

# CONASS documenta

Cadernos de  
informação técnica  
e memória do CONASS

## 27

Seminário  
Internacional  
Atenção Primária  
à Saúde: Acesso  
Universal e Proteção  
Social



---

SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL  
ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE: ACESSO  
UNIVERSAL E  
PROTEÇÃO SOCIAL

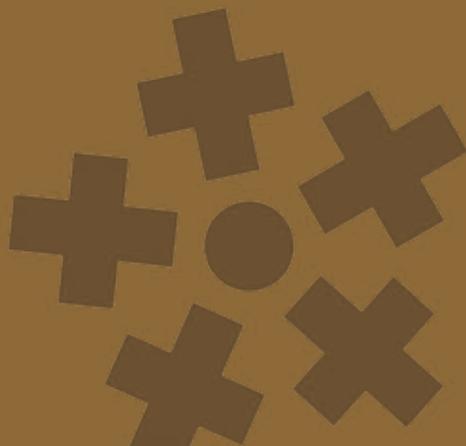
---

27

CONASS documenta



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2013 – 1.ª edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 2 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 27  
Brasília, setembro de 2013.  
ISBN 978-85-8071-011-3

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção  
Social. – Brasília : CONASS, 2013.  
146 p. – (CONASS Documenta, 27)

ISBN 978-85-8071-011-3

Sistema de Saúde I. Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social.

NLM WA 525

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC	Suely de Souza Melo da Costa	PB	Waldson Dias de Souza
AL	Jorge Villas Boas	PE	Antônio Carlos dos S. Figueira
AM	Wilson Duarte Alecrim	PI	Ernani Maia
AP	Olinda Consuelo Lima de Araújo	PR	Michele Caputo Neto
BA	Jorge José Santos Pereira Solla	RJ	Sérgio Luiz Côrtes
CE	Raimundo José Arruda Bastos	RN	Luiz Roberto Leite Fonseca
DF	Rafael de Aguiar Barbosa	RO	Williames Pimentel
ES	José Tadeu Marino	RR	Alexandre Salomão de Oliveira
GO	Antônio Faleiros Filho	RS	Ciro Carlos Emerim Simoni
MA	Ricardo Murad	SC	Tânia Eberhardt
MG	Antônio Jorge de Souza Marques	SE	Joélia Silva Santos
MS	Antônio Lastoria	SP	Giovanni Guido Cerri
MT	Mauri Rodrigues de Lima	TO	Vanda Maria Gonçalves Paiva
PA	Hélio Franco de Macedo Júnior		

## DIRETORIA DO CONASS 2013/2014

---

### PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

### VICE-PRESIDENTES

#### Região Centro-Oeste

Mauri Rodrigues de Lima (MT)

#### Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

#### Região Norte

Vanda Maria Paiva (TO)

#### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

#### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

## EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

### ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

### ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

### COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

### ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

## ELABORAÇÃO

---

### COLABORADORES

Adriana Lucia Meireles

Lidia Maria Tonon

### REVISÃO TÉCNICA

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Carmem Menezes

Gisela Rojas

### EDIÇÃO

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

### DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
INTRODUÇÃO	13
MESA 1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL	17
SÔNIA FLEURY: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL	19
MICHAEL RACHLIS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ACESSO UNIVERSAL E PROTEÇÃO SOCIAL	27
JAIRNILSON PAIM	43
MESA 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	47
RUBÉN TORRES: A ESTRATÉGIA DA APS, AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	49
HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE COM FOCO NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	58
EUGÊNIO VILAÇA MENDES	65
MESA 3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	75
SÔNIA DIAS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	77
ALBERTO PELEGRINI FILHO: OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA AGENDA GLOBAL	91

JACOB FINKELMAN: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: REFLEXÕES	102
---	-----

---

MESA 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO	113
--	-----

---

JOAQUIN MOLINA	115
----------------	-----

---

JARBAS BARBOSA: ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO PELO BRASIL – METAS DA SAÚDE	124
---	-----

---

JULIO MANUEL SUÁREZ: OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO	133
---	-----

---

## APRESENTAÇÃO

---



O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) foi criado em fevereiro de 1982 e reconhecido pela Lei n. 12.466/2011 como entidade representativa dos entes estaduais das instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo do tempo, tornou-se importante organismo de produção e difusão do conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro nos seus mais diferentes aspectos, proporcionando apoio técnico às secretarias estaduais de saúde, tanto coletiva quanto individualmente, além de atuar também como organismo promotor e incentivador da inovação e do intercâmbio de conhecimentos, experiências e boas práticas, nacionais e internacionais.

Merece especial atenção o fato de que o CONASS tem procurado promover intercâmbios para a troca de conhecimento com países que possuem sistemas públicos de saúde. Dessa forma, é uma constante realizar debates, seminários, publicações e conferências, cuja temática seja de interesse do SUS e de seus gestores em um processo de enriquecimento multilateral no qual todos tiram lições e proveito dessa relação e das reflexões desenvolvidas.

Este seminário foi proposto como atividade principal das comemorações dos 30 anos de sua existência. E fez-se a opção pela Atenção Primária à Saúde (APS) exatamente pela compreensão da importância desse nível de complexidade para o funcionamento do SUS.

Todos os que militam na saúde pública sabem da importância que a Atenção Primária tem como porta de entrada do sistema e trabalharam durante muitos anos com a palavra “cobertura”, no entendimento de que quanto maior esta fosse, melhor seria a atenção à saúde prestada.

No entanto, nos últimos tempos, vimos que, se é possível e importante ampliar a cobertura, é de fundamental associá-la à qualidade, garantindo-se a resolutividade dos problemas da população e a organização do sistema.

Ao se realizar este seminário internacional, o CONASS buscou ampliar o escopo da discussão da APS, inserindo-a na discussão de temas mais abrangentes que compõem o debate sobre o desenvolvimento de políticas intersetoriais de caráter universal, com foco especialmente na integralidade, na equidade e na participação da sociedade.

**Wilson Duarte Alecrim**  
PRESIDENTE DO CONASS

*n. 27*

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

## INTRODUÇÃO

---



O Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social contou com a participação de destacadas personalidades nacionais e internacionais, seja como palestrantes ou debatedores, e abordou quatro temas: Atenção Primária e Seguridade Social; Atenção Primária no Modelo de Atenção às Condições Crônicas; Atenção Primária e os Determinantes Sociais e Saúde; e Atenção Primária e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A inclusão da abordagem **Atenção Primária e Seguridade Social** considerou que, desde a perspectiva ética dos direitos humanos, o tema da Seguridade Social e Saúde ganhou relevância, pois engloba aspectos de qualidade de vida da população e orienta o sentido do desenvolvimento desejado, destacando as respostas, as necessidades derivadas das condições de classe social, gênero, etnias, gerações e incapacidades, incluindo a seguridade econômica das pessoas e de suas famílias.

Por outro lado, a correlação entre a **Atenção Primária e o modelo assistencial voltado às condições crônicas** tem a expectativa de encontrar elementos que indiquem como a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil pode alavancar a transformação do modelo assistencial vigente ao longo dos anos em outro modelo. Um modelo que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde das pessoas em um país em que uma agenda inconclusa de enfrentamento às doenças infecciosas e problemas materno-infantis alia-se ao acelerado envelhecimento populacional com uma carga importante de doenças crônicas e seus fatores de riscos, tendo ainda a presença das chamadas “causas externas”, sobretudo as decorrentes das diferentes manifestações da violência.

A importância da correlação entre a **Atenção Primária e os Determinantes Sociais da Saúde**, por sua vez, decorre do fato de que esses últimos repercutem diretamente na saúde; permitem predizer maiores proporções das variações no estado de saúde e a iniquidade sanitária; estruturam os componentes relacionados com a saúde; e interatuam mutuamente na geração de saúde.

A APS é considerada uma das políticas relacionadas aos determinantes, pois desenvolve ações concretas que favorecem mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, por meio de programas educativos, criação de espaços públicos para a prática de esportes e de exercícios físicos, por exemplo; estimula o diálogo intersectorial e intergestores.

O debate ora proposto permite analisar e indicar como qualificar ainda mais a Atenção Primária para que atue sobre os determinantes sociais, além de indicar quais estratégias poderiam ser usadas pelos gestores do SUS.

A correlação entre a **Atenção Primária e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, por outro lado, possibilita a discussão de como a APS pode contribuir para o alcance desses objetivos e que estratégias poderiam ser usadas pelos gestores do SUS nesse sentido, destacando que entre os oito objetivos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), três deles estão diretamente relacionados à Atenção Primária: reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; e combater o HIV-Aids, a malária e outras doenças.

Cada um dos temas foi desenvolvido por dois palestrantes e comentado por um debatedor. Os palestrantes tiveram 30 minutos para a apresentação do tema e o debatedor 20 minutos para reflexão e comentários, e este CONASS Documenta apresenta a contribuição dos palestrantes e dos debatedores convidados, por meio de transcrição dos *papers* que foram encaminhados ao CONASS ou por transcrição das apresentações feitas no seminário, buscando ser o mais fiel possível ao espírito do orador e em respeito à intencionalidade da sua fala.

n. 27

MESA 1  
ATENÇÃO  
PRIMÁRIA  
À SAÚDE E  
SEGURIDADE  
SOCIAL

---



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL

1

## MESA 1 Palestrantes e Debatedor

<b>PALESTRANTES</b>	<b>Sônia Fleury</b> – doutora em Ciências Políticas e mestre em Sociologia, é professora titular da Fundação Getúlio Vargas e autora de vários trabalhos sobre investigação e docência nos campos de políticas sociais, previdência e saúde e combate à exclusão.
	<b>Michael Rachlis</b> – mestre em Ciências da Saúde, professor associado da Universidade de Toronto, Canadá, e consultor em análise de políticas de saúde, membro do Canadian Royal College of Physicians.
<b>DEBATEDOR</b>	<b>Jairnilson Paim</b> – doutor em Saúde Pública, professor titular da Universidade Federal da Bahia e autor de várias publicações nas áreas de políticas e de saúde, reforma sanitária brasileira, modelos assistenciais e análise de situação de saúde.

### 1.1 SÔNIA FLEURY

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL

Eu estou realmente muito feliz de participar desta celebração. Cumprimento a diretoria que está deixando a presidência e cumprimento os que chegam. Acho que é uma honra muito grande participar e compartilhar dessa história do CONASS, importante ator político que se renova a cada momento na história do movimento da reforma sanitária no Brasil.

Ao retomar a etimologia da palavra seguridade, percebe-se que esse conceito está originalmente ligado à ideia de segurança. Eu me pergunto: que segurança nos oferece hoje a Seguridade Social no Brasil?

Ontem, foi divulgado na imprensa o discurso da presidenta Dilma na solenidade de formatura da turma do Itamaraty. Ela disse:

Num mundo crescentemente desigual, num mundo em que todo desenvolvimento, todo crescimento tem levado não a uma diminuição das diferenças, não a uma diminuição das diferenças sociais nem territoriais, mas a uma ampliação, num mundo em que, por exemplo, 1% controla 40% da riqueza e isso tende a ampliar-se. Num mundo em que a saída da crise tem levado à perda de direitos, à precarização do trabalho e a imensas chagas sociais, o Brasil corre em uma trilha completa e totalmente diferente.

Essa é uma possibilidade de responder à questão colocada sobre a Seguridade Social no Brasil e a capacidade de segurança que ela oferece. Contudo, com algumas concordâncias e dúvidas em relação a esse discurso.

O conceito de Seguridade Social está ligado à noção de proteção social surgida no século XIX com a criação do Seguro Social por Bismarck. Como política pública, tinha vários objetivos, sendo um deles diminuir o potencial revolucionário da classe trabalhadora, por meio de concessões de bens materiais e assim conseguir legitimidade para o próprio governo, além de viabilizar um projeto econômico para a Alemanha, por meio de novo sistema de tributação, ou seja, a Seguridade Social envolve um projeto político, um projeto de desenvolvimento econômico, uma coalizão de forças, um papel importante do Estado e também uma relação com o sistema tributário. E quando surge esse conceito na Inglaterra em um contexto liberal, contrário à ideia de proteção, mas que em razão da crise no pós-guerra e da perda da posição hegemônica da Inglaterra no mundo, a ideia da proteção social ampliou-se. E assim, Lord Beveridge desenvolveu o conceito de Seguridade Social, com um *slogan* importante que dizia: “Uma nova Grã-Bretanha”, ou seja, um projeto de nação é um projeto de hegemonia, visando a uma rearticulação político-ideológica das forças nacionais para dar legitimidade a um projeto de construção de governabilidade e de hegemonia voltado para a diminuição dos riscos. Dessa maneira, assumindo coletivamente a socialização desses riscos por meio de fontes de financiamento e com o papel do Estado regulando o desenvolvimento da própria economia.

Então, a política de Seguridade Social não pode ser distanciada da construção do Estado nacional. É o que nós queremos como papel do Esta-

do. Um projeto que nós temos para o país e que no cenário internacional dá o sentido à Seguridade Social.

Portanto, a ideia da Seguridade Social é a busca por uma segurança material como base de um novo ordenamento, de um pacto político que legitime um governo dentro de um contexto de democracia de massa. Um capitalismo que era pensado como um capitalismo afluyente, capaz de incorporar as demandas dos trabalhadores dentro do seu projeto político por intermédio de uma ação reguladora do Estado sob o mercado. Nesse sentido, a Seguridade Social faz a passagem do que é o Estado restrito – um Estado coercitivo, um Estado policial, um Estado gendarme, que Marx e Lenin denunciavam, para o que Gramsci chamou de um "Estado ampliado". Um Estado que não é só um Estado "policialesco", mas um Estado de construção de uma hegemonia. Um Estado que está legitimado por meio de um projeto que é consensuado no sentido de uma hegemonia que, além de ser ético-política, é também material. Esse projeto foi parte do que se chamou do ciclo virtuoso do capitalismo, no qual a classe trabalhadora seria incorporada dentro do sistema político e do sistema social e se fortaleceria ao mesmo tempo a democracia de massa.

Esse projeto de capitalismo regulado e seu ciclo virtuoso entram em crise no fim do século passado. E a partir daí, fala-se da crise do sistema de proteção social – *Welfare State* (Estado de bem-estar social). E a função integradora da Seguridade Social vai sendo substituída por outro projeto, em que o desenvolvimento econômico não está mais sob a hegemonia do capital industrial e sim do capital financeiro, no qual se dão as condições citadas no discurso da presidenta, ou seja, nós podemos ter crescimento com cada vez mais desigualdade, com cada vez menos possibilidade de incorporar todos nesse projeto nacional. É outro projeto.

Isso tem reflexo na política social, no momento do ciclo virtuoso, da incorporação da classe trabalhadora e de um projeto integrador. No campo das políticas sociais, passa a ser substituída por uma política distinta, em que se tem uma individualização dos riscos. Os riscos não são mais coletivos, sendo tratados por meio de uma política coletiva. Cada um vai ter o seu seguro, que é já a expressão do capital financeiro dentro da nossa área de política social – seja política previdenciária, seja política de saúde. Eles vão se reproduzindo e se acumulando por meio das políticas sociais. E cada um de nós passa a ser um indivíduo que não tem nada a ver com o problema do

outro. “Eu quero resolver o meu, do meu filho e da minha família e olha lá”, ou seja, uma individualização dos riscos quando a Seguridade Social era a coletivização dos riscos por meio de um papel maior do Estado.

Essas políticas integradoras do *Welfare State* passam a ser substituídas por políticas não de integração, mas de inserção. Políticas voltadas para alguns grupos vulneráveis que devem ser inseridos em uma certa linha, que é chamada de “linha acima da linha da pobreza”, mas não no coletivo universalizado da Seguridade Social. Enquanto os países centrais estão vivendo agora a ausência de condições para manutenção do *Welfare State*, ou seja, aumento da desigualdade, aumento da exclusão social, um crescimento econômico que não incorpora, não redistribui, uma redução do papel do Estado, nós sempre vivemos essas condições. De certa forma, eles estão vivendo hoje o que nós sempre vivemos: as condições adversas de construir uma democracia e uma democracia social em um tipo de economia e de realidade social que diminui o papel do Estado e com uma economia perversa.

Nesse sentido, o desafio que nós temos vivido nos últimos anos – na América Latina e nos países asiáticos – é construir sistemas de bem-estar social quando todas as condições pensadas para esses não estão presentes. Essas condições eram: ter um ator político que era uma classe trabalhadora homogênea; ter um tipo de capitalismo massivo e incorporador; ter um Estado fortalecido; ter um sistema tributário capaz de arrecadar e redistribuir. E nenhuma dessas condições esteve ou estão presentes dentro do nosso projeto de criar um sistema de bem-estar social. E também não estiveram presentes no capitalismo dos sistemas retardatários asiáticos.

Nos últimos anos, estamos assistindo a um descolamento da discussão do social e da construção de uma sociedade democrática e inclusiva para uma noção de combate a certos males – combate à pobreza. Existe grande temor que esse combate à pobreza termine também por ser um combate aos pobres. Então, será que existe a metonímia do social no qual se começa com a ideia de combate à pobreza, que é uma ideia militar, e depois trata-se da militarização de certos territórios onde vivem os pobres?

Podemos observar essa situação nas favelas pacificadas do Rio de Janeiro, onde o social entra, a reboque, da intervenção armada militar e depois policial, ou seja, isso seria o anti-Gramsci, em que em vez de um Estado ampliado, nós temos esse Estado coercitivo que depois conduz o chamado

n. 27

projeto social, que é muito débil em relação a isso. Como exemplo, cito a favela Santa Marta, em Botafogo, em que a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) tem 127 policiais, sendo um comandante e os outros subordinados, altamente armados com câmeras de vigilância e veículos blindados por toda a favela. Esse contingente de policiais é para uma população de 5 mil habitantes. Já a Unidade de Atenção Primária, nesta mesma localidade, para esta mesma população, tem 26 pessoas, entre eles um médico, um enfermeiro e alguns atendentes em situações extremamente precárias.

Então, podemos pensar, que tipo de projeto de inclusão social estamos construindo nesse momento a título de pacificar territórios e combater a pobreza e tudo que está associado à pobreza, como o domínio do tráfico?

Isso é o tipo de sociedade individualizada sem as bases de uma coesão social dada pela Seguridade Social. De acordo com Norbert Lech, a sociedade em que o individualismo prevalece, mesmo com crescimento econômico, é uma sociedade assolada pelo medo. Ele identifica três tipos de medo que determinam o comportamento e a sociabilidade: (i) o medo ao futuro, na medida em que as pessoas dependem fundamentalmente do mercado, em razão da ausência de políticas públicas de proteção; (ii) o medo à falta de sentido, na medida em que a juventude não encontra o seu lugar, investe para estudar, mas não se tem garantia de emprego e onde se inserir; e (iii) o medo ao outro, é aquele de quem você tem de temer, que faz que a sociedade autorize a violência coercitiva como sendo a forma de intervenção básica e fundamental da política pública, substituindo-se a ideia do *Welfare* pela ideia do *lrfare*.

No Brasil, nós fizemos o projeto de construção de uma sociedade e de um Estado de bem-estar social fora das condições europeias dadas. Ele se materializou muito claramente no texto constitucional por meio de dois instrumentos. Um foi a criação da ordem social. Porque foi a primeira Constituição na qual a questão social deixa de ser um apêndice da ordem econômica e ganha o mesmo estatuto da ordem econômica. Então, os direitos sociais passam a ter primazia sob os outros direitos como, por exemplo, a função social da propriedade.

Esse é o espírito constitucional ao criar um capítulo da ordem social. Isso nos permitia pensar que os benefícios desde então são progressivamente desvinculados da condição de trabalhador no mercado formal do traba-

lho, da contribuição pretérita, de quanto foi que cada um contribuiu para ser vinculado às necessidades e aos direitos da cidadania. E dentro da ordem social, tem-se a chamada Seguridade Social, incluindo saúde, previdência e assistência. Esses três formariam o núcleo de ações que deveriam ser integradas. E, para isso, criou-se uma institucionalidade própria que foi o orçamento da Seguridade Social, contribuições sociais vindas de fontes específicas de financiamento. Além da criação do Conselho da Seguridade Social.

Desde então, podemos ver as vicissitudes, as dificuldades e as desmontagens desta construção. A história de cada uma dessas áreas – saúde, previdência e assistência – tinha uma institucionalidade e uma noção de direito diferente, uma base material e técnica completamente diferenciada e com alusões políticas distintas. Assim, cada um seguiu o seu curso e não houve a interação construtiva proposta constitucionalmente que era a Seguridade Social. É claro que elas se contaminaram umas às outras. A saúde saiu na frente e construiu um modelo com novo sistema federativo no país, com uma ideia de deslocamento do poder, desde o nível central para o nível local, e desde o Estado para sociedade. E esse duplo movimento de deslocamento do poder é base da construção do novo modelo dos sistemas de saúde e de assistência social.

No entanto, esse projeto vai sendo desmontado por falta de financiamento, uma vez que a União retira recursos por meio das DRU e das contribuições e aumenta as contribuições sociais, com o objetivo de não dividir com estados e municípios. Então, a carga tributária sobe por meio das contribuições sociais, penalizando os trabalhadores que pagam um alto valor agregado ao que consomem. Com isso, desmonta-se o projeto e temos de repensar o lugar da Seguridade, e dentro dele o lugar da Atenção Primária à Saúde.

Em que medida a APS pode servir como um ponto estratégico de retomada deste projeto generoso, democrático e inclusivo que foi a ordem social e a Seguridade Social? É preciso enfrentar problemas em seus vários níveis (macro, médio e micro) para que possamos pensar essa possibilidade de transformação.

O primeiro problema é o fracasso do neoliberalismo e suas políticas estritamente focalizadas – a redução do papel do Estado, as privatizações etc. O neoliberalismo fracassou, assim como não é possível o retorno de um Estado de bem-estar social generoso. E como enfrentar essa situação?

Temos de lutar em nível ideológico, macro, global, tentando entender as sutilezas e as diferenças entre aqueles que aparentemente são nossos aliados. A exemplo, cito os documentos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), nosso aliado no sentido de ter um projeto desenvolvimentista, mas que apresentam um projeto na área social extremamente limitado, que se reduz a uma universalização de um pacote mínimo ou do universalismo básico.

O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) mostra e defende que o aumento progressivo do valor do salário mínimo e sua recuperação tem sido um dos fatores mais importantes de redução da pobreza e de mobilidade social. No entanto, os economistas liberais, com ampla passagem na mídia, mostram que o salário mínimo não tem efeito no combate à extrema pobreza. E que, portanto, ele onera os governos estaduais, prefeituras, desequilibra fiscalmente a Previdência Social e assim devemos deixar o salário mínimo com um valor relativamente baixo e trabalhar com políticas de transferência de renda.

As “políticas de transferências condicionadas de renda”, assim chamadas no Brasil, são apresentadas nos relatórios da Cepal como “políticas de corresponsabilidades”, porque as condicionalidades são entendidas como sendo responsabilidades sociais das famílias que têm direito à proteção social. Então, nesse sentido, há uma discussão técnica e político-ideológica a ser enfrentada: o papel da Atenção Primária poderá ser reduzido ao pacote básico. E se nós queremos a APS como parte de um sistema universal, temos de enfrentar essa discussão em todos os seus aspectos.

Mesmo em relação ao sistema de saúde, André Médici e outros defendem a ideia de que no Brasil existe um sistema nacional de saúde com dois subsistemas: o Sistema Único de Saúde e o Sistema Suplementar de Saúde. E que é preciso reconhecer isso e estabelecer o que cada um faz para que eles sejam complementares e não superpostos como são hoje. Essas são discussões políticas e ideológicas que devemos enfrentar, pois definem em que lugar se dará a Atenção Primária.

Nós nos envolvemos em defender, entender e normatizar o SUS, mas é preciso que entendamos o contexto macroeconômico-político no qual esse sistema está inserido, que pode inviabilizá-lo ou viabilizá-lo.

Portanto, precisamos discutir qual o projeto de desenvolvimento do país. Por exemplo: É um projeto que tem sustentabilidade ambiental? Nós voltamos a ser um país exportador de *Commodities*, como o maior consumidor de agrotóxicos, com a mudança agora no Código Florestal? Ou essas questões não dizem respeito à questão sanitária? Qual Atenção Primária dará conta de cuidar de pessoas anencefálicas em razão do uso desse tipo de química cada vez maior?

Precisamos enfrentar a organização do sistema no nível meso. Os problemas pertinentes ao nível dos estados e das secretarias estaduais são fundamentalmente o estabelecimento de parâmetros de qualidade, as redes regionalizadas e a extensão desses serviços a toda população do estado. Atualmente, a APS não é a única porta de entrada e cada um entra por onde tem mais dinheiro e acesso.

Não podemos pensar uma atenção que seja a expressão de um SUS pobre para os pobres e que a Atenção Primária seja também a porta pobre da entrada dos pobres. Temos de discutir o limite dessa precarização do setor saúde, que está relacionada ao financiamento ou ao subfinanciamento do governo nacional, e com uma incapacidade até mesmo da sociedade civil de fazer valer uma vontade política que defina parâmetros de qualidade, de extensão dos serviços, de regionalização e de uma porta de entrada única para o sistema.

Existe uma aceitação de que o setor público é naturalmente precário e nós temos de conviver com isso; uma cultura institucional de que serviço público “é assim mesmo”. Precisamos ter ciência de que o parâmetro vem do setor público, ou seja, se o SUS reduzir a qualidade, o plano de saúde a reduz em seguida. Temos de voltar a lutar para que o setor público seja o parâmetro de qualidade como já foi na educação, nas universidades.

Essa precarização do setor público aumenta a discriminação em relação aos setores com menos recursos, porque ao ser precarizado ou por não ter condição de atender igualmente e em condições de boa qualidade a todo mundo, aumenta o poder discricionário daquele que presta o serviço. E se aquele que presta o serviço tem poder para decidir quem vai ou não morrer, ele atende de acordo com a sua moral, com os seus valores e não com a norma legal diante das quais todos são iguais. Isso se expressa em uma questão muito simples: o sofrimento da população na peregrinação. Pre-

cisamos oferecer à população segurança no atendimento. Sem a segurança de que a Atenção Primária será de qualidade e com resolutividade, nós não temos Seguridade Social.

Muito obrigada.

## 1.2 MICHAEL RACHLIS

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ACESSO UNIVERSAL E PROTEÇÃO SOCIAL

Quero agradecer muito ao CONASS por me convidar a vir novamente ao Brasil. Parabéns ao CONASS pelos seus 30 anos completados neste ano. Vocês têm um lindo país e têm feito grandes progressos em seu sistema de saúde.

Nos próximos 30 minutos, abordarei três tópicos: (i) o Canadá e seu sistema de cuidados de saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS); (ii) os problemas da APS no Canadá e algumas tentativas de soluções; (iii) o que o Brasil pode aprender com o Canadá? O Canadá pode aprender muito com o Brasil. E acho que vocês também podem aprender algumas lições a partir da nossa experiência.

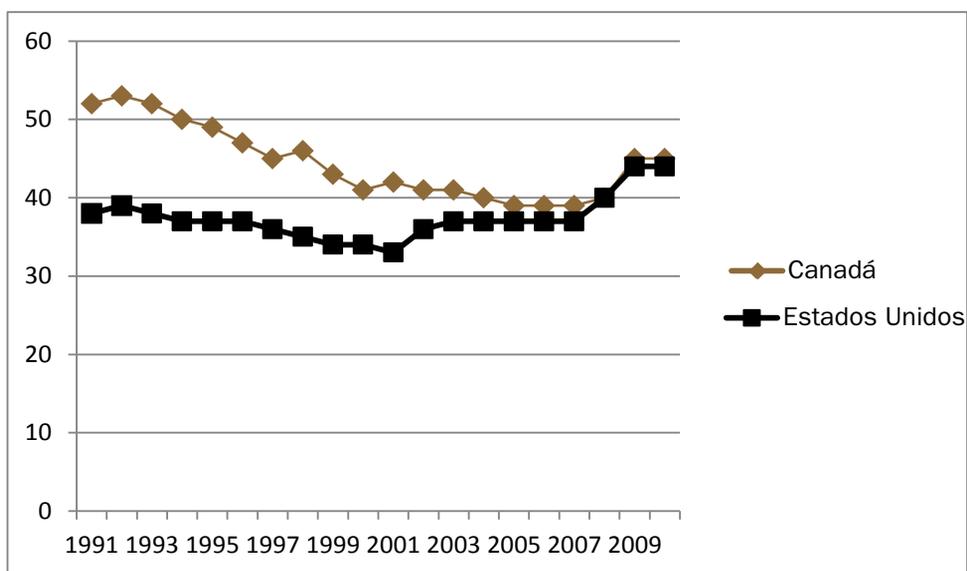
O Canadá é um país enorme, o segundo maior país do mundo, quase 20% maior que o Brasil. O Canadá é dividido em dez províncias e três territórios. A província ocidental de Saskatchewan é a origem do nosso programa público de seguro de saúde, chamado *Medicare*. Em 1944, Tommy Douglas levou ao poder o partido social-democrata CCF [*Cooperative Commonwealth Federation*], tornando-se primeiro-ministro e, também, ministro da saúde. Douglas foi primeiro-ministro do Saskatchewan de 1944 a 1961, período durante o qual iniciou os primeiros programas universais de seguros de saúde na América do Norte. Em 2008, a emissora de televisão Canadian *Broadcasting Corporation* organizou um concurso para eleger o maior canadense de todos os tempos, e o vencedor foi Tommy Douglas. Muitos canadenses politicamente conservadores em outras questões são geralmente grandes defensores do *Medicare*.

Ao compararmos o Canadá (9.984.670 km<sup>2</sup> e 34 milhões de habitantes), Estados Unidos da América (9.826.675 km<sup>2</sup> e 314 milhões de hab.),

Brasil (8.514.877 km<sup>2</sup> e 201 milhões de hab.) e Alemanha (357.022 km<sup>2</sup> e 81 milhões de hab.), maior país da Europa, observamos que o Canadá é o maior dos quatro, mas tem o menor número de habitantes. Noventa por cento dos canadenses vivem dentro de uma faixa de 300 km da fronteira com os EUA. Os três territórios ao norte da latitude de 60° têm uma área total de dois milhões de quilômetros quadrados, mas com apenas 100.000 habitantes.

A Dra. Fleury referiu-se à agenda neoliberal. Os governos canadenses têm diminuído os impostos nos últimos 20 anos. Esses cortes de impostos reduziram em muito as receitas do governo. O setor público canadense costumava ser muito maior do que o dos Estados Unidos, mas agora estão quase do mesmo tamanho (figura 1). E isso nunca tinha acontecido antes. O governo atual do Partido Conservador do Canadá é liderado pelo primeiro-ministro Stephen Harper, que gostaria de baixar ainda mais os impostos. De modo que o Canadá também enfrenta uma crise neoliberal do Estado, crise à qual a Dra. Fleury se referiu.

FIGURA 1. **Comparação entre os gastos dos governos canadenses e norte-americanos em proporção do PIB, 1991 a 2009.**



FONTE: CIA WORLD FACT BOOK, 2012.

TABELA 1. **Comparações demográficas entre Canadá, Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Alemanha.**

	CANADÁ	EUA	ALEMANHA	BRASIL
Mortalidade infantil/10 <sup>3</sup>	4,9	6,0	3,5	20,5
Esperança de vida	M – 84,2 H – 78,9	M – 81,1 H – 76,1	M – 82,6 H – 77,9	M – 76,5 H – 69,2
Idosos >65 anos	15,9%	13,1%	20,6%	6,7%
Imigrantes/1.000	5,7	3,6	0,7	-0,1
Taxa de natalidade/1.000	10,3	13,7	8,3	17,5

FORNTE: CIA WORLD FACT BOOK, 2012.

A tabela 1 mostra algumas comparações demográficas entre o Canadá, os EUA, o Brasil e a Alemanha. A taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida no Canadá são melhores que aquelas dos EUA e comparáveis às da Alemanha. Na verdade, nossa taxa de mortalidade infantil é um pouco maior que a de outros países ricos, que têm entre três e quatro óbitos infantis por mil nascimentos. Nossa expectativa de vida é uma das mais altas do mundo. O Canadá está envelhecendo, com quase 16% de sua população atual acima dos 65 anos, e em razão da baixa taxa de natalidade depende da imigração para conseguir trabalhadores e aumentar sua população. O Canadá e a Austrália apresentam as maiores taxas de imigração do mundo. Minha cidade natal, Toronto, é a cidade mais cosmopolita do planeta: mais de 50% das pessoas que vivem em Toronto nasceram fora do Canadá.

A organização política do Canadá é muito complicada. Temos um governo parlamentar britânico, sendo uma federação. Até 1982, o Canadá não podia alterar sua própria constituição sem consultar o Parlamento da Grã-Bretanha. Em 1982, a Grã-Bretanha transferiu formalmente toda a autoridade política para o Canadá. A Rainha Elizabeth II ainda é a Chefe de Estado do Canadá. No entanto, nem ela nem seus representantes no Canadá têm qualquer autoridade prática.

O Canadá é também uma verdadeira federação. As províncias e o governo federal são autônomos nas suas áreas de responsabilidade cons-

titucional. A Constituição do Canadá torna as províncias responsáveis pela atenção à saúde. Tanto no nível federal quanto provincial, os governos seguem o modelo de governo do sistema parlamentar britânico.

Existem menos de 20 verdadeiras federações no mundo, e o Canadá é a mais flexível, uma vez que os gastos do governo federal correspondem a menos de 40% dos orçamentos do setor público. Isso se deve principalmente ao fato de as províncias serem responsáveis pelos serviços sociais e pela educação, bem como pelos cuidados de saúde, setores que aumentaram consideravelmente seus gastos após a Segunda Guerra Mundial, quando o Canadá criou o seu estado de bem-estar. Em contrapartida, as áreas federais de responsabilidade constitucional, especialmente a defesa, reduziram seus orçamentos.

n. 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

---

O Canadá possui uma Carta de Direitos e Liberdades no estilo americano, a qual foi incluída na Constituição de 1982. A Carta, como é chamada, é cada vez mais utilizada em caso de litígio a respeito da atenção à saúde. Quebec goza de um *status* especial dentro do Canadá. Na verdade, ela tem muitos poderes normalmente reservados a países independentes, como a regulação das aposentadorias e da imigração. E, claro, as províncias e o governo federal brigam o tempo todo. Sei que, às vezes, os canadenses são vistos como pessoas pacíficas, especialmente quando comparados com nossos primos norte-americanos. Mas se vocês já nos viram jogar hóquei no gelo, sabem por que, nas duas guerras mundiais, os alemães temiam os soldados canadenses mais do que aqueles de qualquer outro país.

A implementação do plano nacional de seguro de saúde do Canadá exigiu uma parceria entre o governo federal e as províncias. O partido social-democrata Cooperative Commonwealth Federation (CCF) tornou-se governo da província de Saskatchewan em 1944, sob a direção do carismático primeiro-ministro Tommy Douglas. Douglas contraiu osteomielite (uma infecção óssea) quando era menino em Winnipeg, Manitoba, e quase teve sua perna amputada. Ele ficou com a impressão de que se ele não tivesse sido um caso bastante interessante e se seus pais não tivessem concordado que sua cirurgia fosse utilizada para fins de ensino, ele poderia ter perdido a perna. Tommy jurou que nenhuma família canadense deveria ter de fazer a difícil escolha entre perder a vida ou um membro e sofrer dificuldades financeiras.

Em 1947, a província de Saskatchewan criou seu programa de seguro hospitalar público universal. O governo federal forneceu um apoio financei-

ro para a construção de hospitais em 1948, mas não para sua manutenção ou operação. Ao longo dos dez anos seguintes, quatro outras províncias estabeleceram os próprios programas de seguro hospitalar, embora alguns deles cobrissem apenas as pessoas beneficiadas pela assistência social.

Durante os anos 1950, houve pressões para que o governo federal pagasse uma parte maior dos custos sempre crescentes dos cuidados hospitalares. Em 1957, o governo federal implementou um programa nacional de seguro hospitalar. De acordo com a Lei de Seguro Hospitalar e de Serviços de Diagnóstico, o Governo Federal concordou em pagar a metade dos custos do programa de seguro hospitalar de qualquer província se ele seguisse os termos e as condições estabelecidos na legislação.

Depois de a legislação hospitalar federal ter sido aprovada, o governo de Saskatchewan passou a receber muito mais dinheiro do governo federal, o que permitiu que o Saskatchewan financiasse, em 1962, um programa público de seguro para os médicos. Em seguida, em 1968, o governo federal estabeleceu seu próprio programa para os médicos.

A constituição canadense diz que as províncias são responsáveis pela atenção à saúde. Mas ela permite também que o governo federal gaste os próprios recursos financeiros em áreas de responsabilidade das províncias e fixe os termos e as condições para a utilização desses fundos. Este "Poder Federal de Gastar" permite que o governo nacional do Canadá financie programas em áreas de responsabilidade provincial, tais como: saúde, serviços sociais e educação.

No fim dos anos 1970 e no início dos anos 1980, alguns hospitais e certos médicos de determinadas províncias começaram a cobrar taxas adicionais de seus pacientes, além de cobrar dos planos de saúde do governo provincial. Essa prática é conhecida no Canadá como "cobrança por fora". Após vários anos de conflito político, o governo federal aprovou, em 1984, a Lei de Saúde do Canadá, que proibia essas cobranças adicionais. O governo federal esclareceu também as condições que as províncias tinham de cumprir para ter direito ao financiamento federal. Os termos e as condições contidos na Lei de Saúde do Canadá de 1984 seguem os seguintes princípios: 1. Universalidade: todas as pessoas que residem no Canadá são cobertas; 2. Abrangência: todos os médicos e os serviços hospitalares necessários são cobertos; 3. Acessibilidade: nenhum custo para os usuários dos serviços segurados; 4. Administração Pública; 5. Portabilidade.

O seguro de saúde canadense possui quase 100% de cobertura para cuidados médicos e hospitalares. Contudo, outros itens (produtos farmacêuticos, equipamentos médicos duráveis) e serviços (fisioterapia ou psicologia) não são cobertos pelo governo federal. A maioria das províncias fornece algum tipo de cobertura para esses outros serviços, especialmente para as pessoas beneficiadas pela assistência social. Como resultado, existe uma cobertura mista, pública e privada, para os serviços não prestados por hospitais ou médicos. A cobertura dada pelo sistema público para esses serviços depende da província. De forma geral, as províncias mais ricas (Ontário e províncias do Oeste) oferecem melhor cobertura que as províncias relativamente mais pobres do leste do país.

Muitos norte-americanos dizem que nosso sistema corresponde a uma medicina socializada, mas, na verdade, não é bem assim. O Canadá socializou a função de pagamento a médicos e hospitais por meio do sistema tributário. No entanto, a prestação de serviços ainda é controlada principalmente por médicos, proprietários de pequenas empresas privadas e por organizações sem fins lucrativos, como hospitais e agências regionais de saúde.

Enquanto os médicos canadenses referem a si mesmos como trabalhando em Consultório Particular, a quase totalidade da renda de todos os médicos vem de planos de seguro de saúde provinciais. Nos últimos 15 ou 20 anos, a maioria das províncias criou agências regionais de saúde, que dispõem de orçamentos para uma série de serviços de saúde pública que vão do atendimento domiciliar a hospitais. Os nomes dessas organizações diferem um pouco nas diversas províncias, e a maioria das províncias já redefiniu seus limites, mandatos e funções desde a sua criação.

As agências regionais deveriam integrar e coordenar melhor os serviços e também dar ênfase à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Entretanto, nenhuma província tem dado a esses organismos regionais qualquer autoridade sobre o orçamento para os serviços médicos. Este financiamento permanece basicamente sob o controle de organizações médicas provinciais. Decorre daí que as agências regionais são geralmente incapazes de integrar de fato os serviços de saúde e de desenvolver modelos mais inovadores de cuidados. Essa questão será discutida mais adiante com mais detalhes.

A seguir vamos falar um pouco sobre as duas maiores províncias do Canadá: Quebec e Ontário.

Quebec é a maior província em termos de área e a segunda mais populosa. Montreal, a maior cidade de Quebec, é a segunda maior cidade do Canadá. Mais de 80% das pessoas de Quebec falam francês, e a maior parte da minoria de língua inglesa mora em Montreal. O sistema de saúde de Quebec é único entre as dez províncias e possui um ministério responsável pelos serviços de saúde e sociais, o que levou a uma abordagem mais abrangente para a política social. De fato, Quebec melhorou suas estatísticas vitais mais que outras províncias ao longo dos últimos 40 anos.

Há 18 agências regionais de saúde (Agências de Saúde e Serviços Sociais – ASSS) que coordenam e controlam a saúde regionalmente; e 95 agências locais de saúde (Centros de Saúde e Serviços Sociais – CSSS), que incluem todos os serviços, exceto os consultórios privados dos médicos. As ASSS comportam muitos profissionais de saúde pública e coordenam um serviço de planejamento abrangente. Os CSSS organizam a prestação de serviços hospitalares, cuidados domiciliares, Atenção Primária à Saúde e saúde pública. Esses órgãos locais de saúde empregam cerca de 15% dos médicos de família da província. Esta é uma diferença importante do sistema de Quebec em comparação com outras províncias em que quase todos os médicos são prestadores independentes.

Entre 1970 e 2004, Quebec desenvolveu uma rede de 160 centros de Atenção Primária à Saúde controlados localmente. Acredito que algumas pessoas no Brasil podem ter-se inspirado neste modelo quando desenvolveram seus centros de APS. Esses centros comunitários de saúde e serviços fornecem cuidados médicos primários diretamente a cerca de 15% da população, a maioria dos quais sofre de graves doenças crônicas. Eles são também responsáveis pela prestação de serviços de assistência domiciliar para suas populações. Têm também um enfoque mais amplo na melhoria da saúde de suas populações. Nos primeiros anos, alguns centros comunitários de saúde e serviços sociais eram defensores ativos de suas comunidades e ajudaram a organizá-las para uma mudança política.

No entanto, na medida em que esses centros receberam mandatos mais diretos do governo provincial e das autoridades regionais, eles se tornaram organizações menos eficientes do ponto de vista comunitário.

Como parte da reforma neoliberal de 2004, relativa ao sistema de atendimento, Quebec extinguiu os conselhos desses centros comunitários de saúde que foram, então, integrados a pequenos hospitais e instalações de cuidados de longa duração de saúde pública e outros serviços, para criar os 95 centros locais de saúde e serviços sociais.

Como em outras províncias, a maioria dos médicos de família de Quebec e a quase totalidade dos especialistas têm seus próprios consultórios particulares. Contudo, conforme dito anteriormente, quase 100% de sua renda vêm do faturamento por procedimento do plano provincial de seguro de assistência médica. Quando um médico canadense diz que tem um consultório particular, isso quer dizer algo muito diferente do Brasil ou da maioria dos países de renda média. Os médicos canadenses não estão autorizados a trabalhar no sistema público de manhã e depois a trabalhar em um consultório privado no período da tarde.

Como a maioria das outras províncias, Quebec vem tentando reformar seu sistema de Atenção Primária à Saúde. Em 2012, cerca de um quarto dos médicos de família de Quebec fazia parte do que chamamos de Grupos de Medicina da Família, cujos objetivos são ampliar o acesso da população aos médicos de família, tornando-os mais disponíveis, e melhorar o acompanhamento dos pacientes, especialmente daqueles com problemas crônicos. Esses consultórios possuem prontuários médicos eletrônicos e poucos enfermeiros.

No geral, o sistema de Quebec tem integrado os serviços sociais e de saúde melhor que as demais províncias. Quebec tem também uma saúde pública muito boa. A nova Lei da Saúde Pública de Quebec exige que o governo provincial realize avaliações do impacto sobre a saúde. Infelizmente, na prática, a coisa não funciona perfeitamente. Em particular, o Ministério das Finanças decidiu unilateralmente que não precisa seguir esta lei.

Quebec tem um programa universal de educação infantil e um excelente sistema de educação. Os estudantes alcançam as primeiras posições nos testes internacionais de educação. A política social e de saúde do Quebec é mais europeia e menos americana. No Canadá de língua inglesa, a política social global aproxima-se mais do modelo dos Estados Unidos da América que da política social de estilo europeu.

Ontário, que é minha província, é a segunda maior província em área e a maior em população. Moro em Toronto, a cidade mais populosa do Cana-

dá, com cerca de 5 milhões de habitantes. Ontário foi a única província que não implementou o modelo de agência regional de saúde nos anos 1990. Em 2005, a província criou 14 agências locais de saúde, que são chamadas de Redes Locais de Integração da Saúde ou RLIS. Em contraste com as agências regionais das outras províncias, as RLIS não possuem nem administram os serviços de saúde. Elas apenas as financiam. As RLIS não financiam médicos ou serviços públicos de saúde. Elas devem integrar os componentes do sistema, incluindo 140 hospitais para tratamentos de curta duração e 600 casas para idosos.

Os serviços públicos de saúde de Ontário (promoção da saúde, controle de doenças transmissíveis etc.) têm a própria governança. Em consequência, a saúde pública é mais independente que em outras províncias. Mas o sistema público de saúde de Ontário tem muito menos impacto sobre o sistema de saúde.

Recentemente, Ontário fez mudanças importantes na forma de financiar a medicina de família. Nenhum outro território possui a diversidade dos modelos de Atenção Primária à Saúde de Ontário.

Ontário tem entre 8 mil e 9 mil médicos de família em tempo integral, o que equivale a cerca de 12 mil médicos de família no total. Existem mais de 3 mil médicos de família pagos por capitação, e isso é completamente diferente das outras províncias do Canadá, nas quais quase todos os médicos são pagos por procedimento. Algumas outras províncias têm um ou dois modelos pilotos, mas nenhuma delas fez uma mudança tão grande no financiamento dos seus médicos.

Há cerca de 450 médicos de família assalariados que trabalham em Centros Comunitários de Saúde (CCS). Os CCS de Ontário são semelhantes aos centros comunitários de saúde e serviços sociais de Quebec descritos anteriormente, e também semelhantes ao Programa de Saúde da Família no Brasil. Os CCS de Ontário pertencem a suas comunidades locais, mas são financiados em grande parte pelo departamento de saúde provincial. Eles têm uma visão muito ampla e abrangente da APS. Cerca de outros 2 mil médicos de família recebem uma pequena parte de seus honorários por capitação e a maior parte, por procedimento. Finalmente, cerca de 2 mil médicos são integralmente pagos por procedimento. Ao todo, existem mais de dez modelos de financiamento diferentes para a medicina de família.

As avaliações indicam que os CCS atendem aos pacientes mais pobres e àqueles com necessidades médicas mais complexas. Os novos modelos de financiamento por capitação recebem os pacientes mais ricos e mais saudáveis. Porém, os pacientes de CCS utilizam menos as salas de emergência, enquanto os novos modelos de capitação apresentam o maior uso das salas de emergência. Os honorários por procedimento situam-se no meio do caminho entre as CCS e os novos modelos de capitação.

Tenho certeza de que vocês conhecem a história da Cinderela, a irmã pobre que vive debaixo da escada. Os Centros Comunitários de Saúde do Ontário são as Cinderelas do nosso sistema. A maioria dos documentos sobre políticas não os menciona. Mas agora que estamos avaliando cuidadosamente esses diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde, fica bem claro que os CCS têm conseguido resultados melhores que os outros modelos.

Os CCS focam a saúde da população, mas também os serviços pessoais de cuidados de saúde. Por exemplo, o Centro Comunitário de Saúde Regent Park está localizado no bairro mais pobre de Toronto. Na década de 1990, menos de 20% das crianças conseguiam terminar o ensino médio. O Centro Comunitário de Saúde trabalhou junto à comunidade para desenvolver um programa premiado chamado Caminhos para a Educação. Em apenas quatro anos, eles conseguiram aumentar para 90% a taxa de formatura no ensino médio nessa comunidade.

### **E como é o desempenho do sistema de saúde do Canadá?**

O Canadá gasta menos que Estados Unidos da América, Alemanha e França com os cuidados de saúde. Porém, gasta mais que o Reino Unido e os países escandinavos. O desempenho do nosso sistema de saúde é muito superior ao dos EUA. E isso é muito importante porque até cerca de 50 anos atrás, o Canadá tinha praticamente o mesmo sistema de saúde que os EUA.

O Canadá costumava gastar a mesma quantia que os EUA para os cuidados de saúde, mas agora gastamos muito menos. Há duas razões para isso: em primeiro lugar, os custos administrativos são muito menores com nosso sistema de fonte pagadora única; e em segundo lugar, os preços são mais baixos, novamente por causa do nosso sistema de fonte pagadora única.

Na média, os resultados de atendimento à Saúde no Canadá são tão bons ou melhores que aqueles dos EUA. GyaZ et al. (2007) publicaram uma revisão de diversos estudos individuais comparando o atendimento em

saúde nos EUA e no Canadá. Eles concluíram que, globalmente, o serviço no Canadá era tão bom ou superior àquele dos EUA (<http://www.openmedicine.ca/article/view/8/1>).

Contudo, não nos saímos tão bem em comparação com o resto do mundo. A maioria desses problemas está relacionada com o desempenho relativamente baixo do sistema de Atenção Primária à Saúde do Canadá. A maioria dos médicos de família canadense trabalha em pequenos consultórios com dois ou três médicos, sem outros profissionais da saúde e sem prontuários médicos eletrônicos. Os canadenses enfrentam problemas para conseguirem atendimento pelo seu médico de família no dia em que precisam e enfrentam também problemas para serem atendidos fora de um serviço de urgência.

Um estudo recente do Common Wealth Fund, sediado em Nova Iorque, mostra que os canadenses recebem cuidados muito melhores se o seu médico de família fizer parte de uma Casa Médica, definida como um consultório médico acessível, que conhece as condições de seus pacientes e ajuda na coordenação de seu atendimento.

Outro grande problema do sistema canadense é a incapacidade de desenvolver prontuários médicos eletrônicos. Existem dois obstáculos principais. Em primeiro lugar, estima-se que um sistema completo de prontuários médicos eletrônicos custaria mais de 10 bilhões de dólares. Em segundo lugar, o Canadá tem sido tímido para exigir alguma conformidade por parte dos prestadores. Em sistemas como no Reino Unido, que têm implementado com êxito sistemas eletrônicos, os prestadores não tem escolha quanto ao sistema que é utilizado. Os governos canadenses têm receio em ordenar aos médicos em seus consultórios a forma que desejam. A maioria dos médicos de família tem liberdade para estabelecer seus consultórios onde quer, atender aos pacientes que bem desejar e trabalhar nos dias e nos horários que mais bem lhes convier. Como resultado, o governo da província de Ontário está subsidiando cerca de 20 diferentes modelos de prontuários eletrônicos para os médicos, os quais não conseguem necessariamente se comunicar uns com os outros ou com os sistemas hospitalares.

A grande questão é que o sistema de saúde canadense foi projetado para outra época. Ele foi projetado para tratamentos de curta duração e hoje os principais problemas de saúde são as doen-

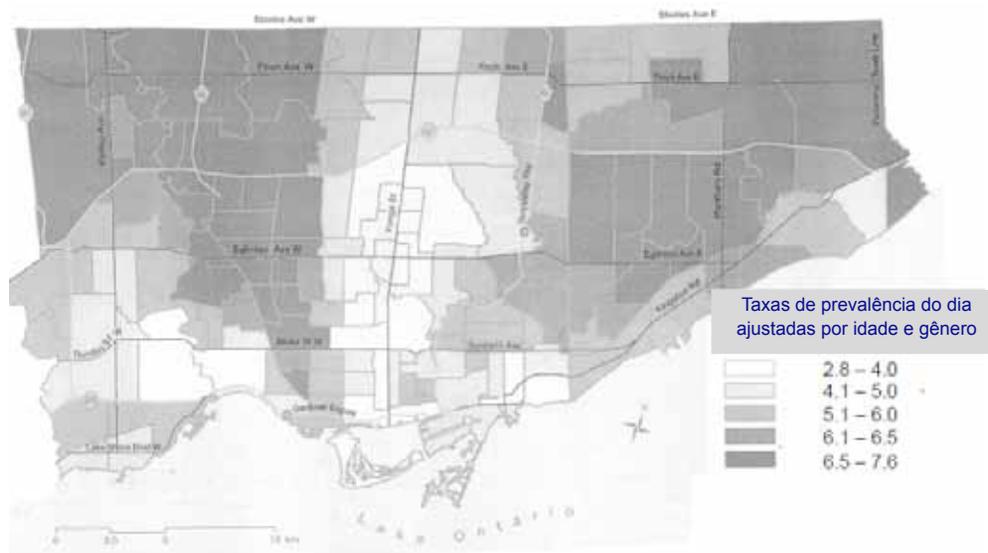
ças crônicas. O sistema canadense não cuida adequadamente das doenças crônicas.

Embora a maioria das doenças crônicas possa ser prevenida, o Canadá não se sai bem nesse quesito. E, apesar de o nosso sistema de atendimento hospitalar e médico ser universal, ainda temos desigualdades em saúde. As desigualdades na saúde não são tão ruins quanto nos EUA, mas ela ainda têm um custo para o sistema canadense. Um estudo de 2004 mostrou as desigualdades na saúde entre diferentes grupos socioeconômicos.

n. 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

FIGURA 2. **Taxas de prevalência do diabetes por bairros em Toronto, Canadá, 2001.**



FONTE: R GLAZIER. NEIGHBOURHOOD ENVIRONMENTS AND RESOURCE FOR LIVING [HTTP://WWW.ICES.ON.CA/FILE/TDA\\_CHP2.PDF](http://www.ices.on.ca/file/TDA_CHP2.PDF)

A figura 2 mostra um mapa com as taxas de prevalência do diabetes em Toronto. As áreas mais escuras no mapa apresentam taxas de diabetes duas vezes maior que os outros bairros mostrados em branco. Essas disparidades no tocante ao diabetes estão quase totalmente relacionadas com as desigualdades de *status* socioeconômico entre os bairros.

Os problemas do sistema de saúde canadense relativos ao acesso

e à gestão e prevenção de doenças crônicas devem-se principalmente a uma Atenção Primária à Saúde inadequada. Por sua vez, essa situação está relacionada com a luta política contínua para decidir se a saúde constitui-se um bem público ou uma mercadoria privada. Os cuidados de saúde deveriam se concentrar fundamentalmente no atendimento às necessidades individuais ou no alcance das metas de saúde para a população? Os cuidados de saúde devem ser principalmente uma propriedade de médicos ou dos canadenses e suas comunidades?

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde apoiou uma Atenção Primária abrangente e reiterou seu apoio na reunião da OpaS, em Montevideu, em 2005. O Canadá assinou ambas as declarações dessas conferências. Contudo, voltar para casa não necessariamente significa a implementação dessa visão de cuidados de saúde primários, principalmente pela contínua dominância médica sobre as políticas de saúde.

As associações médicas provinciais e os governos consideram o dinheiro do seguro médico público como pertencendo às associações médicas e a elas cabem a decisão de como gastá-lo. Em consequência, a maioria das políticas sobre Atenção Primária à Saúde são negociadas a portas fechadas pelos sindicatos de médicos e os governos provinciais. O modelo de centro comunitário de saúde com médicos assalariados, equipes interprofissionais e um foco na promoção da saúde tem sido represado.

Várias análises da Atenção Primária à Saúde no Canadá, feitas nos últimos 25 anos, concluíram que os mesmos problemas persistem.

Em uma grande avaliação do setor público de Ontário em 2012, a Comissão para a Reforma dos Serviços Públicos de Ontário afirmou:

O sistema de saúde ideal teria de enfatizar a prevenção da saúde. Ele seria centrado no paciente e caracterizado pela coordenação ao longo de todo o contínuo de cuidados que um paciente possa precisar. A atenção primária seria o principal ponto de contato, mas haveria muito menos ênfase no tratamento de pacientes em hospitais. Todos os profissionais praticariam suas habilidades em toda sua extensão no seu trabalho; por exemplo, enfermeiras administrariam vacinas e profissionais de enfermagem cuidariam do tratamento de doenças crônicas como o diabetes e a pressão alta. Esquemas de pagamento e coleta de informações apoiariam esse conceito de serviço centrado no paciente.

Alguns médicos canadenses querem uma reforma real, mas o poder está nas mãos dos sindicatos de médicos, que tendem a ser controlados pelos elementos mais conservadores da profissão médica.

Precisamos mudar nossa forma de prestar os serviços, que está lamentavelmente ultrapassada. Nós ainda estamos lutando no Canadá, embora tenhamos principalmente um sistema de financiamento público, para garantir que nosso sistema seja focado nos objetivos públicos.

Tommy Douglas, pai do Medicare, sempre falou da necessidade de mudar a oferta de serviços de atenção à saúde. Ele dizia que a primeira etapa do Medicare era caracterizada pelo pagamento público do antigo sistema, com base no tratamento das doenças por médicos e hospitais. Acrescentava que a segunda etapa se concentraria no projeto de novo sistema de oferta de serviços, orientado para manter as pessoas saudáveis.

Douglas afirmava que era politicamente difícil mudar a forma de os médicos trabalharem na década de 1960. Mas ao longo de sua vida, ele alertou repetidas vezes que se o Canadá não renovasse o sistema de prestação de cuidados de saúde, o Medicare desapontaria cada vez mais os canadenses e perderia apoio popular. Contudo, tem sido muito difícil colocar a segunda fase do Medicare em funcionamento.

O Instituto Norte-Americano para a melhoria dos cuidados de saúde ressalta a necessidade de os sistemas de atenção à saúde concentrarem suas energias em uma “tripla meta”: reforçar o atendimento aos pacientes, melhorar a saúde da população e controlar os custos globais dos cuidados de saúde. No Canadá, ainda estamos lutando para garantir que nosso sistema preste atenção a esses objetivos públicos.

Com a segunda fase do Medicare, os canadenses poderiam ter acesso ao atendimento primário à saúde em menos de 24 horas; poderiam ter acesso a um atendimento médico especializado em uma semana; e poderiam ter acesso a cirurgias eletivas em menos de dois meses.

Destaco um programa inovador do Centro Comunitário Multicultural de Saúde, o "Access Alliance" em Toronto. O Access Alliance trabalha com mulheres imigrantes ou refugiadas e suas famílias. Eles contratam agentes comunitários de saúde líderes em sua comunidade, dão-lhes três meses de treinamento remunerado e depois um contrato de três anos com o CCS. Os agentes comunitários de saúde administram mais de 20 oficinas educati-

n. 27

vas. Eles percorrem suas comunidades para fazer contato com as mulheres isoladas. Eles também ajudam na organização de clínicas para o bem-estar de crianças e mulheres, dirigidas por médicos e enfermeiros do CCS. Os agentes comunitários de saúde já levaram serviços a mais de 15 mil mulheres e seus filhos. E 85% dos agentes comunitários conseguem um emprego na área de serviços de saúde ou serviços sociais após o término de seus contratos. Desse modo, o programa não só fornece serviços melhores, mas também ajuda a fortalecer as comunidades.

A região de saúde de Saskatoon, no Saskatchewan, dividiu a cidade em dezenas de bairros e estabeleceu um perfil comunitário para cada um deles. Eles pesquisaram a situação da saúde e o uso de serviços em cada bairro no intuito de determinar a melhor forma de alocar recursos para melhorar a saúde global da população. Essa é a forma que um sistema público de saúde deveria funcionar!

Então, o que o Brasil pode aprender com a experiência do Canadá?

A primeira lição é que só o financiamento público pode controlar os custos e oferecer um acesso universal. Enquanto o Brasil mantiver seu financiamento misto, público e privado, para a assistência hospitalar e médica, haverá aumentos de custos insustentáveis. Seus custos relativos aos cuidados de saúde já estão subindo rapidamente e vão continuar subindo. O Brasil não conseguirá alcançar a equidade nos serviços de saúde sem um sistema de fonte única pagadora. Como diz a professora Raisa Deber, da Universidade de Toronto: “um sistema de financiamento privado só pode existir se as pessoas perceberem que o sistema público é inadequado”.

Outra lição é que o financiamento público para o atendimento à saúde é um excelente negócio para a comunidade empresarial. O financiamento público reduz o custo dos negócios. No Canadá, o nosso setor industrial tem sido especialmente beneficiado por esses custos menores dos cuidados de saúde. Os produtos canadenses tendem a ser mais baratos que aqueles fabricados nos EUA.

A lição seguinte é que, ainda que o seguro público de saúde seja a base de um programa de saúde eficaz, os países precisam criar novos modelos de atenção à saúde que melhorem a qualidade e, assim, permitam controlar os custos.

A chave para o desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde é basear o planejamento no alcance de metas para a saúde da população. O Brasil já tem feito muitas coisas a esse respeito com a criação de sua rede de centros de Atenção Primária à Saúde. A APS constitui a parte mais importante de qualquer sistema de saúde e é ela que integra a saúde pública com o atendimento à saúde. A APS é também a chave principal para melhorar o acesso, a equidade e as ações intersetoriais que visam reduzir as desigualdades na saúde. O sistema hospitalar canadense é tão bom quanto qualquer outro no mundo, mas o nosso sistema de Atenção Primária à Saúde não é muito bom.

E as perguntas-chave em torno da atenção nacional à saúde estão ligadas à capacidade do Estado para conseguir: as finanças públicas como único pagador e a reorganização do sistema de atenção à saúde. As finanças públicas como único pagador opõem-se normalmente ao setor de serviços financeiros aos prestadores de serviços de saúde e, às vezes, aos empregadores.

A reorganização do sistema de saúde para se concentrar na APS opõe-se geralmente à profissão médica. Nem todos os médicos opõem-se a novas formas de prestação de cuidados. Mas muitos médicos, no Canadá e em outros países, ainda querem ser pequenos empresários. E, muitas vezes, eles se focam apenas no paciente que estão tratando e não na saúde global da comunidade.

O sistema de saúde do Canadá tem evoluído lentamente desde os anos 1960, mas acredito que, agora, ele está prestes a sofrer uma mudança importante. Infelizmente, ainda estamos muito longe da visão de Tommy Douglas para o nosso sistema Medicare. Antônio Carlos Jobim disse uma vez: "o Brasil não é para principiantes". Parafraseando, diria que, em razão de sua complexidade, a política do Canadá para a atenção à saúde também "não é para principiantes"!

Em resumo, o Canadá é uma federação rica, descentralizada, com 14 sistemas de saúde, um para cada província e território, e um para o governo federal que financia a assistência à saúde dos indígenas e dos militares. O sistema de saúde canadense supera em muito o dos EUA, embora não necessariamente supere a de outros países desenvolvidos. O Brasil pode aprender com o Canadá: que sistemas com uma única fonte pagadora são essenciais para controlar os custos e garantir um acesso universal; e é

preciso reorganizar seus sistemas de prestação de cuidados de saúde para melhorar a qualidade e focar na saúde da população. A chave para a reforma é a Atenção Primária à Saúde.

E para encerrar uma citação de Tommy Douglas: "Coragem, meus amigos, não é tarde demais para fazer um mundo melhor".

Gostaria de agradecer ao CONASS por me convidar a vir ao Brasil. Gostaria também de parabenizar ao CONASS e o Brasil pelas suas conquistas importantes nesses últimos 30 anos. Espero poder ajudá-los a fazer do Brasil um país melhor e mais saudável.

Muito obrigado.

### 1.3 JAIRNILSON PAIM

Cumprimento a todas as pessoas presentes e agradeço à organização desse Seminário Internacional, ao CONASS, por estar aqui com três companheiros e um convidado do Canadá.

Parabenizo o CONASS pelos seus 30 anos. Um ator, como lembrou a Dra. Sônia Fleury, fundamental para o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estamos trabalhando com o tema da Seguridade Social. Ressalto a pertinência do CONASS em trazer de novo esse tema para nossa reflexão. Esse tema ficou um pouco esvaziado na agenda política do Brasil após a Constituição de 1988.

Sobre a relação entre a Seguridade Social e a Atenção Primária em Saúde (APS) as apresentações a que assistimos indicam que o Sistema de Saúde é a ponte que concretiza a proposta de Seguridade Social, como a concebemos em 1988, e a APS. E, nessa perspectiva, entendendo o sistema de saúde como um componente do sistema de proteção social, expressado naquelas lutas sociais que foram ocorrendo ao longo do desenvolvimento do capitalismo, seja no continente Europeu, seja na América Latina, em particular. No Brasil, vamos ter efetivamente um misto desses três modelos sistematizados pela Dra. Sônia Fleury: um ainda centrado no assistencialismo, ou modelo residual; o modelo do seguro social ou da Previdência Social; e o modelo da Seguridade Social, a partir da Constituição de 1988.

Nós nunca tivemos um Estado de bem-estar social no Brasil. Eu me lembro da apresentação que a Dra. Sônia Fleury fez há algum tempo, em uma conferência histórica. Ela declarava que nós vivíamos em um “Estado de mal-estar social”. Em alguns momentos, tentou-se construir um Estado desenvolvimentista no país, justamente pela incapacidade da burguesia nacional de realizar a sua revolução burguesa ou mesmo o desenvolvimento capitalista que se fazia esperado. Sempre houve essa necessidade de o Estado brasileiro intervir, de uma forma ou de outra, para garantir o crescimento econômico. Convivemos com a existência no Brasil de alguma coisa diferente do Estado de bem-estar social e com o papel, quase demiurgo, do Estado para viabilizar o que o capital não conseguiu realizar por vias próprias.

Vivemos um paradoxo: as políticas sociais desenvolveram-se mais no período do autoritarismo do que na democracia. O período Vargas, que muitos quiseram de alguma forma suprimir, montou um sistema de previdência inspirado em Bismark. Quando tentaram dar o salto do século de Bismark (Séc. XIX) para o do Lord Beveridge (Séc. XX), a partir de 1988, o que assistimos foi a um conjunto de sucessivas reformas nomeadas de “reforma da previdência” ou contrarreformas que, paulatinamente, retiraram muitas das conquistas dos trabalhadores.

Destaco, portanto, alguns pontos:

1. Nunca tivemos Estado de bem-estar social.
2. Esse aparente paradoxo, em que tivemos mais políticas sociais no autoritarismo do que na democracia. O próprio planejamento social no Brasil cresceu muito mais a partir de 1974, na época da então chamada abertura social e política, do que propriamente no período do Juscelino, ou mesmo na retomada nos últimos anos de democracia no Brasil.
3. O sistema de saúde é o *link* da disjunção que o título desta mesa nos traz. No entanto, o sistema de saúde no Brasil entre 1981 e 2008, a partir de evidências construídas com base nos dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), exibe outro paradoxo: apesar de termos avançado na construção do SUS, o sistema público não cresceu na proporção que cresceu o setor privado. Ao considerarmos, por exemplo, os gastos com assistência à saúde nos últimos 15 dias da entrevista da Pnad, o gasto público que estava em torno de 60% dos gastos totais em saúde em 1981 caiu para 56%, em 2008. Que SUS é esse que busca o avanço na uni-

versalização quando, aparentemente, encolhe em termos de financiamento para a Atenção Básica ou atenção ambulatorial? O mesmo fato aconteceu com a internação hospitalar. Na época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o poder público tinha uma responsabilidade de cobertura de financiamento com as internações bem maior em 1981 do que a que conseguimos alcançar em 2008, com o SUS.

4. No caso especificamente da Atenção Primária, como falou o Dr. Wilson Duarte Alecrim, houve grande crescimento do ponto de vista de cobertura. Hoje, mais de 50% da população brasileira já conta com a Estratégia de Saúde da Família e outros mecanismos da Atenção Básica. E esperamos que isso traga efetividade, qualidade e dignidade ao atendimento à população, até mesmo para poder atrair outros integrantes da população, não necessariamente os pobres, para participarem desse tipo de consumo no SUS.

5. Por mais prioridade que nós concedamos à Atenção Primária à Saúde, em razão do perfil epidemiológico da população brasileira, do envelhecimento e do peso das doenças crônicas, nós não dispensaremos os hospitais. E esses indicadores trazidos pelo Dr. Michael Rachlis são muito ilustrativos. Enquanto o Canadá tem 3,4 leitos por 1 mil habitantes, nós estamos com 2,4 e há controvérsias sobre nossos dados. Alguns indicam que temos 1,9 leito por 1 mil habitantes. Nós temos hoje menos leitos por habitantes do que tínhamos em 1993. E se pensamos em um sistema de saúde universal, no qual a Atenção Primária é porta de entrada, teremos de garantir a longitudinalidade e, seguramente, iremos precisar dispor desses níveis de atenção de forma mais articulada.

6. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, redefinida em outubro de 2011, apresenta um conjunto de princípios e diretrizes doutrinários, sugerindo grande consenso, uma convergência em torno deles. A dúvida que fica é: a APS está chegando para garantir autonomia, emancipação dos sujeitos, dignidade humana e qualidade no atendimento? Ou a APS acaba por reforçar aqueles componentes mais conservadores, mais antigos da visão de proteção social como o modelo da assistência ou residual? Surpreende-me, apesar da importância de racionalizarmos a utilização de recursos, a aderência da APS ao Programa Bolsa Família, cujas consequências merecem ser discutidas. E preocupa-me mais a aderência da APS e da Saúde da Família ao Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, o Pronasci. Tanto

mais que cidadania, como vimos na apresentação da Dra. Sônia Fleury, tende a não ser plena e a não ser universal, e tem-se apresentado regulada ou invertida. Somado a isso, se pensarmos que a linha de proteção à saúde pode estar associada ao controle dos comportamentos das pessoas, por meio da aliança com os órgãos de segurança, diante do nosso histórico do período de ditadura militar, precisamos estar atentos ou temerosos.

Concluindo, deixo algumas questões relacionadas ao tema sobre aos quais ainda precisamos nos debruçar:

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

**a.** Quais seriam as forças sociais e políticas capazes de sustentar uma política de Seguridade Social no Brasil?

**b.** O Dr. Michael Rachlis trouxe-nos uma ideia de que é possível ter um sistema de saúde de mais qualidade quando o financiamento público é garantido. No Brasil, há estimativas de que o gasto público em saúde esteja em torno de 41% dos gastos totais em saúde. A relação dos gastos públicos com o nosso Produto Interno Bruto (PIB) é menor do que a praticada nos Estados Unidos da América, que nunca tiveram a pretensão de fazer um sistema de saúde universal. Como enfrentaremos essa situação?

**c.** O Canadá é uma federação com grande descentralização na qual o gasto federal representa apenas 40% do total do gasto público. Qual é o poder de arrecadação de impostos das províncias do Canadá? No Brasil, praticamente toda arrecadação de impostos é do Governo Federal, porém há progressiva redução do gasto federal com saúde e uma tentativa quase que “enlouquecida” dos municípios e de estados de tentarem recompor esta redução.

Muito obrigado.

MESA 2  
ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO  
MODELO DE  
ATENÇÃO ÀS  
CONDIÇÕES  
CRÔNICAS

---



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

# 2

## MESA 2 **Palestrantes e Debatedor**

<b>PALESTRANTES</b>	<b>Rubén Torres</b> – gerente de Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde na Organização Pan-Americana da Saúde, em Washington-DC.
	<b>Helvécio Miranda Magalhães Júnior</b> – secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
<b>DEBATEDOR</b>	<b>Eugênio Vilaça Mendes</b> – consultor em sistemas de saúde

## 2.1 RUBÉN TORRES

### **A ESTRATÉGIA DA APS, AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS**

Boa-tarde a todos. Meus agradecimentos ao CONASS por este convite, por nos permitir estar aqui para compartilhar com vocês esta festa. É com prazer que venho comentar qual a posição da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a respeito da situação das doenças crônicas não transmissíveis e a possível resposta que podemos oferecer por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e como a integração das redes pode nos auxiliar a enfrentar esse problema. É muito triste ter de mostrar algumas evidências de que a APS pode ser essa resposta ainda nos dias de hoje, mas infelizmente nossos políticos parecem ser inversamente proporcionais às evidências da Atenção Primária e às decisões que tomam muitas vezes no desenho de políticas em todas as Américas.

## AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresenta características muito particulares, e podemos ver que elas afetam principalmente os pobres (indivíduos, comunidades e países), de modo que 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em países de renda baixa e média. A outra questão importante é que, além dos problemas causados pelas DCNT, elas estão minando o desenvolvimento de nossos povos. E por que isso acontece? Acontece em razão do ciclo vicioso que envolve os determinantes sociais. Entre os mais pobres há escassez de alimentos, que levam às deficiências nutricionais que contribuem para a ocorrência dessas doenças, que por sua vez levam à perda da capacidade de trabalho, e isso aumenta o impacto sobre a produtividade no nosso país.

As DCNT são um dos fatores mais perigosos, o segundo em importância na participação do desenvolvimento e da produtividade em todos os países.

Qual é o peso relativo em termos não só de qualidade de vida, mas também o impacto econômico das DCNT? A mortalidade por essas doenças é o dobro da mortalidade por doenças transmissíveis e deficiências perinatais e nutricionais. Muitos dos países afetados pelas DCNT são países de renda média. E muitos deles não recebem ajuda internacional. E mesmo quando há ajuda internacional essa é realmente muito baixa.

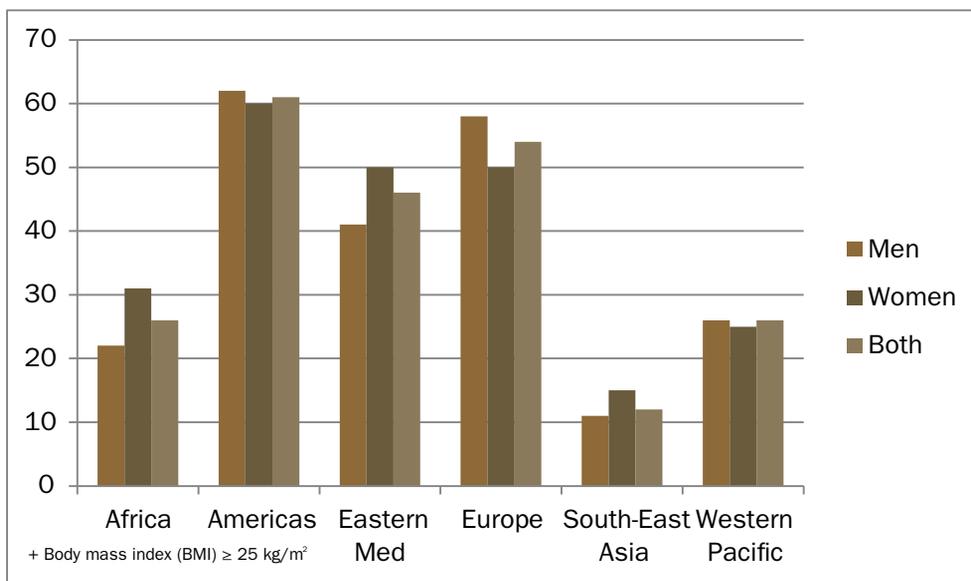
O que está acontecendo em nossa região? Em todos os países da região, as DCNT são os principais componentes dos custos de saúde. Mas há uma boa notícia: essas doenças são evitáveis. E sendo evitável, é possível que o modelo de atenção à saúde seja voltado exclusivamente para tratamento especializado e hospitalar? Talvez essa seja uma das primeiras perguntas que devemos fazer e trabalhar.

Especificamente na região das Américas, podemos observar o grande impacto em razão da carga das DCNT e dos fatores de risco que estão no nosso cotidiano. Entre esses, 150 milhões de pessoas são fumantes; 30% da população das Américas entre 25 e 64 anos são hipertensos; e 25% das pessoas com mais de 15 anos são obesos. Na região das Américas, há 250 milhões de pessoas que vivem com uma DCNT. E esta é a principal causa de morbidade e mortalidade. E a velocidade da epidemia das DCNT é muito distinta em países diferentes.

Há várias possibilidades para solucionar essa situação: a redução da utilização de tabaco em 20%, a diminuição da ingestão de sal em 15%; fazer que 60% das pessoas com risco submetam-se a tratamento médico. E isso custa pouco dinheiro. E é muito provável que os nossos modelos de atenção, com foco em especialidades e hospitais, não levem isso em conta. Pois as causas são multifatoriais e multisetoriais, e em grande parte preveníveis e necessárias para toda a sociedade. As mortes por uso de álcool não se resolvem em um modelo de especialização médica como a maioria dos países da região tem. Isso que é o centro das DCNT, não tem uma resposta médica.

Observe o problema da obesidade (figura 1). As Américas são a região com maior prevalência desse problema. Esta tem enorme impacto econômico nos custos médicos diretos da despesa total em saúde de um país.

FIGURA 1. **Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões do mundo, 2008.**



FONTE: BARCELO A ET AL, 2003.

Além do impacto sobre vidas humanas, o impacto econômico direto das DCNT está no impacto sobre a produtividade. O impacto dos custos.

Além do custo em vidas humanas e econômico, essa situação não se constitui somente como um desafio para os sistemas de saúde, mas como um desafio para o desenvolvimento do conjunto de nossas nações.

Com isso, fica a pergunta-chave: a APS renovada pode ser utilizada estrategicamente para ajudar a resolver problemas crônicos?

Outras tendências preocupantes do sistema são a aplicação de um foco em resultados de curto prazo e bastante fragmentado, com uma governança com base na não intervenção. No *laissez-faire*.

Temos três tendências preocupantes em nosso sistema de saúde:

- Foco em uma oferta limitada de cuidados curativos especializados.
- Aplicação de um enfoque de mando e controle na luta contra as doenças, centrando-se em resultados a curto prazo, provocando uma fragmentação na prestação de serviços.
- Governança com base na não intervenção ou no *laissez-faire*.

As pessoas com doenças crônicas estão à procura de tratamento contínuo, e que o sistema oferece é uma provisão episódica de cuidados.

Por isso, a Atenção Primária à Saúde renovada, como defende a Organização Pan-Americana da Saúde, tem valores centrados em três eixos: direito ao mais alto nível possível de saúde, solidariedade e equidade (figura 2).

FIGURA 2. **Valores, princípios e elementos essenciais em um sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde.**



FONTE: OPS-OMS, 2007.

Em muitos países, o crescimento econômico tem gerado um enorme crescimento das classes médias, que têm a ideia de que a seguridade social é um problema individual, onde cada um garante sua saúde, não importando o que acontece com os outros. Isso pode acabar com a ideia de que a saúde é um bem social e um bem público.

A APS tem impacto sobre a equidade. As maiores despesas que ocorrem na saúde, na maioria dos países, são dirigidas mais às classes mais ricas do que às classes mais pobres.

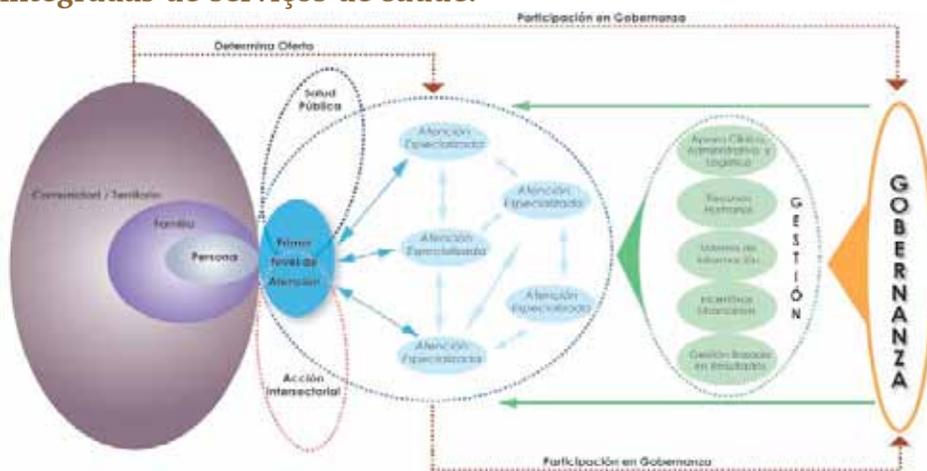
De acordo com esse aspecto do impacto sobre a equidade, a atenção primária é útil e não tem nada a ver com a situação de custos. Observe que para o caso de hipertensão, o fator de risco mais importante na maioria dos estudos de meta-análise é a ausência de formação médica nas áreas de medicina de família, medicina voltada para a APS. Isso é uma forte evidência a esse respeito.

Outro exemplo, os fatores associados à mortalidade hospitalar. Outra meta-análise mostra que um maior número de internações ocorre quando há menos de um médico de família para uma certa quantidade de pessoas. Portanto, essa parece ser a estratégia certa.

## **REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

As Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) são outra linha de trabalho que a nossa organização oferece. A integração de redes de saúde descreve quatro grupos de atributos relacionados com organização e gestão; governança e estratégia; alocação e incentivos; e modelo assistencial das redes integradas de serviços de saúde. Os atributos do modelo, basicamente, estão associados à Atenção Primária à Saúde, com foco no indivíduo, na família e na continuidade do cuidado.

FIGURA 3. Representação gráfica dos atributos essenciais das redes integradas de serviços de saúde.



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de soporte de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

## MODELO DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Qual é o modelo de atenção das doenças crônicas? A literatura traz alguns modelos voltados para as doenças crônicas, que basicamente repetem o mesmo: a necessidade de conhecer a comunidade, de envolver a participação da comunidade, a necessidade de envolver as pessoas, de estar próximo ao paciente e ter atenção centrada na pessoa.

O informe de saúde mundial do ano de 2008, que trata da Atenção Primária, agora mais necessária do que nunca, traz as cinco falhas comuns dos sistemas de atenção à saúde. Assim, os desafios que temos na nossa região passam por essas falhas e como podemos atacar essa situação.

O primeiro desafio é tornar o paciente permanentemente “visível”, porque o que não é visível gera custo, não apenas econômico, mas também um custo em termos de qualidade de vida. Note que quando o paciente sai do “radar”, todas essas coisas acontecem: mortalidade e morbidade somadas às situações que poderiam ter sido resolvidas de forma diferente.

Nosso atual modelo predominante não responde a nenhuma dessas características. Geralmente, contrapõe-se a todas. Podemos citar outro exemplo: ainda precisamos de especialistas, quando se mostra que a probabilidade de detecção de câncer terminal em razão da existência de espe-

cialistas ou médicos de família. E percebe-se que essa detecção está mais vinculada à atenção centrada em especialistas.

O que devemos fazer?

O que a APS precisa? A APS requer um marco legal efetivo, por meio de:

- reconhecimento da saúde como um direito social;
- fortalecimento do primeiro nível de atenção como âmbito para as ações de promoção e prevenção no contexto de fatores sociais, econômicos e culturais, incluindo questões de gênero;
- criação de canais de interlocução entre os diversos setores (público, privado social, privado empresarial, social, sociedade civil) que devem participar na formulação da legislação de caráter intersetorial das políticas voltadas para as DCNT;
- estabelecimento de um marco integral para abordar os diversos fatores de risco associados às DCNT, para evitar a fragmentação do marco regulatório por doença específica e as consequentes assimetrias de equidade que esse fenômeno envolve.

Uma das características centrais dos sistemas de saúde é o acesso. Mas ter acesso a um labirinto, em que não se sabe como sair, não resolve o problema de saúde do paciente. Precisamos evitar que nosso paciente sintam-se entrando em um labirinto ao entrar no sistema de saúde.

**Quais são as interconexões entre a estratégia da APS, as redes e esse modelo de atenção?**

A falta de coordenação dos cuidados aumenta o número de internações. Quais são as consequências? Dois terços dos leitos hospitalares e internações não planejadas correspondem a uma descompensação ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis.

1. Podemos trabalhar com dez características do modelo de atenção às DCNT com alto desempenho.
2. Assegurar a cobertura universal.
3. Prover atenção gratuita no ponto de entrada.
4. Sistema de cuidados com base na prevenção e não somente no tratamento.
5. Prioridade para o autocuidado com apoio dos cuidadores e da família.
6. APS ser o coração do sistema de cuidados.

7. Ênfase na gestão da saúde da população e não somente na atenção individual.

8. Cuidados integrados para facilitar que a equipe da APS possa acessar os cuidados especializados.

9. Tecnologias da informação utilizadas para melhorar os cuidados.

10. Os cuidados para o paciente individual devem ser coordenados de maneira efetiva.

11. As dez características anteriores vinculadas como parte de um enfoque estratégico de troca.

Das características citadas acima, talvez a mais importante seja a décima primeira que vincula um enfoque estratégico da troca de modelo de que necessitamos.

Quando se tem de tomar decisões, a pergunta que vem é: “como faremos isso?” E para isso necessitamos de algumas estratégias de implementação, como:

- liderança clínica para a troca;
- medir os resultados e utilizá-los para guiar melhorias;
- criar os incentivos corretos;
- participação da comunidade.

## OS RECURSOS HUMANOS E A INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA ATENÇÃO ÀS DCNT NA APS

É fundamental pensar qual a necessidade e a condição dos recursos humanos de que precisamos para enfrentar as DCNT. Cada vez mais os pacientes precisam de cuidados que não se aproximam da formação tradicional dada pelas nossas universidades. E nós temos de pensar em criar um futuro que queremos para esses recursos humanos que são tão importantess nesse modelo que queremos implementar.

Fica a indagação: como nossas universidades investem na formação de médicos? O médico quando se forma não tem conhecimento da população que ele irá tratar. E esta é uma questão que temos de discutir muito seriamente entre os sistemas de saúde e as universidades.

Finalmente, quais seriam as estratégias possíveis para o controle das DCNT?

n. 27

Apresento a estratégia de prevenção e controle das DCNT que tem como propósito fortalecer a capacidade dos países para responderem de uma forma sustentável o desafio sanitário e econômico das DCNT. Ela é dividida em quatro objetivos:

- Políticas multisetoriais para a prevenção e o controle das DCNT.
- Redução dos fatores de risco e proteção da saúde.
- Resposta do sistema de saúde.
- Vigilância e investigação.

O primeiro grupo envolve as políticas multisetoriais: planos nacionais, parcerias multisetoriais, políticas de proteção social. O novo modelo de atenção tem como característica fundamental a obsolescência social, em que não se toca, não se ausculta, não se escuta o paciente. Esse modelo é inadequado às necessidades das pessoas: oferta de serviços altamente tecnificados, caros e inacessíveis.

O segundo grupo tem a ver com a redução de risco e a proteção à saúde. Políticas que atacam essas situações. Por isso, há muito pouco a acrescentar, mas como se comportam hoje os nossos sistemas de saúde, ou o que chamamos de sistemas de saúde? Esta é uma estrada que termina em um precipício em que vários carros estão rodando em alta velocidade. Nossos atuais sistemas de saúde constroem hospitais no fundo de um precipício para obter cuidados para aqueles que caem do penhasco. Em vez de colocar cercas para evitar as quedas.

Portanto, não sejamos tão infames, não sigamos chamando isso de sistema de saúde. Este é sistema de doença.

O terceiro grupo está ligado às respostas do sistema de saúde. Qual é o modelo de serviço, de medicamentos e de tecnologia? Nossa Organização tem disponível alguns elementos para isso. E o Brasil foi pioneiro em trabalhar a questão da promoção do uso racional de medicamentos, a fabricação e o uso de medicamentos genéricos. E agora temos a ferramenta do fundo estratégico em nível da Organização, que permite compras em grandes quantidades de itens que reduzem o preço para todos os países membros.

Outro fator que temos de enfrentar é o problema de novos medicamentos e produtos biológicos. Esses custos para os sistemas de saúde serão insustentáveis se não refletirmos em como lidar com isso.

O quarto grupo envolve a vigilância e a pesquisa, tudo o que precisa ser feito com base no presente, e neste faço publicamente um agradecimento ao governo brasileiro, que juntamente conosco lançou uma plataforma de inovação e acesso aos cuidados de saúde. Essa plataforma tem diversos componentes: o uso da tecnologia da informação, a informação sobre as evidências disponíveis, comparando os preços de medicamentos e suprimentos de toda a região, o que permite a compra mais inteligente desses insumos em todos os países da região.

Muito obrigado.

## 2.2 HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE COM FOCO NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Boa-tarde. Saúdo minha amiga Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi, presidente do CONASS, exemplo de gestora e de sanitarista e, atualmente, secretária estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul. Agradeço a direção do CONASS na pessoa de sua presidente, a Dra. Beatriz, do seu secretário executivo, o Dr. Jurandir Frutuoso, e de toda a equipe técnica. Vocês têm sido grandes parceiros do Conasems e do Ministério também nessa etapa de construção do SUS. Obrigado pelo convite. Cumprimento o Dr. Rubén Torres e o Dr. Eugênio Vilaça.

Este é um tema tão atual, que inicio recordando a reunião que fizemos em janeiro de 2011, com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a diretoria e a equipe técnica do CONASS, logo que assumimos no Ministério da Saúde. O tema Redes de Atenção à Saúde (RAS) ocupa uma posição central para implementação da Atenção Primária. Por isso, não precisamos criar novos conceitos nesse campo, precisamos colocar em prática a proposta que vem sendo discutida pelo país, na academia, nos serviços e, ainda que de forma tênue, praticada em muitos municípios e em muitas regiões do país.

O Sistema Único de Saúde no Brasil é herdeiro de um conjunto de serviços que efetivamente ainda não operam no que poderíamos chamar de

redes assistenciais. Contudo, todo o esforço tem sido realizado no sentido de dotá-lo de atributos e de características da Rede de Atenção à Saúde.

Nossa herança de serviços e práticas é a somatória do que era realizado no extinto Inamps, nas universidades, nas instituições filantrópicas, nos postos de saúde dos estados e dos municípios, no extinto Funrural, entre outras instituições. Esse legado histórico, assumido constitucionalmente, coexiste com o sistema privado, em um arranjo complexo e dentro de um pacto federativo. Isso é de uma grande riqueza, mas de operacionalidade complexa.

Para além da questão demográfica, é importante considerar a nossa trajetória. Seguimos envelhecendo muito rapidamente e sem o tempo adequado para o enriquecimento social. Esse é o dilema brasileiro, que exige mais do sistema de saúde. Convivemos com um quadro sanitário caracterizado pela existência da tripla carga de doenças: doenças infecciosas persistentes a nos incomodar e vitimar; a “ressurgência” de outras antigas, como a dengue, a complexidade da questão da violência; e o aumento das doenças crônicas.

As doenças crônicas tornam-se um grande desafio quando pensamos na dimensão continental do Brasil, com sua diversidade econômica, social e continental. Quando falamos de hipertensão arterial e diabetes, referimos-nos aos 40 milhões de brasileiros acima de 18 anos de idade, segundo o Vigitel, que exigem cada vez mais um cuidado contínuo e qualificado.

A melhoria das condições sociais e econômicas ao longo dos últimos anos e a redução da pobreza leva-nos a novos desafios, se isso não for tratado por meio de uma política social integrada. Nas últimas três décadas, o país vem passando por mudanças sociais importantes: aumento de 14% dos domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água; aumento de 11% no PIB *per capita*; queda de 20% na taxa de analfabetismo da população (de 15 anos e mais); queda do desemprego e do trabalho infantil; aumento do poder de consumo do brasileiro entre as classes C e D.

O tema da obesidade, a exemplo, está intimamente relacionado às populações que saem da pobreza e cada vez mais copiam hábitos que a classe média vem adotando ao longo do tempo. O nosso jeito de organizar a vida, majoritariamente urbana, traz características muito próprias relacionadas à violência, ao acesso aos bens, ao jeito de organizar o cotidiano, tornando os fatores de risco para as doenças crônicas presentes cada vez mais na vida da população.

A ampliação do acesso ao serviço de saúde e a melhoria dos indicadores são marcadores exitosos dessa construção, que precisamos reconhecer apesar de todas as dificuldades. Enfrentando todos os obstáculos, insistimos na opção constitucional de um sistema universal público. Como diz o ministro Alexandre Padilha, é sempre bom lembrar que entre as 400 nações, apenas 11 possuem mais de 100 milhões de habitantes. Dessas 11, o Brasil é o único país que aceitou o desafio de ter um sistema universal público e que busca a integralidade. Portanto, é um enorme desafio para toda a sua população, com toda diversidade já indicada. Destacam-se também a opção brasileira pela municipalização e a rapidez da ampliação da cobertura da Atenção Primária com o formato da Estratégia de Saúde da Família.

Isso é uma questão muito importante que influenciou concretamente os indicadores de saúde da população, principalmente em razão da ampliação da oferta de ações e serviços, que vem se dando progressivamente.

Nas últimas duas décadas, tivemos uma redução importante da mortalidade, notadamente da mortalidade infantil e materna. Isso certamente se deu a partir das medidas adotadas na assistência, especialmente da Atenção Básica. Sem esquecer a redução do tabagismo alcançada pelo Brasil. A prevalência de fumantes em 1990 era de 34%, e em 2012 está menor que 15%, segundo o Vigitel. Essa é uma grande vitória conquistada não só pelas campanhas antitabagismo, mas também pelo envolvimento de vários setores, pelo processo educativo, pela legislação implantada e pelas disputas com muitos setores econômicos.

Temos muitos desafios ainda: questões demográficas, epidemiológicas, incorporação adequada de tecnologias, questões relacionadas ao modo de organizar a vida, persistência da pobreza e falta de educação desejável. E desafios dentro do próprio sistema, desde a sua organização, a sua macroestrutura, mas principalmente a sua forma relacional, o que podemos chamar de “rede movimento”.

Podemos dizer que para enfrentar esse desafio precisamos de Redes de Atenção à Saúde e ampliação da qualidade do cuidado. Portanto, as diretrizes da SAS são prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado, por meio da organização e do desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde.

Para a SAS, o nosso grande eixo é a organização da Rede de Atenção à Saúde em territórios a serem definidos pelos estados com seus municípios, incluindo a lógica de prioridade. E a partir daí, uma permanente negociação com CONASS e Conasems para a implementação dessa rede. É uma decisão importante a alocação dos novos recursos na lógica da organização das RAS. Convivemos com a pressão permanente pelo aumento de tabela das ações e dos serviços, pelo aumento dos tetos físico-financeiros e é uma pressão justa. Contudo, estamos firmes no sentido de induzir mais poderosamente as RAS, até mesmo para essa discussão.

A Constituição de 1988 estabeleceu o termo "redes regionalizadas e hierarquizadas", que nós operacionalizamos pela "Rede de Atenção à Saúde". A RAS é citada na nossa Lei Orgânica, na Lei n. 8.080 e na Portaria n. 4.279 de 2010, que estabelece que as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

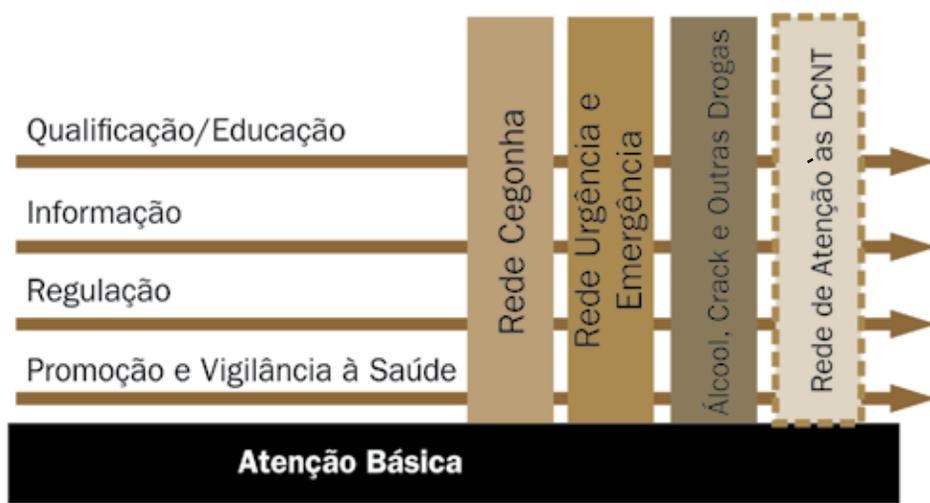
O Decreto n. 7.508, de junho de 2011, estabelece o conceito de "Região de Saúde", com o objetivo de operar as redes temáticas, dizendo que para o avanço da municipalização é necessário adequar as Regiões de Saúde com o intuito de garantir integralidade para a maioria da população. Essa integralidade, para a maioria dos municípios que possuem uma população muito pequena, só será conquistada em uma Região de Saúde. Esse é o espírito da formalização da Região de Saúde e das RAS por meio do decreto presidencial.

Uma rede que se constitui de vários pontos de atenção deve ser uma estrutura com movimento, tem de ser relacional e ter clareza da sua missão, a ser publicizada para os seus trabalhadores e usuários. A partir da Atenção Básica como coordenadora do cuidado que deve estar centrada nas necessidades de saúde e não na oferta de serviço ou na demanda anárquica, que às vezes é só uma parte da necessidade. Que reflita uma responsabilização contínua, integral e reafirme a nossa experiência brasileira de nascer sob a égide de um cuidado multiprofissional.

Nós já temos evidências suficientemente fortes para mostrar que isso é um diferencial brasileiro em relação a outros sistemas de saúde do mundo que centram na Atenção Primária, mas tem no profissional médico o seu principal elemento para a prática, o que implica enormes limitações.

Com a Atenção Básica como eixo e algumas ações transversais, optamos por alguns temas como: Assistência Obstétrica Neonatal (Rede Cegonha); Rede de Urgência e Emergência; Rede de Cuidados na Saúde Mental com ênfase nas pessoas dependentes de crack, álcool e outras drogas; e Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (figura 4). E por isso, temos a satisfação de dizer que, do ponto de vista orçamentário, o Ministério tem aumentado seu orçamento em média 10% a 11% anuais e a SAS está aumentando em média 14% a 15% no orçamento interno do MS. Nosso orçamento destinado à Atenção Básica ampliou para 24% a 26% em média.

FIGURA 4. **As Redes de Atenção à Saúde no Brasil.**



Implantamos algumas inovações no financiamento, em especial, o Piso da Atenção Básica (PAB Unificado). Discutimos com os municípios e diferenciamos o PAB fixo por várias características, em especial o perfil econômico de cada município. Outra ação importante é o Programa de Melhoria do Acesso de Qualidade (Pmaq) que alocou a maior parte dos recursos novos em um formato que privilegia a organização, a estrutura, o processo e os resultados. O Pmaq está em curso e temos 18 mil Equipes de Saúde da Família (ESF) que fizeram adesão ao Pmaq. Essas equipes aceitaram avaliar seu trabalho, sua performance, seus resultados e contratualizar metas. E certamente em 2013, teremos o Pmaq 2 para muito mais equipes.

No Pmaq, privilegamos o cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas, avaliando questões como: a disponibilidade de medicamentos, o acompanhamento dos usuários por sistemas informatizados ou manuais, os grupos operativos, a avaliação de satisfação dos usuários e dos próprios trabalhadores.

Com a finalidade de ampliarmos a qualificação da coordenação do cuidado na Atenção Básica, estamos preparando um debate com CONASS e Conasems sobre um formato mais avançado e flexível dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com uma novidade, a sustentabilidade financeira completa, como a que ocorreu com o Programa de Atenção Domiciliar. Essa possibilidade pode qualificar em muito os trabalhos da Atenção Básica com equipe matricial, com equipe multiprofissional seja na Saúde Mental, seja na Reabilitação. Na Assistência Farmacêutica, essa é uma proposta importante, pois poderemos melhorar significativamente esse setor.

E outra questão importante é o projeto de requalificação física das unidades básicas, visando a ambientes acolhedores e dignos para os trabalhadores e para os usuários, que permitem informatização com banda larga, com salas de observação e reunião, a fim de acoplar outras tecnologias unidades que qualifiquem a Atenção Básica e garanta o seu papel como cuidadora direta, grande detentora de capacidade para cuidar das pessoas e com resolutividade. Além de ser gestora do cuidado e ordenadora da rede, responsabilizando se por sua população.

A integração dos sistemas informatizados é um desafio. Temos a possibilidade concreta de ter um número identificador e registro eletrônico onde for possível. E onde não for, teremos pelo menos o mínimo de informação consolidada.

Nesse tema, estamos investindo na construção do novo formato do projeto Telessaúde Brasil, que pressupõe estrutura para mais de 10 mil ESF com segunda opinião formativa e ensino a distância e a possibilidade de intervenção em questões de Média Complexidade com apoio ao diagnóstico.

Nas redes temáticas, no tocante às Redes de Doenças Crônicas, priorizamos o desenvolvimento das seguintes linhas de cuidados: cardiovasculares, obesidade, câncer e doenças respiratórias. Já tínhamos começado com a priorização aos dois tipos de câncer mais prevalentes para mulheres – câncer de colo de útero e câncer de mama. Temos um grupo finalizando o

projeto de uma nova Rede de Atenção Oncológica no país, com a participação do CONASS, do Conasems e especialistas. Esse projeto trabalha uma iniciativa importante de dotar todo o país, nos próximos cinco ou seis anos, de acesso oportuno em tempo e distância geográfica à radioterapia e à quimioterapia, à cirurgia oncológica e ao tratamento combinado. Atualmente, temos uma superconcentração do tratamento oncológico no Sul, no Sudeste e no litoral do Nordeste.

Temos atuado também sobre as doenças cardiovasculares e a obesidade. Podemos citar uma ação importante, apoiada especialmente pelos municípios com Saúde na Escola, em que o tema da obesidade infantil tem sido pautado em mais de 55 mil escolas no Brasil. Em relação às escolas particulares, destaca-se a legislação em torno da alimentação saudável oferecida pelas cantinas.

Nós temos procurado avançar no sistema de monitoramento. O Governo Federal acompanha as ações, com suas metas, prazo e responsável. Além das ações regulatórias, em caráter mais amplo. Como feito com a legislação do tabagismo, precisamos seguir na mesma linha com o uso abusivo do álcool, especialmente na relação álcool e trânsito.

Precisamos avançar em ações intersetoriais. A exemplo, citamos as experiências locais relacionadas ao crack. Não será uma ação de saúde isolada que dará conta de enfrentar esse problema. Precisaremos trabalhar com políticas de reinserção social, educação, cultura, mas, também, em conjunto com as ações de segurança, de setores da inteligência, dentre outros.

E não podemos esquecer a autonomia do usuário. Sem a valorização do autocuidado e sem a participação de equipes multiprofissionais não daremos conta desse contingente de pessoas que precisam de um cuidado qualificado. E esse usuário deve ter as condições para o desenvolvimento desse projeto compartilhado.

As ações precisam ser cada vez mais integradas e os pontos de atenção de uma rede devem ter diferentes plasticidades regionais, especificidades locais, formando uma rede em movimento, que dialogue e facilite o caminhar do usuário.

Precisamos avançar nas tecnologias de informação e comunicação no SUS. Tal fato fica claro quando fazemos um esforço enorme na linha de

n. 27

cuidado dentro da Urgência, trabalhando com as linhas de cuidado pactuadas para a doença coronariana aguda a partir de experiências locais, por exemplo. E, via de regra, pessoas se perdem no labirinto da rede de urgência. Portanto, precisamos usar a tecnologia disponível (telefone, mensagem, carta, agente comunitário) para que se tenha um cuidado continuado.

Reafirmamos a nossa clara determinação em concretizar a Atenção Básica como fundamental para se ter um sistema de saúde que responda positivamente ao quadro epidemiológico brasileiro, à realidade sanitária brasileira, cuidando bem das pessoas. Considero que isso pode modificar algumas percepções negativas em relação ao Sistema Único de Saúde pela população brasileira, que é quem nos interessa atender nas suas necessidades, e ter a satisfação dessa população.

Obrigado.

### 2.3 EUGÊNIO VILAÇA MENDES

Boa-tarde a todas e a todos. Eu cumprimento a mesa, a Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi, a quem agradeço o convite para estar aqui, o Dr. Rubén Torres e o Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior.

Meus comentários serão feitos em duas dimensões: uma preliminar, referente à definição de conceitos básicos colocados pela temática da mesa, e outra buscando ressaltar aspectos centrais das duas apresentações realizadas com o objetivo de alimentar o debate.

São dois os conceitos básicos que devem ser aprofundados para o correto tratamento do tema proposto à mesa: o de condições crônicas e o de Atenção Primária à Saúde.

### CONDIÇÕES CRÔNICAS

O conceito de condições de saúde é recente e, em 2002, foi incorporado pela Organização Mundial da Saúde.

O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na atenção; se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua. Isso é diferente da clássica tipologia de doenças

transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis que se sustentam, principalmente na etiopatogenia das doenças. Consequentemente, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos como a gravidez e os acompanhamentos dos ciclos de vida que não são doenças, mas são condições de saúde que devem ser cuidadas pelos sistemas de atenção à saúde.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias. Podendo ser episódica, reativa e feita com foco nas doenças e sobre a queixa-conduta; ou contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos em um plano de cuidado elaborado, conjuntamente, pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições de saúde são divididas em duas categorias: as condições agudas e as condições crônicas, e apresentam formas diferenciadas de manifestação, de duração e de evolução que definem o modo como os sistemas de atenção à saúde devem responder a elas. As **condições crônicas** são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo que exigem respostas e ações contínuas e proativas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e de qualidade.

O conceito de condições crônicas não é igual ao de doenças crônicas ainda que as englobe em sua totalidade. Assim, além das doenças crônicas, são condições crônicas: as doenças transmissíveis de curso longo (hanseníase, HIV/Aids, certas hepatites virais, tuberculose e outras); as condições maternas e perinatais; a manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); os distúrbios mentais de longa duração; as enfermidades que não são catalogadas como doenças na nosografia oficial (*illnesses*); e as deficiências físicas e estruturais contínuas. Todas essas condições crônicas exigem uma resposta social proativa, contínua e integrada por parte dos sistemas de atenção à saúde.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A conceituação de APS é necessária porque há diferentes propostas de como defini-la e de como organizá-la nos sistemas de atenção à saúde.

Uma APS, para dar conta de cuidar das condições crônicas, deve ser definida a partir de seus atributos essenciais e derivados, conforme proposto pela Profa. Barbara Starfield. Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiro quatro são os atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os três últimos são os atributos derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural).

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a atenção à saúde.

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares da abordagem familiar.

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que

vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

## **ASPECTOS CENTRAIS TRAZIDOS PELAS APRESENTAÇÕES PARA O DEBATE**

A função de um comentarista é analisar as apresentações feitas e buscar relevar, nelas, pontos para o debate com a plenária. E hoje, minha função foi facilitada por duas razões. A primeira, a programação da mesa pelo CONASS que buscou aliar a experiência internacional de uma agência multilateral, a Organização Pan-Americana da Saúde, e a experiência nacional do Ministério da Saúde. A segunda, a excelente qualidade das duas apresentações que uniram conteúdo, objetividade e poder de síntese dos apresentadores. Por outro lado, contraditoriamente, o grande número de aspectos tratados tornou difícil selecionar os mais relevantes para serem aprofundados no debate.

Não obstante, selecionei alguns pontos que pareceram mais significativos para o debate desta questão fundamental do cuidado das condições crônicas na APS do SUS.

## **O INTERESSE PELAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O mundo e o Brasil vivem uma situação de saúde que se expressa em transições demográfica e nutricional aceleradas e em transições epidemiológicas com forte hegemonia das condições crônicas. Internacionalmente, 80% das mortes por doenças crônicas dão-se em países de média e baixa renda; 8 milhões de pessoas morrem prematuramente, cada ano, por doenças crônicas; aproximadamente, 250 milhões de pessoas vivem com doença crônica

nas Américas, 149 milhões delas são fumantes e 30% dos adultos têm hipertensão; e entre 2011 e 2030, haverá perda de produtividade de perto de 50 trilhões de dólares pelas cinco principais doenças crônicas. No Brasil, nos próximos 15 anos, a população de pessoas idosas vai dobrar; metade da população de pessoas adultas e um terço das crianças de 5 a 9 anos de idade apresentam sobrepeso ou obesidade; 79% da população de mais de 60 anos relatam ter uma ou mais doenças crônicas; 66% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade são por doenças crônicas; 45% do total de mortes são por doenças do aparelho circulatório e neoplasias; há 31,1 milhões de portadores de hipertensão arterial e 8,3 milhões de portadores de diabetes; a taxa de mortalidade por doenças crônicas no Brasil é o dobro da canadense; três condições crônicas (diabetes, doenças do aparelho circulatório e acidente vascular cerebral) levarão a uma perda de 4,1 bilhões de dólares entre 2006 e 2015; mais de 70% dos gastos do SUS são com condições crônicas.

A grande prevalência das condições crônicas vem junto com certos mitos que devem ser superados. Os principais são: as condições crônicas ocorrem em regiões e em pessoas ricas; as condições crônicas afetam as pessoas de maior idade; e as condições crônicas não são preveníveis. Ao contrário do que expressam esses mitos, as condições crônicas são mais prevalentes em regiões e pessoas pobres, ocorrem em todas as idades e são preveníveis e controláveis por um sistema de atenção à saúde adequado, especialmente pelas ações desenvolvidas na APS.

Ainda que a prevenção e o controle das condições crônicas exijam intervenções coordenadas em todos os pontos de atenção das redes de saúde, é na APS que essas intervenções são mais efetivas, mais custo-efetivas e mais equitativas.

A razão fundamental é que a população está vinculada às equipes de APS. Em torno de 80% dos atendimentos das unidades de APS são de portadores de condições crônicas. É, também, nesse nível de atenção que se ofertam, predominantemente, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças e os cuidados às condições crônicas estabelecidas de menor complexidade que representam mais de 75% das necessidades das subpopulações de portadores de condições crônicas.

A experiência internacional evidencia que os sistemas de atenção à

saúde que se organizam a partir de uma APS forte são mais eficientes, mais efetivos, mais custo-efetivos e mais equitativos que os que não o fazem. Uma APS de qualidade está associada a menos utilização de serviços de urgência e emergência e a menos internações hospitalares. No Brasil, as reduções nas mortalidades por doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e doenças respiratórias crônicas estão associadas ao aumento da oferta de APS. A capacidade da APS em atingir os mais pobres torna mais equitativa a atenção às condições crônicas.

A natureza intrínseca das condições crônicas exige uma ação coordenada de uma Rede de Atenção à Saúde, o que é um papel inequívoco e insubstituível da APS.

## **AS DIFICULDADES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM RESPONDER ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Não é o que está ocorrendo nos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, tal como mostrou o Dr. Rubén Torres, reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

A razão técnica para essa crise que se manifesta, de forma contundente no SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas, normalmente autopercebidos pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção

contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem.

A causa fundamental da crise dos sistemas de atenção à saúde, no plano macro, reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos, tal como assinalou em sua apresentação o Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Os sistemas de atenção à saúde movem-se em uma relação dialética entre fatores contextuais (transição demográfica, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e os fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de pagamento e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo muito mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de se adaptarem, em tempo, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e os eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. O resultado é que temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, denominado de sistema fragmentado, que se volta, principalmente, para as condições e os eventos agudos, a agenda hegemônica do século passado.

Essa crise tem sua expressão mais localizada no plano micro das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. É uma crise que tem sido diagnosticada como a falência do sistema de atenção à saúde centrado na consulta médica de curta duração.

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas: menos de 50% dos cuidados com base em evidência são realmente prestados; 42% dos médicos de APS manifestam que não têm tempo suficiente para atender bem às pessoas; os médicos devotam apenas 1,3 minutos em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de nove minutos para essas atividades; três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos,

o que implica não adesão; e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias. Outros estudos refletem o que tem sido denominado da regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Em um estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse; em um outro estudo, em torno de 50% das pessoas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações mostraram uma compreensão equivocada; e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas.

## **AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS NOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ENFRENTAR O DESAFIO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Os sistemas de atenção à saúde devem passar por profundas transformações para enfrentar, com consequência, a epidemia das condições crônicas. Essas mudanças devem se dar, concomitantemente, em dois planos desses sistemas, macro e micro.

No plano macro, os sistemas fragmentados vigentes, focados nas doenças, reativos, episódicos e centrados na atenção às condições agudas e nas agudizações das condições crônicas devem ser superados por sistemas integrados, focados nas pessoas e nas famílias, proativos, contínuos e que atuem sobre as condições agudas e crônicas. Isso ficou claro quando o Dr. Rubén Torres trouxe a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde, dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS) e quando o Dr. Helvécio Magalhães Junior detalhou a política ministerial de construção de Redes de Atenção à Saúde para o SUS. As duas propostas são muito semelhantes, mas as Redes de Atenção à Saúde no SUS já vão além dos conceitos para transformarem-se nas prioridades do SUS, especialmente em alguns campos como da atenção às mulheres e às crianças, da atenção às urgências e às emergências, da atenção psicossocial e da atenção às doenças crônicas. Ficou claro, nas duas apresentações, que essas Redes de Atenção à Saúde devem ser coordenadas pela APS. Isso, conforme se assinalou anteriormente, produzirá transformações profundas na APS do SUS.

No plano micro, a clínica da APS deve mudar radicalmente para atuar com efetividade, eficiência e qualidade. Os principais vetores dessas mudanças são: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial; e o equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos.

## **A IMPLANTAÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS**

Um dos elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde são os modelos de atenção à saúde. A transposição acrítica dos modelos de atenção às condições agudas para a atenção às condições crônicas está na raiz da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. É importante manter o modelo de atenção às condições agudas, mas há de se aplicarem novos modelos de atenção às condições crônicas na APS.

Um modelo desenvolvido no início deste século, nos Estados Unidos da América, denominado de Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*), foi mencionado nas duas apresentações e incorporado na programação estratégica do Ministério da Saúde para as doenças crônicas não transmissíveis.

Esse modelo foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado em um projeto-piloto e, em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usu-

árias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

O Modelo de Atenção Crônica compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam interrelações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Esse modelo tem sido aplicado em vários países com resultados auspiciosos: Reino Unido, Canadá, Holanda, Rússia, Espanha e vários outros.

Não há dúvidas de que ele pode e deve ser aplicado no SUS, mas deixo uma questão que me parece fundamental. Que adaptações esse modelo deve sofrer para adequar-se à realidade do SUS?

Obrigado.

n. 27

MESA 3  
ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À  
SAÚDE E OS  
DETERMINANTES  
SOCIAIS DE  
SAÚDE

---



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

3

## MESA 3 Palestrantes e Debatedor

<b>PALESTRANTES</b>	<p><b>Sônia Dias</b> – Doutora em Saúde Internacional. Diretora da Unidade de Ensino de Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, em Portugal. Membro do Laboratório Associados Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais. Está envolvida em diversas atividades de cooperação nas áreas de ensino e investigação com países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa.</p> <p><b>Alberto Pellegrini</b> – Doutor em Ciências. Coordenador do Centro de Estudos, Políticas e Informação em Determinantes Sociais da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz. Atua na área de Saúde Coletiva, principalmente nos seguintes temas: Determinantes Sociais da Saúde e Planejamento, Administração de Ciência e Tecnologia em Saúde.</p>
<b>DEBATEDOR</b>	<p><b>Jacob Finkelman</b> – Mestre em Saúde Pública. Consultor em Meio Ambiente e em Saúde Pública. Durante 40 anos exerceu atividades na Opas/OMS como representante em vários países como diretor do Centro Pan-Americano de Ecologia Humana em Saúde. Publicou vários trabalhos na área de governança de Saúde Ambiental e Saúde Pública Global.</p>

### 3.1 SÔNIA DIAS

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Muito bom-dia a todos. Queria começar por conferir o maior prazer que tenho em estar aqui com todos vocês nesse evento tão especial e tão importante.

Queria primeiramente agradecer à comissão organizadora a gentileza do convite e cumprimentar os ilustres colegas de mesa e toda a audiência. É uma grande honra poder estar aqui, aprender com vocês com enorme prática nesta área e também compartilhar a experiência portuguesa.

Na verdade, e na conjuntura atual de mudanças demográficas, socioeconômicas e ambientais e persistentes iniquidades em Saúde, urge refletir sobre o potencial da Atenção Primária à Saúde na resposta ao impacto dos determinantes sociais.

Propomo-nos refletir sobre a Atenção Primária à Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde, focando-nos no caso concreto de Portugal e considerando como referência de comparação a União Europeia (UE), região em que o país se insere. Na conjuntura atual de mudanças demográficas, socioeconômicas e ambientais e de persistentes iniquidades em saúde urge refletir sobre o potencial dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na resposta ao impacto dos determinantes sociais, tanto ao nível da mitigação das suas consequências negativas como da ampliação dos seus efeitos positivos na saúde. Este artigo inicia-se com breve descrição do contexto português, quer ao nível dos indicadores socioeconômicos e de saúde, quer ao nível do sistema de saúde e da reforma dos CSP. Em seguida, apresenta-se análise crítica dos principais limites e desafios que os cuidados de saúde primários atualmente enfrentam na procura da melhoria da saúde e da redução das disparidades na população portuguesa.

## **OS DETERMINANTES SOCIAIS E INDICADORES DE SAÚDE EM PORTUGAL**

Situando-nos no contexto português, apesar da evolução notória das condições socioeconômicas da população nas últimas décadas em termos da taxa de analfabetismo, rendimento *per capita* e desemprego, Portugal apresenta elevados níveis de desigualdades quando comparado com os restantes países da UE:

1. Em 2005, registrou-se um coeficiente de desigualdade de distribuição de rendimentos (Índice de Gini) de 38,1 enquanto em 2010 foi de 33,7. No entanto, Portugal ainda é o terceiro país com maior desigualdade na UE dos 27 países.

2. Desde o ano de 2000, o número de indivíduos desempregados tem aumentando. Em fevereiro do presente ano, a taxa de desemprego atingiu os 15%, muito acima dos 10,2% da média europeia.

3. Dados do Censo 2011 indicam que, nas últimas duas décadas, a percentagem da população sem nenhum nível de instrução diminuiu significativamente e ao mesmo tempo aumentou a formação ao nível do ensino superior. Contudo, Portugal regista um valor de quase 70% de indivíduos com baixa escolaridade, longe da média da UE dos 27 (27,3%).

4. Ao nível da pobreza, cerca de 25,3% da população vivem com rendimentos inferiores a 60% do rendimento nacional mediano, quando a média da UE dos 27 é de 23,5%.

De forma geral, as disparidades socioeconômicas verificam-se entre subgrupos da população (sexo, grupos etários, grupos ocupacionais) e entre regiões geográficas (rural e urbano, litoral e interior).

Ao nível do estado de saúde da população, Portugal regista uma evolução muito positiva em vários indicadores. Podem-se referir os significativos aumentos na esperança média de vida. Na década de 1960, Portugal era o país da UE com a esperança de vida à nascença mais baixa (cerca 64 anos), enquanto na maioria dos países rondava os 70 anos. Entre 1960 e 2007, por sua vez, Portugal apresentou o aumento mais significativo entre os países da UE dos 15, verificando-se que, neste período, uma criança nascida no país ganhou 15 anos de vida.

Outro indicador é a diminuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Em 1970, por cada mil nascimentos, cerca de 55 crianças faleciam antes de atingirem um ano de idade, o que equivalia à maior TMI da UE dos 15, seguido-se da Grécia com o registro de cerca de 30 óbitos/mil nascimentos. Atualmente, a TMI registrada em Portugal é melhor que a média da UE dos 155.

Apesar do progresso do estado de saúde da população portuguesa verificado, há dados em Portugal que são preocupantes. Por exemplo, o número de anos de vida potencialmente perdidos é ainda o mais elevado da UE dos 155. Adicionalmente, a evolução em saúde tem sido desigual, com consideráveis e crescentes desigualdades comparativamente a outros países. É reconhecido que essas desigualdades em saúde estão fortemente associadas a determinantes sociais, como o nível socioeconômico e educacional,

acesso ao emprego, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde, e que afetam particularmente os grupos mais vulneráveis (pobres, sem-abrigo, desempregados, imigrantes, crianças e idosos).

Nesse contexto, e como expressa a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde:

A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”<sup>4</sup>.

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

## **INTERVENÇÕES PARA A MELHORIA DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

A intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde é das estratégias mais cruciais para reduzir o gradiente social e combater as iniquidades em saúde.<sup>4</sup> De fato, embora esta intervenção seja da responsabilidade conjunta de vários sectores, os sistemas de saúde podem constituir importante contributo.<sup>5</sup>

Nas conclusões de uma avaliação realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao desempenho do sistema de saúde português são descritos aspectos positivos e outros menos positivos da evolução do estado de saúde dos portugueses que merecem especial atenção e que identificam importantes desafios para o setor.<sup>3</sup> Alguns desses aspectos são: a existência de grandes desigualdades no estado de saúde da população e o fato de os portugueses serem os menos satisfeitos com a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, em comparação com os cidadãos dos outros países da UE dos 15. Como recomendações para responder aos desafios de melhorar o estado de saúde dos portugueses a OMS salienta:

- promover políticas de saúde orientadas para ganhos em saúde e reduzidas desigualdades em todos os sectores;

- assegurar maior envolvimento dos utentes e do público em geral na tomada de decisão do sistema de saúde e suas atividades;
- rentabilizar os investimentos em saúde, priorizando os gastos nos cuidados de saúde primários e de saúde pública e melhorando a eficiência da prestação dos serviços.

## O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E A REFORMA DOS CSP

O sistema de saúde português é composto por um Sistema Nacional de Saúde (SNS) público (financiado por impostos e que disponibiliza cuidados de saúde primários e hospitalares universais e abrangentes), por um conjunto de subsistemas de saúde (destinados a determinados grupos profissionais e financiados pública e privadamente, que abrangem cerca de 25% da população) e por esquemas privados de seguro voluntário (que abrangem entre cerca de 10% a 20% da população). As pessoas podem escolher entre utilizar o SNS, serviços privados de saúde ou recorrer a ambos os sistemas.<sup>6</sup>

Desde 2004 é desenvolvido em Portugal um Plano Nacional de Saúde (PNS) que constitui o documento de orientação estratégica, política, técnica e financeira do SNS. O primeiro PNS, referente ao período 2004-2010, tinha como estratégias orientadoras a prioridade aos mais pobres, a abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a gestão integrada da doença. A OMS realizou uma avaliação deste PNS ao nível da sua relevância, execução e impacto, recomendando maior investimento nos determinantes sociais da saúde, no envolvimento e na colaboração intersetorial, bem como no acesso mais equitativo aos serviços:

Improving the health of the population is the defining goal of health systems. This implies that health systems aim both at improving the health of the population in general and at achieving greater gains in the health status of those who have been in poorer health. It is important to recognize that both the overall level of health and equity in health result from the interaction of other social systems and determinants of health that lie outside the health system, such as those related to living and working conditions.<sup>7</sup>

O PNS (2011-2016), ainda não adotado pelo novo governo eleito em

junho de 2011, teve como ponto de partida a reflexão sobre os ganhos e insuficiências decorrentes da elaboração e implementação do plano anterior. O novo plano reforça a ideia do sistema de saúde como a opção estratégica com maior retorno em termos de saúde e desenvolvimento social e econômico considerando o contexto nacional e internacional. Tem como princípios:

- o envolvimento e a participação dos atores;
- a redução das desigualdades em saúde e a promoção da equidade e justiça social;
- a integração e continuidade dos cuidados; e
- a sustentabilidade.

Nesse sentido, são propostos quatro eixos estratégicos que incluem a Cidadania em Saúde, a Equidade e o Acesso adequado aos Cuidados de Saúde, a Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis. Em particular, o eixo da Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde tem subjacente a visão de que esses aspectos são potenciadores da redução das desigualdades e tendem a resultar em ganhos de saúde, garantir a coesão e a justiça social e promover o desenvolvimento do país. Este eixo indica como estratégias e recursos para a promoção do acesso aos serviços de saúde:

- a organização territorial dos cuidados de saúde;
- estratégias de articulação multi e intersectorial em um processo participativo, promovendo o envolvimento das comunidades; e
- estratégias de empoderamento do cidadão e dos cuidadores informais.

Simultaneamente é reforçada a necessidade de um foco na avaliação do impacto na saúde a partir de um sistema de informação que possibilite a monitorização de indicadores relevantes e que permita obter um perfil das desigualdades em saúde com base nos determinantes sociais.<sup>7</sup>

Nos últimos anos, tem-se acumulado evidência que indica que as políticas de saúde que reforçam os cuidados de saúde primários têm maior potencial para reduzir as iniquidades em saúde que quando orientadas para serviços direcionados a doenças específicas. Os cuidados de saúde primários, como cuidados mais holísticos de proximidade, continuidade e transversais, mostram melhor desempenho, equidade, acessibilidade, relação custo-benefício e satisfação do cidadão.<sup>8,9</sup>

Diante desse reconhecimento, Portugal fez um investimento ao introduzir a importante reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em 2005.

Esta reforma teve em conta as tendências da Europa Ocidental e as medidas desenvolvidas nos 30 anos anteriores, como a criação da especialidade de medicina familiar, o desenvolvimento de cuidados domiciliários e de serviços comunitários de saúde mental, e o fortalecimento do papel dos médicos de família e dos serviços de CSP como pontos de entrada do cidadão no sistema de saúde. Mais concretamente, a reforma assentou em uma reorganização funcional dos CSP, criando-se agrupamentos mais abrangentes de serviços que têm por missão garantir a prestação de cuidados primários à população afeta à sua área geográfica em articulação com outras unidades funcionais, bem como desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, de investigação em saúde e de controle e avaliação dos resultados. Uma das grandes alterações decorrentes dessa reforma foi a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), que assentam em equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo.<sup>10</sup> A primeira USF iniciou atividades em 2006 e atualmente existem 319 USF em funções, abrangendo uma população de cerca de 4 milhões (41% do total da população). Tal como referido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS):

A reforma dos cuidados de saúde primários continua a ser um 'acontecimento excepcional'... conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados alcançados. Tem desempenhado um papel fundamental no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde pelos cidadãos, na melhoria da qualidade e do desempenho e na sustentabilidade financeira do SNS.<sup>11</sup>

A abordagem atual da reforma dos cuidados de saúde primários tem como principais prioridades:<sup>12</sup>

- a transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes com o objetivo do acesso universal e da proteção social da saúde;
- a saúde de todos os membros de uma comunidade e a resposta integrada às suas expectativas e necessidades;
- a promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais;
- a participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político;

- a promoção de sistemas de saúde pluralísticos em um contexto globalizado; e
- os cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada a todos os níveis.

Esse modelo de prestação de cuidados permite manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos, por meio do contacto constante e personalizado. E de fato, esse modelo tem tido uma aceitação generalizada entre os cidadãos, sendo que mais de 80% encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o serviço, de acordo com resultados do estudo inserido no projeto EUROPEP (*European Study on Patient Evaluation of General Practice Care*).<sup>13</sup> Contudo, a reforma dos CSP é ainda um processo em curso e não beneficia toda a população. Duas das principais razões para tal prendem-se com a falta de profissionais formados (por exemplo, o número de vagas no ensino superior na especialidade de medicina da família não tem aumentado suficientemente) e lacunas na estratégia de implementação. Na verdade, o desenvolvimento das USF depende da adesão voluntária dos profissionais e o número de voluntários tem diminuindo.

n. 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

---

## **DOIS EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS**

No contexto dos recentes desenvolvimentos das reformas implementadas tem-se refletido sobre como otimizar o potencial dos CSP na resposta aos desafios colocados pelos determinantes sociais da saúde.

Uma questão premente da atualidade prende-se com as mudanças demográficas a que se tem assistido na Europa, resultado das baixas taxas de natalidade e de mortalidade e do crescente envelhecimento populacional. Nos últimos anos, o Índice de Envelhecimento europeu aumentou de 71,3%, em 1990, para 110,6%, em 2009. Este padrão demográfico tem sido igualmente verificado em Portugal nos últimos anos: era de 65,7%, em 1990, e de 118,9%, em 2010. Na última década, a população com 65 ou mais anos de idade aumentou cerca de 19,4%, enquanto o grupo dos jovens ativos, com idades entre 15 e 24 anos, sofreu um decréscimo de 22,5%.<sup>2</sup> Simultaneamente, o Índice de Dependência de Idosos tem crescido, passando de 23,9%, em 2000, para 26,5%, em 2009, valor acima da média europeia nesse ano (25,8%).

Essa realidade tem-se traduzido em novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas ao nível dos sistemas de saúde. Nesse contexto, Portugal desenvolveu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de aumentar os anos de vida com independência e de melhorar as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento. Esse programa visa à manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, o que exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada em 2003.

Outro desafio para a saúde relacionado com as mudanças demográficas recentes prende-se com o fenómeno da migração internacional. Em Portugal, os dados oficiais mais recentes indicam que, no final de 2010, a população estrangeira residente totalizava 445.262 cidadãos, majoritariamente oriundos do Brasil, de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e de países da Europa de Leste, representando 4,2% da população total.<sup>14</sup>

Nos últimos anos tem sido crescente a preocupação com essa problemática, o que se refletiu na escolha do tema da Migração e Saúde como um ponto da agenda da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, decorrida em 2007. As desigualdades entre as populações nacionais e imigrantes ao nível do estado de saúde, bem como do acesso aos serviços de saúde têm sido reconhecidas. Efetivamente, a literatura indica que os imigrantes tendem a encontrar-se em condições de maior vulnerabilidade a diversas doenças ou problemas de saúde e que essa vulnerabilidade está associada a um reduzido acesso e utilização dos serviços de saúde.<sup>15</sup> Em um estudo desenvolvido pela nossa equipe, com uma população de 1.375 imigrantes residentes em Lisboa constatou-se que mais de 20% da amostra referiu nunca ter utilizado os serviços de saúde. Dos que já tinham utilizado, 33% referam que o primeiro serviço de saúde que utilizaram em Portugal foram os serviços hospitalares. Além disso, os resultados do estudo apontam no sentido da influência dos determinantes sociais na procura e utilização dos serviços de saúde, ao constatarmos que uma menor utilização dos serviços entre os imigrantes estava associada a ser homem, oriundo do Brasil

ou de países da Europa de Leste.<sup>16</sup> De fato, a migração internacional coloca diversos desafios aos sistemas de saúde ao implicar maior adequação de forma a responderem eficazmente às necessidades de populações específicas, em particular na prevenção e melhoria da saúde no contexto da diversidade cultural.

## LIMITES E DESAFIOS À ATUAÇÃO DOS CSP

n. 27  
Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

---

Os últimos anos têm colocado inúmeros desafios à saúde na Europa, em particular em Portugal, ao nível da generalização do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, da diminuição das iniquidades, mas também, e cada vez mais, ao nível da eficiência e do controle da despesa. Este equilíbrio, associado ao recente agravamento da conjuntura econômica e social, exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

A cobertura universal e igualitária de cuidados de saúde, pelo princípio de que todos possam obter cuidados de saúde a um preço comportável, continua a constituir um valor maior e um objetivo a alcançar de forma sustentável,<sup>12</sup> embora as dificuldades económico-financeiras atuais que Portugal enfrenta possam ameaçar a concretização desse princípio. As políticas de austeridade adotadas no sector da Saúde, tendo por base as recentes leis orçamentais, traduziram-se em atualizações no pagamento de taxas relativas à utilização dos serviços de saúde: os mais pobres – com rendimento mensal inferior a 628 euros (1.540 reais), as grávidas, as crianças com menos de 12 anos e outros grupos são isentos; no entanto, os cinco euros exigidos por consulta médica ou os 15 euros por atendimento em urgência básica são valores que acabam por ter mais peso sobre os utentes com baixos rendimentos, o que pode constituir um obstáculo ao acesso aos serviços. Tal situação pode ser preocupante na medida em que, para reduzir a inclinação do gradiente social na saúde, as ações a implementar devem ser universais e com uma dimensão e intensidade proporcionais ao nível da desvantagem.<sup>17</sup>

Outro aspeto importante que pode limitar a atuação dos cuidados de saúde contemporâneos é o insuficiente investimento na dimensão humana da prestação de cuidados e na resposta às especificidades de comunidades

e indivíduos.<sup>12</sup> O movimento dos CSP preconiza que os sistemas de saúde devem colocar as pessoas no centro dos cuidados, o que passa por ter em conta as expectativas dos cidadãos, garantir que as suas perspectivas influenciam a forma como os serviços operam e que estes são parceiros na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade.<sup>12</sup>

No contexto português, embora se tenham introduzido alterações de forma a evoluir para novo modelo de organização de cuidados que coloca o cidadão no centro do sistema, essa realidade não está ainda totalmente concretizada. De fato, não obstante algumas melhorias, a atual organização não está completamente desenhada de modo a otimizar o percurso do cidadão, criando por vezes obstáculos à sua circulação lógica no sistema. Um exemplo relevante de como nem sempre as decisões tomadas na área da saúde têm em conta a perspectiva do cidadão e da sua procura de cuidados de saúde é o caso dos doentes crônicos. O número desses doentes tem vindo a aumentar nos últimos anos, com uma proporção significativa dos que são portadores de uma multiplicidade de doenças. Essa situação implica uma gestão integrada da doença, no entanto, em Portugal, há ainda uma tendência para a gestão vertical da doença, que se revela inadequada a essa crescente população, que tem de recorrer a múltiplos cuidados de saúde.

Em outro nível, a centralidade dos cuidados no cidadão expressa-se na relação com os serviços e profissionais de saúde. Resultados de um estudo qualitativo sobre a satisfação de utentes e profissionais de saúde com os centros de saúde no contexto atual da reforma revelam que, na apreciação global do funcionamento dos centros de saúde, os utentes valorizam a relação personalizada com os profissionais de saúde e em muitos casos, frequentemente os idosos, sentem a necessidade de atenção e de conversar sobre os seus problemas. Os participantes apresentaram ainda sugestões de melhoria do funcionamento dos centros de saúde, que incluíram a criação de um serviço diferenciado de prestação de informações a idosos, a criação de uma comissão de utentes e a formação regular dos profissionais de saúde em competências interpessoais.<sup>23</sup>

Sobre essas questões vale a pena referir outro estudo qualitativo desenvolvido pela nossa equipe sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes Africanas e Brasileiras a residir em Portugal. Entre outros aspetos foi interessante verificar que as participantes indicaram como barreiras

ras no acesso e utilização dos serviços: dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde, a falta de sensibilidade de alguns profissionais relativamente à sua condição de imigrante, e os estereótipos e situações de discriminação nos serviços de saúde. Nesse contexto, foi possível perceber que as más experiências vividas nos serviços de saúde levam muitas vezes à sua não utilização. Desse estudo sobressai a ideia de que os serviços e os profissionais de saúde devem estar capacitados para lidar com a diversidade cultural, adotando uma abordagem que apoie os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável. Os serviços de saúde devem assim constituir-se como intermediários, fazendo a ponte com os sectores social, político, económico e ambiental. Simultaneamente, a prestação de serviços deve contemplar a participação da comunidade e a cooperação entre organizações e serviços comunitários.<sup>18</sup>

Outro grande desafio atual do sector da saúde em Portugal relaciona-se com a situação de crise financeira e económica em que vivemos. A crise tende a ter repercussões na saúde física e mental das populações por meio dos efeitos sociais que induzem, como o aumento da pobreza.<sup>19,20</sup> De fato, estas circunstâncias podem contribuir para taxas mais elevadas de doença e morte devido à maior exposição a fatores de estresse, diminuição de coesão social, menor acesso às necessidades básicas de vida e um acesso mais limitado aos cuidados de saúde.<sup>21</sup> Os grupos populacionais mais vulneráveis são os mais suscetíveis de serem afetados por essas condições adversas.<sup>20,3</sup>

Adicionalmente, as crises políticas e económicas criam obstáculos na resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento em saúde. Mais especificamente, uma questão central relaciona-se precisamente com as despesas com cuidados de saúde e orçamentos. Nos últimos tempos, o quadro de forte restrição orçamental condicionou significativamente a atuação do Ministério da Saúde. O ano de 2011 foi particularmente exigente para a sustentabilidade do SNS, pois o Orçamento de Estado apresentou uma diminuição de financiamento de cerca de 13% para o setor da saúde. Essa realidade vem exigir uma melhor afetação de recursos e um controle rigoroso dos orçamentos, a par da necessidade de obter reduções efetivas dos custos com pessoal, do controle de consumos e de fornecimentos de serviços. Essas exigências podem afetar a capacidade do sistema para atender às necessidades da população e garantir a distri-

buição equitativa em termos geográficos e sociais, com potenciais efeitos na saúde da população.<sup>11</sup> No mesmo sentido, diversos relatórios sobre proteção social e inclusão social têm identificado barreiras ao acesso, nomeadamente a falta de cobertura de seguro de doença, custos financeiros diretos dos cuidados, disparidades geográficas na disponibilidade dos serviços, tempo de espera e obstáculos culturais.<sup>22</sup>

Assim, a obtenção de ganhos em saúde e de equidade na saúde depende, em grande medida, de uma combinação adequada de políticas destinadas a reduzir as disparidades e a melhorar a saúde em geral, com base na otimização da relação entre benefícios da saúde e recursos disponíveis.<sup>22</sup> A formulação e implementação de políticas públicas saudáveis constituem uma estratégia essencial para efetivar a obtenção de ganhos em saúde. De acordo com a OMS, as políticas saudáveis definem prioridades e parâmetros para a ação na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos e na potencialização de impactos positivos ou mitigação de impactos negativos para a saúde.<sup>12</sup> Dessa forma, pretende-se que as políticas contribuam para garantir bens, serviços e ambientes saudáveis e que favoreçam a opção por parte dos responsáveis políticos por estratégias saudáveis.

As políticas públicas devem estar alinhadas com as metas propostas pelos CSP. Este conjunto de políticas inclui as políticas sistêmicas (relativas aos medicamentos, tecnologias, controle de qualidade e recursos humanos), as políticas de saúde pública (que consistem em ações necessárias para responder a problemas de saúde prioritários por meio de intervenções de prevenção e de promoção da saúde), e políticas de outros sectores, também referido como “saúde em todas as políticas”.<sup>12</sup> Nesse sentido, as políticas saudáveis exigem uma ação multissetorial, coordenada e orientada para a equidade em saúde e políticas sociais.<sup>5</sup> Essa concessão tem subjacente a noção de saúde como prioridade política para todos os setores, com conscientização das consequências das suas decisões políticas na saúde das populações e da sua responsabilização.

Atualmente é advogado que a construção e a implementação de políticas saudáveis devem ser um processo participado. Efetivamente, em Portugal, na proposta do futuro PNS é reforçada a participação ativa dos diversos atores no que respeita às decisões políticas, nomeadamente ao nível da definição de prioridades e da avaliação de impacto.

Em jeito de conclusão, podemos referir que maior investimento na reforma dos CSP seria uma resposta pertinente à situação atual de crise. Tal representaria a oportunidade de reforçar serviços menos dispendiosos, que evitam o recurso a serviços especializados com maiores custos. Ao mesmo tempo, pode ser um contributo fundamental para a redução das desigualdades e a melhoria da saúde e bem-estar das populações.

n. 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

---

#### Referências Bibliográficas

1. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(23):2468-81.
2. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa: INE; 2011.
3. WHO. Portugal Health System Performance Assessment. Copenhagen: WHO; 2010.
4. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da CDSS/OMS. Genebra: OMS; 2010.
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
6. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(4):1-156.
7. WHO. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Copenhagen: WHO; 2010.
8. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO; 2004.
9. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*. 2007;64:1355-1362.
10. Biscaia AR, Martins JN, Carreira M, Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados Primários de Saúde em Portugal, Reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
11. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Relatório de Primavera 2011: da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Lisboa: OPSS; 2011.
12. WHO. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados primários de saúde agora mais que nunca. Geneva: WHO, 2008.

13. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF. Coimbra: CEISUC; 2009.
14. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2010. Lisboa: SEF/Departamento de Planeamento e Formação; 2011.
15. WHO. Health of Migrants: The Way Forward – Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010. Geneva: WHO; 2010.
16. Dias S, Gama A, Cortes M, Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health and Social Care in the Community*. 2011;19(5): 514-21.
17. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: a Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010 - The Marmot Review, 2010. [acesso em 2011 Abr 3] Disponível em: <http://www.instituteofhealthequity.org/>.
18. Dias S, Rocha C. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2009. Disponível em: [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos\\_OI/OI\\_32.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_32.pdf).
19. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*. 2009;360: 749-751.
20. Marmot M. How will the financial crisis affect health? *BMJ*. 2009;338:1314.
21. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses In Europe: An empirical analysis. *The Lancet*. 2009;374(9686):315-323.
22. Comissão Europeia. Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia. Luxemburgo: União Europeia; 2010.
23. Santos O, Biscaia AR, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondièrre P. Os centros de saúde em Portugal: determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa; 2007.

## 3.2 ALBERTO PELEGRINI FILHO

### OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA AGENDA GLOBAL

Em outubro de 2011, realizou-se no Rio de Janeiro a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) que contou com mais de mil participantes entre delegações oficiais de mais de 120 países, espe-

cialistas e membros da sociedade civil, constituindo-se na maior reunião organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) fora da sede em Genebra em toda sua história.

Durante os três dias de reunião, seus participantes discutiram como enfrentar as enormes diferenças na situação de saúde entre países e entre os grupos populacionais no seu interior. Essas diferenças, por serem injustas e evitáveis,<sup>1</sup> são denominadas iniquidades em saúde e sua origem são as condições sociais nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, condições essas chamadas determinantes sociais da saúde.<sup>2</sup> A Conferência permitiu o estabelecimento de compromisso político de consenso entre os representantes de governos dos países presentes para o combate às iniquidades em saúde, que se materializou na Declaração Política do Rio.<sup>3</sup> Permitiu também a discussão de estratégias e metodologias de ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), além do intercâmbio e avaliação de experiências.

Como chegamos até aqui? Por que os DSS e o combate às iniquidades em saúde lograram ocupar um lugar de destaque na agenda global de saúde a ponto de permitir um evento de tal magnitude?

Há muito tempo se sabe que a distribuição da saúde e da doença nas populações não é aleatória, mas obedece à estratificação socioeconômica dos grupos populacionais. Em meados do século XIX, autores como Villermé, na França, e Chadwick e Engels, na Inglaterra, observaram clara associação entre alta mortalidade e pobreza. Apesar da semelhança nos achados, tais autores diferem quanto às causas e principalmente quanto às soluções. Para Villermé, a pobreza e os vícios a ela associados são causas de doenças; e, como solução, propõe o fortalecimento da moral dos pobres e um maior *laissez-faire* na economia. Chadwick, enfatizando a importância do ambiente, considera que a sujeira e imoralidade causam doenças e pobreza, propondo medidas de controle do ambiente como acesso a água limpa, saneamento e cuidados com o lixo. Engels afirma que o capitalismo e a exploração de classe produzem pobreza, doença e morte e considera a revolução socialista como única solução.<sup>4</sup>

Virchow, na Alemanha, considerado o pai da Medicina Social, adotava conceitos e propostas de soluções bastante semelhantes às atuais, pois já

em 1848 escrevia que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que “as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica” e que “o próprio termo saúde pública expressa seu caráter político e sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os obstáculos que prejudicam a saúde da população”.<sup>5</sup>

O século XX foi marcado por avanços e recuos no que se refere à importância dada aos DSS como forma de explicar e orientar as intervenções para promover a saúde das populações e a promoção da equidade. Em 1948, foi criada a OMS, cuja Constituição define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, destacando-se, portanto, a importância do social no próprio conceito de saúde.<sup>6</sup> Entretanto, até os anos 1970, em parte em razão do extraordinário êxito da campanha da erradicação da varíola iniciada pela OMS em 1959 e com o último caso da doença observado em 1977, predominou a esperança de que as tecnologias médicas seriam a principal resposta para os problemas de saúde das populações.

Em 1977, os Estados-membros da OMS, reunidos na 30ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), estabeleceram como principal meta dos governos e da OMS o alcance por parte de todos os povos do mundo de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Tal meta ficou conhecida como Saúde para Todos, seguramente a ideia força mais mobilizadora já concebida por um organismo internacional de saúde.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como reunião de Alma-Ata, Saúde para Todos deixou de ser um *slogan*. Em sua declaração final,<sup>7</sup> os governos participantes da reunião expressam o reconhecimento de que a “saúde é um direito humano fundamental e que as chocantes desigualdades no estado de saúde entre países e no interior destes é política, social e economicamente inaceitável”. Além disso, a reunião de Alma-Ata lançou as bases da estratégia de Atenção Primária da Saúde (APS), como chave para que a meta de Saúde para Todos fosse atingida.

A APS, tal qual descrita na Declaração de Alma-Ata, estava bastante alinhada ao conceito de DSS, embora sem enunciá-lo, ao propor uma série de estratégias como a coordenação intersetorial, a participação social e a reestruturação dos sistemas de saúde a partir dos serviços básicos para lograr equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Entretanto, pouco depois, em 1982, foi lançada uma versão da APS que deixava de lado essas estratégias e eliminava seu conteúdo transformador dos sistemas de saúde para concentrar-se apenas na aplicação de algumas medidas específicas como reidratação oral e suplementação alimentar, entre outras, para populações carentes.

Em 1986, o pêndulo oscila novamente em benefício dos DSS com a Carta de Ottawa lançada durante a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde onde se reconhece que “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.<sup>8</sup>

A década de 1990 é marcada por propostas para a reforma dos sistemas de saúde com base no conceito da saúde como um bem privado passível de ser adquirido e regulado pelas regras do mercado. O relatório do Banco Mundial denominado Relatório sobre Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde teve grande influência nas reformas dos sistemas de saúde inspiradas por esse conceito.<sup>9</sup>

O atual movimento em torno dos DSS foi desencadeado pela OMS a partir da criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) em 2005. O Relatório desta Comissão (CDSS, 2010), lançado em 2008, além da melhoria das condições de vida dos grupos vulneráveis e de um melhor conhecimento e acompanhamento das tendências das iniquidades em saúde, propõe enfrentar a desigual distribuição de poder, dinheiro e recursos para a atenção à saúde. Ao discutir o Relatório da CDSS na AMS de 2009, os Estados-membros da OMS recomendaram a organização de um evento mundial para compartilhar políticas e experiências, visando estabelecer as estratégias mais efetivas de ação sobre os DSS para o combate às iniquidades em saúde. O Brasil ofereceu-se como sede desse evento, que se materializou na CMDSS, realizada em outubro de 2011.

A ideia força da CMDSS traduzida no *slogan* Todos pela Equidade, busca evidentemente retomar o espírito de Alma-Ata, enfatizando que, para

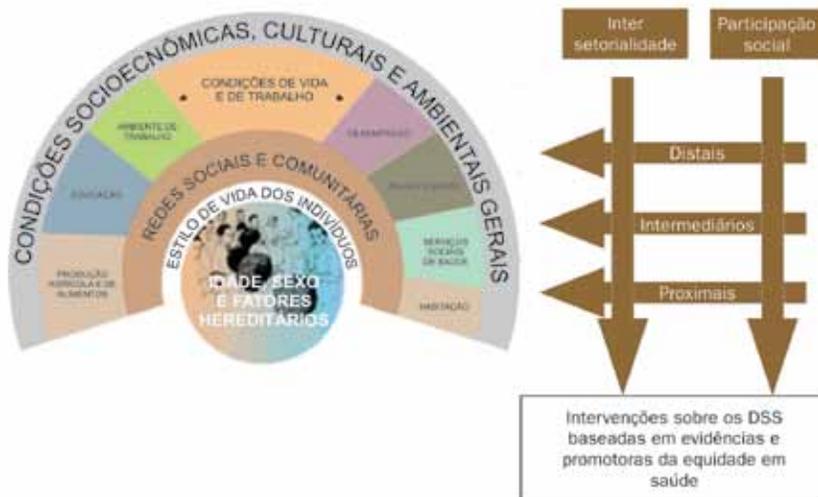
lograr Saúde para Todos é fundamental que todos participem. De fato, a construção da equidade em saúde exige a contribuição de todos os setores do governo, de todos os segmentos da sociedade e da comunidade internacional em ações organizadas por políticas públicas baseadas em evidências que incidam sobre os DSS.

Com base nesses antecedentes e no conhecimento acumulado ao longo de tantos anos, vale perguntar o que há de novo no atual movimento global em torno dos DSS liderado pela OMS a partir da criação da CDSS e que teve na CMDSS um momento culminante.

### **AÇÃO SOBRE OS DSS: O PAPEL DO SETOR SAÚDE E DA APS**

Característica importante do movimento atual em torno dos DSS é o explícito compromisso com a ação, fundamentado na ideia de que os DSS, ou seja, os fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde são produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana.

As intervenções sobre os DSS para combate às iniquidades em saúde exigem uma execução sustentável a longo prazo e devem incidir em seus vários níveis dispostos em camadas no esquema proposto por Dahlgren e Whitehead.<sup>10</sup> Devem, portanto, incidir sobre os determinantes *proximais*, vinculados aos comportamentos individuais, *intermediários*, relacionados às condições de vida e trabalho e *distais*, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural. As intervenções em quaisquer dessas camadas devem obrigatoriamente estar baseadas na ação coordenada de diversos setores, firmemente fundamentadas em conhecimentos e informações e apoiadas por ampla participação social em seu desenho e implantação.



O Documento Técnico da CMDSS<sup>11</sup> define as bases estratégicas para ação sobre os DSS organizadas em cinco dimensões:

- I. governança para atuar sobre os DSS com clara definição de responsabilidades de atores e setores envolvidos;
- II. estímulo a processos participativos na definição e implantação de políticas;
- III. fortalecimento do papel do setor saúde na redução das iniquidades em saúde por meio da equidade no acesso e na qualidade dos serviços;
- IV. esforço global de ação sobre os DSS com os organismos internacionais, e parceiros bilaterais alinhados e cooperando com os governos nacionais;
- V. melhoria dos sistemas de informação para permitir o monitoramento sistemático das tendências das iniquidades em saúde e dos impactos das ações sobre elas.

Para efeito deste texto, destacamos a terceira dimensão, relacionada ao papel do setor saúde, particularmente a Atenção Primária à Saúde.

Os sistemas de saúde, incluindo os programas de saúde pública, são, em si, um determinante social. Entretanto, em lugar de reduzir as iniquidades em saúde, é comum que o setor saúde acabe por piorá-las. Para evitar que isso aconteça, é necessário que os serviços prestados sejam realizados de maneira equitativa para todos os grupos da sociedade e em todas as modalidades de atenção. Sem reduzir as desigualdades em seu interior, o setor saúde perde credibilidade para induzir outros setores a implementar ações sobre os determinantes sociais.

Adotar a equidade como preocupação central dos sistemas de saúde e dos programas de saúde pública implica abandonar a definição de metas com base em médias populacionais tanto em relação à situação de saúde quanto em relação ao uso e à qualidade dos serviços. Metas médias para a população em geral podem ser alcançadas mesmo quando os pobres não experimentam nenhuma melhora e as diferenças de saúde se ampliam. Segundo Dahlgren e Whitehead,<sup>12</sup> os seguintes princípios devem ser considerados quando se definem metas de saúde com este enfoque:

- as iniquidades em saúde se distribuem por meio de um gradiente social e não apenas entre os grupos populacionais extremos;
- o objetivo sempre deve ser nivelar por cima, procurando que a saúde dos diversos grupos sociais alcance o nível do grupo em melhor situação;
- para que aconteça uma redução nas diferenças em saúde as melhorias devem ser maiores entre grupos menos favorecidos, pois reduzir iniquidades em saúde equivale a reduzir diferenças; e
- as metas relacionadas com a equidade em saúde devem ser alcançadas por ações que incidam sobre os determinantes das iniquidades em saúde.

Segundo o Documento Técnico da CMDSS,<sup>11</sup> existem quatro funções a ser realizadas pelo setor saúde na ação sobre os DSS: Primeiro, o setor tem papel fundamental que defende a abordagem dos DSS e explica como ela pode beneficiar a sociedade como um todo. Segundo, o setor saúde tem o conhecimento e a responsabilidade de monitorar as iniquidades em saúde e o impacto sobre elas de políticas que incidam nos determinantes sociais. Terceiro, o setor pode colaborar de maneira importante para unir os setores com o objetivo de planejar e implementar intervenções sobre os DSS. Quar-

to, o setor saúde tem importante papel em desenvolver suas próprias capacidades para o trabalho com os DSS.

A APS é uma estratégia fundamental do setor saúde orientado pelo enfoque dos DSS, pois ela coloca a equidade como valor central do setor saúde, juntamente com a cobertura universal, a ação intersetorial e a participação social. Sua fortaleza reside em buscar responder às necessidades de indivíduos, famílias e populações, logrando um impacto na sociedade que vai além da saúde, reduzindo a iniquidade social.<sup>13</sup>

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

Segundo a Declaração Final da reunião de Alma-Ata de setembro de 1978,<sup>7</sup> uma das principais metas sociais dos governos e de toda a comunidade mundial deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva e os cuidados primários de saúde são a chave para que essa meta seja atingida. Os cuidados primários da saúde nessa declaração “fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade”.

Esta Declaração de 1978 possui uma série de pontos que estão perfeitamente alinhados com as atuais estratégias de atuação sobre os DSS, tais como:

- os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde (ANS) e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde;
- têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, melhorando os cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade;
- baseiam-se na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública;
- envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos

correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores; e

- requerem e promovem a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde.

Por ocasião do 30º aniversário de Alma-Ata, a OMS definiu a APS como tema central do Relatório Mundial da Saúde de 2008.<sup>14</sup> Em maio de 2009, a AMS adotou a Resolução Atenção Primária da Saúde, incluindo fortalecimento dos Sistemas de Saúde e recolocou a APS no topo da agenda política global sobre atenção à saúde. Essa Resolução reitera os principais conceitos da Declaração de 1978, introduzindo a referência aos DSS como importante foco da APS e destacando a interface entre a saúde pública e a APS para melhorar a saúde das populações.<sup>15</sup>

A resolução reafirma fortemente os valores e os princípios da APS, incluindo equidade, solidariedade, justiça social, acesso universal aos serviços, ação multisetorial, descentralização e participação da comunidade como base para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

### **O MOVIMENTO DO DSS NO BRASIL: O CENTRO DE ESTUDOS, POLÍTICAS E INFORMAÇÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CEPI-DSS) DA ENSP/FIOCRUZ**

O Brasil integrou-se precoce e decisivamente ao movimento global em torno dos DSS desencadeado pela OMS, criando sua própria Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em março de 2006, apenas um ano depois da criação da CDSS. Ao longo de seus dois anos de existência, a Comissão desenvolveu uma série de atividades relacionadas à produção de informações e conhecimentos sobre os DSS, revisão de políticas e intervenções sobre estes e atividades de comunicação social.

O relatório final da Comissão, intitulado *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*,<sup>16</sup> é um produto desse trabalho. O Relatório inclui revisão das importantes transformações econômicas e sociais ocorridas no país nas últimas décadas, além de uma análise dos avanços e dos

desafios na situação de saúde dos brasileiros. Entre estes, destaca importantes iniquidades na mortalidade, na morbidade, no estado nutricional e na utilização dos serviços de saúde de acordo com variáveis socioeconômicas como renda, escolaridade e local de moradia. Mostra também importantes iniquidades em determinantes da saúde como saneamento básico, condições de habitação, trabalho e emprego, acesso à informação e comportamentos individuais.

Em seu relatório, a Comissão faz uma série de recomendações de políticas públicas para promoção da saúde e bem-estar que incidem sobre os determinantes sociais em todos os seus níveis. Buscando atender a algumas das recomendações contidas neste relatório, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), criou o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS).

O CEPI-DSS tem como objetivo geral apoiar as atividades do governo e sociedade civil que visam à promoção da equidade em saúde, por meio da produção e da disseminação de conhecimentos e informações, capacitação de pessoal e seguimento e avaliação de políticas e programas setoriais e intersetoriais que atuam sobre os DSS.

Suas linhas de atuação são as seguintes:

- manter um Observatório sobre Iniquidades em Saúde para monitoramento das tendências das iniquidades em saúde e analisar o impacto das políticas e programas para combatê-las;
- desenvolver processos de capacitação presenciais e à distância sobre DSS para gestores e profissionais de saúde e outros setores da área social, atuantes nas diversas esferas de governo, assim como representantes da sociedade civil;
- apoiar a realização de estudos e pesquisas para produção de conhecimentos e informações sobre os DSS que contribuam para a definição e a implantação de políticas e programas de combate às iniquidades em saúde;
- estabelecer redes de colaboração entre pesquisadores, gestores e outros potenciais utilizadores do conhecimento produzido;
- desenvolver processos de comunicação de conhecimentos e informações sobre os DSS a diversos setores governamentais,

n. 27

acadêmicos, profissionais e ao público em geral. Nessa linha de atuação, inclui-se o Portal sobre DSS ([www.dssbr.org](http://www.dssbr.org)) com notícias, resumos de artigos, opiniões, entrevistas, experiências e outras fontes de informação relacionadas com os DSS e a Biblioteca Virtual sobre DSS (<http://bvsdss.icict.fiocruz.br>) que conta atualmente com mais de 170 mil artigos sobre DSS.

### Referências Bibliográficas

1. WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO; 2000.
2. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>.
3. Declaração Política do Rio e demais documentos da Conferência. Disponível em: <http://www.dssbr.org>.
4. BIRN AE. Historicising, Politicising and Futurising; Closing the gap in one generation: health equity through action on the Social Determinants of Health in Social Determinants of Health: Assessing Theory, Policy and Practice, Bhattacharya, S.; Messenger,S; Overy,C. (editors). Orient Blackswan Private Limited, New Delhi, India; 2010.
5. ROSEN G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro; 1980.
6. Constituição da OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
7. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.
8. Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986 Nov; Ottawa, Canadá. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>.
9. Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em saúde. Washington, Banco Mundial, Fundação Getulio Vargas; 1993.
10. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
11. Documento Técnico da CMDSS e demais documentos da Conferência. Disponível em: <http://www.dssbr.org>.

12. Dahlgren G, Whitehead M. “European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2”. Publicado pelo Escritório Regional da OMS na Europa, Dinamarca, 2007. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>.

13. Van Weel C, Maeseneer J. Now more than ever: World health Assembly revisits primary health care. *Primary Health Care Research & Development*. 2010; 11:1-3.

14. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care – now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.

15. WHO. Primary Health Care, including health systems strengthening. Geneva, World Health Organization, WHA Resolution 62.12, 2009.

16. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2008. 220 pag. Disponível em: <http://bvsdss.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=5>.

### 3.3 JACOB FINKELMAN

#### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: REFLEXÕES

Minhas primeiras palavras são para parabenizar o CONASS na ocasião de seu trigésimo aniversário e agradecer o convite para participar deste importante Seminário. Meus parabéns pelo excelente trabalho desenvolvido pela Mesa Diretora, que ora termina sua gestão, e meus votos para a que recém assume seja igualmente exitosa.

Tenho a plena certeza de que este seminário internacional se somará à grande lista de eventos organizados pelo CONASS, cujas contribuições levaram ao progresso e fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Brasil ao passo que enriqueceram o debate sobre a saúde em outros países para além das fronteiras do Brasil.

Minhas felicitações para ambos os conferencistas: à Dra. Sônia Dias, bem como ao Dr. Alberto Pellegrini Filho que nos apresentaram de forma brilhante como Portugal e Brasil vêm incorporando e adaptando alguns dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em seus esquemas de Atenção Primária à Saúde (APS), atendendo as necessidades cambiantes em seus respectivos países.

Meus parabéns ao Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Presidente do Conasems, pela sábia e ágil condução desta mesa.

Em decorrência das exposições feitas nesta mesa e durante este Seminário, dividirei os meus comentários em três partes. Na primeira parte, tratarei de resumir o que foi expresso sobre o contexto epidemiológico, demográfico e outras transformações que estão afetando nossas sociedades e que estão incidindo e modificando tanto a demanda quanto a oferta de serviços de saúde, particularmente a APS. Na segunda parte, referir-me-ei de forma rasa à evolução e convergência entre os paradigmas que sustentam tanto a APS quanto os DSS, incluindo os ambientais. Na terceira parte, tentarei comentar como este processo está se concretizando, particularmente na América Latina. Buscarei finalizar esta parte tentando resgatar e apresentar de forma sucinta algumas reflexões – incentivadas pelas apresentações feitas durante o seminário – sobre como a APS poderia atender de forma eficiente e eficaz às necessidades atuais e futuras em matéria de saúde.

## O CONTEXTO ATUAL

Todos os países, sem exceção, estão passando por várias transformações que estão modificando de forma acelerada a vida cotidiana. Vale notar que esses processos de mudança estão ocorrendo de modo concorrente e concomitante, cujas interações são de intensidades diferentes e não necessariamente iguais em todos os países, como não o são no seu interior, e cuja somatória resulta em novos cenários de risco para a saúde que afetam de modo diferenciado os vários estratos da sociedade.

Nesses processos de mudança concorrem as multicitadas transições demográfica e epidemiológica, sobre as quais incidem também outras mudanças, como a ambiental, a da inovação tecnológica e outras transformações de natureza cultural, econômica, política e social, em decorrência das quais houve muitas melhorias. Não só vivemos mais, como também, em geral, a qualidade de vida tem melhorado. No entanto, esses avanços não são semelhantes para todos. Grandes desigualdades estruturais históricas persistem, nomeadamente, a pobreza. De acordo com dados recentes da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), na América Latina e no Caribe, 31,4% (177 milhões) da população sobrevivem em situação de pobreza e 12,3% deles em estado de in-

digência. Porém, nem todas as notícias são ruins. Alguns países das Américas, especialmente o Brasil, reduziram algumas das taxas de pobreza e marginalização, em parte como resultado dos programas de transferência condicional de recursos, como o Bolsa Família no Brasil, o Oportunidades no México, o Crece Contigo no Chile, entre outros, cujo sucesso tem dependido do volume crescente de injeção de recursos financeiros, da sua continuidade ao longo dos anos e da gestão compartilhada com as populações a serem beneficiadas. Uma das características desse tipo de programas é incentivar a demanda, e se não forem tomadas com antecedência as medidas necessárias para ampliar a oferta de serviços e instalações, o progresso inicial poderia ser comprometido e a população frustrada.

No Brasil, como em muitos outros países, as taxas de fertilidade e mortalidade estão declinando progressivamente. Por exemplo, em alguns países, como Cuba, as taxas de fertilidade atingiram níveis abaixo da reposição da população (1,5 filho por mulher), enquanto na Guatemala e na Bolívia são 4,0 e 3,3, respectivamente. Além disso, a transição demográfica, expressa na maioria dos países por meio do comportamento das taxas de fertilidade e da mortalidade, não é semelhante em todos os estratos sociais. Em geral, no quintil de renda mais baixa, essas taxas são mais elevadas do que as observadas nos quintis de renda mais alta.

O envelhecimento das populações é também um processo irreversível. Na América Latina, devido às limitações do sistema previdenciário, este envelhecimento é frequentemente associado à pobreza. Por sua vez, os idosos sofrem as maiores taxas de prevalência de doenças crônicas e de incapacidades que contribuem, de um lado, para o aumento da demanda e dos custos dos serviços de saúde e, por outro, à perpetuação de um círculo vicioso de maior pobreza, reduzindo a qualidade de vida dos idosos e de suas famílias.

As taxas de urbanização continuam sendo importantes. Embora o crescimento das grandes áreas metropolitanas tenda a desacelerar, o crescimento das cidades intermediárias é cada vez maior. Enquanto a América Latina torna-se a mais urbanizada entre as regiões em desenvolvimento, observa-se também que, em vários países latino-americanos, a população rural tende a ser cada vez mais dispersa. Esses dois fenômenos polares têm implicações importantes na organização dos serviços de saúde.

O movimento das populações, especialmente de turistas, cresceu de forma explosiva. Na Região das Américas, são 152 milhões de pessoas que se deslocam anualmente. Soma-se a isso a migração tanto interna como além das fronteiras nacionais que é um fenômeno em expansão. Estima-se que pelo menos 20 milhões de latino-americanos e caribenhos migraram recentemente. Estes movimentos de pessoas têm repercussões significativas na saúde.

A transição epidemiológica resultou em uma carga tripla de doença. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), além de serem as principais causas de mortalidade, a frequente agudização dos casos mal tratados representam uma carga cada vez maior de doença. Observa-se que, embora as doenças cardiovasculares sejam as principais causas de óbito, são as doenças mentais as que possuem uma carga de doença mais significativa.

Considerando que os fatores de risco associados com as DCNT estão longe de ser controlados, a tendência é que esse tipo de patologia continuará em alta.

A mortalidade por causas infecciosas está em constante declínio. Contudo, sua morbidade permanece relevante como carga de doença, especialmente em crianças menores de cinco anos e populações de baixa renda e escolaridade. Nota-se que algumas das doenças endemo-epidêmicas não têm sido suficientemente controladas, causando também uma demanda significativa por serviços de saúde.

A morbimortalidade por causas externas vem crescendo de forma constante. Óbitos e lesões causados por violência e acidentes estão afetando a população de modo diferenciado, tanto por gênero quanto por estrato social. As elevadas taxas registradas entre os homens com menor escolaridade e renda é outro exemplo das desigualdades predominantes.

A crescente degradação ambiental é outra transformação que afeta a saúde. De acordo com a OMS, em torno de 25% da carga de doença está associada a desequilíbrios ambientais. O consumo crescente de recursos de todos os tipos excede a capacidade de reposição e resiliência dos ecossistemas, afetando direta e indiretamente a saúde. Além de predador, o modelo de crescimento econômico adotado não se traduziu em melhores padrões de vida. Pelo contrário, aprofundou de uma forma perversa todo tipo de desigualdades.

A explosão tecnológica é um dos elementos catalisadores que está transformando nossas vidas. São inúmeras e inimagináveis as maneiras de como a tecnologia está moldando o nosso futuro. A geração e o acesso à informação e a importância crescente das redes sociais estão mudando constantemente as percepções das populações em todos os assuntos, e de modo cada vez mais determinante os relacionados à saúde. A inovação e o desenvolvimento de testes diagnósticos e tratamentos mais eficazes estão cada vez mais presentes no primeiro nível da atenção, resultando em novos padrões de organização da prestação de serviços de saúde.

Na América Latina, a democracia se amplia e se aprofunda cada vez mais. O progresso está sendo alcançado não só em termos de uma democracia representativa. Ampliam-se também as liberdades e, com isso, a intensidade da participação social em todas as frentes, incluindo a da saúde. Os processos de controle social cresceram e se multiplicaram. Ainda assim, o caminho para reduzir as injustiças e iniquidades será longo e difícil.

## A EVOLUÇÃO DOS PARADIGMAS

Sem tentar fazer uma revisão histórica sobre o assunto, foi Rudolf Virchow quem, no século XIX, realçou que “a medicina é uma ciência social, e política é medicina em grande escala”. Em tempos mais recentes, vários autores e várias escolas latino-americanas têm feito grandes contribuições conceituais e metodológicas. Grupos como o da UAM Xochimilco, no México, Abrasco, no Brasil, e Alames merecem reconhecimento especial. Por sua vez, muitas experiências de programas de saúde próximos das comunidades em diferentes partes do mundo contribuíram empiricamente para apoiar os princípios operacionais da atenção básica da saúde.

Como observado por vários oradores deste seminário, a proposta da APS é especificada na Declaração de Alma-Ata de 1978 que a definiu como sendo “a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”.

Desde o lançamento da proposta da APS, esta não se restringiria exclusivamente a ser um primeiro contato dos serviços de saúde. Pelo contrário, foi reconhecido que para alcançar a meta de “saúde para todos” era necessária a coparticipação de outros setores e áreas afins de atuação.

Trinta anos depois, durante o relançamento da Estratégia de Saúde para a Equidade, com base na Atenção Básica, realizado em Buenos Aires, Argentina em 2007, os governos das Américas endossaram esses princípios e componentes, garantindo que a saúde:

É condicionada por diferentes e dinâmicos movimentos sociais, econômicos, culturais e ambientais, indicando que a responsabilidade pelo seu cuidado pertence a todos e o papel dos sistemas de saúde baseados na estratégia de atenção primária à saúde é fundamental, incluindo a comunidade. Isto implica a necessidade de políticas de Estado e compromisso de todos os setores: organismos públicos, setor privado, organizações comunitárias, organizações internacionais e cada cidadão.

Por sua vez, desde a Conferência de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá (1988), bem como em conferências subsequentes sobre o tema, foi discutida a importância da APS, como sendo um crisol das ações multi e intersetoriais em prol da saúde e do bem-estar.

Por sua vez, em 2008, o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que

os determinantes sociais da saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema saúde. Essas circunstâncias são o resultado da distribuição do dinheiro, do poder, e dos recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, depende das políticas adotadas. Os determinantes sociais da saúde explicam a maioria das desigualdades de saúde, ou seja, diferenças injustas e evitáveis observadas dentro e entre os países no que diz respeito à situação da saúde.

Posteriormente, a Declaração Política sobre os Determinantes Sociais da Saúde, assinada por chefes de Estado, ministros e representantes governamentais reunidos no Rio de Janeiro, Brasil, em 2011, foi acordado que “a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada por todos os setores do governo, todos os segmentos da sociedade e todos os mem-

bros da comunidade internacional” e que para isso era necessário tomar ação em torno das seguintes quatro áreas: a) adotar uma melhor governança da saúde e do desenvolvimento do plano nacional para o global; b) promover a participação na formulação e implementação de políticas públicas; c) reorientar as ações do setor da saúde para reduzir as desigualdades na saúde; e d) incentivar o acompanhamento do progresso e da prestação de contas.

Mais que um paralelismo, entre a APS e os DSS há verdadeira convergência e complementaridade tanto conceitual quanto operacional, reconhecendo que: a) saúde é mais que ausência de doença; b) o foco principal é a equidade na saúde; c) tanto a APS quanto os DSS são relevantes nos países pobres e ricos; d) o sucesso depende da promoção e implementação de ações multissetoriais que incluam a saúde em todas as políticas; e) incentivam o empoderamento das comunidades; e f) o papel do setor saúde como articulador do processo é relevante. É claro que as desigualdades observadas não são resultado da falta de acesso aos serviços de saúde, mas sim da influência de outros setores, como habitação, educação, emprego e renda.

Durante as últimas duas décadas, a literatura que mede as desigualdades na saúde aumentou. Em geral, o conhecimento acumulado indica que, embora as médias mostrem melhoria nas condições de saúde, quando a informação é discriminada e analisada por país, gênero, grupos étnicos, níveis socioeconômicos e educacionais, entre outros, emergem desigualdades importantes na saúde. No entanto, nem sempre esse tipo de evidência é utilizada para reformular políticas e intervenções necessárias para progressivamente encerrar as lacunas observadas.

Os sucessos acumulados na prevenção e no combate às doenças infecciosas são em grande parte para a eficácia das medidas de intervenção voltadas para os fatores de risco proximais, o mais imediato na cadeia de causalidade. Um exemplo claro é o das vacinas: uma vez alcançados os níveis adequados de imunidade, elimina-se o risco. De certa forma, esta estratégia bem-sucedida está sendo deslocada para o controle das doenças crônicas, focando as intervenções em ações de luta contra o sobrepeso e incentivo à atividade física, sendo estes dois dos fatores de risco mais proximais. Embora no curto prazo os benefícios dessas intervenções sejam relevantes, não são sustentáveis em médio e longo prazo, considerando que a gênese dos problemas das DCNT é diferente daquela de doenças infecciosas

agudas. Isso requer, portanto, poder agir sobre as “causas das causas”, que são os fatores de risco intermediários e distais associados com os determinantes sociais e ambientais da saúde.

Para implementar a estratégia descrita e intervir nos fatores de risco intermediários e distais, é essencial que as políticas de saúde transcendam o setor da saúde tradicional. Embora a luta contra o tabagismo seja um bom exemplo, a lista permanece limitada. O discurso e as políticas de saúde devem estar mais presentes de modo mais coerente naqueles setores que exigem intervenções mais concretas e sustentáveis ao longo do tempo.

## **A APS E OS DSS NA AMÉRICA LATINA**

Alguns dos países latino-americanos criaram comissões de determinantes sociais da saúde de duração limitada. Outros criaram diretamente unidades no âmbito dos ministérios da saúde para abordar a questão dos determinantes sociais. Essas iniciativas são certamente positivas, cujos benefícios e resultados são ainda incipientes, inclusive a interação com as unidades responsáveis pela APS em seus respectivos países.

Por sua vez, na América Latina, os serviços de saúde são, em geral, segmentados na demanda e fragmentados na oferta. Em quase todos os países da região, a APS foi implementada atendendo duas modalidades diferentes. Uma terceira modalidade está emergindo de forma evolutiva e está nas fases iniciais de implementação.

A primeira modalidade é a mais básica. Refere-se a uma APS seletiva focada na atenção de um número limitado de problemas de saúde voltados principalmente para populações de baixa renda. As ações preventivas respondem a iniciativas verticalizadas. As ações assistenciais também se concentram em uma oferta limitada a problemas prioritários. As instalações são carentes, muitas vezes saturadas e com capacidade de resposta precária. Não há recursos humanos, tecnológicos e financeiros suficientes e adequados. A oferta de programas desenvolvidos por outros setores obedece às próprias prioridades setoriais; os programas são independentes e pouco coordenados com o setor da saúde, por exemplo, aqueles relacionados ao abastecimento de água e saneamento. Essa modalidade de APS possui efeitos muito limitados e contribui pouco para encerrar as iniquidades em saúde.

A segunda modalidade caracteriza-se por uma APS de primeiro contato de serviços de saúde. Conta com maior capacidade de resposta, incluindo uma oferta de ações preventivas mais abrangentes e uma vigilância epidemiológica mais bem estruturada. As atividades de promoção da saúde e as atividades assistenciais são mais amplas e há melhor referência e contrarreferência de pacientes. As ações desenvolvidas por outros setores são maiores, mas ainda independentes, deixando lacunas e oportunidades que poderiam ajudar a reduzir algumas das iniquidades que determinam a saúde em diferentes estratos da sociedade. Embora a modalidade de APS tenha maior capacidade de resolução, é limitada em escopo ao concentrar quase que exclusivamente suas ações como parte do sistema tradicional de atenção. Os programas realizados por outros setores, embora mais vigorosos, não são suficientemente eficazes para reduzir algumas das desigualdades que determinam os gradientes da saúde em diferentes grupos populacionais.

Um terceiro grupo, que está nos estágios iniciais de implementação em alguns países, incluindo o Brasil, incorpora a APS como parte da rede de serviços de saúde, oferecendo resposta mais abrangente e integrada às necessidades e demandas da população, com o fornecimento de uma gama de serviços, tanto de promoção da saúde como os programas de prevenção e atenção em saúde mais harmonizados com as situações epidemiológicas dominantes.

O escopo dessa terceira modalidade poderia ser ainda mais eficaz, na medida em que se estende o convite e a capacidade de planejamento e intervenção, de modo que as ações multissetoriais possam ser voltadas para os grupos populacionais que foram excluídos ou que deveriam estar recebendo serviços de melhor qualidade, no intuito de reduzir progressivamente algumas das desigualdades que determinam os gradientes da saúde.

Se essa terceira modalidade for o cenário desejável, o setor da saúde teria de continuar a evoluir, incorporando de modo real os ingredientes conceituais e metodológicos necessários, traduzindo-os em novas alianças e um governo multissetorial em todos os níveis de atuação, do local (municipal) ao intermediário (estadual) e ao central (federal), além de acrescentar os diferentes atores da vida acadêmica e da sociedade civil, incluindo o setor produtivo. Isso exigiria uma liderança visionária e com uma grande capacidade de diálogo e consulta permanente e sustentada nas novas gerações de reformas da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem sido uma proposta inovadora, e o CONASS um parceiro comprometido na sua implementação. Talvez, no futuro, o Brasil, com todo vigor que o caracteriza, possa gerar novo impulso qualitativo e identificar novos rumos em prol da saúde.

Obrigado a todos.

### Referências Bibliográficas

1. Alma Ata, 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
2. Barreto S, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Muños S, Kuri-Morales PP, Silva JB Jr. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology*. 2012;41:557-571.
3. Declaración "Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria". Buenos Aires, 2007. Disponível em: [www.fcm.unr.edu.ar/.../2007-Declaración%20de%20Buenos%20Aire](http://www.fcm.unr.edu.ar/.../2007-Declaración%20de%20Buenos%20Aire).
4. CEPAL. Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe. Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana, 2008. LC/G.2378 (SES.32/14). Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELADE-ESPANOL.pdf>.
5. CEPAL. Panorama social de América Latina 2011. Santiago, Chile. Noviembre 2011. Disponível em: [http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/dds/agrupadores\\_xml/aes31.xml&xsl=/dds/agrupadores\\_xml/agrupa\\_listado.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/dds/agrupadores_xml/aes31.xml&xsl=/dds/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl).
6. OPS. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS. Declaración de Montevideo. Washington DC, 2005. Disponível em: <http://br.bing.com/search?q=Declaraci%C3%B3n%20Regional%20sobre%20las%20Nuevas%20Orientaciones%20de%20la%20APS.%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Montevideo.%20Washington%20DC.&mkt=pt-br&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb>.
7. Pellegrini A, Buss P. O movimento dos determinantes sociais da saúde no Brasil. In: Galvão L, Finkelman J, Henao S. Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde. Cap. 27. McGraw-Hill Interamericana Editores. FIOCRUZ. Organización Panamericana de la Salud, 2011.
8. Rasanathan K, Villar Montesinos E, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *JECH Online First*, 2010. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/resources/rasanathan\\_jepidemiolcommunityhealth2009.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/rasanathan_jepidemiolcommunityhealth2009.pdf).
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. OPAS/CONASS: Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vila%20Mendes%20E.%20As%20redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20sa%C3%BAde.%20OPS%20CONASS.%20Brasilia%20Brasil.%202011>.

10. WHO. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva, 2008. Disponível em: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH\\_SDH\\_FinalReport.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf).

11. WHO. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever. World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

12. WHO. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf).

*n. 27*

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

MESA 4  
ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE E OS  
OBJETIVOS DE  
DESENVOLVIMENTO  
DO MILÊNIO

---



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

# 4

## MESA 4 **Palestrantes e Debatedor**

<b>PALESTRANTES</b>	<b>Joaquin Molina</b> – Mestre em Teoria e Administração da Saúde Pública. Professor universitário. Tem exercido várias funções na Organização Pan-Americana da Saúde em diversos países e, atualmente, é representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil.
	<b>Jarbas Barbosa</b> – Doutor em Saúde Coletiva. Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Epidemiologista reconhecido na Saúde Pública. Exerceu função de diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa e a gerência de Vigilância em Saúde e Gestão de Doenças da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington.
<b>DEBATEDOR</b>	<b>Julio Manuel Suárez</b> – Mestre em Saúde Pública. Exerce a função de gerente de Sistemas e Serviços da Saúde na Organização Pan-Americana da Saúde no Chile.

### 4.1 JOAQUIN MOLINA

Boa-tarde a todos e a todas.

Aqueles que trabalham nesse campo têm-se esforçado durante a última década para estabelecer pontos comuns e sinergias internacionais. Quero, em primeiro lugar, fazer alguma caracterização real dessa sinergia entre os dois. A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1978, data em que a ideia se cristalizou para os países e foi assinada pelos governos como um compromisso. Não foi um acontecimento isolado, mas foi precedida no ano anterior pelo movimento da Organização Mundial da Saúde denominado Saúde para Todos no Ano 2000.

Hoje, sabemos que a saúde avançou. Foi um período intenso, mas

não como gostaríamos para a maioria das populações, principalmente para aquelas que sofrem com algum tipo de marginalização. Por outro lado, não podemos desconsiderar o progresso das organizações internacionais em todos os avanços alcançados.

O impacto político que esse movimento teve 12 anos depois ainda é presente. Foi um compromisso assinado por mais de 100 ministros da saúde em Alma-Ata (ainda existia a União Soviética) valores muito importantes. Gostaria de destacar que foi um dos primeiros documentos internacionais assinados pelos governos que estabeleceram e reconheceram o direito à saúde como um direito humano. Até esse momento o assunto era aceito como verdade inquestionável para alguns, porém outros países não pensavam assim e não os incluía socialmente. Até hoje perduram grupos que não aceitam que a saúde seja considerada dentro dos Direitos Humanos.

O documento avançava para além da prática clínica tradicional e pelo menos dois elementos importantes foram incorporados como elementos essenciais: a intersectorialidade e a participação social. Esses não são somente necessários, mas fundamentais para melhorar a saúde de todas as pessoas.

Esse documento estabeleceu uma posição política clara, que os governos deveriam aumentar o financiamento da saúde. Nessa época, o financiamento da saúde era visto como uma despesa necessária, porém havia muitas pressões para reduzir o orçamento para a saúde, que não era uma das áreas privilegiadas. Um consenso que imperava entre os especialistas da área era a necessidade de financiamento adequado.

Ainda nessa questão: o documento de Alma-Ata propunha que o financiamento fosse reorientado a fim de ser priorizada a Atenção Primária à Saúde (APS). O conceito de APS cristalizou-se como o primeiro nível de contato da população com os serviços de saúde e com o local onde a maioria dos problemas de saúde deveria ser resolvida, e não como vinha acontecendo até então, com os orçamentos privilegiando hospitais.

A proposta da APS nunca quis ser entendida como reduzida a pacotes de serviços seletivos para pobres. Embora essa fosse uma das modalidades que avançou, pois infelizmente foi interpretada e implementada dessa maneira em alguns países.

Agora temos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que, embora tenham ideologia comum, apresentam diferenças notáveis. Eles fo-

ram assinados 20 anos depois, pelos chefes de Estado em Nova Iorque, como um instrumento de desenvolvimento e também de compromisso internacional dos países.

São oito ODM com 18 metas e 48 indicadores. É um conjunto de propostas que traz a ideia de comprometer os países a investirem no desenvolvimento à luz do novo milênio. A saúde aparece de forma muito clara nos objetivos 4, 5 e 6 que tratam da mortalidade infantil, mortalidade materna e doenças transmissíveis, mas também aparece de alguma forma em outros objetivos.

O objetivo n. 1 está relacionado com a pobreza e inclui indicadores de desnutrição. O n. 7 está relacionado ao meio ambiente e inclui indicadores de acesso à água e saneamento. E o n. 8 trata da relação do setor público e privado, incluindo um indicador sobre o acesso a medicamentos como uma das demandas mais urgentes, e o acordo entre estes dois tipos de setores para garantir o acesso a medicamentos.

Depois de anos de discussão e prática, especialistas e profissionais de saúde concordam que a proposta da APS se mantém em pleno vigor com os mesmos valores e princípios que a sustentaram. Claro que, após tantos anos e com várias realidades existentes, somos convidados a pensar a APS, de outra maneira. No setor saúde, a APS é ferramenta conceitual, política e técnica que pode trabalhar os ODM, particularmente aqueles mais relacionados à saúde.

Em 2003, a convite dos governos por meio dos seus ministros de saúde na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e na Assembleia Pan-Americana da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) começou a falar de uma APS renovada. Ao reconhecermos que seus valores e princípios estavam vigentes, então precisávamos repensar o marco da realidade atual. Digamos que um dos eventos que marcaram este repensar é que após 22 anos temos os melhores instrumentos ou bases jurídicas e acordos internacionais debate inicial do direito à saúde como um direito humano. Havia mais evidência acumulada e melhor interpretação do que significavam as transições demográficas, que envolvem o envelhecimento da população na maioria dos países, especialmente nos países de renda média, entre eles a maioria dos países da América Latina.

Conhecemos os meios que temos disponíveis e acessíveis economicamente para controlar essas doenças e riscos presentes na população, no entanto ainda não estão conformados como medidas eficazes de saúde pública para eliminar um conjunto de doenças. Por outro lado, vivemos uma época com outras perspectivas de desenvolvimento da ciência e tecnologia. A área da computação e da nanotecnologia impactou muito a vida de todos, *idem* o uso das telecomunicações e das instituições e das práticas de saúde.

Esse é o contexto. Acrescentamos que os países, suas organizações e governos não aceitam a iniquidade prevalente entre alguns países e dentro dos países, entre grupos populacionais. A cobertura universal na saúde, a efetividade do sistema, o controle social dos serviços e o acesso aos medicamentos são algumas das reivindicações que ecoam e que não podem ser atendidas.

Em contrapartida, em 2012, transcorrida uma década que os ODM foram adotados como compromisso de todos os governos e já muito mais próximo do ano de 2015, algumas questões são evidentes: a maioria dos países avançou no cumprimento das metas. Hoje, sabemos as metas que não serão alcançadas em muitos países, entre elas, a mortalidade materna.

Os analistas chamam a atenção para alguns elementos ignorados nos ODM dentro da área da saúde, como a não inclusão das doenças crônicas, consideradas por alguns a epidemia do século. Essa é como a ponta do *iceberg*, o que importa não é o que vemos, mas o que está abaixo, e as próximas gerações terão de enfrentar esse problema.

Ao pesquisar o relatório estatístico publicado pelo Brasil, verificamos que a mortalidade é expressa em forma de taxa nas últimas duas décadas no Brasil. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares diminuiu ao longo dos anos (1991-2009), mas, ao avaliar a prevalência, percebemos que temos muito mais pessoas que exigem ou sofrem de uma doença cardiovascular. Quando comparado às doenças infecciosas e parasitárias, percebe-se uma tendência ascendente como causa de morte das doenças cardiovasculares, neoplasias e também de uma forma importante as causas externas nos últimos anos.

O Brasil é similar à maioria dos países que apresentam uma alteração na composição populacional, com a diminuição do número de jovens

e aumento dos mais velhos, explicitando uma tendência de envelhecimento populacional.

Todavia, olhando principalmente a redução da mortalidade, é preciso saber que estas pessoas serão no futuro um núcleo que irá se expandir de forma importante. E isso tem implicações para os serviços de saúde. A demografia explica muita coisa sobre o fenômeno das doenças crônicas, mas não tudo. Primeiro, temos uma população que está envelhecendo em ritmo acelerado, e as causas para tal situação (fertilidade e mortalidade mais baixa) não irão mudar tão cedo. Com o aumento de pessoas idosas, a prevalência de doenças crônicas será ainda maior. E a atenção aos idosos não é apenas clínica. É preciso de cuidados da família, redes sociais de apoio, terapia ocupacional e saúde mental.

O desafio é: como enfrentaremos essa nova realidade? Os idosos não têm uma resposta clínica única como parte da garantia do seu bem-estar e saúde. Eles precisam de cuidados e contatos familiares, mas como organizar estas redes sociais de apoio dentro de uma realidade em que os filhos estudam, as mulheres e os homens trabalham, em que há necessidade de se locomover rapidamente, não há tempo disponível adequado, entre outras questões.

Nesse contexto, parece claro que temos as respostas: as abordagens para o controle das doenças crônicas devem ter ênfase na prevenção, pois trabalhando apenas com respostas clínicas não vamos controlar nem diminuir as doenças crônicas e, portanto, não garantimos o bem-estar da população. Agora, a discussão é saber o que temos de prevenir.

Vamos dizer que o modelo vigente nos últimos anos tem ido um pouco mais atrás da doença crônica. E hoje há um conjunto de fatores de risco que são claramente evidentes, medidos por meio de inquéritos e estudos populacionais, como o Vigitel, que trata dos fatores de risco para doenças crônicas. Agora, o ponto de problematização para a discussão: além de prevenir doenças e riscos, o que mais podemos fazer? Considerando que temos uma população envelhecendo, que muitos dos riscos ocorrem onde as pessoas vivem e trabalham, e que as respostas não estão nos serviços de saúde, o que mais podemos fazer pela saúde?

A primeira resposta vem da comparação de dois modelos explicativos para se fazer prevenção. O modelo clínico em que as causas das doen-

ças e seus riscos se encontram na conduta dos indivíduos que são atores independentes que devem realizar opções livres a partir da informação adequada. A estratégia consiste em proporcionar informação e gerar motivação.

O modelo clínico baseia-se na identificação das pessoas em risco: aqueles que estão acima do peso, fumantes, aqueles com um comportamento sexual de risco etc., e depois trabalha diretamente com eles. Efetivamente a melhor das missões do setor saúde é trabalhar com essas pessoas. Nós não devemos abandoná-los, mas em nível populacional isso não é possível, pois esse grupo continuará incorporando pessoas que nascem, crescem, entram na fase da adolescência, que se tornam adultos, que entram no mundo do trabalho e que não recebem qualquer informação ou controlam o ambiente que determina o seu comportamento. Não é fácil dizer para uma pessoa pobre, que trabalha 16 horas por dia, que ela precisa melhorar a sua dieta ou descansar mais porque sua pressão arterial está descontrolada. Não é fácil dizer a uma criança para não tomar refrigerante porque tem grande quantidade de açúcar, quando as propagandas inundam suas mentes, ou os seus ídolos consomem esses alimentos.

O modelo salubrista, por sua vez, trabalha com as raízes da doença e dos riscos no ambiente que condicionam os indivíduos a adotarem estilos e hábitos de vida não saudáveis. A estratégia consiste em promover modificações do ambiente para facilitar e gerar motivação. Você não pode recomendar as pessoas que façam exercício físico nas ruas quando elas estão sob o risco de um acidente de carro, sujeitas à violência. Ou recomendar a prática de um exercício cardiovascular em um clube para uma pessoa pobre que não pode pagar a taxa de um clube ou de uma academia.

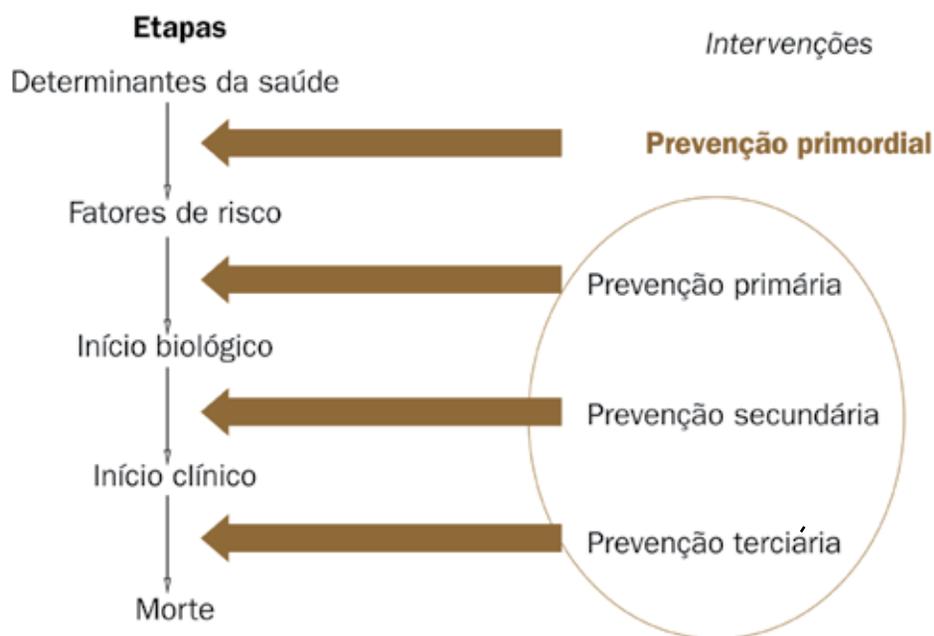
Assim, o modelo obriga-nos a estudar de uma maneira melhor o ambiente em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e morrem e a encontrar as raízes da explicação e da ação.

Um passo mais. Spasoff é professor da Universidade de Ottawa e em uma análise compartilhada com o Escritório da Opas trabalhou com um modelo que afirma: ao se ter uma doença, tem-se como antecedente um início clínico, um início biológico, fatores de risco que os condicionaram, mas, sobretudo, determinantes da saúde que levaram a essa cadeia.

Como parte da interpretação, ele disse que as intervenções podem ser de várias maneiras. A prevenção primária aborda os fatores de risco, a

secundária e a terciária já trabalham na prática clínica, este último dirigido a prevenção da mortalidade. Mas o que chama atenção é o mais recente conceito, o da prevenção primordial, que trabalha com os determinantes da saúde para transformar as influências ambientais que podem levar as pessoas a terem comportamentos de risco (figura 1). E é aí que está o foco real saúde pública.

FIGURA 1. **Níveis de prevenção da saúde**



FONTE: ROBERT SPASOFF, CONFERENCE IN PIAHO, WASHINGTON DC, JANEIRO 2011.

É claro que muitas das coisas que são feitas nesse nível vão além da tarefa do médico, do enfermeiro, dos agentes de saúde, mas estão no nível dos ministros responsáveis por um conjunto de políticas que podem ser adotadas como parte de um modelo de crescimento e desenvolvimento que melhore o modo de viver das pessoas.

Spasoff apresentou algumas ideias de como a prevenção primordial poderia funcionar. Ele citou o caso de doenças crônicas que têm entre os fatores de risco o comportamento e o fisiológico. E essas são bem conhecidas.

Esse é um exercício da APS, e não devemos abandonar esse tratamento no setor de saúde. Somos forçados a reconhecer isso e as influências ambientais e a trabalhar desde nossa esfera, nosso âmbito de influência, documentando melhor a relação entre este e este, em seguida, promover intervenções no lugar certo nos níveis certos.

A prevenção primordial é aquela orientada a prevenir a introdução de fatores de risco à população. Está focalizada em aspectos de organização social e orientada a modificar as condições que geram suscetibilidade na população. Evita a emergência de fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para um maior risco (ambiente condicionador). O enfoque do curso de vida é crucial.

A prevenção primária trabalha com intervenções dirigidas ao segmento da população em risco. Está orientada a modificar os hábitos e comportamentos individuais para evitar a doença ou postergar seu início. Limitações: Culpar a vítima. Pouca atenção ao contexto social e ambiental que facilitam comportamentos inadequados ou interferem no comportamento saudável. Você é gordo, porque come demais; é hipertenso, porque não tomou cuidado, porque comeu alimentos com muito sal etc.

Apresento uma forma gráfica (figura 2) para melhor explicar isso, uma cortesia de Manuel Peña, que mostra que todos os elementos que caracterizam a doença crônica ou fatores de risco podem ser um exercício de prevenção secundária e terciária, mas que a atenção primária está acima e possui maior abrangência. Por fim, a prevenção primária é que trabalha sobre os determinantes sociais que condicionam quais os riscos e os comportamentos persistem contra nós ou a trabalhar sobre as populações.

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

FIGURA 2. **Prevenção primordial, primária, secundária e terciária.**



FONTE: CORTESIA DE MANUEL PEÑA, 2011.

Para finalizar aponto três considerações finais:

1. O setor da saúde precisa reconhecer melhor a relação entre os ambientes sociais e físicos e as doenças e seus riscos, trabalhando mais ativamente para sua transformação. Equidade é o “grande desafio”.
2. As doenças crônicas, problemas como as lesões por causas externas e os acidentes são as epidemias do século XXI. Sua abordagem precisa ser incluída nos “novos” ODM após 2015.
3. O fortalecimento da estratégia da APS em Saúde segue sendo a grande orientação para uma mais adequada resposta social aos problemas de saúde e bem-estar, vinculados à qualidade de vida.

A APS continua a ser o primeiro contato entre os serviços de saúde e população. Os profissionais de saúde continuam sendo pessoas influentes. E aí, temos pessoas influentes em nível individual. E pessoas influentes para falar com comunidades, com pessoas que têm cargos, com economistas, com os que lidam com a economia local, com pessoas de influência para conseguir atenção. Por isso, a Atenção primária é uma estratégia de sucesso para se buscar uma melhor saúde no século XXI.

Muito obrigado!

## 4.2 JARBAS BARBOSA

### ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO PELO BRASIL – METAS DA SAÚDE

Boa-tarde. Em primeiro lugar, agradeço e parablenizo o CONASS por este evento. Parablenizo a Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi, que concluiu um mandato muito produtivo no CONASS, reconhecido por todos os integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). E desejar que o Dr. Wilson Duarte Alecrim continue essa trajetória muito positiva.

Abordarei a situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) no Brasil, buscando ir além do óbvio: como nós estamos e como estaremos em 2015. Os ODM são um compromisso político muito importante. E eu creio que ajuda e tem ajudado a mover a agenda de resultados sanitários importantes no mundo inteiro. Apesar de uma dificuldade grande: como fixar indicadores e metas para uma diversidade de países tão grande no mundo? É mais fácil reduzir a mortalidade materna em 50% entre os países que possuem o indicador em 400/mil em comparação àqueles cujo indicador está em 100/mil, ou seja, quanto pior o indicador sanitário, mais simples serão as ações necessárias para modificá-los.

Esse debate está ocorrendo, e o Brasil está participando intensamente dele. Já enviamos uma proposta para a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de estabelecer indicadores e metas para o enfrentamento das doenças crônicas a serem incluídas na Declaração de Nova Iorque.

Outra discussão é sobre como estabelecer uma meta de redução da prevalência da hipertensão em uma população que está envelhecendo e que independentemente das intervenções realizadas apresentará aumento da prevalência, principalmente naqueles países que aumentam a população de idosos com velocidade.

Então estamos buscando um sistema de indicadores um pouco mais sofisticado do que os ODM, com estratificação, partindo do ponto de partida onde se encontra. Mas sem dúvida os ODM colocaram o governo e sociedade a olharem para os problemas que podem avançar. Logicamente que, para um país como o Brasil, alcançar a maioria das metas, não é um grande esforço.

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

É um grande esforço para países que estavam em uma situação muito pior do que a nossa.

Primeiramente, vamos verificar a situação da mortalidade na infância. O objetivo era reduzir em dois terços a mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade entre 1990 e 2015. Esse objetivo desdobra-se em três indicadores: taxa de mortalidade de criança menores de cinco anos, taxa da mortalidade infantil e cobertura vacinal contra o sarampo em menores de um ano. Esses indicadores no Brasil tem um progresso importante.

A mortalidade em menores de cinco anos apresentou uma redução importante (64,3%) nesse período, registrando uma Taxa de Mortalidade (TM) em 2010 igual a 19,3/mil nascidos vivos. Estamos muito próximos de atingir a meta (17,9/mil nascidos vivos). O dado positivo é a diminuição da TM do Nordeste de 90/mil para aproximadamente 25/mil. A maior queda entre as regiões do Brasil foi a do Nordeste se aproximando ao melhor indicador que é o da região Sul. Apesar disso, o risco de uma criança que nasce no Nordeste morrer antes de completar um ano ainda é o dobro de uma criança que nasce no Distrito Federal, ou seja, ainda persiste uma desigualdade infantil importante.

A taxa de mortalidade infantil (em menores de um ano) tem um quadro muito parecido. Chegamos em 2010 com 16,4/mil, sendo a meta de 15,7/mil. Houve uma redução de 65% entre 1990 e 2010 no país. A região Nordeste apresentou a maior queda comparada às outras regiões brasileiras de 80/mil, em 1990, para 20/mil em 2010.

Quanto ao terceiro indicador, o Brasil atingiu uma boa cobertura vacinal contra sarampo superior a 95%. Em razão disso, a última epidemia de sarampo foi em 1997, com 52 mil casos e 60 óbitos. Contudo, o desafio atual é buscar homogeneidade: conseguir uma distribuição em todos os grupos sociais, nas grandes cidades e nos municípios da área rural.

Há uma série de intervenções que foram realizadas nesse período que justificam o alcance parcial das metas, algumas intervenções mais antigas e outras mais localizadas, que têm buscado melhorar processos dentro da rede de cuidado das crianças e das mães. Entre elas: Rede Cegonha (2011); Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (2010); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2009 e 2010); políticas e ações voltadas para a Atenção à Saúde da Criança – Método Canguru,

Rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações; Expansão e Qualificação da Estratégia de Saúde da Família.

E há evidências que mostram o papel das Equipes de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil. Mesmo controlando outras variáveis, a variável cobertura por Equipe de Saúde da Família é a que mais explica a redução na mortalidade infantil, ficando em segundo e terceiro lugares as ações de saneamento e educação materna. Não há dúvida de que essa foi uma estratégia fundamental para que garantíssemos a universalização de intervenções que são essenciais para a preservação da saúde e da vida das crianças brasileiras.

O ODM 5 trata da mortalidade materna cuja meta era reduzir em três quartos a razão de mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015. E como submetas o Brasil escolheu a 6A (promover, dentro do SUS, a cobertura universal por ações de saúde sexual e reprodutiva) e a 6B (deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual). E ainda inseriu a questão dos dois cânceres que são importantes para a saúde da mulher.

São trabalhados dois indicadores: Razão de Mortalidade Materna (RMM) e proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados. Entre 1990 e 2010, houve uma redução de 50% da RMM, fruto de várias ações como a maior cobertura do pré-natal que levou ao aumento do número de consultas e à melhora do acesso de mulheres a várias intervenções. Entretanto, ainda temos uma RMM relativamente elevada, 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, sendo nossa meta igual a 35/100 mil.

A RMM por causas obstétricas diretas (hipertensão gestacional, hemorragia, infecção puerperal e aborto) apresentou importante redução de 126,5/100 mil, em 1990, para 47,1/100 mil, em 2010. Enquanto as causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério) apresentaram discreto aumento (13,5/100 mil, em 1990, para 19,5/100 mil, em 2010), explicado em parte pela melhoria da investigação. E, sem dúvida alguma, esse é um grupo que é muito mais difícil de mover, porque exige intervenções diferentes e mais complexas.

n. 27

Como indicador da universalização das medidas de saúde reprodutiva e sexual, tem-se o aumento da distribuição percentual de mulheres em idade fértil que usam algum método anticoncepcional, que passou de 43,5%, em 1986, para 67,8%, em 2006. É aumento importante, que seguramente ajudou, junto com outros fatores determinantes, a própria redução da mortalidade infantil, uma vez que quanto menor o número de filhos muito maior a chance de sobrevivência.

Em relação à taxa de mortalidade por câncer de mama e de útero, observa-se que, entre 1990 e 2010, o risco de morrer por câncer de mama cresceu discretamente (17,4/100 mil para 20,3/100 mil), enquanto houve estabilidade do risco de morrer por câncer do colo de útero (em torno de 9,0/100 mil mulheres).

As taxas de mortalidade por câncer de mama nas capitais brasileiras apresentam uma tendência de redução, porém no interior do país a tendência é de aumento. Portanto, a curva da população brasileira não reflete uma redução, pois grande parte das mulheres ainda não tem acesso a intervenções capazes de reduzir essa mortalidade, seja o diagnóstico precoce ou o tratamento oportuno.

A incidência de câncer de colo de útero também apresentou redução significativa nas capitais brasileiras e esse câncer é a quarta causa de morte entre mulheres nas capitais, deixando a segunda posição nos anos 1980, para a quarta, em 2009. A introdução da vacina do Vírus Papiloma Humano (HPV), assim como a detecção precoce pela realização do exame de Papanicolau, é uma intervenção capaz de reduzir a mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero comprovada com evidências científicas. No interior do país, tem-se uma redução muito mais suave na mortalidade por câncer de colo de útero, demonstrando que mesmo o acesso das mulheres ao exame Papanicolau exige esforço grande para garantir a essa intervenção.

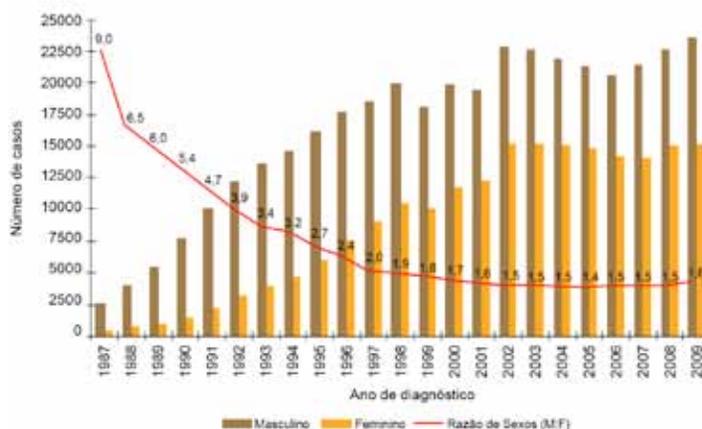
O ODM 6 trata das doenças transmissíveis, entre elas o vírus da imunodeficiência humana (HIV), malária e outras doenças, além da tuberculose e hanseníase incorporadas pelo Brasil. No caso do HIV, seguimos com a prevalência estimada em 0,6% da população brasileira infectada. Existem vários estudos que buscam a prevalência do HIV que é estimada a partir de prevalências em grupos sentinela. Mas é uma prevalência que está estável.

O grande problema para cumprir essa meta é para alguns países africanos que tinham 15% a 20% da população infectada.

Temos adesão grande de parte importante da população para as medidas de prevenção. O brasileiro tem um bom conhecimento sobre mecanismos de proteção. Sem dúvida alguma que a gente tem dificuldade de como atingir determinadas populações onde a velocidade de crescimento ainda continua muito maior que na população em geral, talvez pela discriminação e pela dificuldade de essas populações buscarem os serviços de saúde tradicionais. Essas populações muitas vezes não são bem acolhidas nos nossos serviços, por exemplo, uma travesti que chega a um Centro de Saúde não sabe se ela terá um atendimento com respeito e dignidade como merece. Portanto, precisamos alcançar determinados grupos populacionais sem estigmatizar nenhum deles, pois é onde nitidamente a gente tem uma diferença. Na população de jovens homossexuais, a prevalência é 10%, demonstrando-se que, nitidamente, a gente tem uma velocidade de transmissão nesse grupo muito maior do que em outros grupos.

A partir de 1998, o número de casos de HIV no país está mais ou menos estabilizado, sendo que a razão de sexo alterou-se abruptamente entre os anos de 1987 e 1997, depois se manteve estável (figura 1).

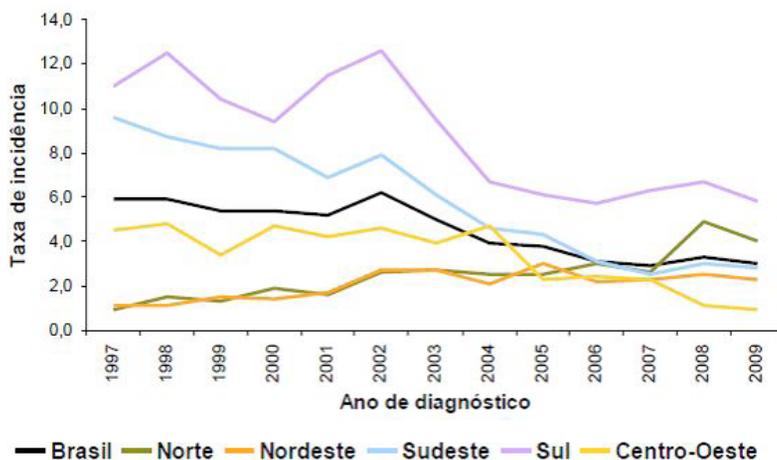
FIGURA 1. **Número de casos de Aids e razão de sexos segundo ano de diagnóstico, Brasil 1987 a 2009**



FONTE: MS/SUS/DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS.

Na figura 2, podemos observar a taxa de incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) em menores de cinco anos de idade. No Brasil, observa-se uma estabilidade por volta de 2007 e 2008, e a partir daí uma certa redução, que se dá basicamente pela diminuição na região Sudeste, que tem um peso populacional e um número de casos muito grande. Considera-se que temos uma “epidemia” já estabilizada no Sudeste. Mas, no Nordeste e no Norte, tem-se ainda tendência de crescimento da incidência, o que demonstra que nessas regiões precisamos de mais ações de prevenção com acesso permitido às pessoas.

**FIGURA 2. Taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos de idade por 100 mil habitantes segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1997 a 2009**



FONTE: MS/SUS/DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS.

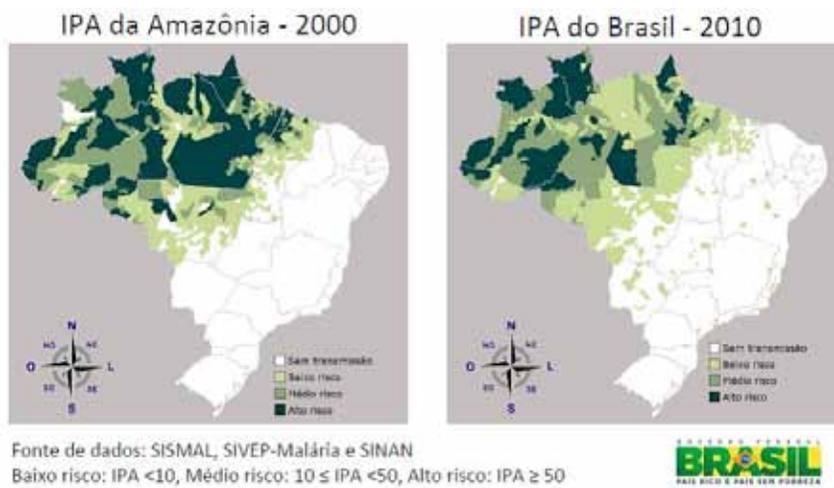
Outro dado relevante é o relacionado à transmissão vertical, que demonstra diferença importante entre as regiões do Brasil. No Norte do Brasil, temos incidência grande em termos proporcionais, porque a detecção oportuna pode levar praticamente à eliminação dessa transmissão.

O Ministério da Saúde garantiu acesso universal aos antirretrovirais desde 1996. No Brasil, nenhum paciente tem necessidade de pagar pelo tratamento da Aids. O nosso desafio é manter e nos antecipar no diagnóstico, pois temos evidências que demonstram que quanto mais cedo o diagnóstico e a instituição do tratamento, menor o impacto na própria velocidade de transmissão dentro da comunidade.

Em relação à malária, os resultados mostram redução de casos em 50% em 2010 e previsão de 75% para 2015; além de redução de óbitos em 50% em 2010, a perspectiva é chegar em quase zero em 2015. A notificação de casos de malária apresenta uma flutuação muito grande, mas com tendência de redução. Estamos próximos da meta dos ODM e com algum esforço seguramente atingiremos a meta até 2015. No caso da mortalidade por malária, temos redução bem maior, e os óbitos estão cada vez mais raros no país, principalmente pela mudança do esquema de tratamento e melhoria do acesso a este.

Na figura 3, observa-se a distribuição da malária no ano 2000 e 2010, principalmente na região Norte do Brasil, onde ela persiste como um problema de Saúde Pública. Sem dúvida a descentralização combinada com a incorporação da APS foi chave para a situação vista no mapa. No ano 2000, o Brasil tinha cerca de 900 pontos de diagnóstico de malária na região da Amazônia, que era realizado pelos agentes de endemia da Fundação Nacional de Saúde. Com o processo de descentralização, nós triplicamos esse número e hoje o acesso ao diagnóstico e tratamento foi fundamental para a redução dos surtos de malária. Isso só foi possível acontecer porque a Estratégia de Saúde da Família incorporou de maneira correta de acordo com o perfil epidemiológico da população as doenças relevantes para aquela região.

FIGURA 3. **Distribuição da malária no ano 2000 e 2010**



Em relação à tuberculose, a OMS apresentou em 2011 um relatório que faz uma análise de todos os países, e os dados do Brasil mostram uma redução da incidência de casos em 50% no ano de 2011. Diante disso, cabe a nós decidirmos se esse nível é aceitável ou se esse nível já não é mais aceitável, inclusive pelo desenvolvimento econômico que temos e pelo fortalecimento do sistema. O Brasil está entre os dez países de alta carga que apresentam tendência de queda na taxa de incidência de tuberculose. Hoje nossa taxa está em torno de 40/100 mil habitantes. Contudo, analisando alguns bairros de grandes capitais brasileiras podemos chegar a aproximadamente 300/100 mil hab. No caso da população presidiária, essa taxa sobe para 1.200/100 mil, o que demonstra que a grande desigualdade existente.

Podemos citar algumas ações relevantes para o controle da tuberculose no Brasil: fortalecimento laboratorial no controle da tuberculose (controle da qualidade e ampliação do acesso à cultura); descentralização das ações para a APS; mudança do esquema terapêutico com inclusão da quarta droga (etambutol) e apresentação farmacêutica em dose fixa combinada; ações para populações vulneráveis. Destacamos o papel da integração dessas ações com as estratégias de APS. Como exemplo, se uma Equipe de Saúde da Família de uma região metropolitana não detectar cinco casos no ano, provavelmente ela não procurou de forma efetiva os casos. A manutenção de alguns elementos de respostas a problemas de Saúde Pública de forma “centralizada” pelo fornecimento de insumos estratégicos foi uma estratégia correta, pois descentralizá-los pode significar o aumento da iniquidade. Se cada estado brasileiro fosse comprar vacina, provavelmente São Paulo iria comprar pela metade do preço que o Acre, porque o preço é vinculado ao volume. A normatização técnica e coordenação das ações feita de maneira nacional são fundamentais para que tenhamos uma boa resposta. Contudo, a descentralização, com a quebra daquelas estruturas ultraverticais que já tivemos, contribui fundamentalmente para o acesso das pessoas garantido a essas ações.

Nossa meta para o controle da hanseníase era atingir a eliminação da doença como problema de Saúde Pública, alcançando prevalência menor que um caso por 10 mil habitantes. O Brasil está próximo de atingir a meta com um coeficiente de prevalência da hanseníase igual

a 1,44/10 mil em 2011 e acreditamos que até 2015 iremos conseguir atingir a meta proposta. Porém, temos uma diversidade muito grande entre os estados brasileiros, sendo que alguns estados das regiões Norte e Nordeste ainda possuem prevalência muito elevada de hanseníase que se concentra em algumas populações mais pobres.

A detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos é um *proxy* da manutenção do circuito de transmissão na família. Isso nos mostra algo sobre a dificuldade de acesso em última instância: problemas de saúde em determinadas populações que não são percebidas de maneira adequada em tempo oportuno. Na região Norte, a detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos é mais que o dobro da detecção média no Brasil. Isso nos demonstra que ainda temos um processo grande de qualificação; ter o acesso é importante e ter a qualificação do acesso talvez seja uma intervenção extremamente relevante para esse período adiante, para que consigamos reduzir o número de casos de maneira significativa e de maneira sustentável.

Concluindo, todas as metas serão cumpridas, exceto a razão de mortalidade materna.

Creio que o maior desafio, fundamentalmente, é reduzir o grau de desigualdade que temos, seja em termos regionais, seja em termos de grupos populacionais. E uma das grandes vantagens da descentralização é exatamente poder colocar essa lupa, é entender quais são os determinantes sociais e dificuldades de acesso, qual é o conjunto de questões que atuam como barreiras para o acesso efetivo a uma APS de qualidade.

O papel da APS é ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento de malária, seja para fazer as intervenções, garantir a vacinação, garantir o pré-natal de qualidade. E que essa APS esteja renovada, com a Estratégia de Saúde da Família exercendo papel fundamental. É inegável e indiscutível que o desafio agora é como prosseguir com o que virá do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) e de processos para resolver alguns nós que temos na APS como a vinculação, a qualificação e fixação dos profissionais. Como garantir que essa plataforma fundamental de acesso das pessoas sirva como o verdadeiro organizador e orientador das ações que o sistema de saúde trava.

n. 27

Vamos trabalhando em algumas dessas doenças com intervenções do setor saúde, mas que se tornam insuficientes se não temos mudanças em grupo de condicionantes e determinantes importantes. Um exemplo claro e simples é a estratégia da Academia da Saúde nas periferias pobres das grandes cidades. Isso é fundamental porque muitas vezes fazer ou não fazer atividade física não é um problema de escolha do indivíduo, mas sim de acesso a equipamentos, locais adequados e ausência de supervisão de um profissional.

Portanto, a redução das desigualdades depende de um trabalho articulado com os determinantes sociais, com a geração de intervenções multissetoriais e de outros agentes públicos.

Por fim, fica a pergunta: o que falta nos ODM?

Nitidamente, nos ODM prevalece muito o mito de que mortalidade infantil, materna e as doenças transmissíveis eram problemas de países pobres. E doenças crônicas eram problemas de países ricos, de população envelhecida. Isso não é verdade. E o reconhecimento dessa lacuna se deu na reunião que ocorreu em Nova Iorque em 2011, porque hoje a grande maioria das mortes por doenças crônicas está nos países em desenvolvimento, como Brasil, China e Índia. Quando se observam alguns indicadores, percebemos que grande parte dessas mortes ainda são mortes prematuras, que apresentam casualidade múltipla e que exigirão a elaboração de respostas concretas. Eu creio que essa reunião nos mostrou a importância de buscar um compromisso mais amplo, que não atue apenas nos determinantes proximais, mas nas causas intermediárias e distais. Precisamos fazer que as desigualdades em saúde no mundo diminuam, garantindo melhor qualidade de vida para todas as pessoas.

Muito obrigado.

#### 4.3 JULIO MANUEL SUÁREZ

### OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Em setembro de 2000, 189 chefes de Estado e de Governo adotaram a Declaração do Milênio das Nações Unidas e endossaram um marco para o desenvolvimento. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) resu-

miram as principais preocupações e desafios dos países e fixaram objetivos e metas concretas.<sup>1</sup>

Os oito ODM são: erradicar a extrema pobreza e a fome; universalizar a educação primária; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental, e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Três dos objetivos estão diretamente relacionados com a saúde.<sup>2</sup> Os ODM definem uma visão comum, um acordo sobre problemas e estratégias e um mecanismo de monitoramento para avaliar o cumprimento dos compromissos. Isso garante um valor enorme aos ODM como marco comum para o desenvolvimento e a colaboração.

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) informou recentemente que se alcançaram progressos significativos rumo ao cumprimento dos ODM. Estima-se que a extrema pobreza e o número de pessoas sem acesso à água potável foi reduzido quase pela metade; as mortes por tuberculose reduziram-se em 40% e as por malária representam hoje um terço do número inicial; e aproxima-se o alcance da paridade entre meninos e meninas que recebem educação primária. No entanto, também sinalizou que 2,5 bilhões de pessoas carecem de boas condições de saneamento, alguns milhões de crianças sofrem de desnutrição e o atraso no crescimento atinge quase 200 milhões delas em todo o mundo.<sup>3</sup>

No que lhe compete, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informa avanços significativos nos ODM diretamente associados à saúde.

A taxa anual mundial de mortes de crianças menores de cinco anos de idade diminuiu para 8,1 milhões em 2009, enquanto em 1990 chegava a 12,4 milhões. Calcula-se que o percentual de menores de cinco anos de baixo peso caiu de 25%, em 1990, para 16%, em 2010. A proporção de partos realizados por profissionais de saúde qualificados aumentou em todo o mundo; porém, nas regiões da África e do sudeste da Ásia da OMS, menos de 50% ocorreram com essas condições. Em todo o mundo, diminuíram as novas infecções por HIV em 17% entre 2001 e 2009. O tratamento da tuberculose obteve melhores resultados. Estão diminuindo os casos existentes e as mortes de pacientes com tuberculose que não estão infectados por HIV. O mundo caminha rumo ao alcance da meta dos ODM relativa à garantia de acesso à água potável, mas precisa investir mais no que tange à meta de saneamento básico.<sup>4</sup>

Vários países das Américas caminham no sentido de atingir as metas dos ODM em 2015, ainda que isso implique na realização de esforços contínuos. Contudo, para todos os países os desafios do século XXI vão além dos ODM e incluem outros, como as doenças crônicas não transmissíveis e as condições crônicas em geral, que, do ponto de vista sanitário, são o grande objetivo ausente nos ODM.

Como a saúde é um direito humano fundamental intimamente relacionado às condições de vida, o maior compromisso é com o sucesso no cumprimento das metas em todos os ODM e não apenas com os três diretamente relacionados à saúde. Nossa estratégia de ação deve basear-se numa perspectiva holística e a Estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS) é uma referência conceitual, política e técnica poderosa para alcançar todos os ODM.

## **A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Na Conferência Internacional realizada em Alma-Ata em 1978, assinou-se a Declaração sobre Atenção Primária à Saúde.<sup>5</sup> A reunião contou com a participação de delegados de 134 países e o texto acordado permanece como o principal documento estratégico para alcançar os objetivos de saúde para todos. Onde se depreende que o sucesso dos ODM está estreitamente associado ao cumprimento dos valores e princípios da APS e sua estratégia de ação.

A Declaração de Alma-Ata coloca a saúde como direito humano fundamental, denuncia as desigualdades em saúde como política, social e economicamente inaceitáveis e reconhece a relação entre saúde e desenvolvimento, e o direito e dever que a população possui de participar do planejamento e gestão da atenção em saúde. Propõe mudanças políticas, técnicas e orçamentárias, de modo que a estratégia da APS não se reduza aos serviços do primeiro nível de atenção e, muito menos, à atenção destinada aos pobres como é interpretada por alguns.

A APS não envelheceu apesar dos anos transcorridos. Seus valores e princípios se mantêm vigentes e a estratégia continua válida. No ano de 2003, por atribuição definida pelos ministros de saúde do continente americano, a Opas lançou o processo de Renovação da APS. O processo de renovação da APS respalda-se por evidências que endossam sua importân-

cia para alcançar maior equidade em saúde e no acesso aos serviços, mais eficiência global do sistema de saúde e maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde.<sup>6</sup> Como afirmou a diretora da Opas:

necessitamos e queremos uma APS da equidade, da universalidade, da solidariedade, da participação social, do encontro profícuo de saberes, da intersetorialidade, que nos permita enfrentar com sucesso os determinantes sociais da saúde, uma APS que afirme e assegure o direito à saúde.<sup>7</sup>

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

## **APS E OS ODM NA PERSPECTIVA DE 2012**

Desde a conferência de Alma-Ata até os dias de hoje, o mundo transformou-se muito. Naquele momento, não vigoravam de maneira formal, como atualmente, os direitos econômicos, sociais e culturais, entre eles o direito à saúde.<sup>8</sup> Por outro lado, a riqueza e a população cresceram, a esperança de vida continuou crescendo e as doenças não transmissíveis emergiram como a grande epidemia do século XXI. O mundo globalizou-se e tornou-se multipolarizado, reduziram-se as distâncias, a interconectividade cresceu exponencialmente, surgiram as redes sociais, as novas tecnologias médicas abriram novas perspectivas para postergar a morte e melhorar a qualidade de vida e alcançaram avanços extraordinários na saúde pública, entre outras mudanças importantes.

Em resumo, vivemos mais anos, há mais riqueza, temos novos conhecimentos para prolongar a vida e melhorar sua qualidade, e dispomos de melhores acordos internacionais e base jurídica para defender o direito à saúde. No entanto, persistem desigualdades injustificáveis entre os povos e pessoas e uma proporção vergonhosamente alta da população continua excluída da riqueza produzida e dos avanços tecnológicos. Especificamente em saúde, falta muito para avançar quanto à universalidade e equidade. Concentrarei a atenção em três direções que considero centrais.

### **EQUIDADE, A MAIOR DÍVIDA**

Em primeiro lugar, a implementação de políticas públicas para incidir sobre os determinantes sociais da saúde em prol da equidade.

Os determinantes sociais da saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são o resultado da distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos em nível mundial, nacional e local, que depende, por sua vez, das políticas adotadas.<sup>9,10</sup>

No início do nosso século, Amartya Sen sintetizou em uma frase a realidade mundial contraditória quando afirmou: “Nunca o mundo foi tão opulente, tão avançado tecnologicamente, tão integrado nas comunicações e, ao mesmo tempo, nunca foi tão desigual no social e no econômico, albergando tanta opressão e privação”.<sup>11</sup> Essa realidade não mudou 12 anos depois.

Trata-se essencialmente de como cada país faz a gestão da sua riqueza. Os países que distribuem melhor o seu Produto Interno Bruto (PIB), que adotam como seu principal objetivo a equidade e a solidariedade como um princípio estruturante das políticas sociais e de saúde alcançam melhores resultados quanto ao desenvolvimento humano. Mais que o crescimento econômico em si – que é importante –, o que melhor explica os avanços na distribuição do chamado crescimento para favorecer aos mais pobres e grupos sociais em desvantagem. Garantir o direito à saúde implica diretamente a construção de sociedades mais justas e solidárias. O crescimento econômico por si só e o mercado como mecanismos de operação social não são capazes de atender equanimemente às necessidades em saúde das populações nem de fazer avançar na superação das desigualdades injustas que ainda persistem em nossos países.<sup>12</sup>

Há duas décadas a Região das Américas apresenta um crescimento econômico sustentável. A crise econômica que recentemente atingiu os Estados Unidos da América e a Europa não produziu grandes impactos na Região. No entanto, a América Latina e o Caribe continuam sendo as regiões mais desiguais do mundo por distribuição de renda, ainda que não sejam a região mais pobre.

No caso dos ODM: superar a pobreza, a fome e as desigualdades de gênero, melhorar a educação e o ambiente, reduzir a mortalidade infantil e materna, erradicar doenças, implicam a existência de sociedades mais justas e solidárias para atender àqueles que possuem menos recursos e que são os grupos populacionais que concentram tais problemas. Sem uma sociedade mais equânime será impossível obter êxito quanto aos ODM. Um

país com níveis de renda baixos ou médios que distribui melhor o que tem à sua disposição alcança melhores resultados que um país rico que não luta pela redução da diferença entre o primeiro e último quintil de renda, entre os quais têm mais e os que possuem nada ou quase nada.

Nas Américas, os países que implementaram sistemas de saúde com base na APS obtiveram resultados superiores. É o caso do Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba e Brasil que implementaram políticas sociais inclusivas em educação, saneamento, moradia e outras áreas determinantes; bem como a proteção pública em saúde com cobertura e acesso universais a uma rede de serviços com base na saúde da família e na APS.<sup>13</sup>

n. 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social

---

### INTEGRALIDADE E PERTINÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES SANITÁRIAS

Um segundo ponto que merece atenção é o desenvolvimento de estratégias integrais em saúde, por meio da combinação de políticas públicas, programas de saúde e serviços de atenção que respondam apropriadamente aos problemas prioritários. Superar a proliferação de programas verticalizados organizados por doenças ou seus danos e, em seu lugar, favorecer intervenções integrais organizadas segundo população/território (nacional, estadual, local), grupos sociais e etários que impeçam a fragmentação nociva do sistema e dos serviços de saúde e ajam nos determinantes comuns dos problemas.

Em seu clássico *The Strategy of Preventive Medicine*, Geoffrey Rose analisa o comportamento de um grupo de enfermidades e demonstra a importância de atuar sobre toda a população e não somente sobre os grupos de alto risco. Rose define sua posição em favor das estratégias de prevenção populacionais como mais efetivas e sustentáveis que as realizadas com grupos e indivíduos de alto risco, mas conclui que o ideal é atuar simultaneamente nas duas direções.<sup>14</sup> As estratégias em saúde integral seguem esse modelo.

Essa linha de ação tem múltiplos pontos de contato com a primeira. A diferença fundamental é que nesse caso se persegue explicitamente objetivos sanitários, o setor saúde tem o papel predominante e a maioria das estratégias sanitárias é conduzida ou coordenada diretamente pelo setor

saúde. Incluem ações de alcance nacional, estadual e local, ações indiferenciadas dirigidas a toda a população e ações focalizadas em seus grupos específicos segundo faixa etária, lugar de moradia ou trabalho, etnia, nível social, gênero dentre outras formas de agrupamento baseadas em análises epidemiológicas.

A população mundial envelheceu e tudo indica que essa tendência se manterá. No ano de 2020, viverão nas Américas 200 milhões de pessoas idosas, quase o dobro do que em 2006 e mais da metade delas viverão na América Latina. Para 2025, teremos que 50% daquelas que nascem na América Latina viverão mais de 80 anos.<sup>15</sup> Por outro lado, a epidemia de doenças não transmissíveis cresce e hoje é a principal causa de morte em praticamente todos os países. De todas as mortes por doenças não transmissíveis, 80% ocorrem em países de renda baixa e média. Dentro dos países, a epidemia produz maiores estragos entre a população de menor renda. América Latina é parte dessa realidade. Como sabemos a Cúpula do Milênio não incluiu um objetivo explícito entre os ODM para abordar o problema das doenças não transmissíveis e, sobretudo, das condições crônicas que afetam a saúde, que são o principal desafio em saúde no século XXI.

### SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS

Em terceiro lugar, o desenvolvimento de sistemas de saúde universais. Há evidências suficientes sobre a superioridade dos sistemas de saúde universais, integrados e baseados na APS para alcançar os objetivos de Saúde para Todos e dos ODM.<sup>16,17,18</sup>

A transformação dos sistemas de saúde mediante o deslocamento do eixo estratégico para a organização de redes de serviços com base na APS é o caminho. Um dos maiores obstáculos para o sucesso de sistemas universais, equânimes e integrais é a fragmentação. Esse tema é extensamente abordado na publicação dedicada às redes integradas de serviços de saúde.<sup>19</sup> Trata-se de garantir cobertura universal e acesso a serviços integrais, inseridos na comunidade com que compartilham a vida e os objetivos sociais, de fácil acesso, prestados por equipes multiprofissionais de saúde organizadas em um modelo de saúde de família, que garantam a porta de entrada ao sistema, a continuidade do cuidado e a participação da população.

A transformação implica organizar novo modelo de atenção que responda às mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas. As doenças não transmissíveis, os danos à saúde por causas externas e, também, algumas doenças transmissíveis permanecem na vida das pessoas por longos anos e em muitos casos provocam deficiências e limitações funcionais, convertendo-se em condições crônicas. As condições crônicas representam a maior carga de doenças que atendem aos sistemas e aos serviços de saúde atualmente. A OMS propôs um modelo para abordar essa realidade em vários espaços de intervenção de maneira integrada,<sup>20</sup> bem como Vilaça Mendes aborda com profundidade o tema da organização dos serviços em rede e o modelo de atenção para enfrentar o desafio das condições crônicas.<sup>21</sup>

Em contrapartida, a crescente importância social das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) abrem as portas para sua implementação nos serviços de saúde com enormes potencialidades para a promoção, a prevenção, o cuidado das pessoas, a gestão dos serviços e a participação das pessoas no processo de melhoria da sua saúde. Sob a denominação de “e-saúde” emergem rapidamente aplicações dessas tecnologias ao cuidado de saúde.<sup>22</sup>

Quatorze atributos considerados essenciais devem ocorrer para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS.<sup>23</sup> Todos são importantes, mas dois requerem especial atenção por serem decisivos para o desenvolvimento de sistemas de saúde universais e pela complexidade e dificuldades que representam. Refiro-me aos trabalhadores de saúde e ao financiamento do sistema. Aos dois aspectos soma-se um terceiro ponto crítico: o acesso a medicamentos de qualidade.<sup>24</sup> Não é o tema central de nosso trabalho e há muita literatura que os aborda em profundidade, assim não os detalharei.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Em resumo, para alcançar os ODM e enfrentar os novos desafios do século XXI, a saúde deve ser prioridade nas agendas política e social, as estratégias sanitárias devem ser integrais e o sistema de saúde deve ser efetivamente universal, patrimônio de toda sociedade, valorizado, querido e cuidado por todos.

Termino com cinco ideias-força para o debate:

1. Considerando o ano de 2012, o cumprimento dos ODM requer abordagem focalizada nos países que estão mais atrasados e nas regiões e grupos sociais mais pobres e vulneráveis de cada país.
2. A equidade é o grande tema e as diferenças entre países e no interior destes a grande dívida sanitária.
3. A solução dos problemas é principalmente política e a solidariedade o valor a defender.
4. As condições crônicas, encabeçadas pelas doenças não transmissíveis e os danos produzidos por causas externas – incluindo as sequelas e as deficiências –, são o grande desafio sanitário para os próximos anos e deveria incluir-se no debate para a renovação dos ODM.
5. A estratégia da APS continua sendo o farol da saúde que nos guia para organizar melhor a resposta social e os esforços sanitários a fim de alcançar a saúde para todos.

---

#### Referências Bibliográficas

1. <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
2. ONU. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
3. Centro de notícias da ONU 12 de março de 2012. <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=22901&criteria1=desarrollo>.
4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.
5. OMS. Atenção Primária em Saúde, Alma Ata, 1978. Genebra; 1981.
6. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington D.C., OPAS; 2007.
7. Roses M. Palavras de encerramento da Conferência de Buenos Aires 30/15. 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/D/DDiscursoCierre30-15.pdf>.
8. Brito P. “Atenção primária em saúde no século XXI, um compromisso com a equidade”. Universidade de Antioquia, Colômbia; 2009.
9. OMS. [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).
10. Reduzir as desigualdades de uma geração. Avançar na equidade em saúde atuando sobre

os determinantes sociais da saúde. Informe da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS; 2009.

11. A. Sen. Development as Freedom. Alfred A. Knopf Inc., Nova Iorque, 2000.

12. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil, outubro. 2011. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf).

13. Saúde das Américas: 2007. WDC, OPAS.

14. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University Press; 1992.

15. OPAS. Dia Mundial da Saúde 2012. Frente o aumento da população de idosos, o desafio é assegurar um envelhecimento saudável. Disponível em: <http://intranet.paho.org/clippings/Lists/Posts/Post.aspx?ID=162>.

16. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Washington, DC: OPAS/OMS; 2007.

17. Informe sobre a Saúde no Mundo. A Atenção Primária em Saúde, mais necessária do que nunca. Genebra: OMS; 2008.

18. Informe sobre a Saúde no Mundo. O financiamento dos sistemas de saúde. O caminho rumo a cobertura universal. OMS; 2010.

19. Redes integradas de serviços de saúde. Conceitos, opções políticas e mapa para sua implementação nas Américas. Washington, DC: OPAS/OMS; 2010.

20. Innovative care for chronic conditions (ICCC). Building blocks for action. Global report. Genebra: WHO; 2002.

21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Opas; 2011.

22. <http://www.viralizando.cl/>.

23. Ibid 21.

24. Suárez J. Desafios para alcançar universalidade com equidade em saúde na ALC no século XXI. Rev. Cubana de Salud Pública. 2010;36(3).

n. 27

*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---



Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS  
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às  
Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores

---

n. 27  
*Seminário Internacional  
Atenção Primária à  
Saúde: Acesso Universal  
e Proteção Social*

---

2013 – CONASS DOCUMENTA 26  
A Lei Nº 141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25  
1ª Mostra Nacional de Experiências:  
o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24  
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23  
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22  
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21  
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20  
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19  
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18  
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:  
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14  
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12  
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10  
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9  
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e  
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7  
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6  
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5  
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4  
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3  
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2  
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1  
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas  
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

---

A ideia ao reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir periodicidade definida, aborda diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas, a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita melhor contraste e fidelidade de cor.

---

---