



Políticas Públicas para a saúde do público



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

Capítulo 4

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

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

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

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

Importância de políticas públicas saudáveis

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

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

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

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

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



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

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

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

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

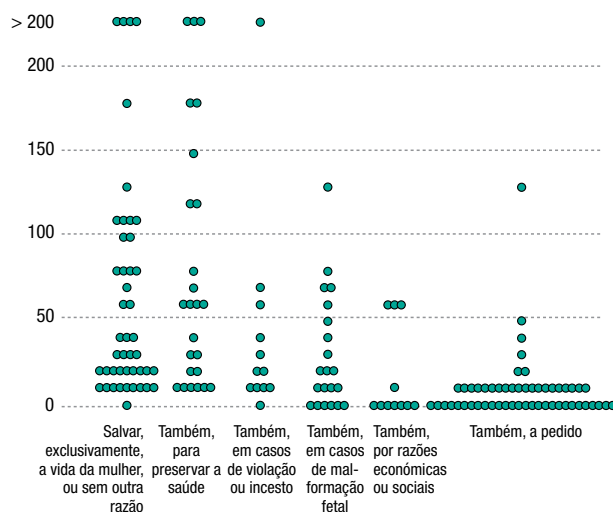
Caixa 4.1 Mobilizar os recursos da sociedade para a saúde, em Cuba^{14,15,16}

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

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

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

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



^aCada ponto representa um país.

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

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

Políticas sistémicas alinhadas com as metas dos CSP

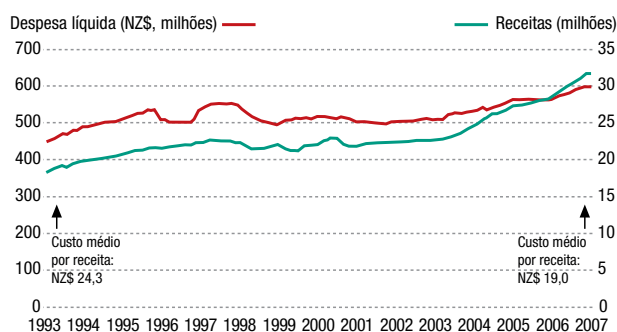
Existe uma tomada de consciência crescente de que quando determinados sectores do sistema de saúde funcionam mal ou em descoordenação, o desempenho global sofre as consequências. Referidos variavelmente como as “funções nucleares”¹⁷ ou as “unidades estruturantes”¹⁸, estas componentes dos sistemas da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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

Políticas de saúde pública

Alinhar os programas de saúde prioritários com os CSP

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

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

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

Iniciativas nacionais de saúde pública

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



Caixa 4.2 Recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde³⁷

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

1. Melhorar as condições de vida diária

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

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

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

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

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

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

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

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

Capacidade de resposta rápida

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

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

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

Saúde em todas as políticas

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Compreender o sub-investimento

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

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

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

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

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

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

Caixa 4.3 Como tomar decisões sobre políticas públicas impopulares⁵⁷

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Oportunidades para melhores políticas públicas

Melhor informação e evidência

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

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

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

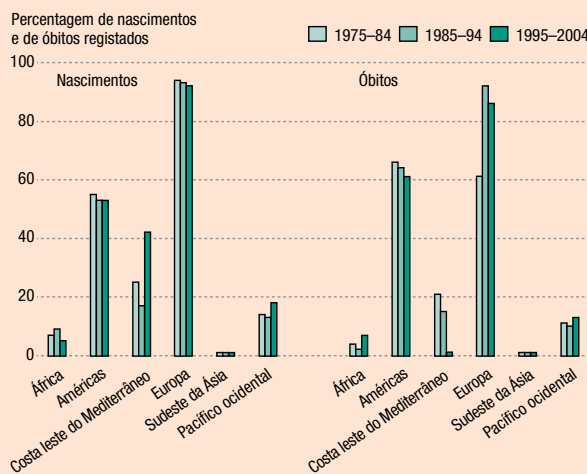
O registo civil é um produto do desenvolvimento económico e social e uma condição para a modernização. Observou-se uma pequena melhoria da cobertura dos registos vitais (registo oficial dos nascimentos e das mortes), nas últimas décadas (veja figura 4.3). Quase 40% (48 milhões) dos 128 milhões de nascimentos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

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

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

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

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



*Fonte: adaptado de ⁵⁴.

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

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

Existem duas vias para reforçar significativamente as bases de conhecimento.

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

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

Caixa 4.5 Orientações para a avaliação de impacto na União Europeia⁶⁸

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

Saúde pública e segurança

Até que ponto é que as acções propostas:

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

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

Até que ponto é que as acções propostas:

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



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

Um cenário institucional em mudança

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

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

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

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



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

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

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

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

Acções globais de saúde equitativas e eficientes

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

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

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



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

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

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

Referências

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

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

