinants of health; discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf, acessado a 19 de Julho de 2008)
- Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, acessado a 15 de Julho de 2008 15 July 2008).
- Adler N, Stewart J. *Reaching for a healthier life. Facts on socioeconomic status and health in the US*. Chicago, JD and CT MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, 2007.
- Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
- Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
- Gilson L, McIntyre D. Post-apartheid challenges: household access and use of care. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:673–691.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
- Mackenbach JP et al. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
- Report No. 20 (2006–2007): *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, acessado a 19 de Julho de 2008).
- Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B, ed. *Inequality in health – a Swedish perspective*. Stockholm, Swedish Council for Social Research, 1998.
- International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH and World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries, experiences, lessons learnt and recommendations*. International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
- Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, Department of Health Systems Financing, 2005 (Technical Briefs for Policy Makers No. 1).
- The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
- Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 2005, 10:799–811.
- Jacobs B et al. Bridging community-based health insurance and social protection for health care – a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:140–143.
- Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa*. Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.
- Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:273–285.
- Ke X et al. *The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Financing, Evidence, Information and Policy Cluster, 2005 (Discussion Paper No. 4).
- Hutton G. *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees". A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, Department for International Development (DFID) Health Resource Systems Resource Centre, 2004 (http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_sector_financing/04hut01.pdf, acessado a 19 de Julho de 2008).
- Tarimo E. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions. Current concerns*. Geneva, World Health Organization, 1997 (ARA Paper No. 15; WHO/ARA/CC/97.7).
- Republica de Chile. *Ley 19.966. Proyecto de ley: título I del régimen general de garantías en salud*. Santiago, Ministerio de Salud, 2008 (<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/leyauge.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
- Mocero D. *Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (Economics Department Working Papers No. 606).
- Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries. An overview*. Washington DC, The World Bank, Human Development Network, Health, Population and Nutrition, and Population Family, 2007 (POPLINE Document Number: 324740).
- Conway MD, Gupta S, Khajavi K. Addressing Africa's health workforce crisis. *The McKinsey Quarterly*, November 2007.
- Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
- Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La Réforme du secteur santé au Mali, 1989–1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1999, 12:1–132.
- Abolhassani F. *Primary health care in the Islamic Republic of Iran*. Teheran, Teheran University of Medical Sciences, Health Network Development Centre (unpublished).
- Naghavi M. *Demographic and health surveys in Iran*, 2008 (personal communication).
- Porignon D et al. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559–565.
- Gauden GI, Powis B, Tamplin SA. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:169–178.
- The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Bossyns P et al. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine & International Health*, 2005, 10:879–887.



37. Tibandebage P, Mackintosh M. The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1385–1395.
38. Segall, M et al. *Health care seeking by the poor in transitional economies: the case of Vietnam*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Research Reports No. 43).
39. Baru RV. *Private health care in India: social characteristics and trends*. New Delhi, Sage Publications, 1998.
40. Tu NTH, Huong NTL, Diep NB. *Globalisation and its effects on health care and occupational health in Viet Nam*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003 (<http://www.unrisd.org>, acessado a 19 de Julho de 2008).
41. Narayana K. The role of the state in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India. In: Sen K, ed. *Restructuring health services: changing contexts and comparative perspectives*. London and New Jersey, Zed Books, 2003.
42. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries. Serving the public interest?* London and New Jersey, Zed Books, 1997.
43. Ogunbekun I, Ogunbekun A, Orobato N. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14:174–181.
44. Mills A, Bennett S, Russell S. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2001.
45. *The unbearable cost of illness: poverty, ill health and access to healthcare - evidence from Lindi Rural District, Tanzania*. London, Save the Children, 2001.
46. Ferrinho P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and much wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 2001, 17:343–370.
47. Pan American Health Organization and Swedish International Development Agency. *Exclusion in health in Latin America and the Caribbean*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2003 (Extension of Social Protection in Health Series No. 1).
48. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P, eds. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
49. Schellenberg JA et al. *Inequalities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania*. Ifakara, Ifakara Health Research and Development Centre, 2002.
50. Oliver A, ed. *Health care priority setting: implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network*. London, The Nuffield Trust, 2003.
51. *Overcoming obstacles to health: report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Princeton NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
52. Franks A. *Self-determination background paper. Aboriginal health promotion project*. Lismore NSW, Northern Rivers Area Health Service, Division of Population Health, Health Promotion Unit, 2001 (<http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/ABpaper.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
53. *Gathering strength – Canada's Aboriginal action plan: a progress report*. Ottawa, Ministry of Indian Affairs and Northern Development, 2000.
54. King A, Turia T. *He korowai orange – Maori Health Strategy*. Wellington, Ministry of Health of New Zealand, 2002.
55. Cecile MT et al. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707–720.
56. Murray C, Kulkarni S, Ezzati M. Eight Americas: new perspectives on U.S. health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:4–10.
57. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
58. Doblin L, Leake BD. Ambulatory health services provided to low-income and homeless adult patients in a major community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 1996 11:156–162.
59. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH*. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
60. Emanuel EJ, Fuchs VR. Health care vouchers – a proposal for universal coverage. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:1255–1260.
61. Morris S et al. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*, 2004, 364:2030–2037.
62. Armstrong JRM et al. KINET: a social marketing programme of treated nets and net treatment for malaria control in Tanzania, with evaluation of child health and long-term survival. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93:225–231.
63. Adiel K et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:163–171.
64. Kirby D, Waszak C, Ziegler J. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 1991, 23:6–16.
65. Meng H et al. Effect of a consumer-directed voucher and a disease-management-health-promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 2005, 45:167–176.
66. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1900–1910.
67. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck A, eds. *Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't and why*. Washington DC, The World Bank, 2005.
68. Sretzer S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850–1914: a reinterpretation of the role of public health. *Society for the Social History of Medicine*, 1988, 1:1–41.
69. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:348–351.
70. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 2002, 62:117–129.
71. Whitehead M et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 1997, 315:1006–1009.
72. Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:597–603.
73. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. *Lancet*, 2001, 358:833–836.
74. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva, Global Forum for Health Research, 2006 (http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/010__BIAS%20FREE.php, acessado a 19 de Julho de 2008).
75. Benach J, Borell C, Daponte A. Spain. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
76. Balthazar T, Versnick G. *Lokaal sociaal beleidsplan, Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013*. Gent, Lokaal Sociaal Beleid, 2008 (<http://www.lokaalsociaalbeleidgent.be/documenten/publicaties%20LSB-Gent/LSB-plan%20Gent.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).





Cuidados Primários*

Dar prioridade às pessoas



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

Capítulo 3

Bons cuidados têm a ver com pessoas	44
O que distingue os cuidados primários	46
Organização de redes de cuidados primários	56
Monitorização do progresso	61

* Nota dos tradutores: respeitando a intenção dos editores deste Relatório Mundial de Saúde, os tradutores diferenciam a tradução de “primary health care” (para “cuidados de saúde primários”) da tradução de “primary care” (“cuidados primários”). Embora no glossário para Medicina Geral e Familiar (tradução portuguesa da WONCA de 1997) “primary health care” e “primary care” sejam sinónimos definidos de acordo com a definição de Alma Ata, Saltman e colegas no livro “Primary care in the driver’s seat?”, (<http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf>) reconhecendo que os conceitos de “cuidados primários” e “cuidados de saúde primários” sejam muitas vezes utilizados como sinónimos, consideram no entanto que representam diferentes aspectos do desenvolvimento e articulação do primeiro nível de cuidados. Os “cuidados primários” correspondem a uma área mais limitada de intervenção que coincide com o subconjunto de funções, serviços e actividades prestado no contexto de sistemas de serviços de saúde; implicam uma resposta de profissionais de saúde quando o utente entra em contacto com serviços de saúde de primeira linha; são o ponto focal dos actuais esforços para melhorar a coerência e coordenação na prestação de cuidados de saúde. Esta forma de pensar os “cuidados primários”, implica que eles vão além dos cuidados prestados por clínicos gerais ou médicos de família, mas ficam aquém das expectativas associadas ao conceito de “cuidados de saúde primários” como definido em Alma-Ata (A. Biscaia, comunicação pessoal, Março 2009).

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

Bons cuidados têm a ver com pessoas

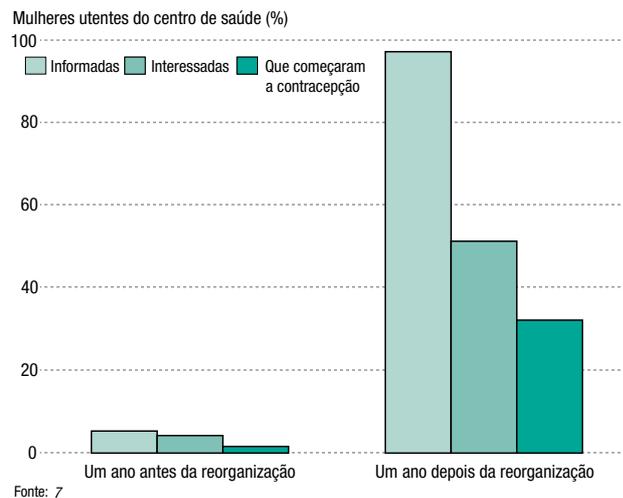
As ciências biomédicas ocupam e devem continuar a ocupar uma posição central na medicina moderna. Contudo, já William Osler, um dos seus fundadores, realçou que “é mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que que tipo de doença tem o doente”². O reconhecimento insuficiente da dimensão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

Dar prioridade às pessoas, o âmago das reformas da prestação de serviços, não é um princípio trivial. Pode exigir – mesmo que muitas vezes sejam simples de alcançar – mudanças significativas nas rotinas habituais. A reorganização de um centro médico no Alasca, nos Estados Unidos, que regista 45.000 contactos com doentes por ano, ilustra o possível alcance dos efeitos da mudança. O centro funcionava sem grande satisfação, tanto da parte dos funcionários como dos utentes, até que foi decidido estabelecer-se

um relacionamento directo entre cada indivíduo e família na comunidade e um membro específico da equipa de saúde do centro³. Os funcionários passaram a estar melhor colocados para saberem a história médica dos “seus” doentes e para compreenderem a sua situação pessoal e familiar. As pessoas passaram a estar numa posição em que conheciam melhor e tinham mais confiança no seu prestador de cuidados de saúde pessoais: já não tratavam com uma instituição mas com o seu prestador de cuidados de saúde. As queixas sobre serviços compartimentados e fragmentados diminuíram⁴. As urgências foram reduzidas para cerca de metade e os encaminhamentos para cuidados especializados diminuíram em 30%; os tempos de espera encurtaram significativamente. Com menos visitas repetidas para problemas de saúde não resolvidos, houve uma redução real da carga de trabalho e a satisfação profissional dos funcionários melhorou. Mais importante ainda, as pessoas começaram a sentir que estavam a ser ouvidas e que eram respeitadas – um aspecto fulcral do que as pessoas valorizam nos cuidados de saúde^{5,6}. Um sistema burocrático lento foi assim transformado num sistema que passou a permitir aos seus clientes algum protagonismo e sentido de propriedade e a responder-lhes com sensibilidade⁴.

Num outro cenário, muito diferente, os centros de saúde de Ouallam, num distrito rural do Níger,

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



* Nota dos tradutores: na ausência de um termo equivalente em português, os tradutores optaram por traduzir “comprehensiveness” por “compreensividade”, embora outros autores utilizem como sinónimos os termos “globalidade” e até “holístico”. (A. Biscana, comunicação pessoal, Março 2009)



implementaram igualmente uma reorganização simples da sua maneira de trabalhar, de forma a garantir uma maior atenção à pessoa. Em vez das tradicionais consultas de cuidados curativos de manhã e das clínicas especializadas de tarde (monitorização do crescimento, planeamento familiar, etc.), a totalidade do conjunto dos serviços passou a estar sempre disponível, e as enfermeiras foram orientadas no sentido de se envolverem num diálogo activo com seus doentes. Por exemplo, deixaram de esperar que fossem as mulheres a pedir contracepção e passaram, em todos os contactos, a informá-las activamente da sua relevância e disponibilidade assim como da variedade de métodos disponíveis. Em alguns meses, uma baixa cobertura do planeamento familiar, até então atribuída a constrangimentos culturais, passou a ser uma coisa do passado (Figura 3.1)⁷.

As experiências das pessoas com os cuidados que lhes são prestados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas

quando vivem um problema e procuram a ajuda dos serviços de saúde.

As pessoas valorizam alguma liberdade na escolha de um prestador da saúde porque pretendem um em quem possam confiar e que as atenderá prontamente num ambiente adequado, com respeito e confidencialidade⁸.

A prestação de cuidados de saúde pode tornar-se mais eficaz se se tornar mais atenciosa e conveniente, como no distrito de Ouallam. No entanto, os cuidados primários são mais do que uma redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza por parte dos funcionários no atendimento. Os funcionários dos serviços de saúde têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada⁹, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento¹⁰.

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

Cuidados médicos ambulatoriais convencionais em clínicas ou em departamentos de consulta externa	Programas de controlo de doenças	Cuidados primários orientados para a pessoa
Centrado na doença e na cura	Centrado em doenças prioritárias	Centrado nas necessidades da saúde
Relação limitada ao momento da consulta	Relação limitada à implementação do programa	Relação personalizada que perdure no tempo*
Episódio de cuidado curativo	Intervenções de controlo de doenças definidas no programa	Compreensividade, continuidade e orientação para a pessoa
Responsabilidade limitada ao aconselhamento no momento da consulta	Responsabilidade por metas do controlo da doença na população alvo	Responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença
Os utentes são consumidores dos cuidados que procuram	Grupos da população são alvo de intervenções de controlo da doença	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade

* Nota dos tradutores: este conceito é, por vezes, referido como "longitudinalidade" (A. Biscaia, comunicação pessoal, Março 2009)

As reformas da prestação de serviços advogadas pelo movimento dos cuidados de saúde primários (CSP) têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efectivos, eficientes e equitativos. Os serviços de saúde que são bem sucedidos na consecução desta intenção apostam num relacionamento estreito e directo entre os indivíduos, as comunidades e os seus cuidadores. Estabelecem-se, assim, as condições para a orientação para a pessoa, a continuidade, a compreensibilidade e a integração, que constituem, no seu conjunto, as características que diferenciam os cuidados primários. O quadro 3.1 sumaria as diferenças entre cuidados primários e os cuidados prestados em locais mais convencionais como clínicas, consultas externas de hospitais, ou através dos serviços próprios de programas de controlo de doenças, tão frequentes em situações de escassez de recursos. A secção que segue define estas características dos cuidados primários, e descreve como contribuem para ganhos em saúde e para melhores resultados sociais.

O que distingue os cuidados primários

A efectividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos

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

No entanto, a medicina baseada na evidência, não pode garantir que os cuidados médicos sejam sempre efectivos e seguros. A compreensão crescente das múltiplas formas em que os

cuidados podem vir a ser comprometidos, está a contribuir para uma melhoria gradual nos padrões de qualidade e de segurança (Caixa 3.1). Até ao momento, e principalmente em países de rendimento alto e médio, tais esforços têm-se concentrado, de uma forma desproporcionada, nos cuidados hospitalares e nos prestados por especialistas. A efectividade e a segurança dos cuidados ambulatoriais de carácter generalista, onde a maioria de interações entre as pessoas e os serviços de saúde ocorrem, têm recebido menos atenção¹⁴. A falta de qualidade e de segurança são questões particularmente importantes nos serviços comerciais não-regulamentados de muitos países em desenvolvimento (Caixa 3.2)¹⁵.

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

A forma como os serviços tratam as pessoas é igualmente importante. Estudos na Austrália, no Canadá, na Alemanha, na Nova Zelândia, no Reino Unido e nos Estados Unidos ilustram como é frequente: a exposição de um elevado número de doentes a situações de risco; a coordenação deficiente de cuidados; a abordagem pouco participada de enfermidades crónicas²⁵. A comunicação com os utentes é frequentemente inadequada e não transmite muitas vezes informação suficiente sobre o regime de tratamento prescrito. Quase um em dois doentes sente que os médicos raramente ou nunca lhes pedem opinião sobre o tratamento que lhes é estabelecido. Os doentes consultam muitas vezes prestadores diferentes para situações relacionadas ou mesmo para as mesmas situações o que, dada a falta da coordenação entre estes prestadores, conduz a duplicações e a contradições²⁵. Esta situação é similar à descrita noutros países, tais como a Etiópia²⁶, o Paquistão²⁷ e o Zimbabué²⁸.

No entanto, tem-se observado algum progresso nos últimos anos. Nos países de rendimento alto, o confronto com a doença crónica, os problemas de saúde mentais, a multi-morbilidade e



a dimensão social da doença focaram a atenção na necessidade de uma maior compreensão e orientação para a pessoa e na continuidade dos cuidados. Isto tem resultado, não somente de pressão por parte dos utentes mas, igualmente, do reconhecimento pelos profissionais da importância crítica de cuidados com estas características para a obtenção de melhores resultados para seus doentes. Muitos profissionais de saúde começaram a entender as limitações de abordagens estritamente biomédicas, à doença cardiovascular por exemplo, e a contemplar regimes terapêuticos em

que as fronteiras entre os cuidados curativos, a medicina preventiva e a promoção da saúde se confundem. Nos países de rendimento baixo esta evolução é igualmente visível. Nos últimos anos,

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

O resultado dos cuidados de saúde resulta do equilíbrio entre o valor acrescentado do tratamento ou intervenção, e dos seus efeitos adversos no doente¹⁶. Até há pouco tempo, a dimensão e impacto desses efeitos adversos eram consideravelmente subestimados. Em países industrializados, aproximadamente 1 em cada 10 doentes sofre, durante a prestação de cuidados de saúde, de efeitos adversos evitáveis¹⁷ que, nos Estados Unidos, podem estar associados a cerca de 98 000 mortes por ano¹⁸. Factores múltiplos contribuem para esta situação¹⁹, desde erros sistémicos a problemas de incompetência, pressão social sobre os doentes para se submeterem a tratamentos melindrosos, à utilização incorrecta de tecnologia²⁰. Por exemplo, quase 40% dos 16 biliões de injeções administradas no mundo inteiro todos os anos, são dadas com seringas e agulhas reutilizadas sem esterilização¹⁴. Todos os anos, estas injeções, sem margem de segurança, causam 1,3 milhões de mortes e quase 26 milhões de anos de vida são perdidos, especialmente por causa da transmissão das hepatites B e C, e do VIH²¹.

Particularmente inquietante é a escassez de informação sobre a extensão e os determinantes da insegurança associada aos cuidados de saúde em países de baixo e médio rendimento. Com a comercialização não regulamentada dos cuidados, o fraco sistema de controlo da qualidade e a escassez dos recursos da saúde, os utentes dos serviços de saúde em países de baixo rendimento estão provavelmente ainda mais expostos a efeitos adversos e às suas consequências nefastas do que os doentes em países de alto rendimento. A Aliança Mundial para a Segurança do Doente²², entre outras, advoga o aumento da segurança dos doentes, privilegiando intervenções sistémicas e mudanças na cultura organizacional, em alternativa à procura de responsabilidades e à denúncia de más práticas individuais, seja de administradores, médicos ou outros prestadores de cuidados²³.

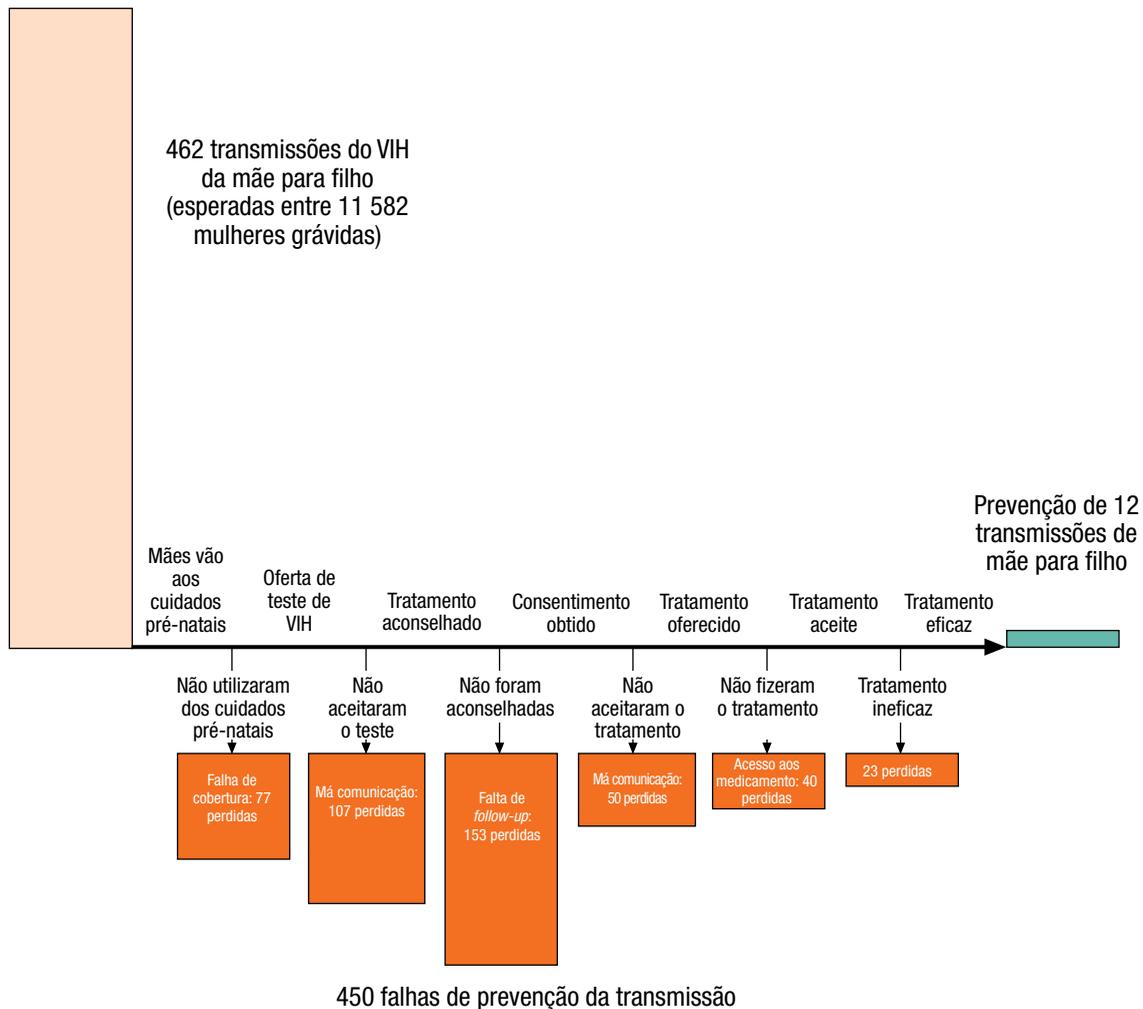
Caixa 3.2 Quando a procura induzida pela oferta e movida pelo consumidor determinam o tratamento médico: os cuidados ambulatoriais na Índia

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

depois de uma reflexão meticulosa, muitos dos programas orientados especificamente para doenças infecciosas prioritárias começaram a ter em consideração a compreensividade, a orientação para o doente e a continuidade. Os serviços maternos e de saúde infantil têm estado frequentemente no pelotão da frente destas tentativas, reorganizando-se em cuidados compreensivos e com continuidade. Este processo foi consolidado através da “Administração Integrada da Doença na Infância”, iniciativa conjunta da UNICEF/OMS³⁰. A experiência dos profissionais de saúde nos países

em vias de desenvolvimento com programas, como, o Programa Alargado de Vacinação da OMS, colocou-os em vantagem em relação aos seus colegas dos países mais desenvolvidos, com uma melhor compreensão da necessidade de cuidarem não só dos seus doentes, mas também de garantirem uma cobertura populacional adequada. Mais recentemente, os programas de VIH/SIDA focaram a atenção dos prestadores e dos responsáveis políticos na importância do aconselhamento, na continuidade dos cuidados, na complementaridade da prevenção, do tratamento

Figura 3.2 Oportunidades perdidas para prevenção da transmissão do VIH da mãe para filho na Costa do Marfim²⁹: só é prevenida uma fracção minúscula das transmissões previstas





e da palição e, de uma forma crítica, no valor da empatia e de ouvir os doentes.

Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas

Quando as pessoas estão doentes, preocupam-se mais com a sua própria adversidade do que com considerações de ordem administrativa, de produtividade, de objectivos de saúde, de custo-eficácia e de organização racional dos serviços. Cada indivíduo tem uma maneira própria de viver os seus problemas de saúde, no seu contexto particular³¹. Os trabalhadores de saúde têm que saber reconhecer e responder a essa diversidade de respostas. Para os trabalhadores de saúde na interface entre a população e os serviços de saúde o desafio é muito mais complexo do que

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

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

A violência doméstica tem inúmeras consequências, bem documentadas, para a saúde das mulheres (e das suas crianças), incluindo ferimentos, síndromas de dor crónica, gravidezes acidentais e não desejadas, complicações da gravidez, infeções sexualmente transmitidas e um grande número de problemas de saúde mental^{32, 33, 34, 35, 36, 37}. As mulheres que sofrem violência são utentes frequentes dos serviços de saúde.

Os trabalhadores de saúde estão, conseqüentemente, numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referência para apoios psico-sociais, legais e outros. A sua intervenção permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher, bem como das suas crianças, e pode igualmente ajudar a impedir futuros episódios de violência.

A investigação tem mostrado que a maioria das mulheres pensam que os prestadores de cuidados de saúde deveriam inquirir sobre a violência⁴⁰. Não esperam, no entanto, que eles resolvam o seu problema, mas gostariam de ser escutadas e tratadas de uma forma que as ajude a ganharem a força que precisam para assumirem o controlo das suas decisões. Os prestadores de cuidados de saúde têm, muitas vezes, dificuldade em interrogar as mulheres sobre violência. Falta-lhes tempo, formação e competência para o fazerem correctamente, e mostram relutância em se envolverem em procedimentos judiciais.

A aproximação mais efectiva para os prestadores de saúde utilizarem na sua resposta à violência é ainda matéria de debate⁴¹. É-lhes, geralmente, recomendado que perguntem a todas as mulheres, como parte da rotina de avaliação da sua saúde, sobre episódios de violência doméstica⁴². Diversas reavaliações mostram que esta abordagem aumenta a taxa de identificação das mulheres vítimas de violência, nas clínicas pré-natais e de cuidados primários, mas com escassa evidência de sustentabilidade⁴⁰, ou de efectividade em termos de obtenção de ganhos em saúde⁴³. Entre mulheres que permanecem em abrigos, está provado que as que recebem aconselhamento específico sofrem de uma taxa mais baixa de reincidência de violência e referem uma melhor qualidade de vida⁴⁴. Similarmente, entre as mulheres que sofrem violência durante a gravidez, aquelas que recebem aconselhamento que as torna mais resolutas descrevem um melhor relacionamento e menos abusos psicológicos e físicos graves, e têm scores mais baixos de depressões pós-natal⁴⁵.

Embora não haja consenso sobre a estratégia mais efectiva a adoptar, está a emergir a compreensão de que faz parte do trabalho de um serviço de saúde ajudar a identificar e a apoiar as mulheres vítimas de violência⁴⁶, e que os prestadores de cuidados de saúde devem estar capacitados para darem resposta a estas situações, visto que essa resposta é importante para empoderar as vítimas com capacidades e competências essenciais. Os prestadores de cuidados de saúde têm, no mínimo, de estar informados sobre a violência contra as mulheres, a sua prevalência e impacto na saúde, quando a suspeitar e qual a melhor resposta. Este problema tem, claramente, dimensões técnicas que não podem ser ignoradas. Por exemplo, no caso de agressão sexual, os prestadores precisam de ser capazes de oferecer o tratamento e prestar os cuidados necessários, incluindo contracepção de emergência e profilaxia para as infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, quando relevante, assim como apoio psicossocial. Há, também, outras dimensões: como a documentação de evidência física de trauma pelos trabalhadores de saúde, de uma forma o mais exaustiva possível^{47,48,49} e o trabalho com as comunidades – em particular com homens e rapazes – na mudança de atitudes e de práticas relacionadas à desigualdade do género e à violência.

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

Melhoria da intensidade do tratamento e qualidade de vida – Ferrer (2005) ⁵⁴
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Melhoria da satisfação com a comunicação – Jaturapatporn (2007) ⁵⁶
Melhoria da confiança do doente a respeito de problemas sensíveis – Kovess-Masféty (2007) ⁵⁷
Aumento da confiança e de conformidade com o tratamento – Fiscella (2004) ⁵²
Melhor integração dos cuidados de prevenção e de promoção – Mead (1982) ⁵⁰

(caixa 3.3), por exemplo, pode ser detectada, prevenida ou reduzida por serviços de saúde atentos que têm uma relação de proximidade com as comunidades que servem e por trabalhadores de saúde que conhecem as pessoas da sua comunidade.

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

Durante os últimos 30 anos, um corpo considerável de investigação trouxe à luz evidências de que a orientação para a pessoa é importante, não só para aliviar a ansiedade do paciente mas também para melhorar a satisfação profissional⁵⁰ do prestador. A probabilidade da resposta a um problema de saúde ser efectiva é mais elevada se o prestador compreender as várias dimensões desse problema⁵¹. O simples perguntar aos doentes como se sentem com a sua doença e como é que ela afecta as suas vidas, em vez de se centrar a atenção inicial directamente na doença, aumenta a confiança do doente no seu assistente

e a sua conformidade com a terapêutica recomendada⁵², o que também facilita que o doente e o prestador assumam uma relação de parceria na gestão clínica, uma situação facilitadora da integração da promoção, da prevenção e da promoção da saúde na resposta terapêutica^{50,51}. Assim, a orientação para a pessoa transforma-se num “método clínico com participação democrática”⁵³, obviamente melhorando a qualidade dos cuidados, o sucesso do tratamento e a qualidade de vida daqueles que beneficiam de tais cuidados (Quadro 3.2).

Na prática, os clínicos raramente falam com os seus doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põem à sua apreciação as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o seu problema de saúde⁵⁸. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efectividade dos cuidados que prestam⁵⁹.

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

Poucos prestadores de saúde receberam formação que os habilite a prestarem cuidados orientados para a pessoa. Esta falta da preparação pode ainda ser agravada por conflitos interculturais, pela estratificação social, pela discriminação e pela estigmatização⁶³. As consequências disto são que o considerável potencial das pessoas virem a contribuir para a sua própria saúde através da adequação dos seus estilos de vida, dos seus comportamentos e da auto-ajuda, e a possibilidade de optimização do aconselhamento profissional às suas circunstâncias de vida, são subutilizadas. Há numerosas oportunidades,



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

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

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

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

Respostas compreensivas e integradas

A diversidade das necessidades e dos desafios de saúde que as pessoas enfrentam não se encaixam necessariamente nas categorias de diagnósticos descritas em livros de promoção da saúde ou de cuidados preventivos, curativos ou

de reabilitação^{78,79}. Elas exigem a mobilização de uma bateria compreensiva de recursos que podem incluir desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou referência a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliários para doenças crónicas ou prolongadas e, em alguns modelos, de serviços sociais⁸⁰. É no ponto de entrada no sistema de saúde, onde as pessoas se apresentam em primeira-mão com o seu problema, que se faz sentir a maior necessidade por uma oferta compreensiva e integrada de cuidados.

A compreensividade faz sentido das perspectivas gestonária e operacional e enriquece as ofertas e as respostas do sistema de saúde (Quadro 3.3). As pessoas procuram mais os serviços quando se apercebem que a oferta de cuidados nesses serviços é compreensiva. Além disso, maximiza oportunidades para a prevenção da doença e a promoção da saúde, reduzindo ao mesmo tempo a dependência desnecessária nos cuidados especializados ou hospitalares⁸¹. A especialização tem os seus confortos, mas a fragmentação que induz é, muitas vezes, visivelmente contra-produtiva e ineficiente: não faz nenhum sentido monitorizar o crescimento das crianças e

Quadro 3.3 Compreensividade: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

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

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

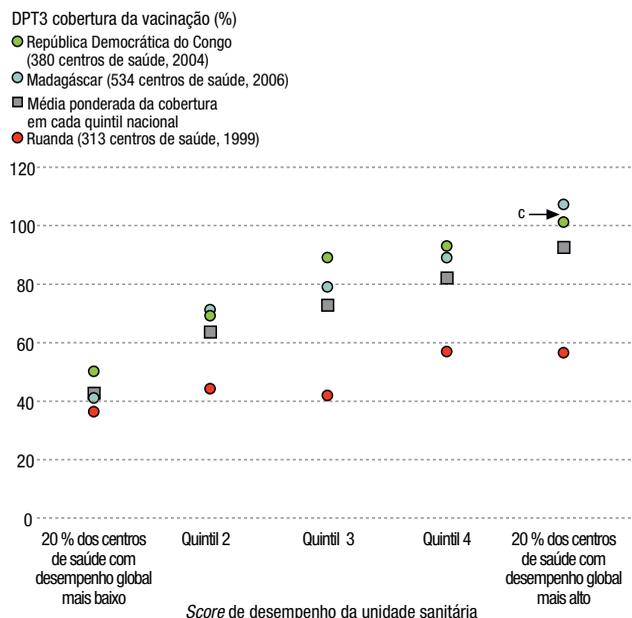
Isto não implica que os trabalhadores da saúde, responsáveis por responder a estes primeiros contactos com o sistema de saúde, têm que dar respostas e conseguir resolver todos os problemas de saúde que se lhes apresentam, nem que todos os programas de saúde precisam de desenvolver as suas actividades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

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

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

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

Figura 3.3 Os centros de saúde com mais compreensividade têm melhor cobertura vacinal^{a,b}



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

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

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



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

Continuidade dos cuidados

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

gestão do problema do doente, até que ele esteja resolvido ou o risco que justificou o *follow-up** tenha desaparecido. A continuidade dos cuidados é um importante determinante da efectividade seja da gestão da doença crónica, da saúde reprodutiva, da saúde mental ou, ainda, para garantir um crescimento saudável das crianças (Quadro 3.4).

A continuidade dos cuidados depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, por exemplo, à medida que as pessoas envelhecem, quando se mudam de uma residência para outra, ou quando diferentes profissionais prestam cuidados a um mesmo indivíduo ou agregado familiar. O acesso aos processos clínicos e notas de alta – electrónicas, convencionais ou as que acompanham o doente – melhora a escolha do regime de tratamento e a coordenação dos cuidados. No Canadá, por exemplo, uma em cada sete pessoas que utilizam um departamento de urgência tinham falhas de informação médica que poderiam levar a situações de risco para o doente¹⁰¹. A perda de informação é uma causa frequente de atrasos nos cuidados e da procura de serviços desnecessários¹⁰². Nos Estados Unidos, está associada a 15,6% de todos os erros observados nos cuidados ambulatoriais¹⁰³. As actuais tecnologias de informação e de comunicação, embora ainda sejam pouco utilizadas, criam possibilidades inauditas para melhorar a circulação da informação médica a um custo acessível¹⁰⁴, reforçando assim a continuidade, a segurança e a aprendizagem (Caixa 3.5). Estas tecnologias, estão disponíveis sem restrições de direitos de autor e a baixo custo, como ilustrado pelos processos de saúde electrónicos desenvolvidos através de comunidades da prática, o que, por exemplo, tem facilitado a continuidade e a qualidade dos cuidados para doentes com o VIH/SIDA em muitos países de baixo rendimento¹⁰⁵.

São, sem dúvida, necessários melhores registos de doentes, mas estes não são suficientes para garantir a continuidade dos cuidados. Os serviços de saúde necessitam de se esforçar mais para minimizar os numerosos obstáculos

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

Redução da mortalidade global – Shi (2003) ⁹⁰ , Franks (1998) ⁹¹ , Villalbi (1999) ⁹² , PAHO (2005) ⁹³
Melhoria do acesso aos cuidados – Weinick (2000) ⁹⁴ , Forrest (1998) ⁹⁵
Redução da readmissão hospitalar – Weinberger (1996) ⁹⁶
Redução das consultas com especialistas – Woodward (2004) ⁹⁷
Redução da utilização dos serviços de urgência – Gill (2000) ⁹⁸
Melhoria da detecção de efeitos adversos das intervenções médicas – Rothwell (2005) ⁹⁹ , Kravitz (2004) ¹⁰⁰

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

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

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

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

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

Muitos clínicos, apostados em promover a saúde e em prevenir a doença, empenham-se fortemente no recurso à Internet, como um local para ir procurar conhecimentos de saúde que complementem ou substituam a necessidade de procurar o conselho de um profissional de saúde mais diferenciado ou experiente. As novas aplicações, os serviços e o acesso à informação têm vindo a alterar de uma forma definitiva a forma como os consumidores e os profissionais de saúde se relacionam, tornando o conhecimento directamente acessível a todos.

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

doentes com diabetes, hipertensão, lipidémias e acidentes cerebrovasculares para clínicos gerais inscritos, passando as contas *Medisave* a cobrir também estes cuidados ambulatorios¹⁰⁸.

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



reconhecidos precocemente. O esforço exigido dos trabalhadores de saúde não é insignificante: negociação das modalidades de tratamento com os doentes a fim de maximizar as possibilidades de que estes venham a ser completados com sucesso; manutenção dos registos dos utentes com doenças crónicas; e criação de múltiplos canais de comunicação através de visitas domiciliárias, contactos com trabalhadores de base comunitária e envio de lembretes telefónicos e de mensagens de texto para restabelecer a continuidade interrompida. Estas tarefas mundanas podem fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso, mas raramente são reconhecidas e/ou recompensadas. Elas são muito mais fáceis de implementar quando o doente e o prestador de cuidados identificam claramente como e por quem o *follow-up* será organizado.

Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada

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

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

saúde governamentais são geralmente planeados para trabalhar em estreita relação com a comunidade que servem. A realidade é, muitas vezes, diferente. A cativação de recursos e de pessoal para programas específicos resulta, cada vez mais, numa fragmentação crescente da oferta de cuidados¹⁰⁹. Ao mesmo tempo, a falta de fundos, o empobrecimento do pessoal de saúde e a comercialização desenfreada, dificultam ainda mais o reforço destas relações¹¹⁰. Há muitos exemplos que vão contra esta tendência, mas mesmo nestas circunstâncias, a relação entre os prestadores e os seus clientes, em particular, os mais pobres, não são, muitas vezes, conducentes à edificação de relações de compreensão, empatia e confiança⁶².

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

Isto não é meramente uma questão de promover a confiança e a satisfação do doente, ainda que tal seja igualmente importante^{114,115}. É meritório também porque está associado a uma melhor qualidade da prestação e resulta em melhores resultados (Quadro 3.5). As pessoas que usam o mesmo prestador para a maioria das

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

Melhoria da satisfação com os serviços – Weiss (1996) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998) ¹¹⁷ , Freeman (1997) ¹²⁴ , Miller (2000) ¹²⁵
Melhoria da conformidade terapêutica e redução da taxa de hospitalização – Weiss (1996) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998) ¹¹⁷ , Freeman (1997) ¹²⁴ , Mainous (1998) ¹²⁶
Redução da utilização de especialistas e de serviços de urgência – Starfield (1998) ⁸² , Parchman (1994) ¹²⁷ , Hurley (1989) ¹²⁸ , Martin (1989) ¹²⁹ , Gadowski (1998) ¹³⁰
Redução das consultas de especialistas – Hurley (1989) ¹²⁸ , Martin (1989) ¹²⁹
Utilização mais eficiente dos recursos – Forrest (1996) ⁸² , Forrest (1998) ⁹⁵ , Hjortdahl (1991) ¹³¹ , Roos (1998) ¹³²
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Melhor adesão dos adolescentes aos cuidados preventivos – Ryan (2001) ¹³³
Protecção contra o tratamento excessivo – Schoen (2007) ¹³⁴

suas necessidades de cuidados de saúde, tendem a seguir melhor os conselhos dados, a recorrer menos aos serviços de urgência, a sofrer menos hospitalizações e a estar mais satisfeitos com os cuidados recebidos^{98,116,117,118}. Os prestadores poupam em tempo de consulta, recorrem menos a testes de laboratório, reduzem os custos^{95,119,120} e aumentam o recurso aos cuidados preventivos¹²¹. A motivação aumenta através do reconhecimento social resultante destas relações. No entanto, nem mesmo os profissionais de saúde mais dedicados se empenham em todas estas oportunidades espontaneamente^{122,123}.

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

Organização de redes de cuidados primários

Um serviço de saúde que preste cuidados ambulatoriais de primeiro contacto para problemas de

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

Para que os serviços de saúde convencionais se transformem em cuidados primários, isto é, para que venham a reflectir as características que distinguem este tipo de cuidados, têm de ser reorganizados. Uma pré-condição é assegurar que eles se tornem directa e permanentemente acessíveis, sem uma dependência excessiva de pagamentos directos pelos utentes e com mecanismos de protecção social mediados por esquemas de incentivos à cobertura universal. Mas um outro conjunto de roteiros é crítico para ajudar na transformação dos cuidados convencionais, no ambulatório e internamento, em redes locais de cuidados primários^{135,136,137,138,139,140}:

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



Traz os cuidados para mais perto das pessoas

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

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

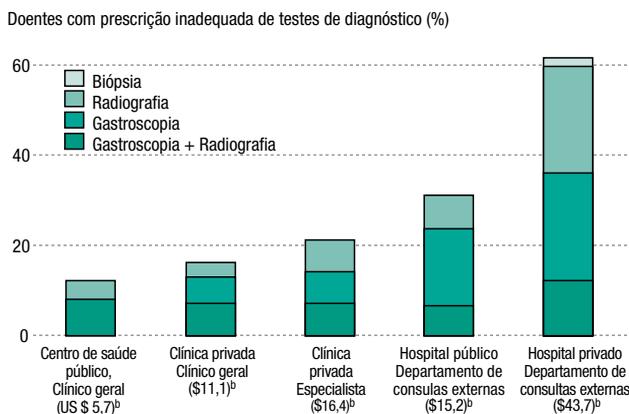
Evidências resultantes de comparações entre países de rendimento alto, mostram que quanto maior a proporção de profissionais generalistas a trabalhar em *settings* ambulatoriais, mais baixos são os custos totais com a saúde e mais elevados os rankings de qualidade¹⁵⁷. Ao invés, os países com maior dependência em especialistas hospitalares, apresentam resultados em saúde populacional estáveis ou em deterioração, enquanto que a fragmentação dos cuidados que lhes está associada agrava a insatisfação dos utentes e contribui para um fosso crescente entre os serviços de saúde e os serviços sociais^{157,158,159}. A informação sobre países de rendimento baixo e médio é mais difícil de obter¹⁶⁰, mas há indicações de que os padrões observados são similares. Alguns estudos estimam que na América Latina e nas Caraíbas um maior investimento em cuidados generalistas poderia evitar uma em cada duas admissões hospitalares¹⁶¹. Na Tailândia, os cuidados ambulatoriais generalistas, de base não-hospitalar, são os mais orientados para a pessoa, os menos dispendiosos e os menos associados à sobre-medicação¹⁶² (Figura 3.4).

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

Responsabilidade por uma população bem identificada

Nos cuidados ambulatoriais convencionais, o prestador assume responsabilidade pela pessoa que atende na consulta durante a consulta e, nas melhores das circunstâncias, essa

Figura 3.4 Prescrições inadequadas de testes de diagnóstico para doentes “falsos” que se apresentam com dor de barriga ligeira, Tailândia^{a,b,162}



^a Observação feita em 2000, antes da introdução na Tailândia do sistema de cobertura universal.

^b Custo para o doente, incluindo taxas do médico, medicamentos, testes de laboratório e técnicos.

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

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

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

Uma vez atribuídas responsabilidades abrangentes pela saúde de uma população bem identificada e definida, apoiadas em mecanismos financeiros e administrativos de responsabilização, as regras que orientam as actividades das equipas de cuidados primários têm de mudar, obrigando a equipa a:

- expandir o portfólio de cuidados que oferece, desenvolvendo também actividades e programas que podem amplificar os impactos na saúde, mas que, de outra maneira, poderiam ser negligenciados¹⁶⁴. Isto cria o contexto que facilita o investimento em actividades de prevenção e de promoção e para se aventurarem em áreas que são frequentemente negligenciadas, como actividades de saúde escolar e nos locais de trabalho;
- procurar e a trabalhar com organizações e indivíduos dentro da comunidade: voluntários e agentes de saúde comunitária que actuam como elo de ligação com doentes ou que animam grupos populares da comunidade, trabalhadores sociais, grupos de entre-ajuda, etc.;
- sair das quatro paredes do seu consultório e a procurar as pessoas na comunidade. Isto pode trazer benefícios significativos para a saúde. Por exemplo, grandes programas baseados em visitas ao domicílio e na animação da comunidade, demonstraram ser eficazes na redução de factores de risco para a mortalidade neonatal e outras taxas de mortalidade. Nos Estados Unidos, estes programas reduziram, em alguns locais, a mortalidade neonatal em 60%¹⁶⁵. Parte do benefício é devido a um maior acesso a cuidados efectivos de pessoas que,



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

- tomar, em colaboração com outros sectores, iniciativas cirurgicamente direccionadas de forma a alcançar os excluídos e os sem acesso e a corrigir os principais determinantes de uma saúde precária. Como o Capítulo 2 mostrou, este é um complemento necessário ao estabelecimento de uma cobertura universal e onde os serviços de saúde locais assumem um papel vital. A vaga de calor de 2003, na Europa Ocidental, por exemplo, destacou a importância de ir ao encontro das pessoas idosas mais isoladas e às consequências dramáticas de não o fazer, que resultaram num excesso de mortalidade de mais de 50 000 pessoas¹⁶⁷.

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

A equipa de cuidados primários como um núcleo de coordenação

Equipas de cuidados primários não podem responsabilizar-se de uma forma compreensiva pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida. Em situações de recursos escassos, estas fontes de apoio estarão tipicamente concentradas num “hospital distrital dum 1º nível de referência”. Na verdade, a imagem clássica de um sistema de saúde, baseado nos CSP, é a de uma pirâmide com o hospital distrital no ápice e um conjunto de centros de saúde (públicos) que referenciam para essa autoridade mais elevada.

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

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

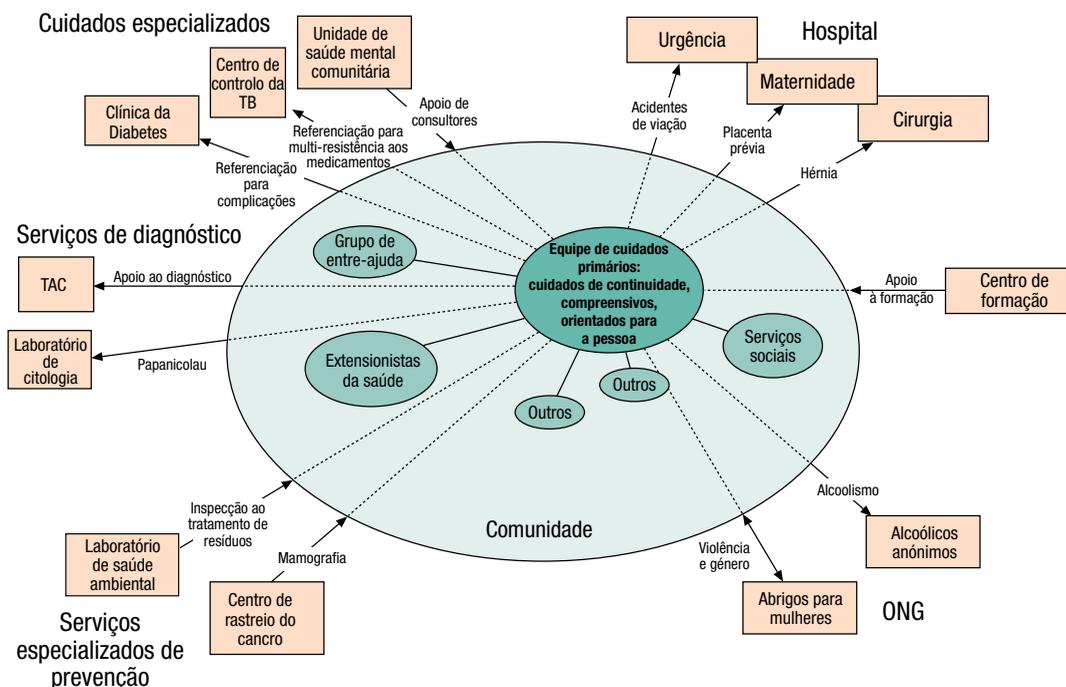
Esta função de coordenação e de mediação, implica também a colaboração com outro tipo de organizações, frequentemente não governamentais. Estas podem dar um apoio significativo aos cuidados primários locais. Podem facilitar às pessoas acesso a informação que os empodera com o conhecimento dos seus direitos e dos padrões de desempenho a esperar dos serviços procurados^{169,170}. Estruturas independentes,

de procuradoria do doente, ou organizações do consumidor, podem ajudar os utentes a processar as suas queixas. Mais importante, há uma multiplicidade de associações de entre-ajuda para diabéticos, pessoas que vivem com *handicaps* e outros doentes crónicos que podem também apoiar as pessoas a ganharem maior autonomia em relação aos cuidados exigidos pela sua doença ou problema de saúde¹⁷¹. Só nos Estados Unidos, mais de cinco milhões de pessoas pertencem a grupos de entre-ajuda, enquanto que, recentemente, as organizações da sociedade civil direccionadas para questões de saúde têm crescido rapidamente em muitos países de rendimento baixo e médio. Estes grupos fazem muito mais do que informar os doentes. Ajudam as pessoas a assumirem a responsabilidade da sua própria situação, a investir na sua saúde, a lidar melhor com a saúde precária, a aumentar a auto-confiança e a diminuir a medicação excessiva¹⁷². As equipas de cuidados primários ganham em coesão e visibilidade ao reforçarem as suas relações com tais grupos.

Quando as equipas de cuidados primários estão numa posição que lhes permite assumirem esta função de coordenação, o seu trabalho torna-se mais satisfatório e atractivo, o que se reflecte num impacto positivo nos indicadores de saúde. Reflecte-se também numa menor dependência de especialistas, e numa diminuição da taxa de internamentos, dos tempos de espera e da duração dos internamentos assim como num melhor *follow-up* após a alta^{83,128,129}.

A função de coordenação afirma-se como uma infra-estrutura mobilizadora de recursos intersectoriais para proteger a saúde das comunidades locais. Esta função mobilizadora não é um extra opcional, mas uma responsabilidade indispensável das equipas de cuidados primários. Isto tem implicações para as políticas praticadas: a coordenação não passará das boas intenções a menos que a equipa dos cuidados primários seja empoderada com instrumentos de influência, administrativos e/ou financeiros. A coordenação depende igualmente, do reconhecimento, pelas diferentes instituições,

Figura 3.5 Os cuidados primários como um núcleo de coordenação: redes na comunidade servida e com parceiros exteriores^{173,174}





do papel-chave das equipas de cuidados primários. Os actuais sistemas de formação profissional, as estruturas das carreiras e os mecanismos de remuneração, contrariam muitas vezes, a importância e relevância que deveria estar associada aos que trabalham ao nível dos cuidados primários. Inverter estes desincentivos, bem arraigados, exige uma liderança forte.

Monitorização do progresso

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

A primeira dimensão a considerar é até que ponto as medidas organizacionais necessárias para reorientar o sistema para os cuidados primários estão a ser desenvolvidas. Até que ponto é que:

- o primeiro contacto com o sistema de saúde está a ocorrer predominantemente através de equipas de cuidados primários generalistas a operarem perto do local onde as pessoas vivem?
- os prestadores de cuidados primários assumiram a responsabilidade pela saúde de todos os membros de uma população bem identificada: por aqueles que utilizam aos serviços de saúde assim como pelos que não o fazem?
- autoridade administrativa e poder de compra dos prestadores de cuidados primários estão a ser reforçados, empoderando-os para

coordenar os contributos de serviços especializados, hospitalares e sociais.

A segunda dimensão a considerar é até que ponto as características específicas dos cuidados primários estão a ganhar proeminência:

- Orientação para a pessoa: existem evidências de progresso, medido através de observação directa ou inquéritos aos utentes?
- Compreensividade: verifica-se a expansão e maior abrangência do portfólio dos serviços prestados pelas equipas de cuidados primários, garantindo um pacote mínimo de benefícios essenciais, da promoção da saúde aos cuidados paliativos, para todos os grupos etários?
- Continuidade: existe um registo de informação sobre a saúde dos indivíduos que os acompanha no seu ciclo de vida, mesmo em situações de transferência para outros níveis de cuidados ou de mudança de residência?
- Ponto de entrada regular: as medidas tomadas são conducentes a um melhor conhecimento dos utentes pelos prestadores e vice-versa?

A medição destas dimensões deveria dar aos responsáveis políticos uma indicação da dimensão dos progressos observados com a transformação da oferta de cuidados de saúde. No entanto, não é imediatamente possível atribuir ganhos em saúde e resultados sociais a aspectos específicos dos esforços das reformas. Neste sentido, a monitorização das reformas precisa de ser complementada com uma agenda muito mais vigorosa de investigação. É revelador que a revisão sistemática, pela Rede de Cochrane, sobre estratégias para integração de cuidados primários, em países de rendimento baixo e médio só conseguiu identificar um estudo válido que teve em consideração a perspectiva dos utentes¹⁶⁰. Houve um crescimento recente, rápido e bem-vindo, de investigação sobre os cuidados primários em países de rendimento elevado e, mais recentemente, nos países de rendimento médio, que se lançaram em reformas significativas dos seus CSP. Não obstante, é notável que uma indústria que mobiliza actualmente 8,6% do PIB do mundo, invista tão pouco na investigação sobre duas das suas estratégias mais efectivas e de maior rácio de custo-efectividade: os cuidados primários e as políticas públicas que os facilitam e complementam.

Referências

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas*. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4–13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665–667.
5. Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32–38.
6. Kerssens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106–114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383–390.
8. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71–72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990–991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, acessado a 27 de Julho de 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96–103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182–1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:892–893.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768–770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831–841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808–811.
22. *The purpose of a world alliance*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, acessado a 28 de Julho de 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445–447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries*. Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, acessado a 28 de Julho de 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 0 9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173–179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193–198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359–370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *The World Health Report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457–502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165–1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839–870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3–17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10–18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458-466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314–318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387–403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509–1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589–600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249–1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673–676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034–1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings*. 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444–445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
53. Marinowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018.
56. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869–1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.



61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39–66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139–146.
64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49–51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59–72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, acedido a 21-11-07).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, acedido a 30 de Julho de 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martínez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paeththayasapa. Kam Prakard Sitti Pu Pai, 2003? (<http://www.tmc.or.th/>, acedido a 30 de Julho de 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5–13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415–428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723–739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267–268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65–68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387–390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci on Primaria*, 1999, 24:468–474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176–186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023–1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565–571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125–129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170–171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, acedido a 29 de Julho de 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC)*. Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 7/8).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725–738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118–129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counseling*, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649–656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.

117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020–1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727–734.
120. De Maeseener JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131–133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1–2.
122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797–798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423–1431.
124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
130. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, acedido a 29 de Julho de 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83–88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, 14:54–563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21–8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10–20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33–40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chermaw ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457–462.
149. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184–197).
158. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431–458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33–V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145–1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970–979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, acedido a 29 de Julho de 2008).



170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023–1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205–217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148–1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).



Políticas Públicas para a saúde do público



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

Capítulo 4

Importância de políticas públicas saudáveis	68
Políticas sistémicas alinhadas com as metas dos CSP	70
Políticas de saúde pública	72
Saúde em todas as políticas	74
Compreender o sub-investimento	77
Oportunidades para melhores políticas públicas	79

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

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

O capítulo explica como é que estas diferentes políticas públicas podem ser reforçadas e alinhadas com as metas ambicionadas pelos CSP.

Importância de políticas públicas saudáveis

As pessoas querem viver em comunidades e ambientes seguros e que promovam a sua saúde⁷. Os cuidados primários, com acesso universal e protecção social, representam respostas indispensáveis à consecução destas expectativas. As pessoas esperam, igualmente, que os seus governos desenvolvam um conjunto de políticas públicas, do nível local a reformas de nível supranacional, sem as quais os cuidados primários e a cobertura universal perdem muito do seu impacto e significado. Estas incluem políticas para o funcionamento adequado dos sistemas de saúde; para organizar acções de saúde pública de grande benefício para todos; e, para além do sector da saúde, políticas que podem contribuir para a saúde e para um sentimento de segurança, ao garantir-se uma abordagem equilibrada de questões, como a urbanização, as alterações climáticas, a discriminação do género ou a estratificação social.

O primeiro grupo de políticas públicas essenciais é o das políticas para os sistemas de saúde (relativas aos medicamentos essenciais, tecnologias, controlo da qualidade, recursos humanos, acreditação, etc.) de que dependem as reformas dos cuidados primários e da cobertura universal. Sem sistemas funcionais de aprovisionamento e logística, por exemplo, uma rede de cuidados primários não pode funcionar correctamente:

no Quénia, por exemplo, as crianças estão agora mais protegidas contra a malária, na sequência da distribuição, pelos serviços locais, de redes mosquiteiras impregnadas com insecticidas². Isto apenas foi possível porque o trabalho dos cuidados primários foi apoiado por uma iniciativa nacional de aprovisionamento e logística, com empenhamento político forte, *marketing*^{*} social e apoio nacional.

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

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



tempo de garantir uma reposta mais adequada a acontecimentos subsequentes^{3,4}.

O terceiro agregado de políticas essenciais é conhecido como “saúde em todas as políticas”, baseando-se no reconhecimento de que a saúde da população pode ser melhorada com políticas sob o controlo de outros sectores⁵. As implicações para a saúde de temas tão diversos como os currículos escolares, as políticas industriais sobre igualdade dos géneros, ou a segurança dos alimentos e dos bens de consumo são de maneira a poderem influenciar profundamente ou mesmo determinar a saúde de comunidades inteiras, e que podem transpor as fronteiras nacionais. Não é possível orientar estas questões sem uma colaboração intersectorial intensa, o que realça a importância da saúde em todas as políticas.

Melhores políticas públicas podem fazer a diferença de formas muito diversas. Podem mobilizar a totalidade da sociedade em torno de questões da saúde, como em Cuba (Caixa 4.1). Podem proporcionar um ambiente legal e social que pode ser mais ou menos favorável aos ganhos em saúde. O grau de acesso ao aborto legal, por exemplo, co-determina a frequência de mortalidade relacionada com o aborto inseguro⁶. Uma mudança de legislação na África do Sul melhorou o acesso das mulheres a uma multiplicidade de opções para a prevenção e o tratamento de gravidezes

não desejadas, reduzindo em 91% as mortes relacionadas com o aborto⁷. As políticas públicas podem antecipar problemas futuros. No Bangladesh, de 240 000 mortes associadas aos ciclones e às cheias, em 1970 passou-se a 138 000 em 1991 e a 4 500 em 2007, somente com uma melhoria na

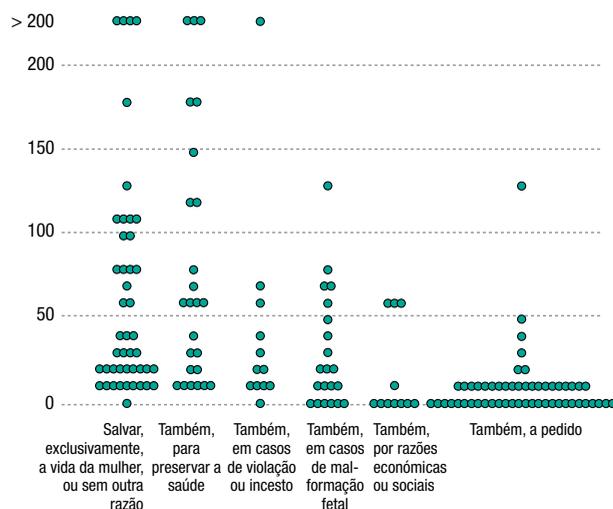
Caixa 4.1 Mobilizar os recursos da sociedade para a saúde, em Cuba^{14,15,16}

Em Cuba, a esperança média de vida à nascença é a segunda mais alta das Américas: em 2006, era de 78 anos, e somente 7,1 em cada 1 000 crianças morriam antes dos cinco anos de idade. Os indicadores educacionais para as crianças estão entre os melhores da América Latina. Cuba conseguiu estes resultados, apesar de dificuldades económicas significativas – mesmo hoje, o PIB *per capita* é somente US\$ 4 500. O sucesso de Cuba em assegurar a protecção infantil universal reflecte o comprometimento nacional com acções de saúde pública e intersectoriais.

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

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

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



^aCada ponto representa um país.

capacidade de resposta rápida e com programas multisectoriais de redução do risco^{8,9,10}.

Nos 23 países em vias de desenvolvimento que compreendem 80% da carga da doença crónica global, 8,5 milhões de vidas poderiam vir a ser salvas, numa década, através duma diminuição de 15% no consumo dietético do sal se os fabricantes reduzissem, voluntariamente, o nível de sal em alimentos processados, apoiados em campanhas nos media de encorajamento de mudanças de comportamentos de consumos alimentares. A implementação das quatro medidas da Convenção Quadro do Controlo do Tabaco (aumento dos impostos sobre o tabaco; locais de trabalho sem fumo; empacotamento e rotulagem de acordo com normas definidas na Convenção e reforçadas por campanhas de conscientização sobre os riscos do tabaco para a saúde; e a proibição da publicidade, da promoção, e de patrocínios) poderiam vir a salvar 5,5 milhões de vidas, numa década¹¹. Como é muitas vezes o caso, o sucesso de tentativas de abordar determinantes sociais, económicos e políticos da saúde está dependente de uma colaboração frutuosa entre o sector da saúde e vários outros sectores.

Políticas sistémicas alinhadas com as metas dos CSP

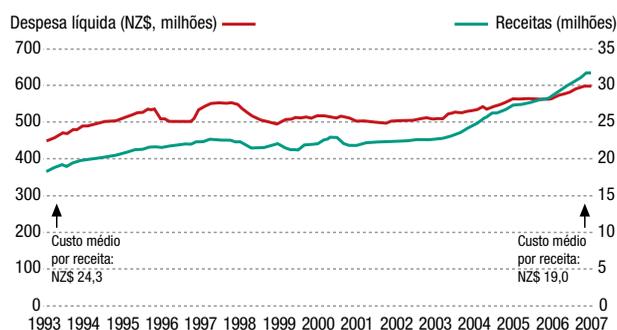
Existe uma tomada de consciência crescente de que quando determinados sectores do sistema de saúde funcionam mal ou em descoordenação, o desempenho global sofre as consequências. Referidos variavelmente como as “funções nucleares”¹⁷ ou as “unidades estruturantes”¹⁸, estas componentes dos sistemas da saúde incluem a sua infra-estrutura, os recursos humanos, a informação, as tecnologias e o financiamento – todas com implicações para a prestação de serviços. Estas componentes não se harmonizam espontaneamente com a pretensa orientação das reformas dos CSP para o reforço dos cuidados primários e para a promoção da cobertura universal: para se obter este alinhamento são necessárias políticas compreensivas e premeditadas.

A experiência ganha na promoção dos medicamentos essenciais ajudou a identificar elementos facilitadores e potenciais obstáculos à implementação de políticas sistémicas efectivas de apoio ao desenvolvimento dos CSP. Desde que foi

estabelecida, em 1977, a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, transformou-se num incentivo ao desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos. Cerca de 75%, dos 193 estados membros da OMS, reivindicam agora ter uma lista nacional de medicamentos essenciais, e cerca de 100 países desenvolveram também uma política nacional de medicamentos. Vários estudos revelam que estas políticas tiveram o efeito de aumentar o acesso e de incentivar uma utilização mais racional dos medicamentos^{19,20}. Esta política em particular foi delineada de forma a apoiar os CSP, e oferece-nos exemplos de como abordar desafios de escalas de eficiência e de co-dependências sistémicas comuns a várias áreas de trabalho. Sem estas complementaridades, os custos para a saúde seriam incomportáveis: quase 30 000 crianças morrem diariamente de doenças que poderiam ter sido facilmente tratadas, se tivessem tido acesso a medicamentos essenciais²¹.

As políticas de medicamentos são indicativas da forma como eficiências na escala da organização podem ser exploradas. A segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados têm propriedades universais que os tornam moldáveis a padrões internacionais, globalmente consensualizados. A adopção e a adaptação destes padrões globais, pelas autoridades nacionais, é muito mais eficiente do que se cada país criasse os seus próprios padrões. Mecanismos nacionais de tomada de decisão e de aprovisionamento podem então orientar a selecção racional de medicamentos, com base em critérios de custo-efectividade, comprando por atacado e reduzindo custos. Por

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





exemplo, a figura 4.2 ilustra como uma coordenação centralizada da compra subsidiada de medicamentos na Nova Zelândia melhora, significativamente, o acesso a medicamentos essenciais, enquanto reduz o preço médio da prescrição. Numa escala de maior dimensão, mecanismos transnacionais, como a aquisição de vacinas por agências internacionais como a UNICEF, Fundo Rotativo da OPAS e os Serviços Globais de Medicamentos* para o tratamento da tuberculose, permitem economias consideráveis, assim como garantias de qualidade, para países que sozinhos não conseguiriam negociar condições tão vantajosas^{22,23,24,25}.

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

Políticas sistémicas para os recursos humanos têm, desde há muito tempo, sido uma área negligenciada e um dos principais constrangimentos ao desenvolvimento dos sistemas de saúde²⁷. A compreensão que os ODM para a saúde estão dependentes da capacidade em se ultrapassar o enorme défice de trabalhadores da saúde em países de rendimento baixo, atraiu uma atenção tardia para uma área anteriormente negligenciada. Além disso, a evidência de uma dependência crescente, nos países da OCDE, de trabalhadores emigrantes para suprir os seus défices, sublinham o facto de que as políticas de um país podem ter um impacto significativo nas de outro. As escolhas que os países fazem – ou não fazem – podem ter importantes consequências, a longo prazo. Os recursos humanos para a saúde são o recurso indispensável à execução efectiva das

reformas dos cuidados primários e de cobertura universal, e são igualmente a personificação dos valores que definem os CSP. Contudo, na ausência de uma opção premeditada de alinhar a política da força de trabalho da saúde com as metas dos CSP, as forças de mercado no sistema de cuidados de saúde induzirão os seus trabalhadores a uma maior sub-especialização, em instituições de cuidados terciários, muitas vezes com recurso à migração para as grandes cidades ou outros países. Escolhas políticas alicerçadas nos CSP, orientam-se no sentido de reforçarem as equipas necessárias para a extensão da cobertura a áreas anteriormente mal servidas e a grupos demográficos tradicionalmente desamparados, como aconteceu na Malásia, que fez a expansão de 11 categorias de trabalhadores consideradas prioritárias, da Etiópia que formou 30 000 extensionistas de saúde, da Zâmbia com incentivos aos trabalhadores da saúde para trabalharem nas áreas rurais, do Paquistão com as suas 80 000 Senhoras Visitantes da Saúde[†], ou a transferência de tarefas em resposta à necessidade de expansão dos cuidados aos doentes com SIDA. Estas políticas redireccionam investimentos para o estabelecimento de equipas de cuidados primários que são o âmago das políticas alicerçadas nos CSP: os 80 000 trabalhadores de saúde para as 30 000 Equipas de Saúde da Família no Brasil ou a reciclagem de mais de 10 000 enfermeiras e médicos, na Turquia. Além disso, estas políticas exigem incentivos financeiros e não-financeiros para competir efectivamente por recursos humanos escassos, como no Reino Unido, onde têm sido tomadas medidas no sentido de criar uma carreira de cuidados primários, financeiramente competitiva com a de especialistas hospitalares.

A alma do negócio dos Ministérios da Saúde e de outras autoridades públicas é o estabelecimento, de uma forma transversal a todos os elementos estruturantes do sistema saúde, de um conjunto de disposições e de mecanismos necessários para garantir o cumprimento das suas metas de saúde. Quando um país escolhe alicerçar o seu sistema de saúde nos CSP – quando começa a desenvolver os cuidados primários e as reformas

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

† Nota dos tradutores: "Lady Health Workers" no original

conducentes a uma cobertura universal – todo o seu arsenal de políticas sistémicas tem de ser alinhado com estas reformas: não apenas aquelas que se referem a modelos de prestação de serviços ou de financiamento. É possível desenvolver políticas sistémicas que não levam em conta a agenda dos CSP. É, igualmente, possível escolher alinhá-las com os CSP. Se um país opta pelos CSP, a implementação efectiva dos CSP não permite meias medidas; nenhuma unidade estruturante do sistema de saúde sairá incólume.

Políticas de saúde pública

Alinhar os programas de saúde prioritários com os CSP

Grande parte da actividade no sector da saúde está orientada para doenças específicas com grande peso, tais como o VIH/SIDA, ou nas etapas do ciclo de vida, na criança, por exemplo – as chamadas prioridades de saúde. Os programas de saúde que são planeados com base nestas prioridades são frequentemente compreensivos na medida em que estabelecem normas, asseguram a visibilidade e a garantia da qualidade, e envolvem um conjunto de pontos de acesso localmente ou a nível nacional ou regional. As respostas a estas prioridades podem ser desenvolvidas de formas que ou reforçam ou debilitam os CSP²⁸.

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

A experiência com programas de saúde prioritários mostra que a maneira como são desenhados faz toda a diferença: a tentativa de delinear um conjunto completo de reformas dos CSP em torno das exigências de uma única doença, conduz a consideráveis ineficiências. Contudo, o reverso é igualmente verdadeiro. Enquanto que a SIDA tem sido referida como uma metáfora para tudo o que aflige os sistemas de saúde e a sociedade em geral³⁰, a resposta global à pandemia do VIH pode, em vários aspectos, ser igualmente vista como tendo ajudado a desbravar caminhos para os CSP. Desde o início que teve uma fundação forte na defesa de direitos e da justiça social³¹. As suas ligações a grupos de alto risco, marginalizados e desfavorecidos, e inquietações associadas à estigmatização, levaram à concertação de esforços para garantir aos infectados os seus direitos e o acesso ao emprego, aos serviços sociais e aos cuidados de saúde. Os esforços para a expansão dos serviços, em conformidade com as metas do acesso universal, ajudaram a expor o estrangulamento crítico associado à crise da força de trabalho. O desafio da prestação do tratamento ao longo da vida em *settings* com recursos escassos inspiraram inovações, tais como, uma distribuição mais efectiva de recursos humanos escassos, com recurso à “transferência de tarefas”, o expediente à figura de “procurador do doente”³² e a implementação imprevista de registos de saúde electrónicos. Mais importante ainda, a adopção de um conjunto de cuidados, da prevenção, ao tratamento e à palição, ajudou a revitalizar e a reforçar as características nucleares dos cuidados primários, tal como a compreensividade, a continuidade e a orientação para a pessoa³².

Iniciativas nacionais de saúde pública

Enquanto é essencial que as equipas de cuidados primários procurem melhorar a saúde das populações ao nível local, isto pode ter pouco impacto se os responsáveis pelas políticas, ao nível nacional e global, não adoptarem políticas públicas abrangentes, que alterem os padrões de nutrição e influenciem os determinantes sociais da saúde. Estas, raramente, são implementadas apenas no contexto de iniciativas locais. Áreas clássicas onde, para além da escala local, as intervenções de saúde pública podem ser benéficas, incluem:



Caixa 4.2 Recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde³⁷

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

1. Melhorar as condições de vida diária

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

2. Reduzir a distribuição iníqua do poder, do dinheiro e dos recursos

Para abordar as iniquidades em saúde é necessário abordá-las na forma como a sociedade está organizada. Isto exige um sector público forte, comprometido, capaz e bem financiado. O que, por sua vez, exige uma governação fortalecida, uma sociedade civil reforçada e um sector privado responsabilizável. Uma governação dedicada à equidade é exigida a todos os níveis.

3. Medir e compreender o problema e avaliar o impacto da acção

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

alterar comportamentos e estilos de vida individuais; controlar e prevenir a doença; intervir na higiene e sobre determinantes abrangentes da saúde; e prevenção secundária, incluindo o rastreio da doença³³. Isto inclui medidas tais como a fortificação do pão com ácido fólico, a tributação do álcool e do tabaco, e a segurança dos alimentos, dos bens de consumo e de substâncias

tóxicas. Tanto à escala nacional como à escala transnacional, as intervenções de saúde pública têm o potencial de salvar milhões das vidas. A remoção bem sucedida dos principais factores de risco de doença, o que, tecnicamente, é possível, reduziria as mortes prematuras em 47% e aumentaria a esperança global de vida saudável em 9,3 anos³⁴. Entretanto, como é o caso, para os programas prioritários acima discutidos, as correspondentes políticas de saúde pública devem ser projectadas de forma a reforçar as reformas dos CSP.

Nem todas as intervenções de saúde pública contribuem, por exemplo, para a equidade. Esforços de promoção de saúde dirigidos a comportamentos individuais de risco, como em campanhas de educação para a saúde, visando o tabagismo, a malnutrição e estilos de vida sedentários, têm, muitas vezes, inadvertidamente, exacerbado injustiças. Diferenças socioeconómicas na adopção de mensagens de saúde, na sequência de intervenções de saúde pública desenvolvidas de uma forma indiscriminada, sem consideração pelas características das diferentes populações-alvo, não só têm reflexos no aumento das iniquidades na saúde, mas, igualmente, na culpabilização da vítima para explicar fenómeno³⁵. As políticas de saúde pública bem implementadas podem, no entanto, reduzir as iniquidades quando resultam em benefícios de saúde para toda a população ou quando dão prioridade, explicitamente, a grupos com a saúde mais precária³⁶. As evidências para privilegiar as políticas públicas que reduzem injustiças está a aumentar, especialmente, através do trabalho da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (Caixa 4.2)³⁷.

Capacidade de resposta rápida

Enquanto que as reformas dos CSP enfatizam um engajamento participativo e deliberativo de todos os interessados, desastres humanitários ou surtos de doença exigem uma capacidade de resposta rápida, que é crucial para reagir com efectividade ao problema em mão e um imperativo absoluto para manter a confiança da população no seu sistema da saúde. Invocando quarantenas ou proibições de viagens, a sequenciação rápida do genoma de um novo agente patogénico para apoiar o desenvolvimento de vacinas ou de

regimes terapêuticos, e a mobilização pronta dos trabalhadores e das instituições de saúde podem ser vitais. Enquanto que o advento de uma “emergência” se presta à boa vontade e flexibilidade dos diversos actores, uma resposta efectiva é mais provável tendo havido antes investimentos significativos na capacitação para uma resposta rápida³⁸.

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

Saúde em todas as políticas

A saúde das populações não é meramente um produto das actividades do sector da saúde – sejam elas acções de cuidados primários ou acções de saúde pública a nível nacional. É determinada, em grande parte, por factores sociais e económicos, e daqui por políticas e por acções que não estão no domínio directo do sector da saúde. As mudanças no local de trabalho, por exemplo, podem ter uma multiplicidade de consequências para a saúde (Quadro 4.1).

Confrontadas com estes fenómenos, as autoridades de saúde podem perceber o sector como impotente para ir além de tentativas de mitigar consequências. Ele não pode, por si, redefinir relações de trabalho ou planos de desemprego. Também, não pode, por si, aumentar as tributações do álcool, impor normas técnicas para veículos motorizados, regulamentar a emigração rural e promover o desenvolvimento de favelas – embora todas estas medidas possam ter consequências para a saúde. Uma boa governação urbana, por exemplo, pode contribuir para uma esperança de vida de 75 anos ou mais, comparados com os 35 anos expectáveis em situações de má governação³⁹. Assim, é importante para o sector da saúde empenhar-se com outros sectores, a fim de obter, não apenas a sua colaboração na abordagem dos problemas prioritários de saúde pré-identificados, como é o caso para intervenções de saúde pública bem planeadas, mas para assegurar também que a saúde seja reconhecida como um dos resultados socialmente valorizados de todas as políticas.

Esta acção intersectorial era um princípio fundamental da Declaração de Alma-Ata. Contudo, Ministérios da Saúde, em muitos países, esforçaram-se, muitas vezes em vão, para coordenarem as suas actividades com outros sectores ou para exercerem a sua influência para além do sistema da saúde de que são formalmente responsáveis. Um grande obstáculo em colher as recompensas da acção intersectorial tem sido a tendência, dentro do próprio sector da saúde, em considerar tal colaboração como “tentativas essencialmente simbólicas de obter o apoio de outros sectores para os serviços de saúde”⁴⁰. A acção intersectorial, muitas vezes, não se centrava na melhoria das políticas dos



Quadro 4.1 Efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho⁵

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

outros sectores mas na instrumentalização dos seus recursos: mobilização de professores para apoiarem a distribuição de redes mosquiteiras, polícias para rebuscarem faltosos ao tratamento anti-tuberculose, ou a utilização dos veículos do Ministério da Agricultura para a evacuação de emergência de doentes.

Uma “aproximação ao Governo no seu todo”, com o objectivo de “saúde em todas as políticas” segue uma lógica diferente^{41,42}. Não parte de um

problema de saúde específico e procura oportunidades de contributos intersectoriais para a sua solução – como seria o caso, por exemplo, das doenças associadas ao tabaco. Começa-se sim, pela identificação dos efeitos das políticas agrícolas, educacionais, ambientais, fiscais, habitacionais, de transporte e outras na saúde. Procura-se então trabalhar em consonância com todos esses sectores para se garantir que, ao contribuir

para o bem-estar e a riqueza, essas políticas contribuem, igualmente, para a saúde⁵.

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

- Podem ter efeitos adversos para saúde (Quadro 4.1). Estes efeitos adversos são, muitas vezes, identificados retrospectivamente, como no caso dos efeitos negativos da poluição do ar ou da contaminação industrial. Contudo, é também possível, muitas vezes, antecipá-los ou detectá-los precocemente. Os responsáveis pelas decisões noutros sectores podem não estar conscientes das consequências adversas das escolhas que estão a fazer, situação em que um compromisso explicitamente assumido, que respeite as metas e os objectivos do outro sector, pode ser um primeiro passo para minimizar os efeitos adversos na saúde.
- As políticas públicas desenvolvidas por outros sectores – educação, igualdade de género e inclusão social – podem contribuir positivamente para a saúde, de formas de que os outros sectores também não têm conhecimento. Estas podem, como parte integrante da política, ser realçadas, propositadamente, na prossecução de ganhos em saúde. Por exemplo, uma política da igualdade de género, desenvolvida pelos seus méritos próprios, pode produzir benefícios para a saúde, muitas vezes a um nível subestimado pelos proponentes dessa política. Ao colaborar no reconhecimento mais formal destes resultados, a política da igualdade de género sai reforçada, e as sinergias potenciam os resultados em saúde. Neste caso, o objectivo da colaboração intersectorial é reforçar essas sinergias.

Ausência de colaboração com os outros sectores tem consequências. Afecta o desempenho de sistemas da saúde e, particularmente, dos cuidados primários. Por exemplo, o programa de luta contra o tracoma de Marrocos apoiou-se nos altos níveis de mobilização da comunidade e na colaboração efectiva com os ministérios da educação, interior e assuntos locais. Essa colaboração foi a chave para a eliminação bem sucedida do tracoma⁴³. Ao invés, o programa de controlo da tuberculose, no mesmo país, não se articulou

com os esforços de desenvolvimento urbano e de redução da pobreza, o que levou a resultados desapontantes⁴⁴. Ambos foram administrados pelo mesmo Ministério da Saúde, por equipas com capacidades semelhantes que trabalhavam sob constrangimentos de recursos idênticos, mas com estratégias diferentes.

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

Onde a colaboração intersectorial é bem sucedida, os benefícios para a saúde podem ser consideráveis, embora mortes evitadas tenham menos visibilidade do que vidas perdidas. Por exemplo, pressão por parte da sociedade civil e dos profissionais levaram ao desenvolvimento, em França, de uma estratégia com várias frentes e com grande visibilidade, para melhorar a segurança nas estradas, identificada como uma questão social e política (e não como um simples problema do sector da saúde) que tinha de ser confrontada. Os diversos sectores trabalharam juntos, num esforço sustentado, com endosso político ao mais alto nível, para reduzir os acidentes rodoviários, para dar visibilidade ao progresso identificado por um sistema de monitorização, resultando numa redução, que chegou aos 21% por ano, do número de mortes nas estradas⁴⁶. Os benefícios para a saúde e a equidade dos esforços de implementar a saúde em todas as políticas tornaram-se evidentes em



programas, tais como “Cidades e Municípios Saudáveis”, “Cidades Sustentáveis” e “Cidades Sem Favelas”, com abordagens integradas, que vão de audições orçamentais, a mecanismos da responsabilização social, à recolha de dados e intervenção ambiental⁴⁷.

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

Compreender o sub-investimento

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

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

O facto é que, mesmo para os decisores políticos mais bem informados, muitas questões de

políticas públicas estão potencialmente associadas a tomadas de posição reconhecidamente impopulares: quer seja a redução do número de camas hospitalares, a imposição de cintos de segurança, o abate de aves de capoeira ou a tributação de bebidas alcoólicas, a resistência a estas medidas é previsível, alimentando controvérsias diárias. Outras decisões têm tão pouca visibilidade, por exemplo, medidas que contribuam para uma cadeia de produção alimentar mais segura, que oferecem poucos benefícios políticos.

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

A dificuldade em coordenar operações que envolvem várias instituições de vários sectores é mais uma complicação, a adicionar aos desincentivos já mencionados. Muitos países têm uma capacidade institucional limitada para assumirem este tipo de coordenação e, muitas vezes, não têm profissionais qualificados para dar resposta a todo o trabalho que isso implica. Gestão de crise, planos com horizontes limitados, ausência de evidências compreensíveis, acordos intersectoriais pouco claros, conflitos de interesses e modelos de governação do sector da saúde

Caixa 4.3 Como tomar decisões sobre políticas públicas impopulares⁵⁷

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

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

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

Implementar de uma forma resoluta. Se as autoridades de saúde não estão prontas para implementar a decisão, então devem abster-se de a anunciar, até que se sintam capazes de o fazer.

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

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

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

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

Não esperar apoio dos media só porque a decisão é a decisão correcta em termos de ganhos em saúde. Não se pode esperar que os media sejam sempre neutros ou positivos; podem, muitas vezes, ser mobilizados para o debate pelos oponentes da decisão. Tem que se estar preparado para enfrentar problemas com a imprensa.

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

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

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

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

Usar exemplos de outros países. Os responsáveis pelas decisões podem tomar como exemplo o que está a ser feito noutros lugares, explicando porque é que outros países tratam o problema diferentemente; podem usar tais argumentos para tornar as decisões mais aceitáveis no seu próprio país.

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



pouco adequados, reforçam a necessidade de se investir em reformas compreensivas das políticas, de forma a concretizar o potencial investido nas acções de saúde pública. Felizmente, existem exemplos promissores que nos dão indicações em como prosseguir.

Oportunidades para melhores políticas públicas

Melhor informação e evidência

Embora hajam indicações fortes de que os ganhos possíveis com melhores políticas públicas são enormes, a base evidencial sobre os seus resultados e custo-efectividade é, surpreendentemente, débil⁵². Sabemos muito sobre a relação entre determinados comportamentos – fumar,

dieta, exercício físico, etc. – e resultados de saúde, mas pouco sobre como efectuar mudanças comportamentais, de maneira sistemática e sustentável, a nível da população. Mesmo em contextos bem apetrechados, os obstáculos são muitos: os prazos para a obtenção de resultados; a complexidade da causalidade multi-factorial da doença e dos efeitos das intervenções; a falta de dados; os problemas metodológicos, incluindo as dificuldades na aplicação de critérios bem estabelecidos, para a avaliação de métodos clínicos; e a diversidade de perspectivas entre todos os envolvidos. A vigilância da doença infecciosa está a melhorar, mas a informação sobre doenças crónicas e os seus determinantes ou sobre as iniquidades da saúde é escassa e pouco sistematizada. Em muitos países existem ainda grandes

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

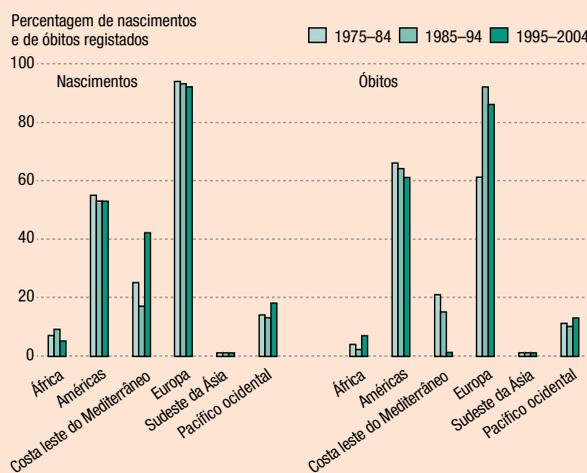
O registo civil é um produto do desenvolvimento económico e social e uma condição para a modernização. Observou-se uma pequena melhoria da cobertura dos registos vitais (registo oficial dos nascimentos e das mortes), nas últimas décadas (veja figura 4.3). Quase 40% (48 milhões) dos 128 milhões de nascimentos globais, todos os anos, não são contados, devido à não existência de sistemas de registo civil⁵³. A situação é ainda pior para o registo de óbitos. Globalmente, dois terços (38 milhões) de 57 milhões de mortes anuais não são registados. A OMS só recebe estatísticas confiáveis sobre causas de morte de 31, dos seus 193 estados-membros.

Esforços internacionais para melhorar a infra-estrutura das estatísticas vitais, nos países em vias de desenvolvimento têm sido pouco ambiciosos⁵⁴. Nem a comunidade da saúde global nem os países deram, ao desenvolvimento das estatísticas de saúde e sistemas de registo civil, a mesma prioridade que às intervenções de saúde.

No sistema das Nações Unidas, não existe quem explicitamente se responsabilize pelo desenvolvimento dos registos civis. Não há nenhuma coordenação de mecanismos para abordar o problema e responder a pedidos para assistência técnica para mobilizar o financiamento e os recursos técnicos necessários. O estabelecimento da infra-estrutura de sistemas de registos civis, para

assegurar a contagem de todos os nascimentos e óbitos, exige colaboração entre parceiros em sectores diferentes. Precisa de advocacia sustentada, da confiança do público, de enquadramento jurídico, de incentivos, de apoios financeiros, de recursos humanos e de sistemas modernos de gestão de dados⁵⁵. Onde funcionam bem, as estatísticas vitais disponibilizam informação básica para a definição de prioridades. A falta de progresso no desenvolvimento de sistemas de registo dos nascimentos e dos óbitos é um factor de preocupação na concepção e implementação das reformas dos CSP.

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



*Fonte: adaptado de ⁵⁴.

deficiências nos sistemas mais elementares para determinar o estado de saúde das populações, nomeadamente no que diz respeito à recolha de dados sobre nascimentos, óbitos ou doenças e enfermidades (Caixa 4.4)⁵³.

Nos últimos 30 anos observou-se um salto qualitativo na produção de evidências para apoio à tomada de decisão clínica, através de esforços colaborativos tais como a Colaboração de Cochrane e a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica^{56,57}. Progressos semelhantes são possíveis na obtenção de evidência para políticas públicas, embora nesta área os esforços sejam ainda bastante tímidos quando comparados com a enormidade dos recursos disponíveis para outras áreas de investigação em saúde, como tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Os progressos são no entanto visíveis e os decisores sobre políticas públicas recorrem cada vez mais a revisões sistemáticas da literatura^{58,59}.

Existem duas vias para reforçar significativamente as bases de conhecimento.

■ Acelerar a organização de revisões sistemáticas de intervenções críticas e a sua avaliação económica. Um modo de o fazer é, expandir o actual mandato das agências de avaliação das tecnologias da saúde e incluir a avaliação de intervenções da saúde pública e das diferentes modalidades da prestação, visto que isto faria uso de capacidades institucionais já existentes com recursos cativados. A emergência de redes de colaboração, tais como a Colaboração Campbell⁶⁰, podem assumir um papel catalisador, explorando a vantagem comparativa de eficiências de escala e de comparações internacionais.

■ Acelerar, a partir da experiência inicial com ferramentas de “avaliação de impacto na saúde” ou de “avaliação de impacto da equidade em saúde”, a documentação e a avaliação de abordagens da governação na sua globalidade^{61,62,63}. Embora estas ferramentas estejam ainda em processo de desenvolvimento, há, do nível local aos responsáveis políticos supranacionais, uma procura crescente para este

Caixa 4.5 Orientações para a avaliação de impacto na União Europeia⁶⁸

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

Saúde pública e segurança

Até que ponto é que as acções propostas:

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

Acessibilidade e efeitos na protecção social, na saúde e nos sistemas educativos

Até que ponto é que as acções propostas:

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



tipo de análises (Caixa 4.5). A evidência da sua utilidade para apoiar a tomada de decisão sobre políticas públicas, está a aumentar^{64,65,66}, e constituem mais um apoio estratégico para aprofundar os debates intersectoriais. O que só por si reflecte algum progresso num dos aspectos mais intratáveis na utilização das evidências disponíveis: a necessidade clara de mais comunicação, bem sistematizada, sobre os benefícios possíveis para a saúde com melhores políticas públicas. Os responsáveis pelas decisões, particularmente os de outros sectores, não estão suficientemente cientes das consequências das suas políticas para a saúde e dos potenciais benefícios que possam resultar delas. A boa comunicação, a que não é do domínio exclusivo do especialista, é tão importante como a produção de evidências, e requer uma abordagem mais efectiva para garantir a sua disseminação para quem necessita dessa informação⁶⁷. O enquadrar das evidências sobre a saúde de uma população em termos do impacto na saúde das políticas públicas, em alternativa às abordagens clássicas de comunicação entre especialistas de saúde, tem o potencial de mudar radicalmente o tipo e a qualidade do diálogo político.

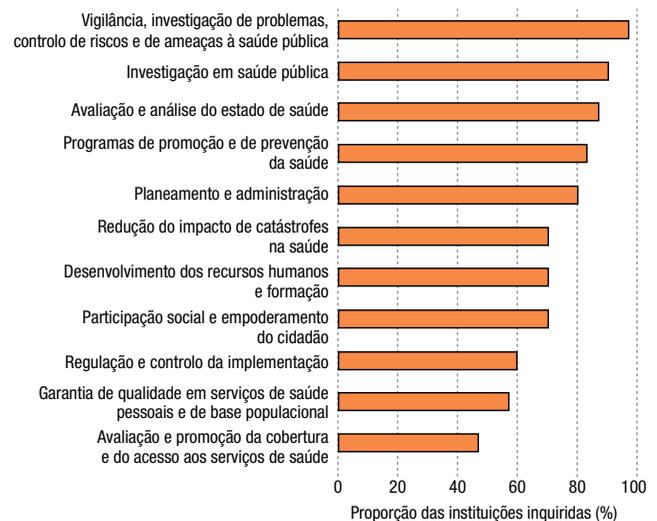
Um cenário institucional em mudança

Juntamente com a falta de evidências, a área onde novas oportunidades estão a emergir é a da capacidade institucional para desenvolver políticas públicas alinhadas com as metas dos CSP. Apesar da relutância, inclusive dos doadores, para atribuir fundos substanciais aos Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP)⁶⁹, os responsáveis políticos confiam cada vez mais neles ou nos seus equivalentes funcionais. Em muitos países, os INSP foram, não só, os primeiros repositórios de competências técnicas independentes em saúde pública, mas também, de competências mais abrangentes, em políticas públicas. Alguns têm uma reputação bem estabelecida: a Fiocruz, no Brasil, o Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, em Cuba, o Kansanterveyslaitos, na Finlândia, os Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças, nos Estados Unidos, ou o Instituto Nacional da Higiene e de Epidemiologia, no Vietname. Eles atestam a importância atribuída

pelos países a esta capacidade⁶⁹. No entanto, cada vez mais, a capacidade já instalada é incapaz de dar resposta às múltiplas, e novas, exigências de que as políticas públicas protejam ou promovam a saúde. O que resulta em institutos com um mandato cada vez mais amplo e com financiamentos cada vez mais reduzidos, o que levanta problemas de dispersão e traz ao de cima as dificuldades associadas à congregação de uma massa crítica de competências diversas e especializadas (Figura 4.4).

À medida que a capacidade de apoiar o desenvolvimento de políticas públicas se distribui por um número cada vez maior de instituições, nacionais e supranacionais, observa-se uma mudança significativa do cenário institucional. A localização institucional de competências especializadas, muitas vezes, centradas em aspectos bem específicos das políticas públicas, está a aumentar consideravelmente, com uma vasta diversidade de formatos institucionais que incluem: centros de investigação, fundações, unidades académicas, consórcios independentes e grupos de reflexão, projectos, agências técnicas e iniciativas várias. O Conselho da Fundação de Promoção da Saúde, na Malásia, o Conselho Consultivo do Álcool, na Nova Zelândia e a Comissão de Promoção da Saúde, na Estónia mostram que os canais de financiamento se diversificaram e podem incluir subvenções de investigação e contratos, subsídios

Figura 4.4 Funções essenciais de saúde pública que 30 instituições nacionais de saúde pública vêem como fazendo parte do seu portefólio⁶⁹



do Estado, doações, ou taxas hipotecadas sobre as vendas do tabaco e do álcool. Isto resulta numa rede de competências mais complexa e difusa, mas também muito mais rica,

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

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

O desenvolvimento institucional multicêntrico apresenta oportunidades para um repensar indispensável à reformulação dos currículos e à identificação de outros *settings* institucionais para a educação, inicial, pré-serviço, complementada com formação em trabalho, em contacto estreito com as instituições onde existem as competências e, consequentemente, onde estas podem ser desenvolvidas⁷¹. Há sinais promissores de inovações neste sentido na Região do Sudeste Asiático da OMS, que poderiam servir de modelo para outras regiões, depois das necessárias adaptações²⁷. O aumento do intercâmbio transfronteiriço de experiências e de competências, articulado com um interesse global no melhoramento na capacidade de desenvolver políticas públicas, está a criar novas oportunidades – não apenas para preparar profissionais em números mais adequados mas, acima de tudo, profissionais com uma perspectiva mais abrangente e melhor preparados para gerir os complexos desafios de saúde pública do futuro.

Acções globais de saúde equitativas e eficientes

Em muitos países, as responsabilidades pela a saúde e serviços sociais estão a ser delegadas para o nível local. Em simultâneo, as políticas financeira, comercial, industrial e agrícolas estão cada vez mais a ser decididas em fóruns internacionais. É ao nível local que se têm que obter resultados em saúde, em contextos em que as decisões sobre importantes determinantes da saúde estão deslocalizadas para um nível internacional. Os países alinham cada vez mais as suas políticas públicas com as políticas de um mundo globalizado. Isto apresenta tanto oportunidades como riscos.

Ao procurarem adequar-se à globalização, competências políticas, fraccionadas nos sistemas de governação nacionais, estão a encontrar um espaço para convergências. Vários ministérios, incluindo o da saúde, da agricultura, das finanças, do comércio e dos negócios estrangeiros, estão, presentemente, a explorar como podem, em conjunto, informar melhor as posições pré-negociais sobre comércio, contribuir com *inputs* durante as negociações, e pesar os custos e os benefícios para a saúde, a economia e o futuro das suas populações, de opções políticas alternativas. Esta saúde global cada vez mais “interdependente” tem sido acompanhada por uma efervescência de actividades com expressão ao nível global. O desafio, consequentemente, é o de assegurar que as redes globais de governação a emergir são inclusivas de todos os actores e sectores, receptivas a necessidades e procuras locais, responsabilizáveis e orientadas por valores de justiça social⁷². A emergência recente de uma crise alimentar global cria mais uma oportunidade para o sector da saúde, com toda a legitimidade, contribuir para a resposta global em evolução. Gradualmente, tem sido criado um espaço em que a saúde aparece como um importante factor a tomar em consideração nos acordos comerciais negociados através da Organização Internacional do Comércio (OIC). Embora a implementação tenha evidenciado problemas, as flexibilidades do licenciamento obrigatório de medicamentos acordadas em Doha, para consideração no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio⁷³, são exemplos de políticas globais emergentes, com o intuito de proteger a saúde.

Há uma procura crescente de normas e padrões globais, para ameaças à saúde que se estão a



deslocar de áreas onde existem medidas de segurança apertadas para locais onde elas não existem. A junção das competências e dos processos exigidos é complexa e dispendiosa. Cada vez mais, os países estão a confiar em mecanismos e colaboração globais⁷⁴. Esta tendência teve início há mais de 40 anos, com a criação da Comissão do Codex Alimentarius, em 1963, pela Organização para os Alimentos e a Agricultura e pela OMS, para coordenar padrões internacionais para os alimentos e a protecção ao consumidor. Outro exemplo, já antigo, é o Programa Internacional de Segurança Química, estabelecido em 1980 como um programa comum da OMS, da Organização Internacional do Trabalho e do Programa do Ambiente das Nações Unidas. Na União Europeia, a construção de padrões de protecção da saúde é partilhada entre agências e aplicado em toda a Europa. Considerando a despesa e a complexidade da monitorização da segurança dos medicamentos, muitos países adaptam e usam os padrões da Administração dos Alimentos e dos

Medicamentos dos Estados Unidos. A OMS estabelece padrões globais para os níveis toleráveis de muitos contaminantes. Entretanto, os países devem, por eles próprios, ou empreender estes processos ou assegurar o acesso aos padrões de outros países ou agências internacionais, adaptados ao seu próprio contexto.

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

Referências

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

33. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, acessado a 2 de Julho de 2008).
34. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
35. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241–1243.
36. Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400–403.
37. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva, World Health Organization, 2008.
38. *The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007
39. Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
40. Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
41. WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
42. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
43. Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
44. Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225–1231.
45. *Senegal: outbreak of lead intoxication in Thiaroye sur Mer 20 June 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html, acessado a 21 de Julho de 2008).
46. Muhrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
47. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Geneva, World Health Organization, 2007.
48. Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21–40.
49. Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
50. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
51. Anadova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
52. Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Geneva, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
53. Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
54. Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
55. AbouZahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
56. Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:778–783.
57. Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLEN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579–589.
58. Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285–289.
59. Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York NY, Milbank Memorial Fund, 2007.
60. Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294–295.
61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning*. Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999–2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241–256.
66. Wismar M et al, eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177–208.
68. *Communication from the Commission on Better Regulation for Growth and Jobs in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3–21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8–13.
73. *World Trade Organization Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9–14 November 2001*. 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, acessado a 30 de Julho de 2008).



Liderança e governo efectivo



Os capítulos precedentes descreveram como os sistemas de saúde podem ser transformados para melhorar a saúde, realçando o que é valorizado pelas pessoas: equitativos, orientados para as pessoas, e garantindo que a administração das funções de saúde pública, pelas autoridades de saúde, tem por finalidade o bem-estar das comunidades. As reformas dos CSP exigem novas formas de liderança para a saúde. Este capítulo começa por clarificar porque é que o sector público precisa de ter um papel forte na condução das reformas dos cuidados públicos de saúde, e enfatiza o facto que esta função deve ser exercitada através de modelos colaborativos de diálogo político com todos os interessados envolvidos, porque é isto que as pessoas esperam e porque é o mais efectivo. Considera, então, estratégias para melhorar a efectividade dos processos de reforma e a gestão dos procedimentos políticos que as condicionam.*

Capítulo 5

Os governos como mediadores das reformas dos CSP	88
Diálogo político efectivo	93
Controlo do processo político: do lançamento à implementação das reformas	99

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

Os governos como mediadores das reformas dos CSP

Mediação do contrato social para a saúde

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

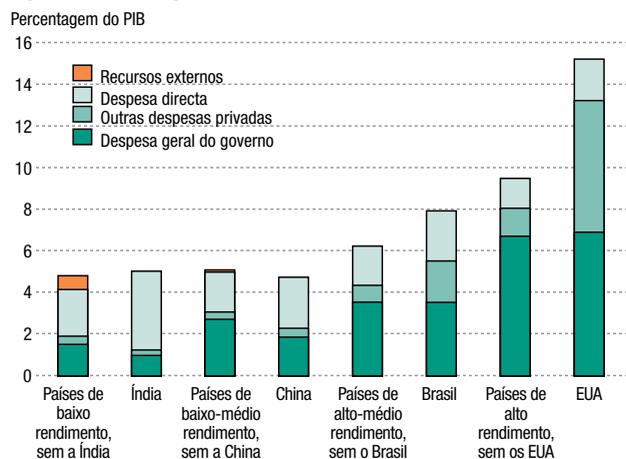
Politicamente, a legalidade dos governos e a sua base de apoio popular dependem da sua capacidade para proteger os seus cidadãos e de assumir um papel redistributivo. A governação da saúde está entre o núcleo de instrumentos de políticas públicas para protecção e redistribuição institucionalizadas. Nos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

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

farmacêutica e os profissionais – com interesse em que os governantes, que têm a responsabilidade pela saúde, assegurem um mercado de saúde viável: uma economia de saúde moderna e dispendiosa não pode ser sustentada sem partilha de risco e convergência de recursos. Certamente, os países que mais gastam com a saúde, são igualmente os que têm um maior financiamento público deste sector (Figura 5.1).

Mesmo nos Estados Unidos, a sua singu-

Figura 5.1 Percentagem do PIB investida em saúde, 2005⁴



laridade resulta, não de um baixo investimento público – a 6,9% do PIB, não é mais baixo do que a média, de 6,7%, dos países de rendimento alto – mas da sua despesa privada adicional que é particularmente elevada. O persistente subdesempenho do seu sector da saúde, em domínios como os resultados em saúde⁵, a qualidade, o acesso, a eficiência e a equidade⁵, explica os inquéritos de opinião que mostram um consenso crescente da necessidade de intervenção governamental para se conseguir um acesso mais equitativo a cuidados de saúde essenciais^{6,7}.

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



gestão autoritária, do tipo comando-e-controlo, uma supervisão efectiva do sector confia cada vez mais na mediação para dirigir os complexos desafios da saúde, os actuais e os futuros. Os interesses das autoridades públicas, do sector da saúde e do público estão estreitamente entrelaçados. Durante anos, isto tornou as instituições de cuidados de saúde, tais como as de formação, acreditação, financiamento, hospitais, etc., em objectos de intensa negociação para definir o estado de bem-estar e os bens colectivos que lhe estão associados^{8,9}. Isto significa que as instituições públicas e quási-públicas têm que mediar o contrato social entre as instituições de medicina, da saúde e a sociedade¹⁰. Nos países de alto rendimento, actualmente, o sistema de cuidados de saúde e o estado surgem indissolivelmente associados. Nos países de baixo e médio rendimento, o estado tem, frequentemente, um papel mais visível, mas, paradoxalmente, menos efectivo, na gestão do sector da saúde, em particular quando, durante os anos 80 e 90, alguns destes países foram severamente castigados por conflitos e pela recessão económica. Isto conduziu a que os seus sistemas de saúde evoluíssem em sentidos muito diversos dos subjacentes às metas e aos valores do movimento dos CSP.

Descompromisso e as suas consequências

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

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

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

Alguns, com impactos ainda mais sensacionais, particularmente nos países de baixo rendimento e nos estados frágeis, a ausência ou a desvinculação do estado das suas responsabilidades para com a saúde reflecte uma estagnação económica, crises políticas e sociais e uma governação incompetente¹⁹. Em tais circunstâncias, a liderança pública tornou-se, muitas vezes, disfuncional e desinstitucionalizada²⁰, reflectindo situações de fraqueza muitas vezes associadas a falta de capacidade financeira para dirigir o sector da saúde. As políticas globais de desenvolvimento não são, muitas vezes, mais que um fardo extra a ser assumido por governos já asserbados por muitas outras dificuldades. Isto por, pelo menos, duas razões:

- A agenda global do desenvolvimento dos anos 80 e 90, foi dominada pela preocupação com os problemas criados pela excessiva participação do estado²¹. O ajustamento estrutural e as fórmulas de redução da intervenção do estado nestas décadas limitam, ainda hoje, a reconstrução da capacidade de liderança. O financiamento público, nos países mais pobres, tornou-se imprevisível, não permitindo compromissos a médio prazo com o crescimento do sector da saúde. O planeamento da saúde com base em necessidades, tornou-se na excepção à regra, visto que as decisões fiscais eram tomadas com pouca compreensão das consequências potenciais para o sector da saúde e os ministérios de saúde não eram capazes de argumentar por um aumento efectivo do orçamento da saúde²².

Caixa 5.1 Desinvestimento e re-investimento na China

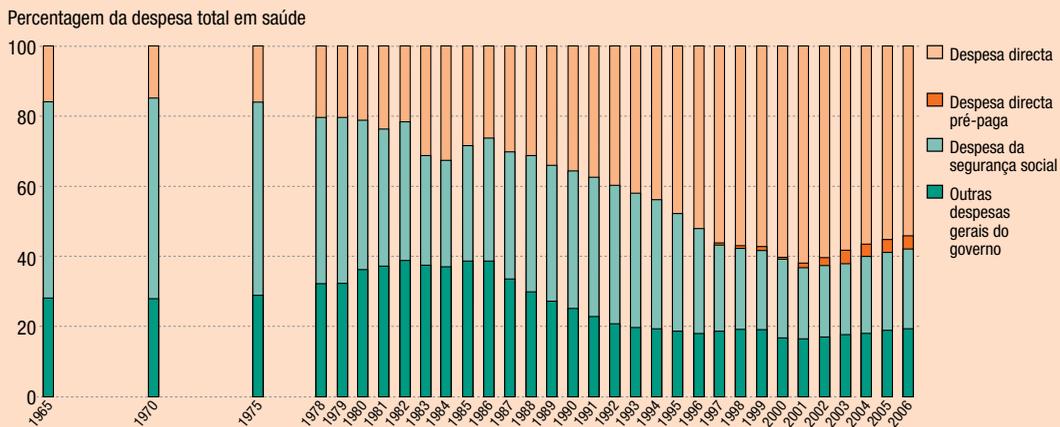
Durante os anos 80 e 90, a diminuição do compromisso do governo com o sector da saúde expôs números crescentes de agregados familiares chineses a despesas catastróficas com cuidados de saúde. Consequentemente, milhões de famílias, tanto em áreas rurais como em urbanas, ficaram incapazes de comportar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

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

Os recursos financeiros sob o novo SMB estão agregados a nível de município ou de cidade, em vez de por empresas individuais, o que significativamente fortalece a capacidade de partilha do risco. Cada governo municipal desenvolveu os seus próprios regulamentos de utilização dos recursos das contas poupança-individuais e dos fundos de instituições sociais. As contas poupança-individuais cobrem os serviços de ambulatório, enquanto o fundo de instituições sociais está destinado para as despesas de internamento¹⁴

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

Figura 5.2 Despesa em saúde na China: desinvestimento do estado, nos anos 80 e 90 e o re-compromisso recente



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



- Durante décadas, a agenda de saúde da comunidade internacional – incluindo a OMS – foi estruturada em torno das doenças e das intervenções, em detrimento dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Enquanto esta agenda tem, certamente, contribuído para uma melhor apreciação do peso das doenças que afectam os países pobres, tem, igualmente, influenciado profundamente a estrutura das instituições governamentais e quási-governamentais nos países de baixo e médio rendimento. A consequente fragmentação da governação do sector da saúde desviou a atenção de importantes questões, tais como, a organização dos cuidados primários, o controlo da comercialização do sector da saúde e as crises dos recursos humanos em saúde.

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

Como consequência, várias vias de financiamento, fragmentadas, e a prestação segmentada dos serviços estão a conduzir à duplicação, às incapacidades e a uma competição contraproducente pelos recursos, entre os diferentes programas. Consequentemente, a mobilização massiva da solidariedade global não tem sido capaz de desbloquear uma alienação crescente entre as necessidades do país e o apoio global, e entre as expectativas das pessoas para cuidados considerados aceitáveis e o conjunto de prioridades dos gestores do sector da saúde. Além disso, a multiplicação dos mecanismos de fluxo da ajuda e de novas instituições de implementação, aumentaram o grau de complexidade enfrentado pelas burocracias de governos débeis nos países dependentes de ajuda externa, e os custos de transacção para os países que menos os podem suportar²⁴. Tanto é o esforço exigido para responder às agendas, imediatistas, dos

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

Participação e negociação

O reinvestimento necessário em instituições governamentais ou quási-governamentais não pode significar um regresso a uma governação da saúde tipo comando-e-controlo. Os sistemas da saúde são muito complexos: os domínios do estado moderno e da sociedade civil estão interligados, com fronteiras em constante movimento²⁵. As profissões têm um papel cada vez maior na forma como a saúde é governada²⁶, enquanto que, como mencionado no Capítulo 2, os movimentos sociais e as instituições quási-governamentais, autónomas, se têm vindo a transformar em actores complexos e politicamente influentes²⁷. Os doentes, os profissionais, os interesses comerciais e outros grupos estão a organizar-se de forma a melhorarem as suas posições negociais e a protegerem seus interesses. Os Ministérios da Saúde estão, também, muito longe de serem homogéneos: os indivíduos e os programas competem por influências e recursos, complicando, ainda mais, o já complexo processo de promover a mudança. A mediação efectiva na saúde deve substituir a gestão baseada em modelos do passado, demasiadamente simplistas e abraçar os novos mecanismos de diálogo político pluralista, a fim de se chegar a um consenso sobre as orientações estratégicas para as reformas dos CSP²⁸.

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

Caixa 5.2 Definição de políticas, com recurso ao diálogo político: experiências de três países

No Canadá, uma Comissão debruçada sobre o futuro dos cuidados de saúde seleccionou *inputs* de discussões de grupos focais e de audiências públicas. Diversos interessados e grupos da sociedade civil ilustraram o valor que os canadianos colocam no acesso equitativo aos cuidados de alta qualidade, baseado na necessidade e independentemente da capacidade de pagar. Concomitantemente, a Comissão teve de garantir que o debate também beneficiava da evidência, testemunhada por peritos reputados, existente sobre o sistema nacional de saúde do país. De importância crítica, foi a evidência do que se consegue com base no financiamento público dos cuidados de saúde, não só em metas de equidade mas, igualmente, de eficiência. A discussão sobre valores e as evidências relevantes foram então consolidadas num relatório de políticas de saúde, em 2002, que delineia um caminho para se alcançar um sistema de saúde mais sensível às necessidades, sustentável e com financiamento público, orientado para os CSP, que passou a ser considerado como “o expoente mais elevado da entejuda entre os canadianos”³⁷. A grande aceitação por parte dos dirigentes das recomendações da Comissão reflecte a robustez da análise, baseada na evidência, e o comprometimento público.

No Brasil, as sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as plataformas para o diálogo político nacional no sector da saúde entre 1941 e 1977, tiveram, distintamente, uma abordagem de cima-para-baixo e para funcionários públicos, com uma progressão clássica de planos nacionais para programas, com a expansão da rede de serviços de saúde básicos. O marco decisivo veio com a 8ª conferência, em 1980: o número de participantes aumentou de algumas centenas para 4 000 participantes, dos eleitorados mais diversos. Esta e todas as conferências subsequentes prosseguiram agendas que, mais do que nunca, eram orientadas por valores de democracia na saúde, de acesso, de qualidade, de humanização dos cuidados e de controlo social. A 12ª conferência nacional, em 2003, anunciou uma terceira fase de consolidação: 3 000 delegados, 80% deles eleitos; a saúde como um direito para todos; e como um dever do Estado³⁸.

A Tailândia atravessou fases similares. A extensão da cobertura de cuidados de saúde básicos por um Ministério de Saúde dinâmico e pró-activo, encorajado pelo lóbi da Associação dos Médicos Rurais, conduziu, em 1992, ao lançamento da Década de Desenvolvimento de Centros de Saúde. Após a crise económica de 1994, os dirigentes do Ministério começaram a mobilizar a sociedade civil e a academia em torno de uma agenda de cobertura universal, reunindo alguns mil delegados no Primeiro Fórum de Reforma dos Cuidados de Saúde, em 1997. Em breve ficou estabelecida uma ligação com os movimentos políticos que levou a políticas de acesso universal e protecção social por 30 Bahts³⁹. Com o Acto Nacional de Saúde, de 2007, a participação de todos os interessados foi institucionalizada através de uma Comissão Nacional de Saúde que inclui profissionais de saúde, membros da sociedade civil e políticos.

seus locais de trabalho e nas suas comunidades – daqui a importância da orientação para as pessoas e da participação das comunidades – e nas decisões mais importantes do governo, que afectam as suas vidas – daqui a importância de envolver a sociedade civil no debate social sobre políticas de saúde³⁰.

Uma outra razão, pela qual o diálogo político é importante, é que as reformas dos CSP exigem um diálogo político amplo, para dar perspectiva às expectativas das várias partes interessadas, para ponderar as necessidades, a procura e os desafios futuros e para dispersar as confrontações inevitáveis que estas reformas implicam³¹. As autoridades e os Ministérios da Saúde, com o seu papel indutor, têm que fazer convergir o poder de decisão das autoridades políticas, a racionalidade da comunidade científica, o compromisso dos profissionais, e os valores e os recursos da sociedade civil³². Este é um processo que exige tempo e esforço (Caixa 5.2). Seria uma

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

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



os das indústrias do tabaco ou do álcool, para quem reformas efectivas dos CSP constituem uma ameaça directa.

Diálogo político efectivo

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

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

Sistemas de informação para reforço do diálogo político

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

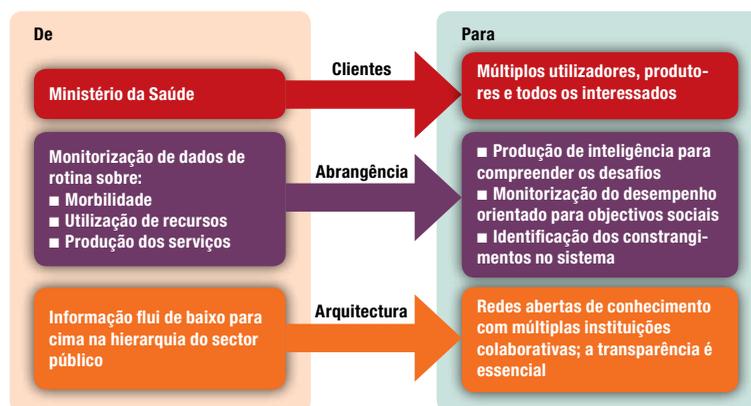
Muitos dos sistemas nacionais de informação em saúde que são usados para informar as políticas podem ser caracterizados como estruturas administrativas, fechadas, por onde o fluxo de dados sobre a utilização de recursos, os serviços e o estado de saúde é limitado. Muitas vezes, estes dados só são usados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

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

Os dados de rotina dos sistemas de informação em saúde mais tradicionais não conseguem responder à exigência crescente para informação em saúde de uma multiplicidade de constituintes. Os cidadãos precisam de um acesso mais fácil aos seus próprios registos de saúde, que os devem informar sobre o progresso que está a ser feito nos seus planos

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

Figura 5.3 Transformar os sistemas de informação em instrumentos para as reformas dos CSP



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

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

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

- os cuidados são compreensivos, integrados, contínuos e efectivos?
- o acesso está garantido e as pessoas estão cientes do que lhes é devido?
- as pessoas estão protegidas contra as consequências económicas da saúde precária?
- as autoridades agem com a efectividade necessária para assegurar a protecção contra a exclusão dos cuidados?
- conseguem também assegurar a protecção contra a exploração por prestadores comerciais?

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

e sistemáticos. Nos países de baixo rendimento, especialmente onde o planeamento tem vindo a ser formatado por formulações epidemiológicas, isto pode vir a ser uma nova base, dinâmica, para a orientação do desenvolvimento de sistemas⁴⁰. O relatório do Observatório de Saúde do Bangladesh sobre o estado da força de trabalho da saúde no país, por exemplo, identifica os constrangimentos sistémicos e as recomendações correspondentes, para consideração pelas autoridades de saúde⁴¹.

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

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

Paradoxalmente, estas configurações abertas e flexíveis proporcionam a continuidade em *settings* onde a continuidade administrativa e política podem ser afectadas por mudanças frequentes



dos responsáveis pelas decisões. Nas Américas, em 22 países, há observatórios que se centram especificamente sobre questões de recursos humanos. No Brasil, por exemplo, o observatório é uma rede com pouco mais que uma dúzia de instituições participantes (referidas como “estações de trabalho”): institutos universitários, centros de pesquisa e um escritório federal, coordenados através de um secretariado situado no Ministério da Saúde e no escritório de Brasília da OPAS⁴⁴. Estas redes desempenharam um papel importante no estabelecimento dos CSP no Brasil. Estruturas semelhantes, nacionais e sub-nacionais, existem, também, em vários países europeus, incluindo

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

Caixa 5.3 *Equity Gauges*: colaboração para abordar as desigualdades em saúde⁴³

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

As *Equity Gauges* desenvolvem uma abordagem activa da monitorização e da correcção de iniquidades em saúde e nos cuidados de saúde. Mais do que uma mera descrição ou uma monitorização passiva de indicadores de equidade, as *Equity Gauges* investem em acções específicas, com a intenção de ter um impacto real e de efectivar uma mudança sustentável em situações de disparidades injustas em saúde ou em cuidados de saúde. Este trabalho implica um jogo contínuo de acções, estrategicamente planeadas e coordenadas, que envolvem uma variedade de actores, transversais a um conjunto de disciplinas e a sectores diversos.

A estratégia da *Equity Gauges* é baseada, explicitamente, em três “pilares de acção”. Todos com igual peso e importância e os três são desenvolvidos em paralelo:

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

A estratégia das *Equity Gauges* consiste, conseqüentemente, de um conjunto de acções interconectadas e sobrepostas – não são, como o nome poderia sugerir, apenas um conjunto de medições. Por exemplo, a selecção de indicadores de equidade, para medição e monitorização, deve ter em consideração os objectivos dos grupos comunitários e considerar o que seria mais útil numa perspectiva de advocacia. Por sua vez, o pilar da advocacia confia nos indicadores desenvolvidos pelo pilar da medição e pode vir a envolver membros da comunidade ou figuras públicas.

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

Quadro 5.1 Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, em Inglaterra⁴²

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

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

Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais

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

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

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





Na Tailândia, as reformas da “cobertura universal por 30 Baht”, foram uma iniciativa política corajosa para melhorar a equidade em saúde. A sua concretização só foi possível devido à experiência operacional acumulada e às alianças que o trabalho no terreno tinha desenvolvido entre os trabalhadores da saúde, as organizações da sociedade civil e o público. Quando o esquema foi lançado em 2001, as províncias estavam prontas para o pilotar e implementar. Além disso, os modelos de organização que tinham desenvolvido ajudaram a formular compromissos políticos com a cobertura universal em termos de medidas e regulamentos concretos⁵³.

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

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

Estabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar

O encorajamento de estruturas abertas e colaborativas, que contribuem para as reformas com inteligência estratégica e com a mobilização de

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

No entanto, esta massa crítica de pessoas e de instituições não é fácil de encontrar³⁷, particularmente em países de baixo rendimento, em que as instituições sofreram décadas de negligência e de desinvestimento. Quando existem, têm, muitas vezes, pouca credibilidade e os recursos são escassos, e os elementos mais importantes do pessoal da instituição encontram frequentemente, melhores condições de trabalho em agências parceiras. A má governação complica ainda mais estas questões e é agravada pela pressão internacional para um papel minimalista do estado e pela influência desproporcional da comunidade de doadores. Nestes *settings*, as respostas convencionais aos défices da capacidade de liderança têm sido caracterizadas por uma grande dependência na assistência técnica externa, em pacotes de instrumentos e na formação, e têm tido resultados decepcionantes (Caixa 5.4). Precisam de ser substituídas por abordagens mais sistemáticas e sustentáveis, a fim de institucionalizar as competências aprendidas com a experiência⁵⁵.

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

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

Caixa 5.4 Limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixo e de médio rendimento⁵⁵

A comunidade para o desenvolvimento tem tido a tendência de responder às consequências do desinvestimento institucional nos países de baixo e médio rendimento, através do seu arsenal tradicional de: assistência técnica, com o apoio de peritos; pacotes de ferramentas; e formação (Figura 5.5). Dos anos 80 em diante, ficou claro que esse tipo de “assistência técnica” tinha perdido muito da sua relevância⁵⁸ e a resposta foi reinventada na forma de “unidades de gestão de projectos” que se concentraram no planeamento, na gestão financeira e na monitorização.

Os sistemas de saúde mais fortes foram capazes de beneficiar dos recursos e da inovação associados aos projectos mas, noutros, a situação permaneceu bem mais confusa. A ligação a, e a responsabilização perante as entidades financiadoras tem, muitas vezes, sido, para grande irritação das autoridades sanitárias nacionais, mais forte que o compromisso com o desenvolvimento nacional: a demonstração de resultados atribuíveis aos projectos assumiam uma importância maior que o desenvolvimento de capacidades e o desenvolvimento, a longo prazo⁵⁹, dando-se um peso desproporcional à gestão do projecto em prejuízo da coerência com as políticas nacionais e a liderança do país. Recentemente, o desejo de reforçar a autonomia do país – e mudanças na forma como os financiadores adquirem serviços de assistência técnica – abriram o caminho para uma menor ênfase na gestão de projectos e um maior recurso a peritos externos, para apoios de curta duração. Durante os anos 80 e no início dos anos 90, o apoio de peritos era, essencialmente, prestado por instituições académicas e por agências de cooperação bilateral e das Nações Unidas. O aumento do volume do financiamento para apoio técnico contribuiu para a entrada no mercado de consultores independentes e de empresas de consultoria, o que levou a que, muitas vezes, as consultorias sejam prestadas por peritos técnicos, com uma compreensão limitada do contexto político e sistémico local⁶⁰.

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

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

- Muitas vezes, subestimam a complexidade dos problemas que são supostos corrigir⁶².
- Muitas vezes, dependem, para a sua aplicação, de peritos internacionais, anulando, deste modo, um dos seus objectivos principais, que é o de prover os países com os meios para abordarem de uma forma auto-suficiente os seus problemas.
- Alguns não alcançaram os resultados técnicos prometidos⁶³ ou conduziram a efeitos adversos⁶⁴ inesperados.
- A introdução de pacotes de ferramentas tem sido impulsionada por uma oferta fortemente ligada a interesses institucionais, o que dificulta aos países a escolha de entre a multidão de pacotes que lhes são propostos.

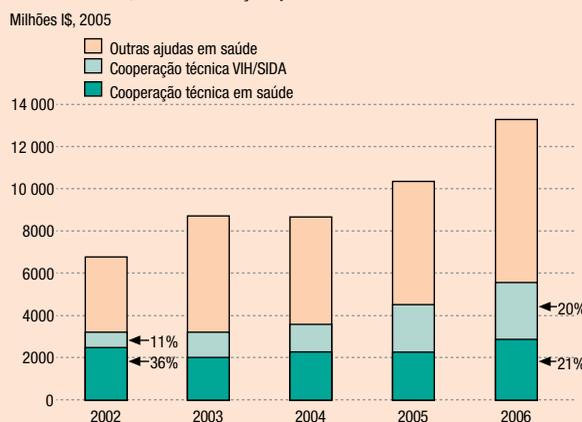
O terceiro elemento da arquitectura tradicional de capacitação é a formação. Por vezes, esta faz parte de uma estratégia coerente: o Ministério de Saúde de Marrocos, por exemplo, adoptou uma abordagem de saturação da formação similar à do Ministério das Finanças da Indonésia⁶⁵, enviando um grande número profissionais jovens para formação, de forma a estabelecer uma base de recrutamento de pessoal qualificado e, eventualmente, uma massa crítica de potenciais líderes.

Abordagens deliberadas como estas são, no entanto, pouco frequentes. Muito mais comuns são os cursos de formação em “hotéis”, de curta duração, em que os objectivos técnicos se associam a objectivos implícitos de suplementação salarial e de obtenção de apoios políticos. O ceticismo persiste sobre o valor destes programas (a sua avaliação sistemática é rara) contrastando com um custo-oportunidade considerável.

Entretanto, novos mercados em educação, formação e ensino virtual estão em desenvolvimento, enquanto os actores nos países de

baixo e médio rendimento têm acesso, através da Internet, a sítios sobre um grande número de questões sobre sistemas de saúde e podem estabelecer comunidades de prática com base electrónica. Com a tecnologia da informação contemporânea e a globalização, as receitas tradicionais para o desenvolvimento das capacidades, em países pobres, estão rapidamente a tornarem-se obsoletas⁵⁴.

Figura 5.5 Um mercado crescente: cooperação técnica como parte da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde. Fluxos de ajuda anual em 2005, índice de deflação ajustada⁶¹





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

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

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

A implicação é que o investimento chave para uma capacitação conducente às reformas dos CSP passa pela criação de oportunidades para aprender pela vinculação dos indivíduos e das instituições aos processos de reformas em curso. Uma outra consideração é a importância de o fazer num ambiente onde a partilha, dentro dos e entre os países, é facilitada. Ao contrário das abordagens convencionais à capacitação, a partilha de e a exposição às experiências de terceiros reforça a auto-confiança. Esta não é uma receita apenas para países com poucos recursos e com um mau desempenho. Portugal, por exemplo, organizou um grande debate social, sobre o seu Plano Nacional de Saúde 2004–2010, que envolveu uma pirâmide de plataformas de participação,

Quadro 5.2 Factores significativos na melhoria da capacidade institucional para governação do sector da saúde, em seis países^{a,56}

Factores ^b	Nº de países onde o factor era um contribuinte importante	Score médio para a força da contribuição
Programas do sector/ grandes projectos	4	7,25
Instalação das instituições	3	6,7
Eventos de debate da política nacional	3	5,6
Investigação, estudos e análises de situação	4	5,1
Novos instrumentos de planeamento e de gestão	1	5

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

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

dos níveis local, ao regional e ao nacional, e 108 contribuições substanciais, escritas, das fontes mais diversas: da sociedade civil, de organizações profissionais, dos governos locais e da academia. Em três momentos críticos do processo, painéis internacionais de peritos de outros países foram convidados a contribuir para os debates sobre políticas então a decorrer: uma colaboração que foi uma oportunidade formativa para todos os envolvidos⁵⁷.

Controlo do processo político: do lançamento à implementação das reformas

As reformas dos CSP mudam o equilíbrio do poder no sector da saúde e o relacionamento entre a saúde e a sociedade. O sucesso depende, não somente, de uma visão técnica crível, mas, igualmente, da capacidade de obter um endosso político ao mais alto nível e o compromisso alargado necessário para mobilizar apoios governamentais, financeiros e outros.

Como um sector técnico, a saúde raramente tem muita proeminência na hierarquia da

arena política. Os Ministérios da Saúde, só com os esforços necessários para resolver os desafios técnicos internos ao sector, ficam já com uma agenda pesada. Estão, tradicionalmente, pouco à vontade, não têm grande influência e estão mal equipados para integrar esta agenda num debate político mais alargado, particularmente, nos países de baixo e médio rendimento.

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

A falta de influência política também tem consequências nas esferas governamentais. Os Ministérios da Saúde estão numa posição particularmente fraca, nos países de baixo e baixo-médio rendimento, como é evidenciado pelo facto de só conseguirem reivindicar 1,7% e 4,5%, respectivamente, da despesa total do governo (contra 10% e 17,7%, respectivamente, em países de alto-médio e de alto rendimento)⁶⁷. A falta de visibilidade das prioridades da saúde em estratégias de desenvolvimento mais abrangentes, tais como nas Estratégias para a Redução da Pobreza (ERP), é outro exemplo dessa debilidade⁶⁸. Igualmente, os Ministérios da Saúde estão muito frequentemente ausentes das discussões para estabelecer limites na despesa social (e saúde) que são dominadas por debates sobre a estabilidade macroeconómica, a metas para a inflação ou a dívida sustentável. Assim, nos países altamente endividados, os esforços do sector da saúde para beneficiar dos fundos resultantes do atenuamento da dívida externa são geralmente tardios, menos que vigorosos e pouco convincentes quando comparados a outros

sectores, como a educação, limitando as possibilidades de uma expansão rápida da sua base de recursos⁶⁹.

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

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

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

Contudo, o estabelecimento dos alinhamentos e dos compromissos políticos necessários para viabilizar as reformas, são só uma primeira etapa.

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



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

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

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

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

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

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

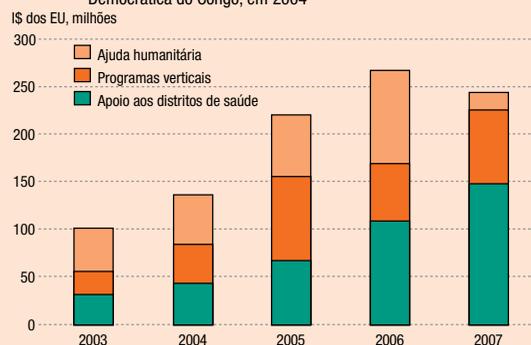
O apoio formal ao plano nacional por doadores e pela sociedade civil enviou um sinal político forte do sucesso desta nova modalidade de trabalho. A estratégia de reforço dos sistemas nacionais de saúde transformou-se no contributo da saúde para a estratégia nacional de redução da pobreza. Os doadores e os parceiros internacionais, mais ou menos, alinharam os seus projectos existentes com a nova estratégia, enquanto outros formularam as suas novas iniciativas de forma a se ajustarem à estratégia nacional.

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

mas de ajuda humanitária. Os ganhos permanecem frágeis, num contexto onde a maior parte do sector da saúde – incluindo a sua governação – necessitam de ser reconstruídos.

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

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



A falta de preparação da sua implementação é, frequentemente, o elo mais fraco. É particularmente importante compreender a resistência à mudança, sobretudo dos trabalhadores da saúde^{70,71,72,73}. Embora a intuição da liderança tenha os seus méritos é, igualmente, importante sistematizar mecanismos de antecipação das potenciais reacções dos principais interessados envolvidos e do público: mapeamento político*, como no Líbano³⁴; estudos de mercado e inquéritos de opinião, como nos Estados Unidos⁷⁴; audiências públicas, como no Canadá; ou reuniões sectoriais de todos os interessados envolvidos, como nos Estados Gerais da Saúde, na África francófona. O conseguimento das reformas dos CSP exige uma capacidade de gestão sustentada e estável a todos os níveis do sistema, baseada em instituições competentes para a finalidade. No Chile, por exemplo, as estruturas e as competências administrativas, em todo o Ministério da Saúde, estão a ser redefinidas, de forma a reorientá-las para o apoio necessário às reformas dos CSP. Essas mudanças estruturais não são suficientes. Precisam de se associar a mudanças na cultura organizacional: transitando de uma cultura de promulgação de decretos de mudança, para uma outra de diálogo, colaborativa, mais inclusiva de todos os interessados, a todos os níveis do sistema de saúde. Isso exige, por sua vez, a institucionalização de mecanismos de diálogo político que mobilizem o conhecimento de “baixo para cima”, de forma a informar a governação do sistema, reforçando, concomitantemente, vínculos sociais e de acção colaborativa entre grupos de constituintes a nível da comunidade⁷⁵. Esta capacidade de gestão não deve ser pressuposta; exige um investimento activo.

Mesmo com um diálogo político capaz de chegar a consensos sobre as reformas conducentes aos CSP desejados, e sobre os estilos de gestão desejáveis nos diversos níveis do sistema e necessários para a sua implementação, nem sempre se consegue o impacto pretendido. Mesmo as reformas mais bem planeadas e executadas encontram, frequentemente, obstáculos imprevistos ou esbarram em contextos de mudança

excessivamente rápida. A já muita experiência com o comportamento de sistemas complexos sugere que são sempre de esperar desvios dos objectivos previamente articulados. É, portanto, importante integrar nos processos de reforma, mecanismos para a identificação precoce destes desvios, de forma a permitir as correcções necessárias no decurso da implementação.

A evidência, ubíqua, das desigualdades em saúde e em cuidados de saúde, presentes, virtualmente, em todos os países, é um lembrete das dificuldades com que se confrontam as reformas dos CSP. Este capítulo enfatizou que a liderança, para uma maior equidade na saúde, deve ser um esforço empreendido por toda a sociedade e integrar todos os interessados. O diálogo entre os múltiplos interessados envolvidos nas negociações em torno das reformas, ambiciosas, que se pretendem para os CSP, para uma cobertura universal e para cuidados primários, tem expectativas elevadas de uma governação mais efectiva. Isto exige a reorientação de sistemas de informação, de forma a melhor informar e avaliar as reformas e a beneficiar de inovações operacionais no terreno, assim como atrair indivíduos experimentados e comprometidos para controlar a direcção e a implementação das reformas. Sem serem uma prescrição, estes elementos da liderança e da governação efectiva constituem tanto mecanismos, como objectos importantes das reformas para os CSP. Sem reformas na liderança e na governação é pouco provável que as outras reformas dos CSP tenham sucesso. Embora necessárias, não são condições suficientes para que as reformas dos CSP sejam bem sucedidas. O capítulo seguinte descreve como os quatro pilares das reformas dos CSP devem ser adaptados aos diferentes contextos nacionais, mobilizando um conjunto comum de impulsores para promover a equidade em saúde.

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



Referências

- Porter D. *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. London and New York, Routledge, 1999.
- The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, acessado em Maio de 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25(Web Exclusive):w457–w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285–289.
- Blendon RJ, Menson JM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33–46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London and New York, Routledge, 1993, 50:1204–1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York NY, Colombia University Press, 1997.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349–1356.
- Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351–360.
- Tang S, Cheng X, Xu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit and International Labour Organization, 2007.
- China: long-term issues and options in the health transition. Washington DC, The World Bank, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministry of Health, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, acessado a 31 de Maio de 2008).
- WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; <http://www.who.int/healthinfo/mortables/en/index.html>, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, acessado em Maio de 2008).
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3–28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31–61).
- Goldsbrough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development, 2007.
- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
- Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14–15 November 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).
- Stein E et al, eds. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington DC, Inter-American Development Bank, 2006.
- Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
- Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3–52.
- McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
- World values surveys database. World Values Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, acessado a 15 de Outubro de 2007).
- Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
- Lopes C, Theisohn T. *Ownership, leadership, and transformation: can we do better for capacity development?* London, Earthscan, 2003.
- Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
- McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
- Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean and Ministry of Health of Lebanon. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
- Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values. Six case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>).
- Chalmers I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337–341.
- Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada – final report*. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Trindade Lima N et al, eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005:83–120.
- Jongdomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the 30 Baht scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thailand, 14–17 January 2002.
- Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI–HSS proposals*. Geneva, World Health Organization, Department for Health System Governance and Service Delivery, 2008.
- The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the healthcare system?* Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, acessado em Junho de 2008).
- Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326.
- Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, acessado a 24 de Abril de 2008).
- De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
- Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724–725.
- Intelligent health partnerships*. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353> acessado a 10 de Junho de 2008).
- Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
- Bailey K et al. *Towards a healthier north-east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Beal J, Pepper L. *The dental health of five-year-olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.
- Thailand's health care reform project, 1996–2001: final report*. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.

53. Tancharoensathien V, Jongdomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001–2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
54. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. *Quality attributes and organizational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. *Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries*. Results of an international comparative study carried out in six countries. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, 2003 (DGOS – AIDS Impulse Programme 97203 BVO “Human resources in developing health systems”).
57. Carolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). *Consultation on Strategic Health Planning in Portugal*. World Health Organization/Portugal Round Table, Lisbon, July 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Forss K et al. *Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel*. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. *Capacity for development: new solutions to old problems*. New York NY, United Nations Development Programme, 2002.
60. Messian L. *Renforcement des capacités et processus de changement. Réflexions à partir de la réforme de l’administration publique en République Démocratique du Congo*. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Brussels, 2006.
61. OECD. StatExtracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx> acedido em Junho de 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Engaging science: thoughts, deeds, analysis and action*. London, Wellcome Trust, 2007:50–55.
63. Rowe AK et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
64. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg’s organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337–364.
65. Lippingcott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98–123).
66. Krause E. *Death of the guilds. professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven and London, Yale University Press, 1996.
67. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. *Poverty Reduction Strategy Papers, their significance for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, acedido em Junho de 2008).
70. Pangu KA. Health workers’ motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19–30.
71. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper for *The World Health Report 2006*).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, acedido a 1 de Julho de 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 47):55, Epub 21 January 2003.



Seguir em frente



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

Capítulo 6

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

Adaptar as reformas ao contexto de cada país

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

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

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

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

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

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

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

Esta tendência de crescimento na despesa da saúde esconde uma variação enormíssima entre as despesas *per capita* nos diferentes países, de I\$20 a muito mais que I\$6 000. Estas disparidades estratificam os países em três categorias: os que têm despesas elevadas com a saúde, os que têm uma economia da saúde em rápido crescimento e economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento.

As economias da saúde com despesas elevadas, coincidem, como esperado, com o bilhão de pessoas a viver nos países de rendimento alto. Em 2005 estes países despendiam em média, \$3 752 *per capita* com a saúde, mais I\$1 563 *per capita* do que em 1995, uma taxa de crescimento de 5,5% ao ano.

No outro extremos temos as economias de saúde com despesas baixas com a saúde e com um crescimento lento, maioritariamente em

África, no Sul e Sudeste Asiático e nos Estados frágeis. A sua população ascende a 2,6 bilhões com uma despesa *per capita* com a saúde de I\$103 em 2005, comparada com I\$58 em 1995. Em termos comparativos, estes países viram a sua despesa *per capita* com a saúde crescer a uma taxa semelhante à dos países com despesas elevadas: 5,8% ao ano desde 1995, mas em termos absolutos, o crescimento foi desapontante.

Entre os dois grupos estão os países de baixo e médio rendimento, com economias da saúde em rápido crescimento. Os 2,8 bilhões de habitantes destes países despenderam uma média de I\$413 *per capita* em 2005, mais do dobro dos I\$189 *per capita* que gastavam em 1995. As despesas com a saúde nestes países têm vindo a crescer a uma taxa de 8,1% ao ano.

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

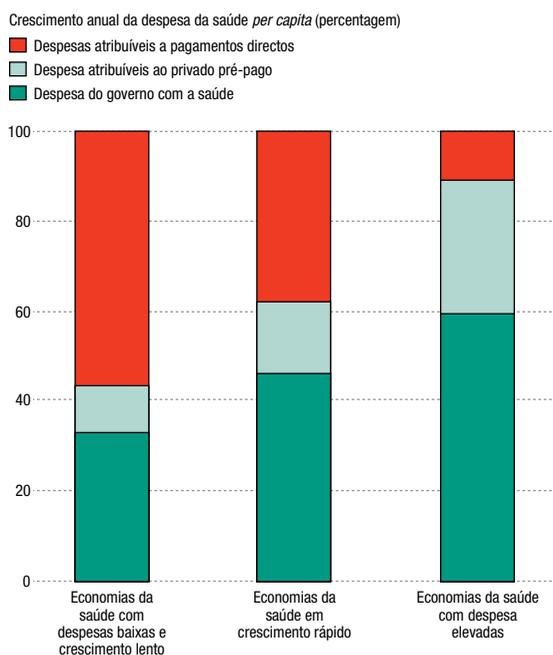
crescimento observado, enquanto que nas economias da saúde em crescimento rápido ou com despesas elevadas, os aumentos observados são maioritariamente explicados por despesas do governo ou por mecanismos de pré-pagamento. Nestas situações, as oportunidades para apoiar as reformas dos CSP são maiores: mais do que os pagamentos directos pelos utentes, os recursos financeiros colocados em fundos comuns estão mais disponíveis para serem investidos em intervenções com um maior impacto na saúde. O oposto é igualmente verdade: os países em que o crescimento observado se deve principalmente a pagamentos directos pelos doentes, têm menos possibilidades de apoiar reformas conducentes a CSP. É alarmante que, nos países com as despesas mais baixas e com o peso da doença mais elevado, haja um défice muito real de oportunidades para reorientar o crescimento do sector da saúde para os CSP.

As secções que se seguem no Relatório esboçam grandes categorias de contextos que podem condicionar as respostas às reformas dos CSP.

Economias da saúde com despesas elevadas

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

de incentivos aos prestadores para adoptarem essas tecnologias, e da capacidade de controlar essa adopção².

O ambiente em que isto está a ocorrer está a mudar por duas razões:

- A contestação pública da gestão das tecnologias tem continuado a aumentar por razões de confiança, preço, exclusão ou necessidades insatisfeitas.
- Os regulamentos estão cada vez mais dependentes de instituições supra-nacionais. O sistema regulador da União Europeia, por exemplo, tem responsabilidades crescentes na harmonização dos requisitos técnicos necessários para o registo de medicamentos ou o licenciamento de produtos, abrindo as portas a possibilidades, entre outras, de um apoio mais eficaz a iniciativas legais a concitar a substituição genérica de medicamentos no sector privado⁸. Estes mecanismos criam oportunidades para aumentar a segurança e o acesso, criando assim um ambiente que encoraja as reformas nacionais dos cuidados primários.

O que acontece num momento em que a produção de profissionais com disposição e capazes de se envolverem nos cuidados primários está comprometida. Na Europa, por exemplo, a população de clínicos gerais está envelhecer rapidamente, e os novos clínicos estão mais orientados para carreiras com mais oportunidades para trabalho em tempo parcial e menos intensas⁷. A pressão para dar um papel mais central aos médicos de família está a aumentar⁹. Contudo, no futuro será necessária mais consideração a abordagens baseadas em equipas pluridisciplinares, responsáveis pela coordenação e continuidade dos cuidados. O que, por sua vez, exigirá um novo quadro de pessoal, mais diversificado e flexível. Consequentemente, a sustentabilidade das reformas dos cuidados primários nestes países com despesas elevadas com a saúde, não será sustentável, sem: (i) que haja uma mudança de paradigma na formação de pessoal de saúde; e (ii) incentivos de carreira, sociais e financeiros para incitar os profissionais de saúde a orientarem-se para carreiras que, no passado, têm gozado de menos prestígio e têm sido menos recompensadoras.

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

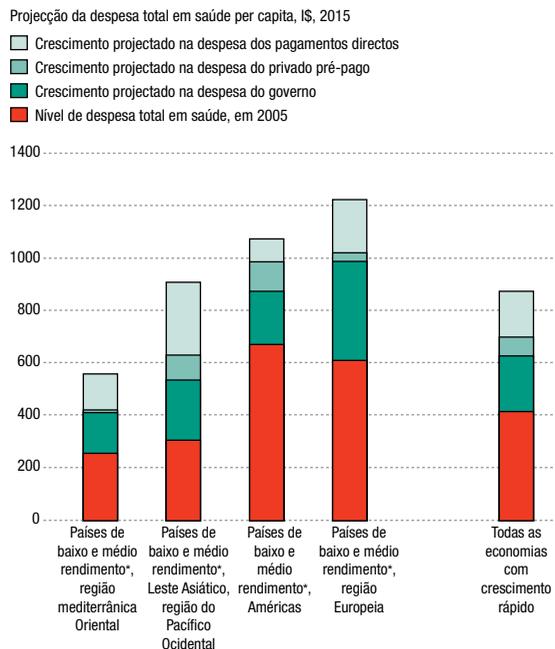
Nas últimas décadas, a maior parte dos países nesta categoria, têm estado envolvidos em reformas, recorrendo a mecanismos de liderança e negociação mais do que a mecanismos de comando-e-controlo. Isto reflecte a crescente visibilidade da agenda de saúde, e a necessidade de desenvolver equilibrando diversas tendências e interesses, muitas vezes irreconciliáveis. A reforma decorre, portanto, a diversos níveis, envolvendo múltiplos actores. O progresso é por pequenos avanços: um processo difícil, muitas vezes confuso, de aproximações sucessivas e negociações difíceis. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, uma grande reforma dos cuidados primários foi apoiada por um inquérito por questionário enviado a mais de 42 000 pessoas e por audição pública de 1 000 personalidades. Este envolvimento facilitou a adopção das reformas mais controversas, nomeadamente as que dizem respeito ao redireccionamento de recursos para os cuidados primários e para as populações com menos acesso aos cuidados, fazendo-se uma redistribuição de responsabilidades de forma a melhorar a cooperação e a coordenação¹⁰. O preço destes processos de construção de consensos sociais, que podem ultrapassar resistências à reforma, é tempo e disponibilidade para uma negociação baseada em princípios explícitos.

Economias da saúde em crescimento rápido

Nas economias da saúde em crescimento rápido, o desafio da reforma dos CSP é bastante diferente. A procura crescente associada ao aumento do poder de compra alimenta uma expansão, rápida, sem precedentes, dos serviços. Assumindo que a taxa de crescimento se mantém até 2015, a despesa *per capita* com a saúde vai, em relação a 2005, aumentar em cerca de 60% nas economias da saúde americanas em rápido crescimento. Concomitantemente, a despesa duplicará na Europa e no Médio Oriente e triplicará na Ásia do Leste (Figura 6.2).

Enquanto que a taxa de crescimento na despesa representa uma oportunidade para reformar os CSP, também pode originar padrões de desenvolvimento do sector que contrariam a visão e valores dos CSP. As fases iniciais são muito importantes: escolhas que são feitas por razão de expediente político ou técnico, tais como abster-se de regulamentar o sector comercial prestador de cuidados de saúde, pode entrincheirar situações – estabelecimento de grupos de interesses, ou de padrões de procura impulsionados pela oferta – que dificultam, mais tarde, as reformas necessárias para desenvolver os cuidados primários¹¹. Enviesamentos a favor de infra-estruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para corresponder às expectativas de uma minoria abastada, estão a ser encorajados por um mercado emergente de turismo médico, em que doentes de economias da saúde com despesas elevadas, incluindo custos fixos elevados, contratualizam os cuidados destes doentes para ambientes com custos aparentemente mais baixos. O que reduz o número de profissionais disponíveis para prestar cuidados primários e encoraja a especialização hospitalar da força de trabalho¹². Nestes países, muitos dos Ministérios da Saúde ainda estão organizados em redor de esforços de controlo de doenças específicas, faltando-lhes as competências para se aproveitarem da expansão dos recursos de saúde para regulamentar a prestação de cuidados de saúde. O que conduz, muitas vezes, a sistemas de saúde a duas velocidades: (i) infra-estruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para a procura de uma minoria abastada; e

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



* Sem Estados frágeis.

^a suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos directos, estimadas dos dados de 1995–2005², persistem até 2015.

(ii) uma situação de grandes deficiências na oferta de serviços, que resulta em grandes défices para uma maioria da população.

Reformas que enfatizam o acesso universal a cuidados de saúde orientados para as pessoas, podem ajudar a ultrapassar estas distorções. Estas reformas podem beneficiar de inovações tecnológicas que facilitam o acesso rápido, simples, confiável e a baixo custo a serviços anteriormente inacessíveis, ou porque eram demasiado dispendiosos ou por exigirem infra-estruturas de apoio complexas e sofisticadas. Estas inovações incluem testes de diagnósticos rápidos do VIH e de úlceras gástricas, medicamentos que permitem tratamentos ambulatoriais de doentes mentais que anteriormente necessitavam de ser internados¹³ e abordagens cirúrgicas que reduzem a necessidade ou a duração do internamento hospitalar. Simultaneamente à multiplicação de orientações com base-na-evidência, estas inovações amplificaram extraordinariamente o campo de decisão das equipas de cuidados primários, alargando a área de intervenção de clínicos

não-médicos¹⁴ e o potencial de auto-cuidados. Uma expansão rápida dos cuidados orientados para as pessoas, tornou-se viável num contexto em que o hiato tecnológico entre os cuidados ambulatoriais próximos dos clientes e as instituições de cuidados terciários é menos marcante do que há 30 anos atrás. O Chile, por exemplo, duplicou a utilização dos cuidados primários, num período de cinco anos, em que também investiu fortemente em pessoal e equipamentos, desde cuidados orais de emergência e laboratórios ao tratamento domiciliário da dor crónica. O impacto desta transformação pode ser amplificado orientando os cuidados para e empoderando a grande massa de pobres e excluídos nestes países e reformando as políticas públicas de forma a reforçar estas iniciativas.

Nas economias da saúde em crescimento rápido, das Américas e da Europa, menos de um terço do crescimento observado na despesa é atribuível a pagamentos directos pelos doentes. Dois terços estão associados a investimentos dos governos, combinados, nas Américas, a despesas privadas pré-pagas (Figura 6.2). Situação, a das despesas privadas pré-pagas, que também se está a vulgarizar na Ásia, enquanto que no Médio Oriente cerca de 40% do crescimento da despesa está associada a pagamentos directos pelos doentes. As reformas dos CSP, para se imporem, terão de regulamentar e influenciar a despesa privada pré-paga e, particularmente na Ásia, reduzir a dependência de pagamentos directos pelos doentes.

Na maior parte destes países, o nível da despesa comparado ao PIB ou à despesa total do governo permanece baixa, o que cria espaço financeiro para acelerar ainda mais as reformas dos CSP e entrincheirá-las com recurso a mecanismos paralelos, e igualmente importantes, através de iniciativas de aceleração do acesso universal e de redução da dependência em pagamentos directos pelos doentes. Em muitos destes países, os recursos público para a saúde são atribuídos de acordo com uma regra de capitação, o mesmo acontecendo, em parte, em relação aos recursos colectivos de fundos privados pré-pagos. O que abre oportunidades de incluir critérios, como escassez relativa ou necessidades de saúde insatisfeitas, nas fórmulas de capitação. Transformando, na prática, a atribuição de recursos,

num instrumento de promoção da equidade em saúde e de incentivo aos cuidados primários e a políticas públicas saudáveis.

Alguns dos maiores países do mundo, o Brasil, por exemplo, estão a aproveitar estas oportunidades numa escala inaudita, expandindo as suas redes de cuidados primários enquanto diminuem a sua dependência dos pagamentos directos pelos doentes¹⁵. Este tipo de reformas só raramente é bem sucedido sem pressão por parte dos utentes. A política de saúde do Chile define um pacote de benefícios bem detalhados, bem publicitados entre a população como direitos estatutários. As pessoas estão a ser informadas do tipo de serviços, incluindo acesso a cuidados especializados, que vão poder exigir da sua equipa de cuidados primários. Quando associada a investimentos continuados, a falta de ambiguidade em relação a expectativas legítimas cria uma poderosa dinâmica para o desenvolvimento dos cuidados primários. Com uma boa gestão, aceleram-se também convergências, evitando pelo menos parte das distorções e ineficiências que atribularam os países de alto rendimento em anos anteriores.

Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento

Com 2,6 bilhões de pessoas e menos de 5% das despesas mundiais com a saúde, os países neste grupo sofrem de um sub-financiamento absoluto do seu sector da saúde, associado a uma elevada carga de doença. A persistência de uma elevada mortalidade materna nestes países – onde se concentram cerca de 90% de todas as mortes maternas – é talvez a indicação mais clara das consequências do sub-financiamento no desempenho dos sistemas de saúde.

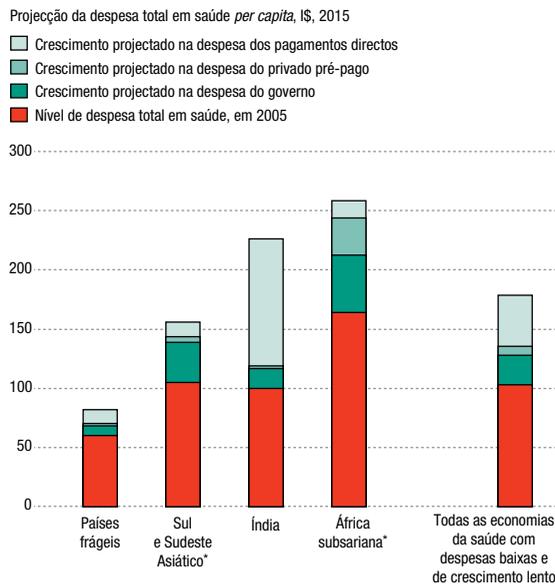
É preocupante que, nestes países, a despesa com a saúde seja baixa e muito vulnerável aos contextos políticos e económicos. Nos Estados frágeis, particularmente nos que estão localizados em África, a despesa é não só baixa como também se mantém quase estacionária, com 28% do pouco crescimento observado atribuível à ajuda externa. Nos outros países deste grupo, a despesa com a saúde está a crescer a uma média mais robusta, de 6% a 7% ao ano. Se as tendências

actuais se mantiverem, em 2015, a despesa *per capita* com a saúde terá mais que duplicado na Índia quando comparada com 2005, e aumentado em cerca de metade nos outros países, com a excepção dos Estados frágeis (Figura 6.3). Em muitos países, isto proporciona uma margem já confortável para dar início às reformas dos CSP, particularmente onde os aumentos são atribuíveis a investimentos governamentais ou, como na África Austral, a outras formas de pré-pagamento. Na Índia, contudo, mais de 80% do crescimento, de acordo com as tendências actuais, é atribuível a pagamentos directos, o que cria um contexto menos favorável às reformas necessárias.

Os países nestas regiões acumulam um conjunto de problemas que, apesar da diversidade observada, têm muitas características em comum. Agregados populacionais que, no seu conjunto, não têm acesso a cuidados com qualidade: porque os serviços não existem; ou são muito caros ou sub-financiados; porque são deficitários em recursos humanos e não têm os equipamentos necessários; ou, ainda, porque estão fragmentados ou limitados a uns poucos programas prioritários. São muito limitados os esforços para estabelecer políticas públicas estáveis que promovam a saúde e corrijam os determinantes da saúde precária. A comercialização não regulamentada de cuidados de saúde, públicos e privados, está a tornar-se na norma dos cuidados a esperar nas zonas urbanas e, cada vez mais, nas rurais também. Representa um desafio enorme e subestimado, aos valores dos CSP, muito mais premente que o verticalismo que tanto preocupa a comunidade internacional.

Na maior parte destes países o estado teve, no passado, a ambição de dirigir o sector da saúde de uma forma autoritária. Nos contextos mais pluralísticos da actualidade, com uma diversidade de prestadores de serviços, formais e informais, públicos e privados, foram poucos os que conseguiram fazer a transição para um estilo de governação mais negociada. Nos outros, com a estagnação das fontes de recursos públicos, estabeleceu-se um estado de *laissez-faire*. O que conduziu a tentativas débeis de regulamentar o sector comercial de prestação de serviços de saúde – não só pelo sector privado, mas também

Figura 6.3 Projecção da despesa em saúde *per capita*, em 2015, economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento (médias ponderadas)^a



* Sem estados frágeis.

^a Suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos directos, estimadas dos dados de 1995–2005², persistem até 2015.

pelo público, que de muitas formas adoptou práticas comerciais muito semelhantes às do sector privado não regulamentado. Nestes *settings*^{*}, a capacidade governamental é um factor que limita as suas possibilidades de mobilizar recursos para investir nas reformas necessárias. As autoridades sanitárias vêm-se então com um mandato não financiado para dirigir o sector da saúde.

Portanto, desenvolver a base de fontes de recursos é uma prioridade, que permitirá o refinanciamento de sistemas de saúde esvaídos de recursos, de forma a reanimá-los como uma nova vida associada às reformas dos CSP e ao reinvestimento na liderança pública. Sistemas de pré-pagamento devem ser encorajados, agora, desencorajando, ao mesmo tempo, cobranças directas aos doentes e incentivando a convergência e partilha de recursos. Esta abordagem permitirá uma distribuição mais inteligente e explícita de recursos limitados, do que quando

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

os serviços são pagos directamente pelos doentes. Sem que existam soluções únicas, ou óptimas, os mecanismos de convergência de recursos que resultam em fundos comuns maiores têm também, eficiências maiores: a fusão ou federação gradual de esquemas de pré-pagamento podem ajudar a acelerar o estabelecimento de mecanismos de regulação e de responsabilização¹⁶.

Num número significativo destas economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento, particularmente na África subsariana e nos Estado frágeis, o aumento significativo dos fundos externos direccionados à saúde, através de mecanismos bilaterais ou através de uma nova geração de instrumentos globais de financiamento, reanimou a vitalidade do sector da saúde. Estes fundos externos precisam de ser progressivamente recanalizados de forma a aumentar a capacidade institucional de suster, para um horizonte alargado, a cobertura universal. No passado, o grosso da assistência externa tem sido dirigida a projectos e programas imediatistas, que têm contribuído para atrasos desnecessários, ou mesmo para bloquear a emergência das instituições financeiras necessárias para administrar sistemas de cobertura universal. O interesse renovado dos doadores em apoiarem processos de planeamento nacional como parte das agendas de alinhamento e harmonização, e o consenso sobre a importância do acesso universal, representam oportunidades importantes para expandir os investimentos no aparelho institucional necessário para a cobertura universal. Embora as reduções esperadas em despesas catastróficas e o aumento na cobertura sejam motivos suficientes para as mudanças necessárias nos comportamentos das entidades doadoras, o crescimento de uma capacidade de financiamento nacional, representa uma oportunidade para uma eventual estratégia de saída da dependência dos doadores.

Os governos podem fazer ainda mais pelo sector de saúde, mesmo nestes *settings*. Economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento só atribuem uma pequena fracção das receitas governamentais à saúde. Mesmo na África subsariana, países em que se observaram progressos e que atribuíram 8,8% das despesas do governo à saúde, ainda se encontram bastante distantes da meta de 15% estabelecida na

Declaração de Abuja, em 2005⁵. O conseguimento dessa meta aumentaria a despesa com a saúde na região em cerca de 34%. A experiência acumulada na última década mostra que é possível aumentar, de uma forma expedita, as receitas do governo atribuídas à saúde. Como exemplo, na Índia, em resposta a pressões crescentes da sociedade civil e de movimentos políticos, espera-se que a despesa do governo com a saúde – com uma atenção específica aos CSP – venha a triplicar nos próximos cinco anos¹⁷. Num contexto diferente, o Ministério da Saúde no Burundi quadruplicou o seu orçamento entre 2005 e 2007 pela candidatura, bem sucedida, a fundos que ficaram disponíveis através dos mecanismos de redução da dívida externa, sob a “Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados” (IRPPAE). Em média, nos 23 países à beira de concluir os requisitos para a IRPPAE e a Iniciativa Multilateral de Alívio da Dívida (IMAD), as poupanças anuais do alívio da dívida resultantes da IRPPAE durante os 10 anos a seguir à qualificação equivalem a 70% das despesas públicas com a saúde em 2005¹⁸. Enquanto que só parte do dinheiro será redireccionado para a saúde, mesmo essa fracção pode contribuir de uma forma significativa para o músculo financeiro das autoridades de saúde pública.

As oportunidades não aparecem só com o aumento de recursos. A dominância de projectos-piloto está a ser gradualmente substituída por esforços mais sistemáticos para conseguir o acesso universal, embora que, muitas vezes, tal seja conseguido só para uma única intervenção ou programa de saúde. Estes programas, com grande visibilidade, desenvolvidos no âmbito dos ODM, ajudaram a reanimar um número de conceitos que são essenciais para os cuidados orientados para as pessoas. Entre eles, realça-se o imperativo do acesso universal a cuidados seguros e de elevada qualidade, sem penalização financeira, e a importância da continuidade dos cuidados e a necessidade de compreender o contexto social, cultural e económico em que vivem todos, homens, mulheres e famílias de uma dada comunidade. A integração é uma realidade que está a acontecer através de abordagens como a Abordagem Integrada de Doenças dos Adolescentes e dos Adultos (AIDAA) e as intervenções

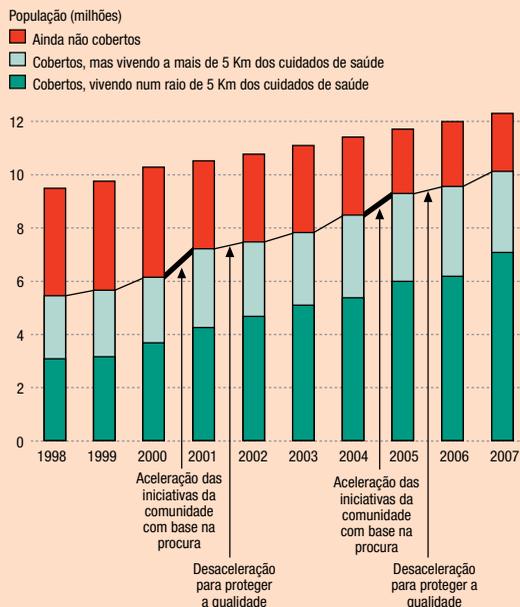
Caixa 6.2 O ciclo virtuoso da oferta e da procura de cuidados primários

No Mali, a rede dos cuidados primários consiste em centros de cuidados primários que são propriedade das comunidades e operados pelas comunidades, apoiados por equipas distritais e unidades de referência governamentais. Há um plano de cobertura, negociado com as comunidades, que, se assim o desejarem, podem tomar a iniciativa de criar um centro de cuidados primários, de acordo com um conjunto de critérios. O compromisso é importante, visto que o centro de saúde será propriedade da comunidade e operado pela comunidade: por exemplo, a equipa do centro de saúde – uma equipa de três ou quatro pessoas – liderada por uma enfermeira ou por um médico de família, tem que ser contratada (e financiada) pela associação de saúde da comunidade local. A comunidade pode fazer um acordo com o Ministério da Saúde para, uma vez abertas as portas do centro, obter o apoio técnico e financeiro das equipas de saúde do distrito, para a instalação do centro de saúde e para supervisão e um apoio de retaguarda.

O modelo alcançou grande popularidade, apesar dos enormes esforços exigidos às comunidades na mobilização e na organização destas unidades: em 2007, 826 destes centros já estavam operacionais (comparado com 360 centros, 10 anos antes), instalados a um custo médio de USD 17 000. O sistema afirmou-se e aumentou, de uma forma significativa, a produção de cuidados de saúde: o número de episódios de cuidados curativos prestados pelos centros de saúde praticamente que duplicou. O número de mulheres acompanhadas nos cuidados pré-natais aumentou em 2,7 vezes e os nascimentos assistidos por um profissional de saúde em 2,5 vezes, com níveis de cobertura, aferida pelos Inquéritos Demográficos de Saúde em 2006, de 70% e 49%, respectivamente; a cobertura da vacinação DTP3, em 2006, era de 68%.

A comunidade considera que este é um investimento que vale a pena. Por duas vezes, durante os últimos 10 anos, entre 2000 e 2001 e 2004 e 2005, a procura e a iniciativa local para a criação de novos centros estava a aumentar com uma celeridade que levou as autoridades sanitárias a tomar medidas para retardar

Figura 6.4 Aumento progressivo da cobertura, por centros de saúde que são propriedade das e operados pelas comunidades, no Mali, 1998-2007



Fonte: Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de Planification et de Statistiques Ministère de la Santé Mali [Sistema de Informação Nacional da Saúde (SNIS), Departamento de Planeamento e Estatísticas, Ministério da Saúde, Mali].

a expansão da rede, a fim de poder garantir a manutenção de padrões de qualidade (figura 6.4). Isto sugere que o ciclo virtuoso do aumento da procura e da melhoria da oferta funciona. As autoridades da saúde estão a expandir a oferta de serviços e a melhorar a qualidade – incentivando o recrutamento de médicos pelos centros de saúde rurais – mantendo, também, o seu apoio à expansão da rede.

de base comunitária resultantes do Programa de Controlo da Oncocercose (PCO)¹⁹. As iniciativas globais estão a aliviar o seu domínio sobre mandatos de controlo de doenças e começam a apreciar a importância de fortalecer o sistema, de uma forma mais geral, como se observa com a janela de Reforço dos Sistemas de Saúde associada à Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, abrindo caminhos para o alinhamento de iniciativas anteriormente fragmentadas. Impulsionadas pela procura, tecnologias da informação para apoiar os cuidados primários, tais como a ficha clínica electrónica, estão a difundir-se mais

rapidamente do que esperado. Os esforços para universalizar o tratamento do VIH ajudaram a expor a limitações de alguns *inputs* essenciais no sistema de saúde, tais como a cadeia de gestão dos aprovisionamentos de materiais de diagnóstico e medicamentos, e a estabelecer pontes com outros sectores, como o agrícola, tendo em conta a importância da segurança alimentar. Uma maior consciência da magnitude da crise da força de trabalho, está a conduzir a políticas e programas ambiciosos, incluindo a redistribuição de tarefas, ensino à distância e incentivos financeiros e não financeiros inovadores.

Neste contexto, o desafio já não é fazer mais com menos, mas sim coordenar o crescimento do sector da saúde de forma a fazer mais com mais. As necessidades insatisfeitas nestes países são enormes e aumentar a disponibilidade de serviços é ainda o seu maior desafio. O que requer uma expansão gradual, distrito de saúde a distrito de saúde – o que pode ser feito recorrendo às estruturas governamentais, ou contratualizando ONGs ou por uma combinação de ambos. No entanto, a complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, particularmente, mas não só, em zonas urbanas, reclama interpretações flexíveis e inovadoras destas estratégias organizacionais. Em muitas das cidades capitais dos países africanos, por exemplo, as unidades sanitárias públicas, aos níveis primário e secundário, quase que desapareceram, substituídas por prestadores comerciais não regulamentados²⁰. As soluções criativas passam pela construção de alianças com as autoridades locais e organizações da sociedade civil e de consumidores para a utilização dos muitos fundos existentes – financiamentos de sistemas privados de pré-pagamento, contribuições da segurança social, fundos das autoridades municipais, e financiamentos de origem tributária – para estabelecer uma oferta de cuidados primários que funcione com uma rede pública de segurança, em alternativa a cuidados comerciais não regulamentados, e como um sinal do que esperar de cuidados de saúde fiáveis e orientados para as pessoas.

No fim, o que na realidade conta é a experiência vivida pelos utentes nos serviços. A sua confiança sairá reforçada se se sentirem bem-vindos e não afastados, lembrados e não esquecidos, consultados por alguém que já os conhece bem, respeitados na sua privacidade e dignidade, acudidos com os cuidados necessários, informados sobre a abordagem diagnóstica necessária, e apoiados com medicamentos essenciais, tudo isto sem que nenhum pagamento seja exigido na interface com os serviços.

Uma confiança crescente conduz a um ciclo virtuoso de aumento na procura e a uma melhor oferta (Caixa 6.2). Os ganhos em credibilidade associados a este ciclo virtuoso são essenciais para conseguir consensos sobre a necessidade de investir em políticas públicas saudáveis em

todos os sectores. Políticas eficazes em relação à segurança alimentar, educação, e urbanização são elementos críticos para a saúde e a equidade na saúde: a influência do sector da saúde sobre estas políticas depende, em grande parte, do seu sucesso em prestar cuidados primários de qualidade.

Mobilizar os impulsores da reforma

A globalização é um importante factor, comum a todos os mais diversos contextos nacionais em que as reformas dos CSP têm que encontrar a sua identidade própria. Está a obrigar a um novo equilíbrio entre as organizações internacionais, os governos nacionais, os actores não estatais, as autoridades locais e regionais e cada cidadão individualmente.

A dimensão global não se manteve à margem destas mudanças. Nos últimos 30 anos, o estado nação tradicional e a arquitectura multilateral sofreram grandes transformações. As organizações da sociedade civil multiplicaram-se, assim como as parcerias-público-privado e comunidades globais de advocacia, identificadas com problemas de saúde específicos. As agências governamentais trabalham com consórcios de investigação e firmas de consultoria assim como com instituições não estatais transnacionais, fundações e ONGs que operam à escala global. Têm aparecido diásporas nacionais que concentram recursos significativos e que, com os seus envios de fundos – cerca de 150 bilhões de dólares americanos em 2005, muito em excesso de outras ajudas internacionais – exercem uma influência considerável. Redes ilícitas internacionais, lucram da contrafacção de medicamentos ou com resíduos tóxicos, e têm já recursos que lhes permitem capturar e subverter a capacidade das agências públicas. O centro de poder está a escapar aos governos nacionais, para organizações internacionais e, concomitantemente, para entidades subnacionais, incluindo um conjunto de governos locais e regionais e instituições não governamentais²¹.

Esta complexidade nova e caótica é um desafio, em particular para as autoridades sanitárias que hesitam entre modos de governação de baixa efectividade, tipo comando-e-controlo e abordagens *laissez-faire*, altamente prejudiciais.

Contudo, também apresenta novas oportunidades de investimento em capacidades para liderar e mediar as reformas, através da mobilização de conhecimento, da força de trabalho e das pessoas e suas comunidades.

Mobilizar a produção de conhecimento

As reformas dos CSP podem ser aceleradas e mantidas no rumo desejado com a institucionalização de revisões das políticas* dos CSP que mobilizem a imaginação, inteligência e engenho organizacional. O conhecimento para conduzir estas revisões das políticas dos CSP já existe²², mas exige mais articulações explícitas. Estas revisões precisam de se recentrar na monitorização do progresso na implementação de cada um dos quatro conjuntos de reformas interdependentes dos CSP; no reconhecimento, à medida que emergem, dos obstáculos técnicos e políticos aos progressos desejados; e na explicitação dos elementos a ter em conta para a correcção dos desvios de percurso, quando necessário.

Num mundo em globalização, as revisões de políticas de CSP podem beneficiar de redes colaborativas a emergir nos e entre países, ajudando a estabelecer a massa crítica que pode liderar e implementar as reformas necessárias. Na realidade, em muitos países, não é realístico esperar encontrar nas próprias instituições todas as competências técnicas, conhecimento contextual e capacidade necessária para a abordagem rigorosa exigida pelas revisões de políticas de CSP. Estruturas abertas, inclusivas e colaborativas, como o modelo latino-americano de observatório²³, podem contribuir para fazer convergir a diversidade dos recursos nacionais. Esses modelos permitem também beneficiar de colaborações internacionais, ajudando a ultrapassar a escassez em cada um dos países envolvidos. Os decisores políticos de hoje são mais abertos a aprender com exemplos de outros países do que era o caso no passado e utilizam esta aprendizagem para alimentar diálogos políticos† a nível nacional com abordagens inovadoras e melhores evidências do que é que é efectivo ou não²². A colocação

de instituições nacionais em redes regionais que colaboram sobre revisões políticas dos CSP permite congregar competências e informação técnica. Ainda mais importante, pode contribuir, sem grandes exigências dos escassos recursos nacionais, para a criação de mecanismos para uma representação mais efectiva em organizações internacionais importantes mas exigentes em termos de compromissos de trabalho.

Colaborações entre países, mais estruturadas e intensas, sobre revisões políticas dos CSP contribuiriam para a obtenção de melhores dados comparativos internacionais sobre variações no desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados nos CSP, sobre modelos de boas práticas, e sobre os determinantes de reformas bem sucedidas dos CSP. Informação essa que, ou não existe, ou que é difícil de comparar ou está desactualizada. A criação de redes de peritos e de instituições das diferentes regiões permite a produção de consensos sobre padrões validados para avaliar progresso e também acesso mais fácil a fontes (inter)nacionais de informação relevante para a monitorização dos cuidados primários. O que pode fazer toda a diferença na condução das reformas dos CSP. Várias iniciativas dão indicações promissoras de que estão a ser dados passos nesse sentido – como o Monitor Europeu de Actividades de Cuidados Primários²⁴, uma rede de institutos e organizações de 10 Estados Membros da União Europeia, ou a Rede Regional de Equidade em Saúde²⁵, uma rede de profissionais, membros da sociedade civil, decisores políticos e dirigentes estatais na África austral.

Existe uma enorme agenda de investigação com um grande potencial de aceleração das reformas dos CSP mas que exige uma maior concertação (Caixa 6.3). No entanto, no momento actual, a proporção das despesas da saúde investidas em tentar compreender o que funciona melhor – em investigação em serviços de saúde – é menos de 0,1% da despesa de saúde nos Estados Unidos, o país que dedica a maior proporção (5,6%) da despesa de saúde à investigação biomédica²⁶. Um outro exemplo marcante é que só 2 milhões de dólares americanos dos 390 milhões concedidos para reforço de 32 sistemas de saúde pela Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, foram atribuídos para investigação, apesar de

* Notas dos tradutores: "policy reviews" é traduzido como "revisões de políticas".

† Nota dos tradutores: "policy dialogue" é traduzido como "diálogo político".

Caixa 6.3. Do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno – a investigação faz a ponte²⁷

O Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR) da OMS foi pioneiro da investigação orientada para apoio ao desenvolvimento de políticas e de boas práticas. Os estudos patrocinados pelo TDR foram os primeiros que, em meados dos anos 90, através de ensaios controlados multicêntricos, em vários países, documentaram a eficácia das redes mosquiteiras tratadas com insecticida para a prevenção da malária. Após a introdução do medicamento Ivermectin para o controlo da oncocercose, ou “cegueira do rio”, nos finais dos anos 80, o TDR, em conjunto com o Programa Africano para o Controlo da Oncocercose, investigou a melhor forma para a distribuição em massa do Ivermectin. O que evoluiu foi um sistema regional de “tratamento da cegueira do rio dirigido pela comunidade”, devidamente validado, que tem sido descrito como “uma das mais triunfantes campanhas de saúde pública já alguma vez empreendida no mundo”²⁸.

Agora, à medida que a comunidade global da saúde se afasta de abordagens verticais de controlo das doenças, a investigação operacional está também a facilitar este processo de transição. Grandes estudos recentes, apoiados pelo TDR, que envolvem 2,5 milhões de pessoas, em 35 distritos de saúde, em três países, demonstraram que os métodos de tratamento dirigidos pela comunidade, desenvolvidos para combater a cegueira do rio, podem ser utilizados como uma plataforma para a abordagem integrada de múltiplas intervenções de CSP, incluindo, redes mosquiteiras, tratamento da malária e outras intervenções básicas dos cuidados de saúde, conseguindo-se aumentos significativos na cobertura. Por exemplo, mais do que o dobro das crianças com febre vieram a receber tratamento antimalárico apropriado, excedendo a cobertura de 60%, em média.

Essenciais, tanto para garantir o financiamento como para a execução deste tipo de investigação, são as parcerias desenvolvidas com os países na região, assim como com outras instituições públicas, da sociedade civil e privadas. A visão, agora, é de uma investigação de implementação e operacional como o elemento mais importante das agendas globais da investigação, de modo a que os novos produtos possam finalmente começar a produzir o impacto desejado em saúde, através de sistemas de implementação ao nível do sistema de cuidados primários. Assim, a já excessivamente longa história de um peso exagerado de doenças mortais, tais como a malária, pode ser abordada de uma forma mais efectiva – através de conhecimento partilhado e da cooperação global, regional e local.

os países serem encorajados a fazê-lo. Nenhum outro sector da economia no valor de I\$5 trilhões se satisfaria com um investimento tão baixo

na investigação relacionada com a sua área de negócio: a redução das desigualdades em saúde; a organização de cuidados orientados para a pessoa; e o desenvolvimento de políticas públicas, melhores e mais efectivas. Nenhuma outra indústria com esta dimensão ficaria satisfeita com o baixo investimento numa melhor compreensão do que é que os seus clientes esperam deles e o que é que eles pensam do seu desempenho. Nenhuma indústria com este tamanho prestaria tão pouca atenção à inteligência sobre o contexto político em que tem de operar – as posições e estratégias dos principais interessados e parceiros. Chegou a altura de os dirigentes da saúde compreenderem a importância de investir nesta área.

Mobilizar o empenho da força de trabalho

Cada um dos quatro conjuntos de reformas dos CSP enfatiza a importância dos recursos humanos em saúde. As competências esperadas constituem um ambicioso programa para a força de trabalho que exige um repensar e uma revisão das abordagens pedagógicas existentes. A ciência de equidade em saúde e cuidados primários tem ainda que encontrar o seu lugar nas escolas de saúde pública. A educação inicial dos profissionais de saúde já começou a enfatizar a solução de problemas em equipas multidisciplinares, mas ainda não se vai suficientemente longe no desenvolvimento das competências e atitudes exigidas pelos CSP. Estas incluem a criação de oportunidades para formação em serviço em todos os sectores, através de mentores, tutores e educação continuada. Estas e outras mudanças no conjunto de currículos e na formação em serviço exigem um esforço deliberado para mobilizar os actores institucionais responsáveis tanto dentro do país como no exterior.

Contudo, nos anos mais recentes aprendemos que o conteúdo do que se aprende ou do que é ensinado, embora extraordinariamente importante, não é senão uma parte de um complexo de sistemas que governam o desempenho da força de trabalho da saúde¹. Todo um conjunto de questões sistémicas relacionadas com a força de trabalho na saúde precisa de ser orientado pela reforma dos CSP. Por exemplo, metas de equidade em saúde para populações desfavorecidas manter-se-ão intangíveis se não for considerada

a forma de recrutar trabalhadores da saúde que se mantenham a trabalhar entre elas. Da mesma forma, visões grandiosas de cuidados orientados para a pessoa ou doente não se concretizarão, a não ser que apareçam opções de carreira em equipas de cuidados primários que sejam credíveis. Os incentivos são complementos críticos para garantir que indivíduos e instituições exercem as suas competências quando investem em saúde em todas as políticas.

A força de trabalho em saúde é crítica para as reformas dos CSP. São necessários investimentos significativos para empoderar o pessoal de saúde – das enfermeiras aos decisores políticos – com os meios para aprenderem, adaptarem-se, serem membros úteis de uma equipa, e combinarem perspectivas biomédicas e sociais, sensibilidade à equidade e orientação para o doente.

Se não for mobilizado, o pessoal da saúde pode transformar-se numa grande força de resistência à mudança, ancorado em modelos passadistas que são convenientes, confortáveis, rentáveis e intelectualmente estáveis. Se, contudo, partilharem da visão que os CSP permitem trabalho estimulante e gratificante, que é recompensador do ponto de vista social e económico, podem não só aceitar o desafio, mas tornarem-se também numa vanguarda de advocacia militante. Aqui, mais uma vez, o recurso à partilha de experiências, possível num mundo em globalização, pode acelerar as transformações necessárias.

Mobilizar a participação das pessoas

A história política das reformas dos CSP, nos países que conseguiram grandes avanços nesse sentido, ainda está por escrever. É claro, no entanto, que onde estas reformas foram bem sucedidas, o apoio aos CSP pelo mundo político veio na sequência de exigências e de pressão por parte da sociedade civil. Há muitos exemplos deste tipo de exigências. Na Tailândia, os primeiros esforços para mobilizar a sociedade civil e os políticos em apoio a uma agenda de cobertura universal partiu de dentro do Ministério da Saúde^{29,30}. Contudo, só quando os reformadores tailandeses se uniram a um surto de pressão por parte da sociedade civil para melhorar o acesso aos cuidados, se tornou possível aproveitar a oportunidade política para lançar a reforma³¹. Em

poucos anos conseguiu-se expandir a cobertura e a maior parte da população ficou com acesso a um sistema de cuidados primários, de financiamento público, que uma análise de incidência de benefícios demonstrou ser pró-pobre^{32,33}. No Mali, a revitalização dos CSP em 1990 teve por base uma aliança entre parte do Ministério da Saúde e parte da comunidade de doadores, o que tornou possível ultrapassar resistências e cepticismos iniciais³⁴. Contudo, a expansão sustentada da cobertura só aconteceu em resposta à pressão de centenas de “associações de saúde comunitária” locais que se uniram numa federação que pressionou o Ministério da Saúde e garantiram o compromisso político³⁵. Na Europa ocidental, os grupos de consumidores, e outras organizações da sociedade civil, têm um papel preponderante nas discussões sobre cuidados de saúde e políticas públicas relacionadas com a saúde. Noutras partes do mundo, como no Chile, a iniciativa parte muitas vezes da arena política, como parte de uma agenda de democratização. Na Índia, a Missão Nacional para a Saúde Rural, resultou de uma forte pressão da sociedade civil e do mundo político, enquanto que no Bangladesh, muita da pressão em apoio aos CSP tem partido de ONGs quase públicas³⁶.

Há aqui uma importante lição: a sociedade civil inclui aliados poderosos dos CSP, que podem fazer a diferença entre boas intenções de pouca dura e reformas sustentadas e bem sucedidas; entre um esforço meramente técnico e uma iniciativa apoiada pelo mundo da política e em consensos sociais. Isto não quer, de forma nenhuma, dizer que as políticas públicas devem ser só impulsionadas por exigências da sociedade civil. As autoridades sanitárias têm por obrigação garantir que as expectativas e procura populares são equilibradas com necessidades, prioridades técnicas e alguma antecipação dos desafios do futuro. As autoridades sanitárias apoiantes dos CSP terão de coordenar as dinâmicas das pressões da sociedade civil para a mudança num debate político apoiado em evidência e informação, e informado por trocas de experiências com terceiros, no país e fora das fronteiras nacionais.

Hoje é possível argumentar o caso dos CSP de uma forma mais robusta que no passado. Isto deve-se não só a valores intrínsecos, como

a equidade em saúde, ou pelas contribuições do sector para o crescimento económico – por muito válidos que sejam, estes argumentos não são necessariamente os mais efectivos – mas também a argumentos políticos. A saúde constitui um sector económico de importância crescente e um determinante do desenvolvimento e coesão social. A protecção fiável contra as ameaças à saúde e o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, são das exigências mais prementes com que os membros das sociedades mais avançadas confrontam os seus governos. A saúde tornou-se num indicador tangível do sucesso das sociedades e dos seus governos. Isto constitui um reservatório de força potencial para o sector, e é uma das bases para obter da sociedade e da sua liderança política compromissos comensuráveis com os desafios.

O desenvolvimento económico e a ascensão da sociedade do conhecimento tornam possível, mas não inevitável, que as expectativas em relação à saúde e aos sistemas de saúde continuem a aumentar – algumas mais realistas que outras,

algumas orientadas para interesses particulares e outras para o bem comum. O peso crescente de alguns dos valores chave subjacentes a estas expectativas – equidade, solidariedade, a centralidade das pessoas, e os seus desejos de ter direito a uma palavra nas decisões que as afectam e à sua saúde – é uma tendência avassaladora. Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para estes valores, daí a necessidade de cada país fazer escolhas deliberadas quando está a decidir o futuro do seu sistema de saúde.

É possível não escolher a via dos CSP. Uma decisão destas será altamente penalizadora no futuro, em benefícios de saúde não conseguidos, em custos excessivos, em perda de confiança no sistema de saúde e, eventualmente, na perda de legitimidade política. Os países precisam de demonstrar a sua capacidade de transformar os seus sistemas de saúde em resposta a desafios em constante mudança e às crescentes expectativas populares.

É por essa razão que temos que nos mobilizar em apoio dos CSP, agora mais que nunca.

Referências

1. *Together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. Ezekiel JE. The perfect storm of overutilization. *JAMA*, 2008, 299:2789–2791.
3. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
4. Lübker M. *Globalization and perceptions of social inequality*. Geneva, International Labour Office, Policy Integration Department, 2004 (World Commission on the Social Dimension of Globalization, Working Paper No. 32).
5. *National health accounts*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, acessado em Maio de 2008).
6. *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, acessado a 19 de Julho de 2008).
7. Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
8. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
9. Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ*, 2008, 336:861.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
11. Rothman DJ. *Beginnings count: the technological imperative in American health care*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
12. *Human resources for health database*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html).
13. *PHC and mental health report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
14. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
15. World Health Statistics 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>).
16. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical briefs for Policy-Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
17. National Rural Health Mission. *Meeting people's health needs in rural areas. Framework for implementation 2005–2012*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohtw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, acessado a 4 de Agosto de 2008).
18. *Heavily indebted poor countries (HIPC) initiative and multilateral debt relief initiative (MDRI) – status of implementation, 28 August 2007*. Washington DC, International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, acessado a 12 de Março de 2008).
19. *Integrated community-based interventions: 2007 progress report to STAC(30)*. Geneva, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2008 (TDR Business Line 11).
20. Grodos D. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*. Louvain-la-Neuve, Paris, Karthala-UCL, 2004.
21. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
22. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2006.
23. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
24. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetafrica.org/>).
26. Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA*, 2005, 294:1333–1342.
27. *Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report*. Geneva, UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases, 2008 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf, acessado a 26 de Agosto de 2008).
28. *UNESCO science report 2005*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2005.
29. Tancharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
30. Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: equity oriented and physician driven*. Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Brussels, 8–9 October 2007.
31. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999–1008.
32. Jongudomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155–157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
33. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing*. In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121–131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
34. Maiga Z, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali, 1989–1996*. Antwerp, ITG Press, 2003.
35. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, 2001, 13:35–48.
36. Chaudhury RH, Chowdhury Z. *Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh*. Dhaka, Gonoproskashani, 2007.



Índice Remissivo

A

Abordagem Integrada de Doenças dos Adolescentes e dos Adultos (AIDAA) 115
aborto, acesso legal vs aborto inseguro 69
acção local, ponto de partida para mudanças estruturais mais amplas 40
acesso universal a cuidados de saúde orientados para as pessoas 112
acidentes rodoviários, 8, 9,76
Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio 82
Administração Integrada da Doença na Infância, iniciativa conjunta da UNICEF/OMS 48
advocacia popular 38-39
África
critérios dos “países de rendimentos baixos sob stress” (LICUS) 5
CSP substituídos por prestadores comerciais não regulamentados 117
ver também África do Norte; África do Sul; África subsariana
África do Norte, profissionalização dos cuidados à nascença 18
África do Sul
Equity Gauges 94
Programas de empoderamento familiar e de formação dos pais, 51
África subsariana
abortos 4
aumento nos fundos externos 115
Declaração de Abuja 115
PIB *per capita* 7
prevalência contraceptiva 4
profissionalização dos cuidados à nascença 18
agentes de saúde comunitária 17
Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde, fluxos de ajuda anual (2005) 98
Alma-Ata *ver também* Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários
alimentos
marketing de alimentos às crianças 77
redução no consumo dietético do sal 70
ambiente político
e perigos para a saúde 19
pressão social organizada 38
America Latina 57
direccionar a protecção social 36

excluída dos serviços necessários 35
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 35, 71, 95
profissionalização dos cuidados à nascença 18
apoio financeiro, transferências condicionais de dinheiro 37
aprendizagens ganhas no terreno, desenvolvimento das políticas 96-97
Ásia Central, profissionalização dos cuidados à nascença 18
associações de entre-ajuda 59-60
avaliação de impacto, orientações na União europeia 80

B

Bangladesh
recursos escassos 94
iniquidades na saúde/cuidados de saúde 10
negligência da infra-estrutura de saúde 2-9
ONGs quase públicas 120
padrões de exclusão 30
programas de crédito rural 51
baseada na evidência, medicina 46-47
Bélgica, autoridades locais, apoiar a colaboração intersectorial 39
Benin, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
Bolívia, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
Bósnia- Herzegovina, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
Botsuana, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
Brasil
Abordagem integrada das Doenças da Infância (AIDI) 72
diálogo político 92
Equipas de Saúde da Família 71
questões de recursos humanos 95
Burkina Faso, capacidade institucional para governação do sector da saúde, 99
Burundi, a “Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados” (IRPPAE) 115

C

Carta de Otava para a Promoção da Saúde 19
Camboja
expansão da cobertura rural 32
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
Canadá
diálogo político 92
SRA levou à instituição de uma agência nacional de saúde pública 68
capacidade de liderança, défices 97

- capacidade para mudar
limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixo e de médio rendimento 98
massa crítica 97
- Caraíbas, profissionalização dos cuidados à nascença 18
- Centros de saúde rurais
reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais, 44
tecnologias de informação e de comunicação 54
- Chade
negligência da infra-estrutura de saúde 30-31
padrões de exclusão 31
- Chile
chegar às famílias em pobreza de longo-prazo 36
direccionar a protecção social 36
estruturas e competências administrativas redefinidas 102
integração de sistemas de informação no sector da saúde 38
pacote de benefício como um direito estatutário 113
Regime de Garantias Explícitas em Saúde 94
taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975-2006) 2
- China
despesa em saúde 90
desregulação do sector da saúde (anos 80) 89-5
manifestações do SRA em 2003 68
reforma ambiciosa dos CSP rurais 100
re-investimento nos cuidados de saúde 90
- cobertura da vacinação 52
- coesão social 121
- Colaboração Campbell 80
- Colaboração de Cochrane 20
- colaboração para abordar as desigualdades em saúde, 95
- Colômbia
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
padrões de exclusão 30
- comercialização dos cuidados de saúde
alternativas a serviços comerciais não-regulamentados 34
consequências ao nível da qualidade e do acesso aos cuidados 15
desregulamentada, à deriva em direcção à 15
Sistemas de saúde não regularizados, 12, 15, 114
- Comissão do Codex Alimentarius (1963) 83
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
Recomendações 73
- Comoros, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
- complexo médico-industrial 92-93
- compreensividade
evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados 52
melhor cobertura vacinal 52
- conhecimento, produção de 118
- conjunto de intervenções limitadas 32
- consideração nos acordos comerciais 82
- consultas externas 29
- continuidade dos cuidados 57, 61
- contrato social 88-89
- cooperação técnica, Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde,
Fluxos de ajuda anual (2005) 98
- Coreia, cobertura universal 28
- Costa do Marfim
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
PIB 4
transmissão do VIH da mãe para filho 46-48
- Costa Rica
cobertura universal 28
estrutura livre-de-preconceitos 39
reorganização local, modelo para as reformas nacionais 39
- crescimento, e paz 7
- critérios dos “países de rendimentos baixos sob stress” (LICUS) 5
- Cuba, mobilizar os recursos da sociedade para a saúde 69
- cuidados à nascença
empoderamento dos utentes para contribuírem para a sua própria saúde 51
profissionalização 18
- cuidados ambulatoriais
generalistas vs especializados 57
profissionais, cuidados médicos convencionais 59
- cuidados médicos convencionais
Profissionais de cuidados ambulatoriais 59
transição para um primado dos cuidados primários 61
Vs orientação para as pessoas 46
- Cuidados Primários de Saúde
características que distinguem 46-56, 61
compreensividade e integração 51-53
continuidade dos cuidados 53-55
diálogo político sobre as reformas dos Cuidados Primários de Saúde 100
empoderamento dos utentes 51
excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos xviii
experiência mudou o rumo xv
monitorização do progresso 61
necessidade de estratégias múltiplas 27
organização de redes de cuidados primários 56-60
orientação para as pessoas, cuidados de saúde convencionais 45
orientados para a pessoa, satisfação profissional do prestador 50
os governos como mediadores das reformas dos CSP 88-92
Programas de saúde prioritários 72
redes de cuidados primários para corrigir a falta de disponibilidade 31
respostas compreensivas e integradas 51-53
trabalhar em estreita relação com a comunidade que

servem 60
cuidados primários orientados para a pessoa, acesso universal 112
Curva de Preston, PIB *per capita* e esperança de vida à nascença em 169 países 4
custo de oportunidade, hospitalo-centrismo 12

D

decisões de política pública xix-xx, 68-83
capacidade institucional para desenvolver 81
decisões políticas impopulares 78
oportunidades para melhores políticas públicas 79-81
políticas de outros sectores 68, 74
políticas sistémicas 68
saúde em todas as políticas 74-77
sub-investimento 77-78
Declaração de Alma-Ata viii, xii, xiii, xiv, 2, 37, 74
descompromisso, CEI 89
desenvolvimento de produtos 119
despesa em saúde *ver* despesa total em saúde
despesa global
equipamento médico e aparelhos 13
indústria farmacêutica 13
percentagem do PIB investida em saúde (2005) 88
despesa total em saúde (DTS) 108
contribuição das despesas gerais do governo, das despesas do privado pré-pago e do pagamento directo 109
países agrupados 6
projecção da despesa em saúde *per capita*, em 2015 112
taxa de crescimento 108
transferências de dinheiro 36
determinantes sociais da saúde, 73
diálogo político 91-93
inovações 96-97
diásporas 117
documentação e avaliação 80
doença cérebro-vascular, atribuíveis ao tabaco 11
doença coronária, atribuíveis ao tabaco 11
doença crónica, prevenção em países em vias de desenvolvimento 69
doenças não-transmissíveis, mortalidade 9
doença pulmonar obstrutiva crónica, atribuíveis ao tabaco 11
doenças tropicais 119

E

Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento 108-109, 113-117
despesa com a saúde *per capita* 114
Economias da saúde com despesas elevadas 108, 109-111
Economias da saúde em crescimento rápido, 112-113
efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho 75
envelhecimento da população 8

envenenamento com chumbo, evitável 76
estados frágeis
aumento dos fundos externos 115
critérios dos “países de rendimentos baixos sob stress” (LICUS) 5-6
despesas *per capita* com a saúde 114
Equador, Equity Gauges 95
iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
processos de saúde electrónicos 53
equidade em Saúde 37-38
papel central 17, 26-27
percepções erradas mais frequentes 37
“Saúde em todas as políticas”, conceito 69
equipa de cuidados primários como um núcleo de coordenação 59-60
equipamento médico e aparelhos, despesa global 13
Equity Gauges, colaboração para abordar as desigualdades em saúde 95
esperança de vida à nascença
em 169 países 4
tendências globais 4
esforços da indústria tabaqueira em limitar o controlo do tabaco 77
esperança de vida ajustada à Saúde (HALE) 6
esquemas de protecção social, America Lantina 36
esquemas de protecção social 36
Estados Unidos
Alasca, relação de confiança entre o indivíduo e os seus prestadores de cuidados de saúde 44
despesa *per capita* em medicamentos 13
equidade em saúde 16
unidades de ressonância magnética 13
estratégias para a redução da pobreza (ERP) 100-102
Etiópia
extensionistas de saúde 71
intervenções preventivas prioritárias 31
pagamento do pessoal a contrato 14
Europa
Monitor Europeu de Actividades de Cuidados Primários 118
Rede Regional de Equidade em Saúde 118
vaga de calor de 2003 59
Europa central e oriental e da Comunidade de Estados Independentes (CEI), descompromisso 89

F

factores de risco
carga da doença crónica em países em vias de desenvolvimento 70
em termos de peso global da doença, 9
Faseamento progressivo dos CSP, VS implementação de intervenções preventivas prioritárias 31-32
capacidade de resposta rápida 73-74
reformas dos CSP: impulsionadas pela procura 20

relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde 44
 responsabilidade por uma população bem identificada 57-59
 sub-investimento 77
 um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada 55-56
 valores sociais que orientam os CSP e os correspondentes grupos de reformas 20
ver também sistemas de saúde
 Federação Russa, PIB e saúde, 5
 Fiji, isolamento/populações dispersas 34
 Filipinas, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 financiamento *ver* despesa total em saúde
 Finlândia, iniquidades em saúde 35
 força de trabalho na saúde precisa de ser orientado pela reforma dos CSP 119
 fragmentação dos serviços de saúde 12, 14-15
 causas 55
 vias de financiamento fragmentadas e prestação segmentada de serviços 91
 França
 iniquidades em saúde 35
 reduzir os acidentes rodoviários 76
 organização de auto-ajuda entre diabéticos 51
 função de coordenação (na entrada no sistema de saúde) dos profissionais dos cuidados de ambulatorio 59

G

globalização xiii
 procurarem adequar-se 82
 saúde global cada vez mais “interdependente” 82
 governação do sector da saúde, capacidade institucional 99
 governos
 como mediadores das reformas dos CSP 88-92
 Instituições quase-governamentais, participação e negociação 91
 gripe das aves (H5N1) 74
 Guiné, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10

H

Haiti, capacidade institucional para governação do sector da saúde, 99
 hospitalo-centrismo 12
 Custo de oportunidade 13

I

Ilhas Saudáveis, iniciativa 34
 impostos sobre o tabaco 70
 Índia
 despesas *per capita* com a saúde 114
 despesas públicas com a saúde 100
 Missão Nacional para a Saúde Rural 120

prestadores de cuidados de saúde do sector privado 47
 taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006) 2
 Indonésia, iniquidades em saúde/ cuidados de saúde 10
 indústria farmacêutica, despesa global 13
 infecção por VIH, transmissão da mãe para filho 46
 Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados (IRPPAE) 115
 iniquidades em saúde 17, 26, 36
 aumentar a visibilidade 37
 despesa catastrófica relacionada com o pagamento directo momento em que o serviço é prestado 26
 Equity Gauges 95
 Populações Aborígenes e não Aborígenes 35-36
 propostas políticas, pressão social organizada 38
ver também fragmentação dos serviços de saúde
 iniquidades sociais 38
 injeções, segurança do doente 47
 inquéritos demográficos e de saúde 37-38
 Instituições (nacionais)
 défices da capacidade de liderança 97
 desenvolvimento multicêntrico 82
 diálogo político produtivo 93
 governação do sector da saúde 99
 massa crítica com capacidade para mudar 97
 produção da força de trabalho 82
 Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP) 81
 Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública 81-82
 instrumentos ao serviço das reformas dos CSP, sistemas de informação 94
 intervenções de saúde pública 68, 72-73
 iniciativas 72
 funções essenciais de saúde pública 81
 orientações para a avaliação de impacto na União Europeia 80
 Intervenções preventivas prioritárias
 aumentar a cobertura 31
 VS faseamento progressivo dos CSP 31-34
 Investimento doméstico, galvanização dos sistemas de saúde xx
 invisibilidade, nascimentos e óbitos não são contados/não são registados 79
 isolamento, populações dispersas 34
 Financiamento dos cuidados de saúde 34

J
 Japão, ressonância magnética *per capita* 13

L
 Lesoto, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 Líbano
 hospitalo-centrismo vs redução de factores de risco 12-13

iniciativa ambientais de bairro 51
Liderança e governo efectivo 88-102

M

Madagáscar

esperança de vida à nascença 4
inequidades em saúde/cuidados de saúde 10
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006)
2

maior despesa em saúde, melhores resultados 6

Malásia

Expansão de categorias prioritárias de trabalhadores 71
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006)
2

malária 119

Maláui

Enfermeiras deixam hospital por empregos melhor pagos
em ONG 14
inequidades em saúde/cuidados de saúde 10

Mali

capacidade institucional para governação do sector da
saúde, 99
Ciclo virtuoso da oferta e da procura de cuidados primários
116
expansão da cobertura rural 32
revitalização dos CSP em 1990 120

Marrocos

capacidade institucional para governação do sector da
saúde, 99
pograma de luta contra o tracoma 76
taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975 e 2006)
3

Medicamentos

contrafacção de medicamentos 117
despesa global 13
licenciamento de produtos 111
Lista de Medicamentos Essenciais da OMS 70
mecanismos transnacionais de aquisição 71
políticas nacionais de medicamentos 70

medicina tradicional de tradição Ayurvédica 47

Médio Oriente, profissionalização dos cuidados à nascença 18
meio internacional, favorável a uma renovação dos CSP xx
mercado emergente de turismo médico 112

México

programa de envelhecimento activo 51
sistemas de cobertura universal 28

migração internacional 8

Moçambique, inequidades em saúde/cuidados de saúde 10

Mongólia, taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1975
e 2006) 3

mortalidade

aumento das doenças não transmissíveis e dos acidentes
como causa de morte 9
estatísticas sobre causas de morte 79

redução da mortalidade infantil abaixo dos 5 anos em 80%,
por regiões 1976-2006 2

mortes relacionadas com o tabaco 9, 77

multi-morbilidade 9

N

Nairobi, taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos 8
nascimentos e óbitos não são contados/não são registados 79

Nepal

dinâmica comunitária de grupos de mulheres 58
inequidades em saúde/ cuidados de saúde 10
PIB e a esperança de vida 5

Nicarágua, padrões de exclusão 30

Níger

equipa de saúde do centro e a comunidade, relacionamento
directo 44
inequidades em saúde/cuidados de saúde 10
negligência da infra-estrutura de saúde 30-31
padrões de exclusão 30
reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde
rurais 44

Noruega, estratégia nacional para reduzir as desigualdades
sociais em saúde 110

Nova Zelândia, despesa anual com medicamentos 70

O

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) xii, 3, 71,
115

Organização de Saúde Pan Americana (OPAS) 35, 71, 95

Organização Mundial de Saúde

escritórios 153
lista de medicamentos essenciais 70
Organização Internacional do Comércio, saúde aparece
como um importante factor a tomar em
Sétimo Fórum dos Futuros, para executivos seniores da
saúde 78

Orientação para as pessoas 19, 44-46

diálogo político 91-94
participação 20
participação da comunidade 92
Vs. cuidados de saúde convencionais 61

orientações políticas dos sistemas de saúde, recursos
humanos 70

Osler, W., citação 44

P

pacotes de benefícios, definir 29

pacotes essenciais, definir 29

padrões de exclusão no sector dos cuidados de saúde 35

países de baixo e médio rendimento 109

países em vias de desenvolvimento, carga da doença crónica
global 70

Paquistão, Senhoras Visitantes da Saúde 71

participação social, 39
 paz, e crescimento 7
 Peru, iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10
 pesquisa
 pré-pagamento e fundos comuns 28-30
 Prestação de cuidados de Saúde (xvii)
 cinco limitações comuns xiv
 reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais 44-45
 Prestadores de Cuidados primários, responsabilidades 61
 prevalência contraceptiva, África Subsariana 4
 PIB
 crescimento do PIB xx
 esperança de vida à nascença, 169 países 4
 percentagem do PIB investida em saúde (2005) 88
 tendências *per capita* e esperança de vida à nascença em 133 países 5
 ponto de entrada para o sistema de saúde 55-56, 57, 61
 Populações Aborígenes iniquidades em saúde, 35,
 população, evidências em saúde, documentação 81
 Portugal
 indicadores de saúde 3
 mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade 1975-2006 2
 Plano Nacional de Saúde 2004-2010 99
 processo político, do lançamento à implementação das reformas 99-102
 Programa de Controlo da Oncocercose (PCO) 116, 119
 programas de controlo de doenças 18
 retorno do investimento 14
 Vs desafios enfrentados pelos sistemas de saúde 91
 Vs orientação para as pessoas 46
 programa de luta contra o tracoma 76
 Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais, 119
 profissionalização
 cuidados à nascença 18
 cuidados ambulatoriais 59
 participação e negociação 91

Q

Quênia
 Equity Gauges 95
 prevenção da malária 68

R

rastreio do cancro 11
 redes de cuidados primários 56-60
 Recolocação 57
 ponto de entrada 55-56
 Rede Internacional de Epidemiologia Clínica 80
 Rede Regional de Equidade em Saúde (EQUINET) 118
 redução do risco

segurança do doente e de melhores resultados, 47
 Vs hospitalo-centrismo, 13
 redução no consumo dietético do sal 70
 Reformas dos Cuidados de Saúde Primários
 adaptar as reformas ao contexto de cada país 108
 Economias da saúde com despesas elevadas 109-111
 Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento 113-117
 Economias da saúde em crescimento rápido 112-113
 empenho da força de trabalho 119
 mobilizar os impulsores da reforma 117-120
 participação das pessoas 120-121
 Quatro conjuntos de reforma interdependentes xvi, 118
 Região do Sudeste Asiático, 82
 registo civil, 79
 Reino Unido
 carreira de cuidados primários, financeiramente competitiva 71
 Comissão das Leis dos Pobres 37
 observatórios de saúde pública 96
 Zonas de Acção em Saúde 39
 reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais 44
 República Democrática do Congo
 capacidade institucional para governação do sector da saúde, 99
 cirurgia safari 15
 orçamento de saúde 7
 reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso Económico 101
 robustez dos sistemas de saúde liderados pelos CSP 33
 República Islâmica do Irão, expansão da cobertura rural 32
 resposta à procura 57-59
 resíduos tóxicos, 117
 riscos em saúde, repercussões políticas negativas 19

S

sal, redução dieta, 70
 saúde das mulheres
 acesso ao aborto legal vs aborto inseguro 69
 cuidados à nascença, Profissionalismo 18, 31
 empoderamento dos utentes para contribuírem para a sua própria saúde 51
 prevalência contraceptiva, África Subsariana 4
 resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres 49
 saúde, determinante do desenvolvimento e coesão social 121
 saúde pública, pandemia, 68
 segurança do doente, garantir melhores resultados 47
 Senegal, chumbo, 76
 serviços comerciais não-regulamentados 34-35
 Sétimo Fórum dos Futuros, 78
 sistemas de cobertura universal 27-28

- boas práticas 28
 - desafios da promoção da cobertura universal 30
 - intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal 35-37
 - três direcções mudança em direcção à cobertura universal 28
 - sistema de cuidados de saúde e o estado, 89
 - ausência ou a desvinculação do estado das suas responsabilidades, 89
 - descompromisso e as suas consequências 89-91
 - sistemas de informação
 - exigência crescente para informação em saúde 93
 - instrumentalizar ao serviço das reformas dos CSP 94
 - reforço do diálogo político 93-94
 - transformar em instrumentos para as reformas dos CSP 93
 - sistemas de remuneração 108
 - sistemas de Saúde
 - cobertura universal *ver também* reformas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP); políticas públicas
 - componentes dos sistemas da saúde 70
 - conta poupança da saúde (Medisave) 54
 - Definir Pacotes essenciais 29
 - desencontro entre as expectativas e a prestação xiv
 - desviados dos valores essenciais aos CSP 12
 - diminuir os efeitos das desigualdades sociais 39
 - excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos xviii
 - expectativas crescentes de melhor desempenho xiv
 - falharam na avaliação atempada do significado das mudanças no seu contexto político 11
 - iniquidades em saúde/cuidados de saúde 10, 16, 26, 36, 37-38
 - mais orientados para as pessoas 18
 - mudou o rumo do movimento dos CSP xv
 - profundamente desiguais 26
 - promover a cobertura universal 27-30
 - pouca antecipação e reacções lentas 11
 - reformas dos CSP necessárias (4 conjuntos) xvii
 - três tendências mais preocupantes xiii
 - valores em mudança e expectativas crescentes 15-16
 - Sistemas de Saúde pela Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação 118
 - do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno, 119
 - sistemas nacionais de informação em saúde, diálogo político 93-94
 - Singapura, Medisave, 53
 - Sudeste asiático, a profissionalização dos cuidados à nascença 18
 - Sultanato de Omã
 - mortalidade em crianças menores de 5 anos 1975 e 2006 2
 - investimento num serviço nacional de saúde 2
- T**
- Tailândia
 - diálogo político 92
 - Década de Desenvolvimento de Centros de Saúde 92
 - Declaração dos Direitos dos Doentes 51
 - Esquema De Cobertura Universal 27
 - mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade 2
 - prescrições inadequadas de testes de diagnóstico 57
 - Primeiro Fórum de Reforma dos Cuidados de Saúde (1997) 92
 - políticas de acesso universal e protecção social por 30
 - Bahts 96
 - reforço mútuo, entre o desenvolvimento das políticas ao nível central e o desenvolvimento de “modelos de terreno” 96
 - Tanzânia
 - fórmula revista de atribuição de fundos comuns 34
 - iniquidades na saúde/cuidados de saúde 10
 - planeamento do parto 51
 - tecnologias de informação e de comunicação 54
 - tendências globais
 - viver em áreas urbanas 8
 - esperança de vida 4
 - que comprometem a resposta dos sistemas de saúde 12-13
 - testes de diagnóstico, inadequadas prescrições 57
 - turismo médico 112
 - trabalhadores de saúde polivalentes, 31
 - Tajiquistão, mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade 1975 e 2006 2
 - transferências condicionais de dinheiro 36
 - Tunísia, capacidade institucional para governação do sector da saúde 99
 - Turquia
 - padrão de exclusão 30
 - reciclagem de enfermeiras e médicos 71
 - sistemas de cobertura universal 27
- U**
- União Europeia
 - Orientações para a avaliação de impacto 80
 - requisitos técnicos, registo de medicamentos ou o licenciamento de produtos 111
 - Unidades de gestão de projectos 98
 - Uganda
 - consultas externas 29
 - distritos do Uganda 34
- V**
- vaga de calor, Europa Ocidental (2003) 59
 - VIH/SIDA, cuidados contínuos 72

Z

Zaire, orçamento para medicamentos foi reduzido a zero 7

Zâmbia

esperança de vida à nascença 4

incentivos aos trabalhadores da saúde para trabalharem
nas áreas rurais 71

mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade
1975 e 2006 3

orçamento de saúde foi reduzido 7

Zonas de Acção em Saúde, Reino Unido 39

Escritórios da Organização Mundial da Saúde

Sede

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20
1211 Genebra 27, Suíça
Telefone: (41) 22 791 21 11
Fax: (41) 22 791 31 11
E-mail: inf@who.int
Web site: <http://www.who.int>

OMS Escritório Regional para a África

Cité du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, República Democrática do Congo
Telefone: (47) 241 39100
Fax: (47) 241 39503
E-mail: webmaster@afro.who.int
Web site: <http://www.afro.who.int>

OMS Escritório Regional para as Américas /Organização Pan-Americana da Saúde

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Telefone: (1) 202 974 3000
Fax: (1) 202 974 3663
E-mail: webmaster@paho.org
Web site: <http://www.paho.org>

OMS Escritório Regional para o Sudeste da Ásia

Casa Mundial da Saúde
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nova Deli 110002, Índia
Telefone: (91) 112 337 0804/09/10/11
Fax: (91) 112 337 0197/337 9395
E-mail: registry@searo.who.int
Web site: <http://www.searo.who.int>

OMS Escritório Regional para a Europa

8, Scherfigsvej
2100 Copenhaga Ø, Dinamarca
Telefone: (45) 39 17 17 17
Fax: (45) 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>

OMS Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental

Abdul Razzak Al Sanhoury Street
P.O. Box 7608
Nasr City
Cairo 11371, Egipto
Telefone: (202) 670 25 35
Fax: (202) 670 2492/94
E-mail: webmaster@emro.who.int
Web site: <http://www.emro.who.int>

OMS Escritório Regional para o Pacífico Occidental

P.O. Box 2932
Manila 1000, Filipinas
Telefone: (632) 528 9991
Fax: (632) 521 1036 or 526 0279
E-mail: pio@wpro.who.int
Web site: <http://www.wpro.who.int>

Agência Internacional para a Investigação sobre o Cancro

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, França
Telefone: (33) 472 73 84 85
Fax: (33) 472 73 85 75
E-mail: www@iarc.fr
Web site: <http://www.iarc.fr>



REFORMAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

À medida que as nações procuram reforçar os seus sistemas de saúde, procuram, também, cada vez mais, um sentido e orientações nos cuidados de saúde primários (CSP). O *Relatório Mundial de Saúde de 2008*, faz uma análise de como é que, com as reformas dos CSP, que corporizam princípios de acesso universal, de equidade e de justiça social, estes se tornam num elemento essencial da resposta aos desafios da saúde, num mundo em mudança rápida, e às expectativas crescentes, dos países e dos seus cidadãos, em relação à saúde e cuidados de saúde.

O relatório identifica quatro pacotes de reformas dos CSP, interligadas, que ambicionam: conseguir acesso e protecção social universais, para melhorar a equidade em saúde; a reorganização da prestação de serviços, orientada para as necessidades e as expectativas das pessoas; melhores políticas públicas para comunidades mais saudáveis; e a remodelação da liderança da saúde, para que contribua para um governo mais eficaz com a participação activa de parceiros relevantes.

Este relatório surge 30 anos após a conferência de Alma-Ata, de 1978, sobre CSP, em que foi acordado corrigir, em todos os países, as desigualdades em saúde “política, social e economicamente inaceitáveis”. Muito foi conseguido: se as crianças continuassem a morrer às taxas de 1978, teriam havido 16,2 milhões de mortes infantis, globalmente, em 2006, em vez das 9,5 milhões de mortes que foram observadas. Contudo, este progresso na saúde foi profunda e inaceitavelmente desigual, com muitas populações desfavorecidas a ficarem cada vez mais para trás ou a perderem terreno.

Entretanto, a natureza dos problemas de saúde está a modificar-se dramaticamente. A urbanização, a globalização e outros factores aceleram a transmissão mundial de doenças infecciosas, e aumentam o peso das doenças crónicas. As alterações climáticas e a insegurança alimentar terão enormes implicações para a saúde no futuro, criando, deste modo, desafios enormes para uma resposta efectiva e equitativa.

Face a tudo isto, a pretensão de que tudo continua na mesma para os sistemas de saúde, não é aceitável. Muitos sistemas parecem andar à deriva, de uma prioridade imediatista para outra, cada vez mais fragmentados, e sem um sentido forte de que respostas desenvolver para o que está para vir.

Felizmente, o ambiente internacional actual é favorável a uma renovação dos CSP. A saúde global está a receber uma atenção sem precedentes. Há cada vez mais interesse em acções conjuntas, com apelos ao acesso universal, à compreensividade e à saúde em todas as políticas. Nunca as expectativas foram tão elevadas.

Capitalizando-se neste interesse, o investimento nas reformas dos CSP pode transformar os sistemas da saúde e melhorar a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Para todos os interessados, em saber como garantir o progresso em saúde no século XXI, o *Relatório Mundial da Saúde de 2008* é leitura indispensável.

