



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003*

*Tema 4.5 da Agenda Provisória*

CE132/13 (Port.)

9 maio 2003

ORIGINAL: ESPANHOL

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NAS AMÉRICAS: AS LIÇÕES APRENDIDAS AO LONGO DE 25 ANOS E OS DESAFIOS FUTUROS**

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma Ata, definiu e conferiu reconhecimento internacional ao conceito de atenção primária de saúde (APS). A Conferência identificou a atenção primária de saúde como a principal estratégia para atingir a meta da Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), adotada pelos Estados Membros da OMS em 1977 (Resolução WHA30.43) e seu subsequente plano de ação. A visão da APS elaborada em Alma Ata, expressa nos princípios e nas recomendações contidos na Declaração de Alma Ata e num conjunto de 22 recomendações, marcou o início de uma nova estratégia para melhorar a saúde coletiva dos povos do mundo e o estabelecimento de uma plataforma renovada de política de saúde internacional.

Na Região das Américas, os países adotaram os quatro princípios básicos da APS reconhecidos na Conferência de Alma Ata: i) Acessibilidade e cobertura universal segundo as necessidades de saúde; ii) participação e auto-sustentação individual e comunitária; iii) ação internacional pela saúde; e iv) efetividade/custo e tecnologia apropriada segundo os recursos disponíveis. Desde então, os Estados Membros estabeleceram e puseram em marcha estratégias nacionais de atenção primária baseadas no desenvolvimento de componentes prioritários: extensão da cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente; organização e participação da comunidade com vistas ao seu bem-estar; desenvolvimento da articulação intersectorial; desenvolvimento da pesquisa e de tecnologias apropriadas; disponibilidade e produção de produtos e equipamentos críticos; formação e utilização de recursos humanos; financiamento setorial; e cooperação internacional.

Passados 25 anos desse marco histórico plantado em Alma Ata, as populações das Américas acumularam ganhos em saúde imputáveis ao impacto das atividades prioritárias de APS em educação e promoção da saúde, alimentação e nutrição, abastecimento de água e saneamento, assistência à mãe e à criança e planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de endemias, tratamento de doenças e traumatismos prevalentes e acesso a medicamentos essenciais. A experiência coletiva ganha com a implantação da atenção primária enriqueceu a prática de saúde pública, assim como gerou intervenções sanitárias populacionais para alcançar a igualdade em saúde, renovando dessa forma a vigência do componente redistributivo inerente à meta da SPT.

Os membros do Comitê Executivo estão convidados a analisar e discutir o presente documento, bem como a oferecer comentários e sugestões que ajudem a Organização na definição de políticas e na execução de estratégias para a renovação do compromisso com a atenção primária de saúde na formulação e instrumentação das políticas nacionais de desenvolvimento da saúde e nas correspondentes iniciativas de cooperação técnica internacional.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução .....	3
Antecedentes .....	4
Impacto da APS na Saúde das Américas .....	6
Lições Aprendidas .....	15
Desafios para o Futuro .....	20
Referências	

## **Introdução**

1. O ano em curso marca o 25º aniversário da Declaração de Alma Ata de 1978 sobre a atenção primária de saúde (APS), que, juntamente com a definição da meta universal de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), constituiu por muitos anos a mais importante plataforma de política sanitária da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, bem como de vários países da Região das Américas e do mundo. Na 30ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1977, os Estados Membros haviam decidido por unanimidade que o principal objetivo que deveria ser alcançado nos respectivos países seria um nível de saúde que permitisse a todos os seus cidadãos desenvolver uma vida social e economicamente produtiva até o ano 2000.
2. A atenção primária de saúde, conforme a define o ponto VI da Declaração de Alma Ata, foi adotada quase universalmente como a estratégia essencial para atingir a meta da SPT-2000 e ficou sendo, desde aquela data, a pedra angular da reorientação e reestruturação de muitos sistemas de saúde. De acordo com aquela definição original, atenção primária de saúde é “a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação”.
3. Passado um quarto de século, não se pode ignorar a importância histórica daquela Conferência e das definições, compromissos e mandatos dela emanados. É preciso ressaltar a sua contribuição tanto para a conceptualização da APS como para a legitimidade política que lhe foi dada ao vinculá-la organicamente à SPT-2000.
4. Desde 1978, muitas coisas mudaram no mundo e em cada um dos nossos países. Os contextos econômicos, políticos e sociais se modificaram não somente em consequência dos processos históricos nacionais como também, e cada vez mais, pela configuração de um mundo crescentemente interdependente e sujeito a mudanças vertiginosas em todas dimensões da vida humana. Mudaram os padrões epidemiológicos e os perfis demográficos das populações, no quadro de uma exposição maior a riscos e transformações no ambiente social e econômico. Verificaram-se também importantes mudanças nos sistemas de saúde, nas funções do Estado e no primado do cidadão face à responsabilidade pelo cuidado da sua saúde.
5. Em todo esse complexo processo, a APS e a SPT-2000 estiveram presentes, com diferentes graus de participação em cada caso e em cada país, com um contexto político e ético no centro das definições que os governos e as sociedades tiveram de enfrentar.

6. Os valores propugnados pela APS e pela SPT-2000 continuam vigentes, e muitos dos problemas e desafios que lhes deram origem ainda estão por ser superados. Esta é outra razão, além da importância da data, para um exercício de balanço, reflexão e projeção para o futuro. Esta é uma oportunidade para pensar sobre a vigência e pertinência da APS e da SPT-2000 ante os desafios com que se defrontam os nossos países e o mundo, alguns dos quais estão contidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, do Programa 21, das resoluções da Cúpula de Joanesburgo e, em forma quase unânime, nas constituições políticas dos países membros da Organização Pan-Americana da Saúde.

### **Antecedentes**

7. Em fins da década de 70, mais da metade da população do mundo carecia de uma atenção de saúde mais adequada, conforme indicou o ponto V da Declaração de Alma Ata. Na Região das Américas, esta condição se havia convertido numa grande preocupação dos governos, das sociedades e da Organização Pan-Americana da Saúde.

8. Na III Reunião Especial de Ministros da Saúde, realizada em Santiago do Chile em 1972, chegou-se à conclusão de que os serviços de saúde não tinham condições para fazer chegar seus benefícios a toda a população. Calculava-se que um terço da população da Região não tinha acesso a serviços de saúde. Isso gerou a política de ampliação da cobertura para resolver o que se chamou naquela época de crise de acessibilidade. A baixa acessibilidade era considerada a mais importante dentre as chamadas crises enfrentadas pelos sistemas de saúde (crises de custos, de eficácia e de acesso).

9. Também era crítico o contexto econômico. A grande maioria dos países estava a braços com dificuldades em consequência da crise do petróleo da época, com economias fracas e instáveis emergindo do modelo desenvolvimentista e de substituição de importações. A população estava começando a ser urbana na sua maioria, em plena transição demográfica. O contexto político era caracterizado por ditaduras militares em muitos países e democracias instáveis em outros, com algumas exceções.

10. A década de 1970 se caracterizou, do ponto de vista da saúde, por esforços nacionais para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. O advento da APS e o compromisso da SPT-2000 na Região das Américas significaram um reforço das políticas e estratégias para a ampliação da cobertura em toda a Região.

11. Cumpre assinalar que predominavam na organização dos serviços da época os enfoques centralistas. Não obstante, a política de ampliação da cobertura, os enfoques de planejamento vigentes (o chamado modelo CENDES-OPAS, com seu critério de abertura programática local), e sobretudo a APS promoveram o fortalecimento progressivo de unidades de serviços e da capacidade local (que em vários países vieram a ser

denominados nível primário de atenção), que viriam depois a servir de base para novos enfoques de políticas sociais.

12. A década de 1980 caracterizou-se por um panorama regional muito difícil, com escasso crescimento da renda nacional, diminuição da taxa de investimento, déficits constantes nos balanços de pagamentos, dívida externa elevada e recrudescimento das pressões inflacionárias. Nesse contexto, a estratégia da APS determinou a principal orientação das políticas de saúde nos países da Região. Não obstante, cabe destacar que o setor da saúde da maioria dos países era também caracterizado, entre outros problemas, por falta de coordenação interna e com os outros setores, déficit de recursos financeiros e reduzida participação da população nas decisões.

13. Durante aquela década, os progressos das metas de saúde foram menores do que o previsto. No contexto geral dos sistemas de saúde, ao contrário das declarações e compromissos assumidos, a importância real dada ao “nível primário” era menor do que a outorgada aos outros níveis da organização de serviços. O grosso dos gastos públicos continuou sendo concentrado nos hospitais.

14. Pela segunda metade dos anos 80, os países decidiram fortalecer o papel da APS como um dos três eixos que se iriam desenvolver. Em 1988, o 33º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução XV, referente ao desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. No quadro dos conceitos e estratégias para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, foi atribuída maior importância relativa ao nível primário de atenção. Com a ênfase na descentralização, na participação social, no desenvolvimento de novos modelos de atenção e no desenvolvimento de capacidade gerencial como condições para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, verificou-se um impulso no sentido de ressaltar o papel da APS na organização dos sistemas nacionais de saúde.

15. A implantação da estratégia da APS na Região das Américas caracterizou-se por sua heterogeneidade e suas descontinuidades. No plano conceptual, a APS ficou sujeita desde o início a diferentes interpretações, que refletem perspectivas políticas e de saúde divergentes.

16. A definição original de APS postulava implicitamente a sua posição como estratégia para o desenvolvimento da saúde, bem como um nível de atenção de serviços de saúde. Nas Américas, a atenção primária de saúde foi adotada e adaptada por cada país de acordo com suas próprias realidades e condições sanitárias e socioeconômicas. Por esse prisma, diversos países conceberam a APS como o nível primário de atenção, isto é, como o ponto de contato com a comunidade e a porta de entrada da população no sistema de saúde. Essa concepção tende a predominar nos países que atingiram níveis adequados de cobertura dos serviços básicos de saúde.

17. Por outro prisma—no contexto de uma atenção de saúde aumentada, baseada dada vez mais no desenvolvimento tecnológico e na especialização, porém com grandes setores sociais excluídos desse modelo—considerou-se em alguns países que a APS é uma estratégia para uma atenção de saúde baseada em princípios de justiça social. A APS já foi encarada como a possibilidade de proporcionar atenção de saúde às populações pobres e marginalizadas que não têm acesso a serviços.

18. Noutro sentido do desenvolvimento da APS concebe-se o médico ou a enfermeira generalista como guardiões ou encarregados de gerir o acesso ao sistema de saúde. Trata-se de uma visão que é valorizada a capacidade da unidade e do pessoal para manejar uma ampla variedade de problemas de saúde, que constituem a maioria das causas da busca de atenção. Destaca-se a ação como filtro de casos que exigem atenção especializada por outros níveis da organização do sistema.

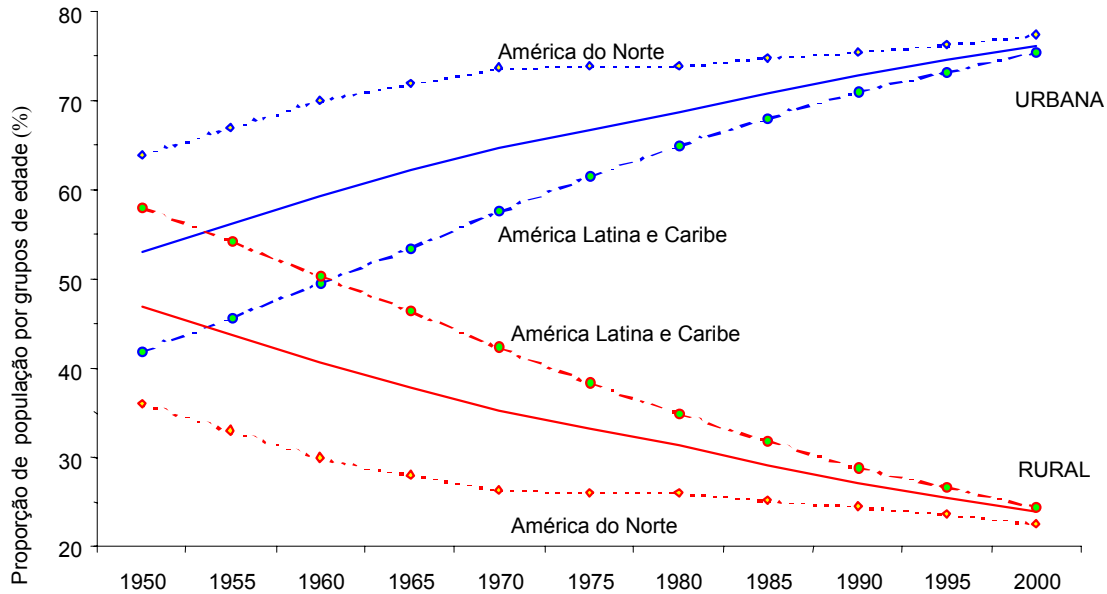
19. Em muitos sistemas nacionais de saúde, que se caracterizam por um desenvolvimento cada vez mais complexo e procuram dar resposta a populações com características diferentes e com esquemas organizacionais em que predomina a segmentação, coexistem essas diferentes interpretações e formas de aplicação, o que gera não poucos conflitos e confusões, com a conseqüente falta de efetividade e eficiência.

### **Impacto da APS na Saúde nas Américas**

20. De uma perspectiva histórica, a estratégia da APS veio a ser elemento central das políticas nacionais de saúde e das respostas setoriais aos problemas de saúde dos países das Américas nos 25 anos transcorridos desde Alma Ata. Os países deram ênfase ao princípio de que “o núcleo conceptual e operacional da atenção primária é obter o *impacto* desejado na saúde das populações, com o máximo de eficiência social e de produtividade dos recursos consignados ao setor”. Nesse sentido, o ganho líquido em esperança de vida ao nascer alcançado na Região durante aquele período é um indicador global do impacto positivo da estratégia da APS na saúde da população.

21. De 1980 a 2000, acrescentaram-se 217 milhões de habitantes à população regional, que agora totaliza 833 milhões. A taxa de crescimento demográfico regional é hoje de 1,3% ao ano, mas a da população urbana, que representava 76% da população urbana total em 2000, chega a 1,7%. A população de 65 anos ou mais está crescendo a uma taxa que passa de 2% ao ano e a de 85 anos ou mais é o grupo populacional de crescimento mais rápido, com uma taxa anual de 3% a 5%. Essa constatação evidencia três tendências demográficas de especial importância no cenário temporal de avaliação do impacto populacional na estratégia da APS: o crescimento populacional, a urbanização (figura 1) e o envelhecimento demográfico.

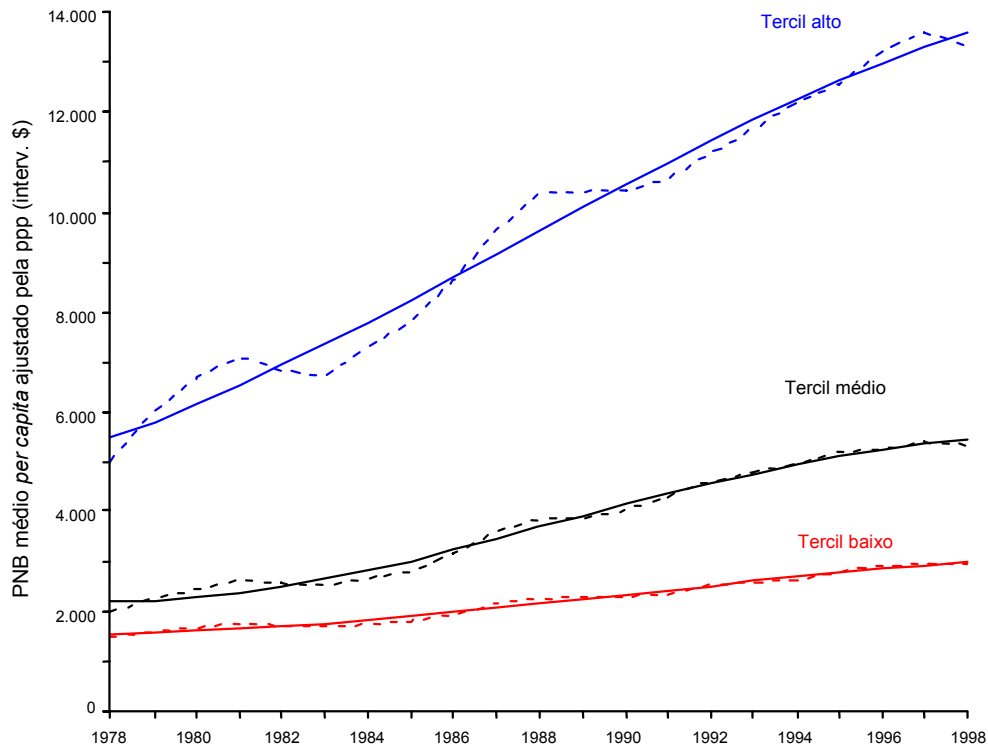
**Figura 1: Evolução das populações urbana e rural. Região das Américas, 1950-2000**



Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

22. Nas duas últimas décadas do século XX, os países das Américas passaram por uma fase de crescimento econômico real, a julgar pela taxa de crescimento do produto nacional bruto (PNB) *per capita*. Por volta de 1980, o valor médio do PNB regional anual *per capita* ajustado pela paridade do poder aquisitivo da moeda era de US\$2.349 (intervalo de \$1.300 a \$15.000); por volta de 2000, o valor correspondente chegava a \$4.614 (intervalo de \$1.600 a 25.000). Noutras palavras, o nível de renda duplicou. Essa tendência macroeconômica favorável não teve, contudo, uma distribuição equitativa, favorecendo desproporcionalmente as economias do mais alto tercil de renda. Devido a isso, o desnível de renda absoluta entre o tercil mais rico e o mais pobre da população triplicou, de \$3.551 em 1978 para \$10.361 em 1998 (figura 2). A evolução do contexto socioeconômico durante o período de aplicação da estratégia da APS nas Américas permite ilustrar a presença e persistência de desigualdades que devem ser levadas em conta numa avaliação do impacto dessa estratégia.

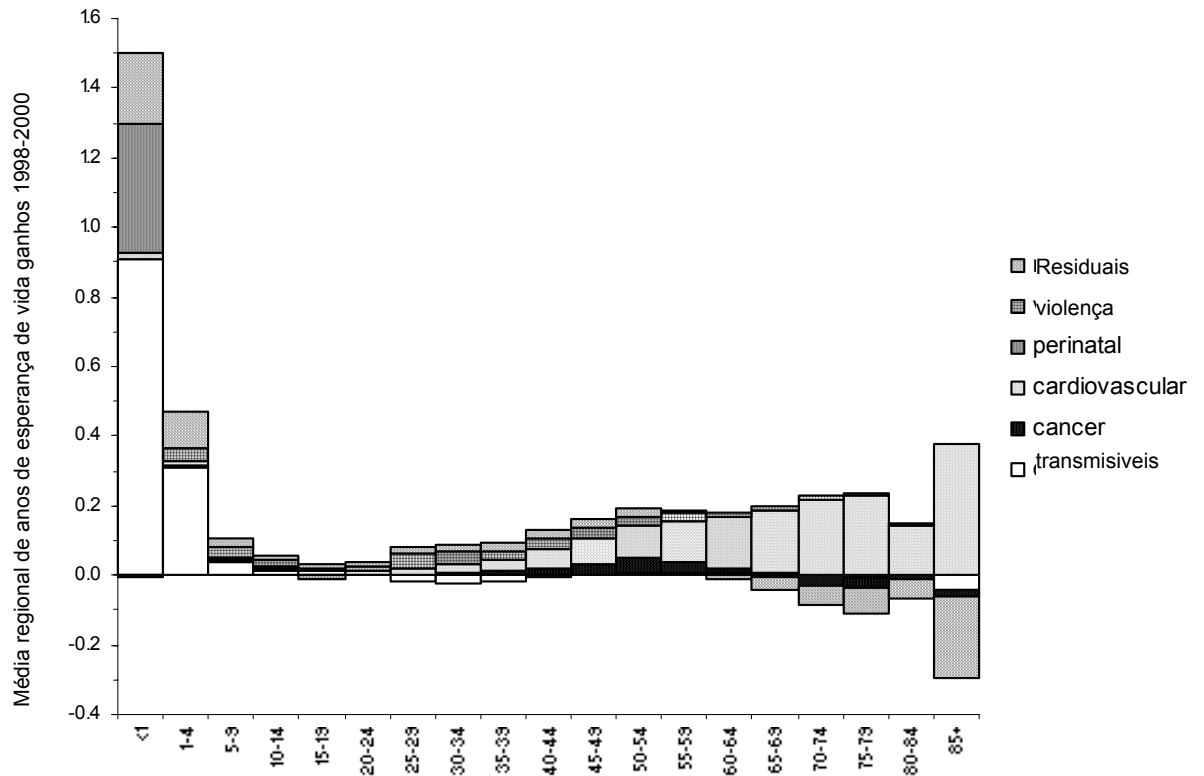
**Figura 2:** Tendências do crescimento econômico por tercis de renda. Região das Américas, 1978-1998



Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

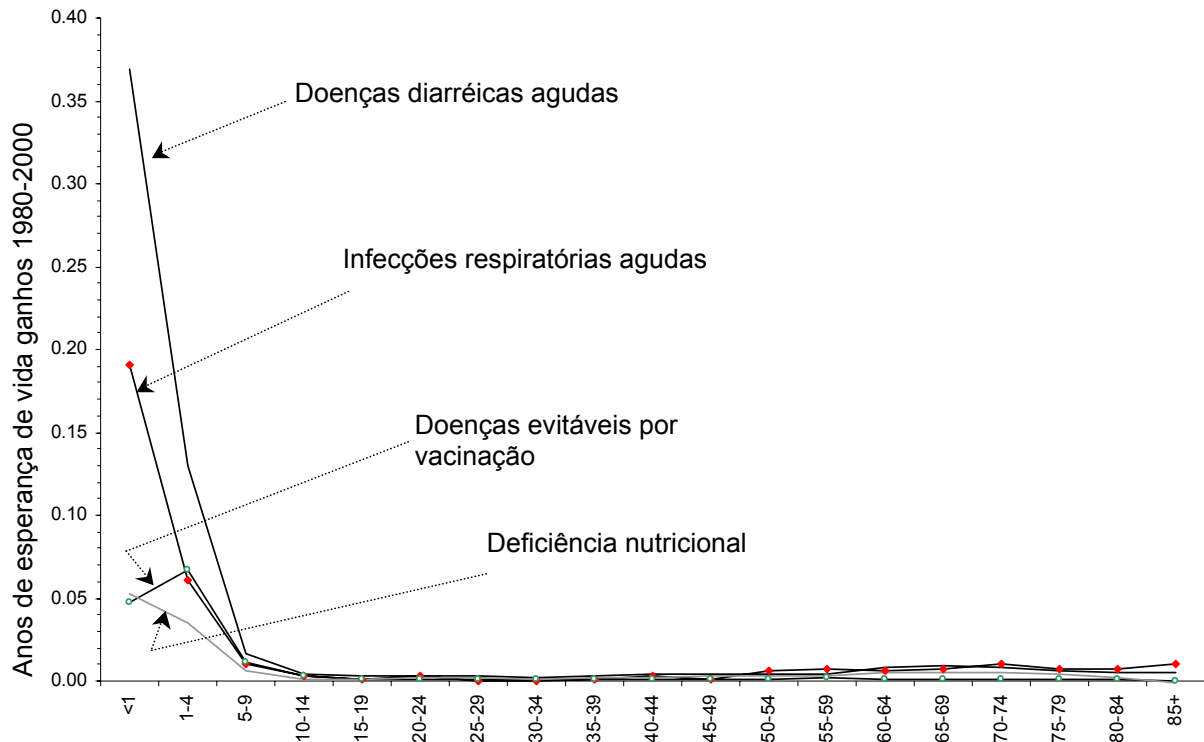
23. Nos 25 anos transcorridos desde a Conferência de Alma Ata, ocorreu nas Américas uma redução de 25% no risco de morrer (de 9 para 7 por 1.000 habitantes), com um incremento concomitante da esperança de vida ao nascer, numa média de 6 anos (de 66 para 72 anos) em ambos os sexos. Podem-se atribuir cerca de 50% desse aumento da esperança de vida à redução, verificada naquele período, dos riscos de morrer por causas transmissíveis e cardiovasculares (figura 3). De fato, a redução do risco de morrer por causas transmissíveis (60%) e doenças perinatais (25%) nas populações menores de 5 anos de idade (figura 4) resultou em ganhos de pelo menos dois anos de esperança de vida no nível regional.

**Figura 3: Impacto na saúde da população: Distribuição do aumento da esperança de vida no sexo masculino. Região das Américas, 1980-2000**



Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

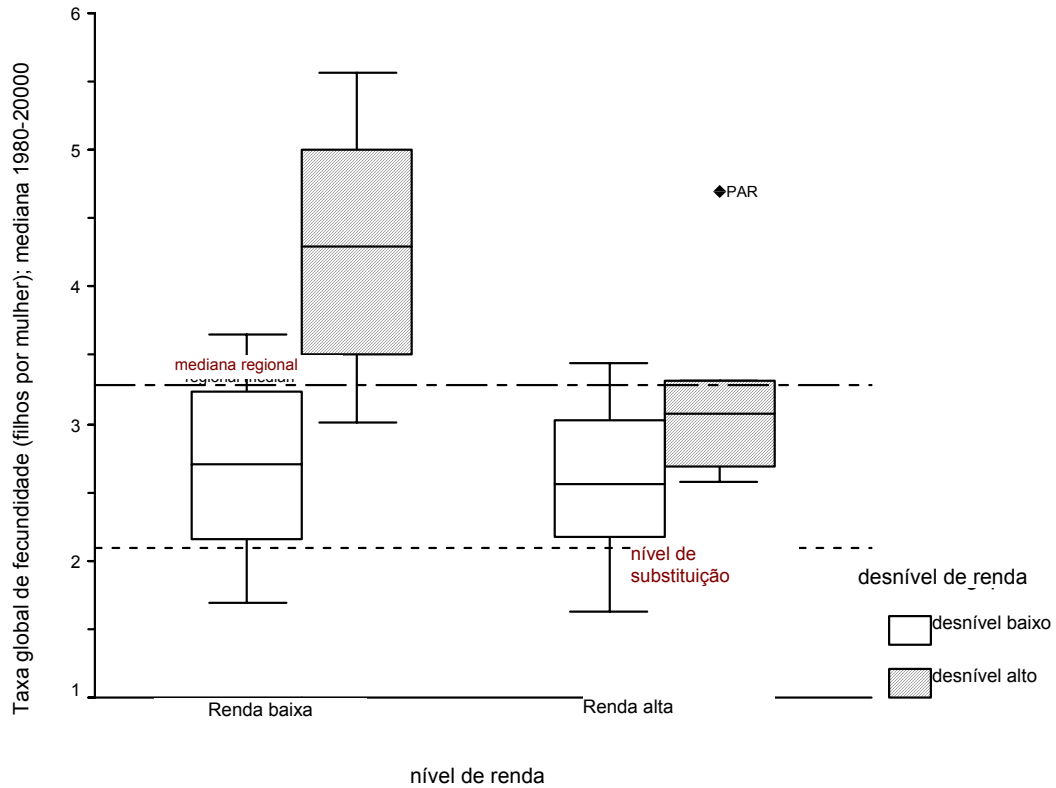
**Figura 4: Impacto do controle de doenças prioritárias na APS sobre a esperança de vida ao nascer. Região das Américas, 1980-2000**



Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

24. A estratégia da APS teve impacto maior nos países onde é menos desigual a distribuição da renda, mesmo sem considerar o nível de renda absoluto; ao contrário, em países pobres, com alta desigualdade na distribuição da renda, tem sido muito menor o impacto da APS. Por exemplo, obtiveram-se taxas de fecundidade global mais próximas do nível de substituição, indicando um estado de transição demográfica mais avançado, em países com redistribuição mais equitativa da renda e não necessariamente nos países mais ricos (figura 5). Aspectos diretamente associados com a execução da estratégia da APS, como, entre outros, o gasto público em saúde (figura 6), o acesso à água potável (figura 7), a atenção institucional do parto (figura 8) ou a taxa de alfabetização (figura 9), refletem significativas desigualdades geográficas, socioeconômicas e entre sexos, quando desagregadas por nível e sobretudo por desnível de renda. Esta constatação documenta a vigência da meta de SPT e a necessidade de incorporar uma perspectiva de equidade na APS, inspiração fundamental da Declaração de Alma Ata.

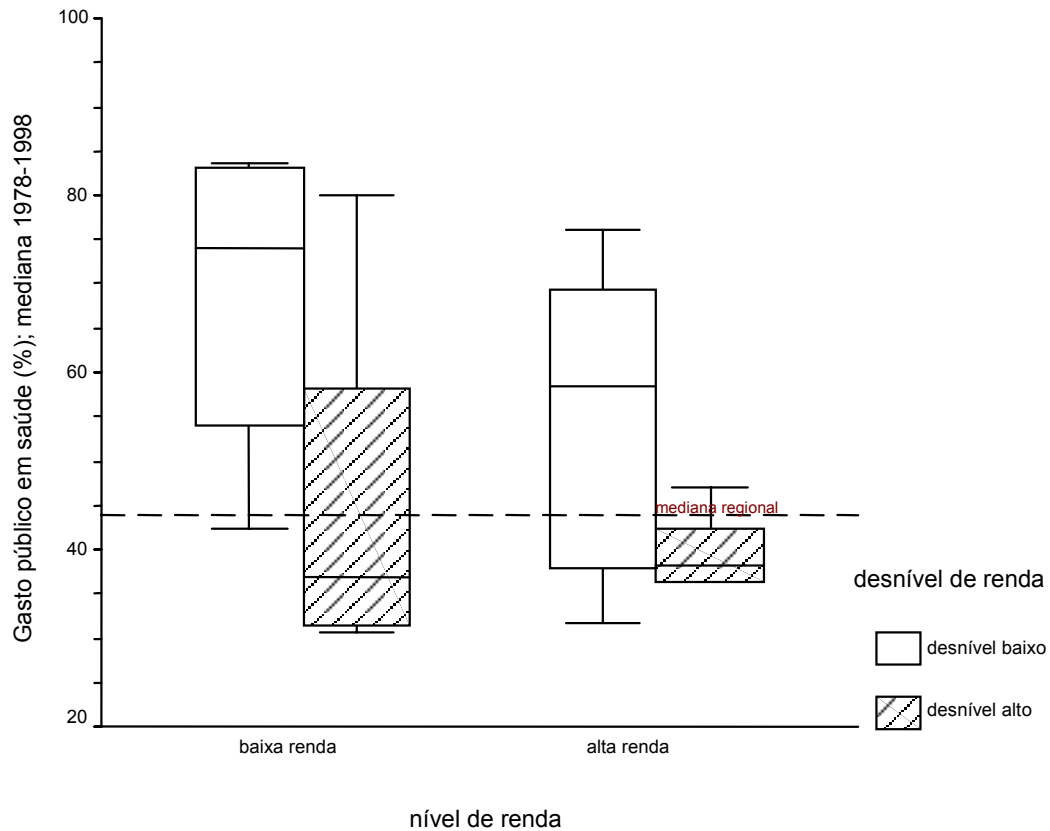
**Figura 5: Distribuição resumida da fecundidade global por grupos de países, por nível de renda e por desnível de renda. Região das Américas, 1980-2000**



Renda baixa & desnível baixo:	Cuba, Guyana, Jamaica, Perú
Renda alta & desnível alto:	Bolívia, República dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá
Renda baixa & desnível baixo:	Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, Venezuela
Renda alta & desnível alto:	Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguai

Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

**Figura 6:** Distribuição resumida do gasto público em saúde por grupos de países, por nível de renda e desnível de renda. Região das Américas, valor mediano 1978-1998

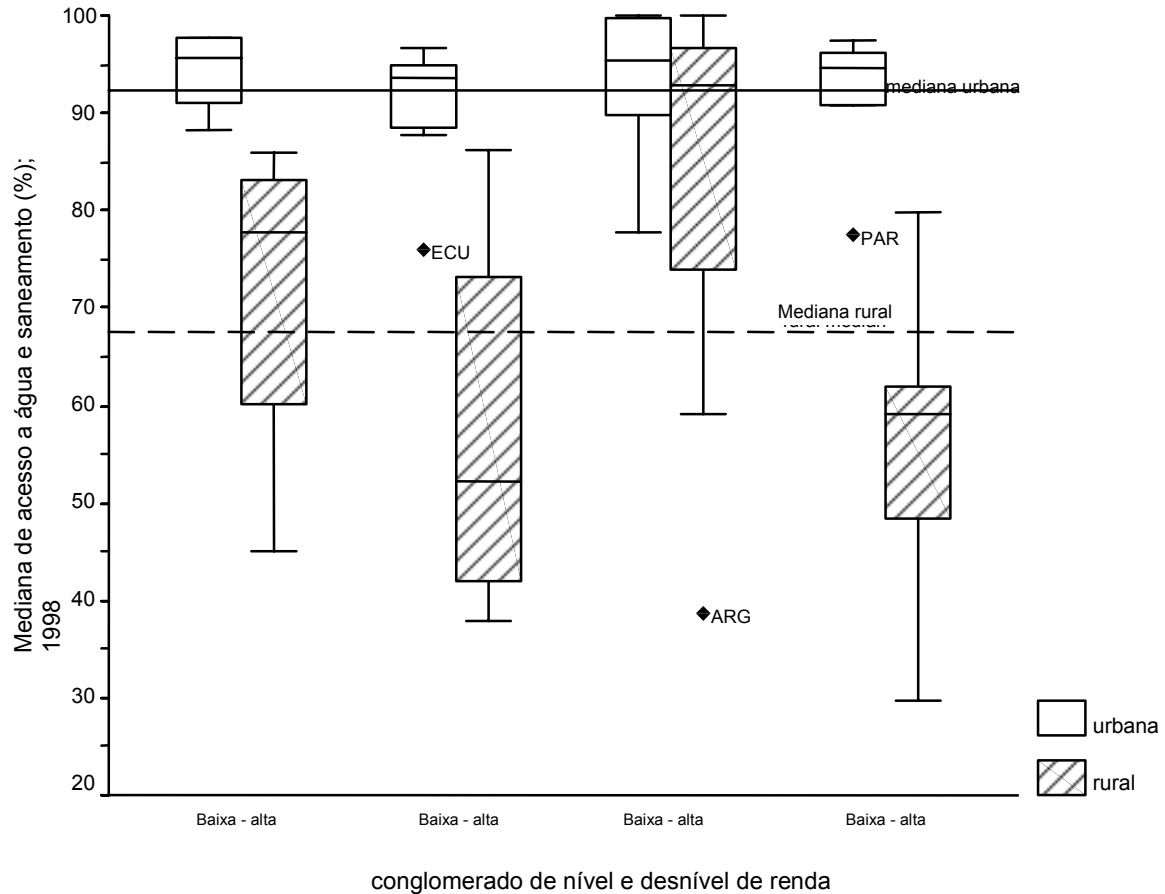


Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto:  
Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
Bolívia, República dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá  
Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, Venezuela  
Brasil, Chile, Colômbia, México, Paraguai

Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

**Figura 7: Distribuição resumida da cobertura do acesso a serviços de água e saneamento por grupos de países, por nível de renda e desnível de renda. Região das Américas, 1998**

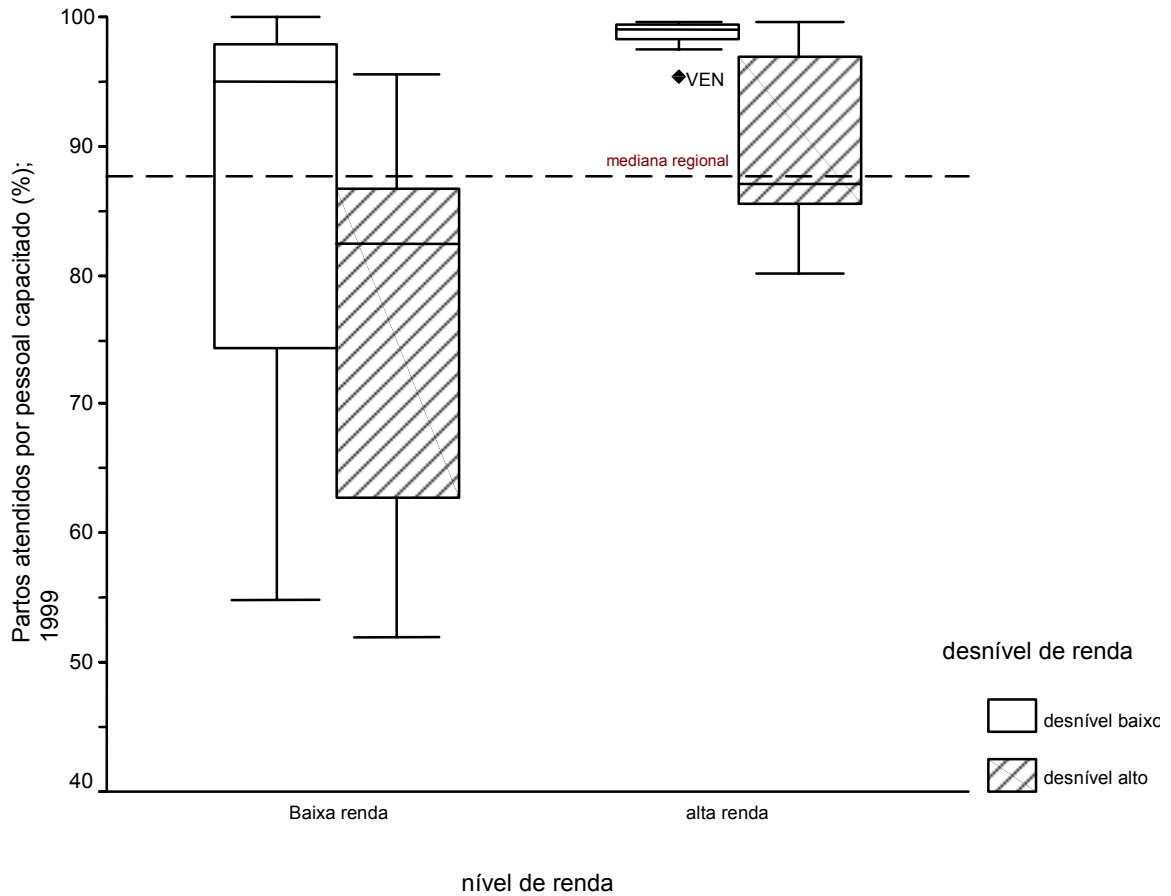


Renda baixa & desnível baixo:  
 Renda alta & desnível alto:  
 Renda baixa & desnível baixo:  
 Renda alta & desnível alto

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
 Bolívia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá  
 Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, Venezuela  
 Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguai

Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

**Figura 8: Distribuição resumida da cobertura da atenção institucional do parto por grupos de países, por nível de renda e desnível de renda. Região das Américas, 1999**

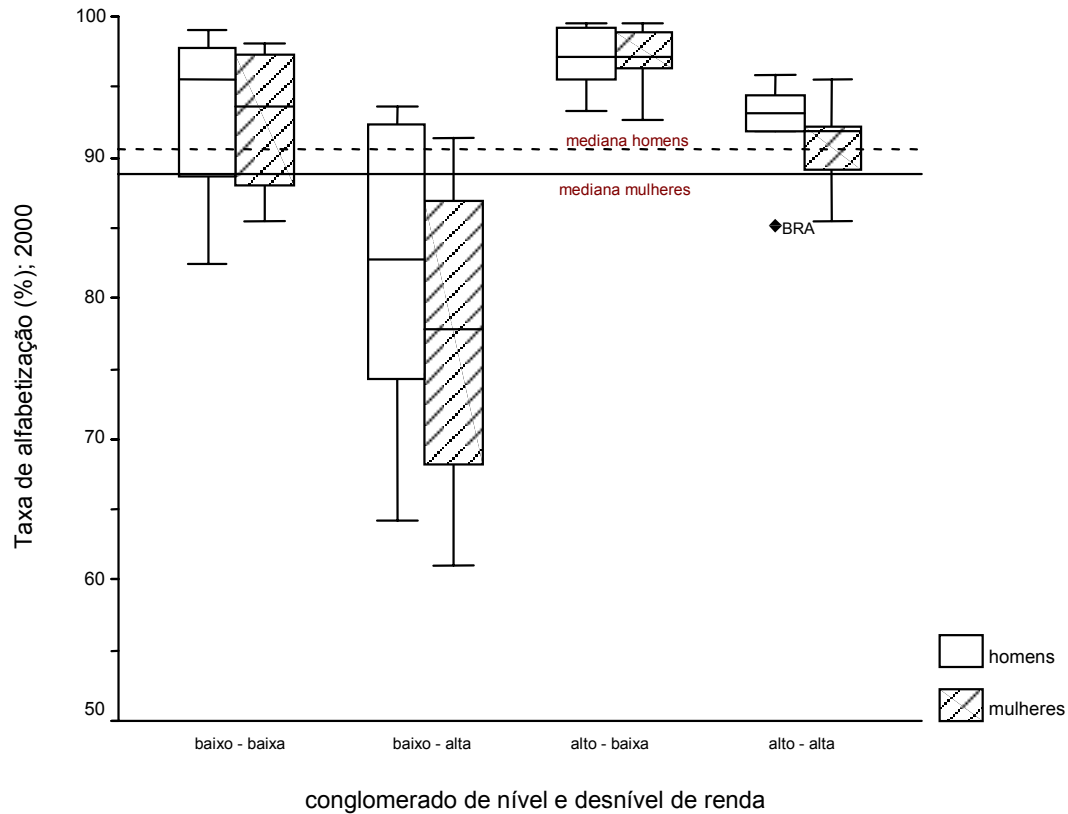


Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto:  
Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
Bolívia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá  
Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, Venezuela  
Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguai

Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

**Figura 9: Distribuição resumida da taxa de alfabetização segundo grupos de países por nível de renda e desnível de renda. Região das Américas, 2000**



Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto:  
Renda baixa & desnível baixo:  
Renda alta & desnível alto

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
Bolívia, República dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá  
Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai, Venezuela  
Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguai

Fonte: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

## Lições Aprendidas

25. Na Região das Américas, a APS foi uma experiência pioneira no desenvolvimento de políticas de saúde. Em muitos aspectos, ela marcou o início de uma mudança de paradigmas na prática da saúde pública. De fato, a APS foi uma estratégia central, considerando que diversas iniciativas de saúde posteriores se voltaram para metas

dirigidas no mesmo sentido já definido na SPT-2000. A APS, ao postular uma mudança no modelo de prestação de serviços, antecipou-se aos processos de reforma setorial levados a cabo na década de 1990. Assim também, a APS antecipou-se aos processos de racionalização, ao propor um conjunto de prestações essenciais de saúde. Inovadoramente, a APS incorporou a participação social e comunitária e a coordenação intersectorial como componentes estratégicos da mudança em saúde. Ademais, priorizou a promoção da saúde, reivindicando o carácter antecipatório da ação sanitária e desmedificando a saúde pública. E manteve, acima de tudo, a preocupação política em matéria de saúde como elemento de integração social, destacando, vale dizer, a sua universalidade.

26. Os países da Região adotaram a estratégia da APS em diversos graus de amplitude e intensidade como contexto para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. A APS converteu-se em ponto de referência par a adoção e implementação de políticas de remanejamento de recursos humanos para os serviços de saúde comunitária. Ela estabeleceu as condições e promoveu a constituição a nível local de equipas multiprofissionais cujo desempenho conjunto recriou e enriqueceu a discussão sobre a interdisciplinaridade. A APS trouxe uma aproximação entre o pessoal de saúde e a comunidade, possibilitando um redimensionamento do saber técnico e da sabedoria popular em saúde, e abrindo as portas para o trabalho comunitário. Em alguns casos, o trabalho interdisciplinar e a participação comunitária facilitaram a definição, o desenvolvimento e a avaliação de competências de atenção integral de saúde no nível local, verificando-se uma renovação e integração de capacidades clínicas e de saúde pública nas equipas.

27. A incorporação de conteúdos da APS nos planos de estudo básico dos profissionais e técnicos em saúde foi importante na formação de recursos humanos de enfermagem e, em menor grau, de médicos. Estudos recentes indicam que boa parte das escolas de enfermagem da América Latina adotou a APS como eixo curricular e levou a cabo um amplo desenvolvimento dos seus conteúdos no ensino. Já nas escolas de medicina, ela foi, via de regra, integrada em disciplinas específicas. Travou-se uma acalorada discussão relativa ao impacto que a inclusão do componente de APS na formação básica do pessoal teria tido nos serviços de saúde. Algumas experiências indicam que ela teve carácter determinante na produção e organização de serviços de APS, ao passo que outras mostram que ela não teve os efeitos esperados, nem na orientação geral da educação, nem na dos serviços de saúde.

28. A experiência regional no desenvolvimento da APS é creditada em vários países por progressos na ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, com protecção maior na comunidade, maior mobilização de recursos e maior participação de atores comunitários, tais como os programas de imunização, a atenção da mãe e da criança, medicamentos essenciais, educação sanitária, abastecimento de água e saneamento

básico. Não obstante, perdura ainda a falta de igualdade no acesso aos serviços de saúde e há um notável grau de exclusão no que se refere aos mecanismos de proteção social em saúde. Tradicionalmente, as populações com menor acesso aos serviços de saúde sempre foram as de baixa renda econômica, as que vivem nas zonas rurais e as que pertencem a certos grupos étnicos marginalizados da sociedade. Mais recentemente, foram postas em evidência as dificuldades de acesso das populações que vivem nos cordões periurbanos das grandes cidade. Essas desigualdades devem-se a uma grande variedade de fatores, entre os quais podemos citar as barreiras de caráter geográfico, cultural, econômico, social e de qualidade percebida dos serviços.

29. Em muitos países da Região, a experiência da APS representou também uma revisão dos modelos de atenção, para incorporar os conteúdos preventivos, de educação em saúde e de ação comunitária, incluindo atividades intersetoriais. Contudo, ainda prevalece a ênfase curativa dos modelos de atenção de saúde. Apesar das postulações de promoção da saúde e prevenção de doenças contidas na Declaração de Alma Ata, apesar do apelo em prol da reorientação dos serviços de saúde contido na Carta de Ottawa, ainda predominam na Região os modelos assistenciais de caráter curativo, de especialidade médica e de atenção intra-hospitalar. Nos estabelecimentos assistenciais do primeiro nível de atenção predominam as ações curativas antes das ações preventivas e de fomento, como a educação para a saúde e a assessoria sobre saúde. Assim também, ainda não foi possível conformar suficientemente as iniciativas de coordenação intersetorial na faina diária dos níveis locais de saúde em todos os países. Em alguns casos específicos, há também um hiato entre os serviços de saúde das pessoas e os serviços de saúde pública, entre as atividades promocionais na comunidade e as atividades clínicas nos estabelecimentos hospitalares.

30. Com as mudanças nos conteúdos, formas e recursos de atenção implícitos na aplicação da APS na Região, manifestou-se preocupação face ao problema da baixa qualidade da atenção de saúde. Todos os países da Região enfrentam grandes desafios nesta matéria. Os desafios abrangem aspectos pertinentes tanto à qualidade técnica como à qualidade percebida pelos usuários. Os problemas de qualidade se manifestam na forma de falhas na eficácia, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e segurança dos serviços de saúde. Suas manifestações são múltiplas e incluem, entre outros problemas, a baixa resolutividade do nível primário de atenção, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de assistência, o uso ineficiente dos recursos e a insatisfação dos usuários com os serviços. A experiência regional nos mostra que parte dos problemas de qualidade deve-se aos fatores condicionadores impostos pelo modelo de atenção de saúde.

31. Muito embora a Região tenha dado ênfase à incorporação de pessoal comunitário e à participação social na atenção de saúde, inerentes à estratégia da APS, é reconhecida a necessidade de continuar fortalecendo a participação social na saúde. A Região acusa avanços significativos no desenvolvimento de uma força de trabalho não médica e de

agentes comunitários, bem como no fortalecimento da participação social na saúde. Esses progressos, contudo, são insuficientes em muitos dos países da Região. Existem ainda muitas realidades locais em que a participação comunitária fica restrita a processos consultivos esporádicos. Da mesma forma, nem todos os países da Região têm os contextos políticos e institucionais que garantem a incorporação do pessoal comunitário, da medicina tradicional e de uma participação social adequada.

32. Uma limitação enfrentada pela estratégia da APS foi a visão implícita de que os processos de extravasamento natural permitiriam alcançar a igualdade em saúde. Outra limitação tornou-se evidente no tocante à intensidade das ações destinadas não só a reduzir a fragmentação social como também, fundamentalmente, a alcançar a integração social. A APS não fez uma previsão adequada das dramáticas mudanças nos perfis demográficos—particularmente o envelhecimento demográfico—nem da evolução epidemiológica, ocorridos nas Américas nas últimas décadas do século passado. Outrossim, a aplicação da estratégia não foi acompanhada de uma estimativa apropriada dos custos reais implícitos na mudança em saúde proposto pela APS e pela meta da SPT-2000.

33. A experiência de aplicação da estratégia da APS em alguns países da Região mostra-nos que é possível fazer progressos no acesso equitativo aos serviços de saúde, mediante:

- (a) um firme compromisso político de luta contra as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, enquadrado numa estratégia nacional de superação das desigualdades socioeconômicas. Esse compromisso é mais eficaz quando ganha o caráter de política de Estado e não fica circunscrito exclusivamente aos esforços de determinada administração governamental.
- (b) a consignação de recursos financeiros suficientes e de incentivos de todo tipo, que sejam coerentes com os objetivos propostos. Ademais, seria necessário aplicar fórmulas de consignação de recursos com base mais em critérios pertinentes à necessidade populacional do que em critérios da oferta de serviços existente;
- (c) mecanismos concentrados na melhoria quantitativa e qualitativa do gasto em saúde e na prestação de serviços de saúde às populações excluídas;
- (d) aprofundamento da aplicação de planos destinados a garantir um conjunto básico de prestações de saúde, seja para a população em geral, seja para grupos específicos da população, capaz de contribuir para a ampliação da proteção social em saúde a partir de um diálogo social.

34. A experiência regional tende a indicar que é possível reorientar os serviços de saúde para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, mediante:

- (a) uma firme vontade política de reformular o modelo de atenção de saúde. Neste caso, a transformação do modelo assistencial implica não somente a modificação do conteúdo dos serviços de saúde, incorporando serviços de fomento e prevenção, como também a busca de modelos de atenção que promovam a atenção ambulatorial, a facilitação de serviços de saúde em ambientes não clínicos (p. ex., escolas, locais de trabalho, domicílio, etc.) e a aplicação dos enfoques familiar e comunitário, que possibilitaria um conhecimento adequado da realidade física, social, econômica e cultural da população usuária;
- (b) a colocação das funções de coordenação intersetorial nos níveis de governo local, regional e nacional, conforme seja o caso; e
- (c) a integração ou coordenação dos serviços de saúde das pessoas com os serviços de saúde pública. Muito embora não haja dúvida de que existem muitas ações de saúde pública que não competem ao âmbito assistencial da saúde, existem também muitas situações em que os dois tipos de serviços podem ser potenciados mediante a sua integração no nível assistencial local.

35. As tendências mundiais e regionais observadas nestes 25 anos mostram que é possível melhorar a qualidade dos serviços mediante:

- (a) desenvolvimento e aplicação de modelos assistenciais tendo por centro a família e a comunidade. Essa tendência é complementada pela busca de modelos de prestação de serviços de saúde mais integrais, abrangentes, coordenados e regulares;
- (b) o fortalecimento da capacidade das equipes locais de saúde para avaliar e atender às necessidades, expectativas e exigências de saúde da população, no contexto dos processos de descentralização. Ao mesmo tempo, deve-se procurar fortalecer a capacidade de gestão da mudança no nível local (p. ex., ajudar a oferta de serviços de saúde às mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico da população usuária);
- (c) o estabelecimento de um contexto político e institucional no qual as estratégias de garantia da qualidade sejam consideradas e integradas com as de melhoramento contínuo da qualidade; e
- (d) a motivação adequada e o desenvolvimento das competências técnicas, clínicas, de saúde pública e administrativas do pessoal de saúde. Esse esforço deve incluir

também as competências para o trabalho em equipe. Para isso, é necessário revisar e ajustar os planos de formação e treinamento em uso, para incorporação das mudanças propostas.

36. A experiência regional demonstra que é possível fortalecer a participação social em saúde mediante:

- (a) o estabelecimento de um contexto político e institucional capaz de orientar e facilitar a incorporação de trabalhadores comunitários e a participação social nas esferas nacionais, regionais e locais;
- (b) a instauração de um processo que seja construído pouco a pouco, com o passar do tempo, e que exija a transferência de poderes decisórios da autoridade sanitária para as esferas de participação social; e
- (c) o desenvolvimento de modelos de atenção e de gestão da atenção de saúde nos quais os diferentes níveis, programas e agentes de atenção sejam relacionados num contínuo integrado.

### **Desafios para o Futuro**

37. Os processos de monitoramento e avaliação da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 permitiram reconhecer significativos avanços na saúde das populações das Américas, imputáveis à adoção e implementação dos princípios contidos na estratégia de atenção primária. Por outro lado, foi também reconhecida a persistência de condições adversas à plena realização da meta bem como, paralelamente, a necessidade de renovar a vigência da SPT como poderosa visão de saúde, necessária para orientar as políticas sanitárias e atingir níveis de saúde que permitam lograr uma vida social e economicamente produtiva para todos os habitantes das Américas. Assim, a renovação da SPT exige uma revisão dos princípios da APS e uma reafirmação da sua adoção como estratégia fundamental para o desenvolvimento da saúde.

38. A renovação do compromisso com a APS implicará a consideração de modificações e ajustes em duas das suas grandes acepções: como “enfoque de política”, a APS há de ser visualizada como promotora e sustentadora do desenvolvimento de políticas de igualdade em saúde; como “nível de atenção”, ela deve ser identificada como o eixo central do desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde na Região. No contexto das transformações ocorridas nas Américas e da renovação da perspectiva da Saúde para Todos, a APS tem um grande potencial como veículo apropriado para satisfazer a cinco desafios que lhe são apresentados no futuro da saúde nas Américas: i) uma intensificação dos esforços no sentido de garantir a universalidade de acesso, dando-se ao mesmo tempo atenção prioritária à saúde dos grupos menos privilegiados, à

redução das desigualdades em saúde e nos sistemas de atenção; ii) uma melhoria geral da saúde da população, com reduções significativas dos riscos de morte infantil e materna, aumento da esperança de vida e melhoria da qualidade da vida; iii) uma atenção de saúde coberta por uma rede de serviços eficazes e de qualidade, que satisfaça a indivíduos, famílias e comunidades e na qual participem todos eles; iv) o desenvolvimento articulado dos diversos provedores de atenção em saúde; e v) o fortalecimento da infra-estrutura e das capacidades institucionais para o adequado desempenho das funções essenciais da saúde pública.

39. Elementos de contexto particularmente pertinentes à renovação da estratégia da APS nas Américas são as transformações nos perfis demográficos e epidemiológicos na Região. De modo particular, a urbanização e o envelhecimento demográfico; as doenças crônicas, a violência e as incapacidades; a AIDS e outras doenças emergentes; a vulnerabilidade a catástrofes e a outras ocorrências que têm impacto ambiental; a diversidade cultural, étnica, de gênero e de modos de vida e o impacto de outros macrodeterminantes da saúde; a descentralização político-administrativa; as alterações nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde; e a diversificação das respostas sanitárias tradicionais.

40. No contexto maior da APS como estratégia de desenvolvimento voltada para a melhoria das condições de vida das comunidades, reduzir a carga de doenças e favorecer o acesso equitativo da população à atenção de saúde, com serviços e recursos de qualidade, eficiência e eficácia, os princípios da APS necessitam de alinhamento, harmonização e ajustamento com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Dada a sua capacidade de fortalecimento dos serviços de saúde, a APS pode constituir uma estratégia básica para a realização desses objetivos acordados internacionalmente.

41. De igual forma, torna-se necessário vincular o desenvolvimento da estratégia de APS com o desempenho das funções essenciais de saúde pública, tanto nos planos operativos como no plano normativo—gestão de saúde—da autoridade sanitária nos níveis nacionais. Destaca-se de forma particular a importância estratégica de manter os sistemas de informação e vigilância da saúde, fortalecer a capacidade institucional de análise da saúde, produzir inteligência sanitária para a geração, monitoramento e avaliação de intervenções demográficas, e apoiar a formação dos recursos humanos nas equipes locais de saúde.

42. Neste contexto, as principais linhas de ação na renovação da estratégia da APS precisam ser aprofundadas como eixos da política corporativa da OPAS, renovando-se ao mesmo tempo o compromisso dos Estados Membros com essa ajuda para a ação, que vem a ser fundamental para a melhoria da saúde dos habitantes do continente.

## Referências

Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el año 2000: estrategias*. Documento Oficial N° 173; Washington, DC, 1980.

World Health Organization. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma Ata revisited*. WHO/SHS/CC/94.2. Ginebra, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*, edición 1994. Washington, DC, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000*. Documento Oficial CD40/24. Washington, DC, 1997.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edição 1998. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. *Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos*. Informe Técnico OPS/DAP/98.3.39. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud e Universidade do Chile. *Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: informe final*. Santiago de Chile & Washington, DC, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edição 2002. Washington, DC, 2002.

- - -