



# Seguir em frente



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

## Capítulo 6

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

## Adaptar as reformas ao contexto de cada país

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

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

A reorientação de um sistema de saúde é um processo que leva tempo, mais que não seja pelo intervalo necessário para reorientar a força de trabalho<sup>1</sup> e também pela inércia resultante de incentivos desajustados e de sistemas de remuneração inadequados<sup>2</sup>. Considerando as forças e interesses que afastam os sistemas de saúde dos valores orientadores dos CSP, a reforma exige uma visão clara do futuro. Já são muitos os países que se aperceberam desta necessidade e que estão a investir na elaboração duma visão estratégica das suas políticas públicas para a saúde, com um horizonte de 10 a 20 anos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

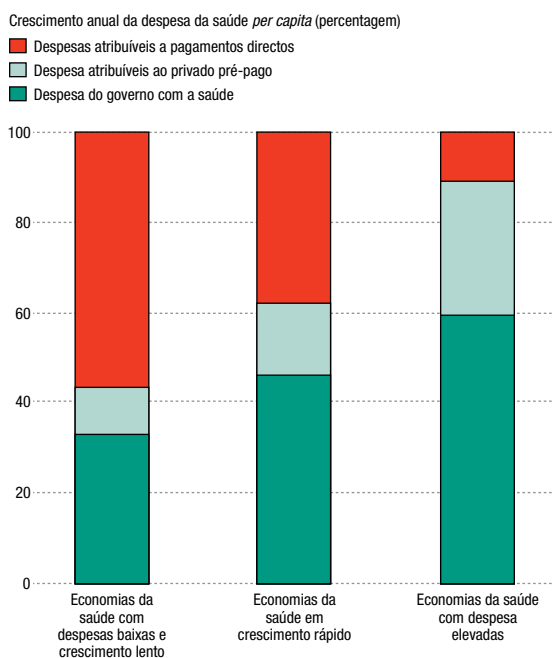
crescimento observado, enquanto que nas economias da saúde em crescimento rápido ou com despesas elevadas, os aumentos observados são maioritariamente explicados por despesas do governo ou por mecanismos de pré-pagamento. Nestas situações, as oportunidades para apoiar as reformas dos CSP são maiores: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

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

## Economias da saúde com despesas elevadas

Este grupo de países financia quase 90% do crescimento na sua despesa com a saúde – a uma média de mais I\$200 *per capita* por ano, nos anos mais recentes – através de financiamentos governamentais ou de fundos privados pré-pagos. O principal constrangimento à expansão ou alteração no pacote de ofertas dos serviços, não é a falta de financiamento, mas sim o défice relativo dos recursos humanos necessários para corresponderem às mudanças ou aumentos na procura. Os seus sistemas de saúde estão construídos em redor de um sector terciário, forte, prestigiado, importante para as indústrias farmacêuticas e de abastecimentos médicos<sup>2</sup>. Os pagamentos directos pelos utentes, apesar de permanecerem em cerca de 15% da despesa total, são minúsculos quando comparados com os contributos de meios mais progressivos de financiamento colectivo. O pagamento por terceiros, fortaleceu o papel das instituições financeiras, que assumem um papel central no sistema de saúde, ao mesmo tempo que o grau de autonomia dos profissionais de saúde se

**Figura 6.1** Contribuição das despesas gerais do governo, das despesas do privado pré-pago e do pagamento directo, para o crescimento anual na despesa total da saúde *per capita*, percentagem, médias ponderadas<sup>5</sup>



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

### Caixa 6.1 Estratégia nacional da Noruega para reduzir as desigualdades sociais em saúde<sup>6</sup>

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

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

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

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

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

Em muitos destes países, a deslocação do centro de gravidade dos cuidados terciários e especializados para os cuidados primários está a progredir de uma forma satisfatória. Melhor informação e desenvolvimentos tecnológicos estão a criar oportunidades – e um mercado – para transferir muitos dos cuidados hospitalares mais tradicionais para serviços locais providos com equipas de cuidados primários ou mesmo para os entregar aos próprios doentes. O que por sua vez alimenta uma nova percepção de como devem operar os serviços de saúde. O que dá mais força aos cuidados primários, incluindo os auto-cuidados e os cuidados domiciliários. Este movimento é contrariado pela inércia associada à ameaça de redução ou mesmo desmantelamento das grandes instituições terciárias e, também, pela procura induzida por expectativas irrealistas, associadas a tecnologias vistas como tendo o potencial de prolongar a longevidade de uma forma ilimitada<sup>7</sup>. A inovação tecnológica é, na verdade, um importante impulsor de melhorias e as tendências actuais ilustram o seu potencial para contribuir para a diversificação da oferta de serviços pelas equipas de cuidados primários. A inovação tecnológica pode, no entanto, converter-se também num impulsor de exclusão e ineficiência. As grandes diferenças de difusão das tecnologias médicas nos países são um reflexo, não de uma avaliação racional, mas sim

de incentivos aos prestadores para adoptarem essas tecnologias, e da capacidade de controlar essa adopção<sup>2</sup>.

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

- A contestação pública da gestão das tecnologias tem continuado a aumentar por razões de confiança, preço, exclusão ou necessidades insatisfeitas.
- Os regulamentos estão cada vez mais dependentes de instituições supra-nacionais. O sistema regulador da União Europeia, por exemplo, tem responsabilidades crescentes na harmonização dos requisitos técnicos necessários para o registo de medicamentos ou o licenciamento de produtos, abrindo as portas a possibilidades, entre outras, de um apoio mais eficaz a iniciativas legais a concitar a substituição genérica de medicamentos no sector privado<sup>8</sup>. Estes mecanismos criam oportunidades para aumentar a segurança e o acesso, criando assim um ambiente que encoraja as reformas nacionais dos cuidados primários.

O que acontece num momento em que a produção de profissionais com disposição e capazes de se envolverem nos cuidados primários está comprometida. Na Europa, por exemplo, a população de clínicos gerais está envelhecer rapidamente, e os novos clínicos estão mais orientados para carreiras com mais oportunidades para trabalho em tempo parcial e menos intensas<sup>7</sup>. A pressão para dar um papel mais central aos médicos de família está a aumentar<sup>9</sup>. Contudo, no futuro será necessária mais consideração a abordagens baseadas em equipas pluridisciplinares, responsáveis pela coordenação e continuidade dos cuidados. O que, por sua vez, exigirá um novo quadro de pessoal, mais diversificado e flexível. Consequentemente, a sustentabilidade das reformas dos cuidados primários nestes países com despesas elevadas com a saúde, não será sustentável, sem: (i) que haja uma mudança de paradigma na formação de pessoal de saúde; e (ii) incentivos de carreira, sociais e financeiros para incitar os profissionais de saúde a orientarem-se para carreiras que, no passado, têm gozado de menos prestígio e têm sido menos recompensadoras.

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

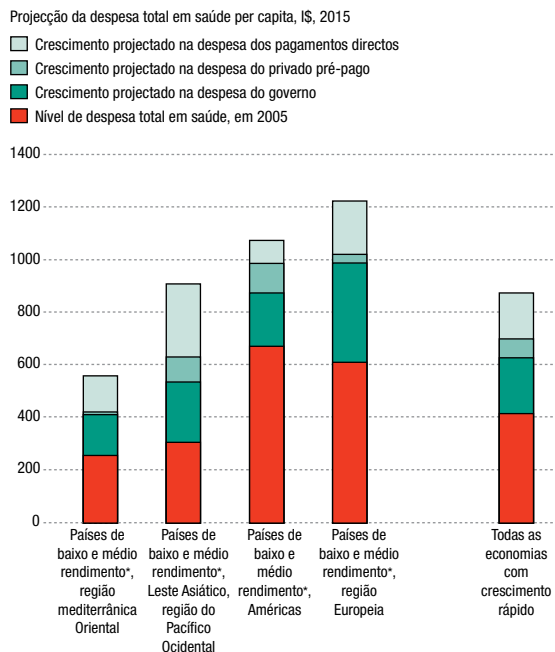
Nas últimas décadas, a maior parte dos países nesta categoria, têm estado envolvidos em reformas, recorrendo a mecanismos de liderança e negociação mais do que a mecanismos de comando-e-controlo. Isto reflecte a crescente visibilidade da agenda de saúde, e a necessidade de a desenvolver equilibrando diversas tendências e interesses, muitas vezes irreconciliáveis. A reforma decorre, portanto, a diversos níveis, envolvendo múltiplos actores. O progresso é por pequenos avanços: um processo difícil, muitas vezes confuso, de aproximações sucessivas e negociações difíceis. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, uma grande reforma dos cuidados primários foi apoiada por um inquérito por questionário enviado a mais de 42 000 pessoas e por audição pública de 1 000 personalidades. Este envolvimento facilitou a adopção das reformas mais controversas, nomeadamente as que dizem respeito ao redireccionamento de recursos para os cuidados primários e para as populações com menos acesso aos cuidados, fazendo-se uma redistribuição de responsabilidades de forma a melhorar a cooperação e a coordenação<sup>10</sup>. O preço destes processos de construção de consensos sociais, que podem ultrapassar resistências à reforma, é tempo e disponibilidade para uma negociação baseada em princípios explícitos.

## Economias da saúde em crescimento rápido

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

Enquanto que a taxa de crescimento na despesa representa uma oportunidade para reformar os CSP, também pode originar padrões de desenvolvimento do sector que contrariam a visão e valores dos CSP. As fases iniciais são muito importantes: escolhas que são feitas por razão de expediente político ou técnico, tais como abster-se de regulamentar o sector comercial prestador de cuidados de saúde, pode entrincheirar situações – estabelecimento de grupos de interesses, ou de padrões de procura impulsionados pela oferta – que dificultam, mais tarde, as reformas necessárias para desenvolver os cuidados primários<sup>11</sup>. Enviesamentos a favor de infra-estruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para corresponder às expectativas de uma minoria abastada, estão a ser encorajados por um mercado emergente de turismo médico, em que doentes de economias da saúde com despesas elevadas, incluindo custos fixos elevados, contratualizam os cuidados destes doentes para ambientes com custos aparentemente mais baixos. O que reduz o número de profissionais disponíveis para prestar cuidados primários e encoraja a especialização hospitalar da força de trabalho<sup>12</sup>. Nestes países, muitos dos Ministérios da Saúde ainda estão organizados em redor de esforços de controlo de doenças específicas, faltando-lhes as competências para se aproveitarem da expansão dos recursos de saúde para regulamentar a prestação de cuidados de saúde. O que conduz, muitas vezes, a sistemas de saúde a duas velocidades: (i) infra-estruturas altamente sofisticadas e especializadas, orientadas para a procura de uma minoria abastada; e

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



\* Sem Estados frágeis.

<sup>a</sup> suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos directos, estimadas dos dados de 1995–2005<sup>2</sup>, persistem até 2015.

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

Reformas que enfatizam o acesso universal a cuidados de saúde orientados para as pessoas, podem ajudar a ultrapassar estas distorções. Estas reformas podem beneficiar de inovações tecnológicas que facilitam o acesso rápido, simples, confiável e a baixo custo a serviços anteriormente inacessíveis, ou porque eram demasiado dispendiosos ou por exigirem infra-estruturas de apoio complexas e sofisticadas. Estas inovações incluem testes de diagnósticos rápidos do VIH e de úlceras gástricas, medicamentos que permitem tratamentos ambulatoriais de doentes mentais que anteriormente necessitavam de ser internados<sup>13</sup> e abordagens cirúrgicas que reduzem a necessidade ou a duração do internamento hospitalar. Simultaneamente à multiplicação de orientações com base-na-evidência, estas inovações amplificaram extraordinariamente o campo de decisão das equipas de cuidados primários, alargando a área de intervenção de clínicos

não-médicos<sup>14</sup> e o potencial de auto-cuidados. Uma expansão rápida dos cuidados orientados para as pessoas, tornou-se viável num contexto em que o hiato tecnológico entre os cuidados ambulatoriais próximos dos clientes e as instituições de cuidados terciários é menos marcante do que há 30 anos atrás. O Chile, por exemplo, duplicou a utilização dos cuidados primários, num período de cinco anos, em que também investiu fortemente em pessoal e equipamentos, desde cuidados orais de emergência e laboratórios ao tratamento domiciliário da dor crónica. O impacto desta transformação pode ser amplificado orientando os cuidados para e empoderando a grande massa de pobres e excluídos nestes países e reformando as políticas públicas de forma a reforçar estas iniciativas.

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

Na maior parte destes países, o nível da despesa comparado ao PIB ou à despesa total do governo permanece baixa, o que cria espaço financeiro para acelerar ainda mais as reformas dos CSP e entrincheirá-las com recurso a mecanismos paralelos, e igualmente importantes, através de iniciativas de aceleração do acesso universal e de redução da dependência em pagamentos directos pelos doentes. Em muitos destes países, os recursos público para a saúde são atribuídos de acordo com uma regra de capitação, o mesmo acontecendo, em parte, em relação aos recursos colectivos de fundos privados pré-pagos. O que abre oportunidades de incluir critérios, como escassez relativa ou necessidades de saúde insatisfeitas, nas fórmulas de capitação. Transformando, na prática, a atribuição de recursos,

num instrumento de promoção da equidade em saúde e de incentivo aos cuidados primários e a políticas públicas saudáveis.

Alguns dos maiores países do mundo, o Brasil, por exemplo, estão a aproveitar estas oportunidades numa escala inaudita, expandindo as suas redes de cuidados primários enquanto diminuem a sua dependência dos pagamentos directos pelos doentes<sup>15</sup>. Este tipo de reformas só raramente é bem sucedido sem pressão por parte dos utentes. A política de saúde do Chile define um pacote de benefícios bem detalhados, bem publicitados entre a população como direitos estatutários. As pessoas estão a ser informadas do tipo de serviços, incluindo acesso a cuidados especializados, que vão poder exigir da sua equipa de cuidados primários. Quando associada a investimentos continuados, a falta de ambiguidade em relação a expectativas legítimas cria uma poderosa dinâmica para o desenvolvimento dos cuidados primários. Com uma boa gestão, aceleram-se também convergências, evitando pelo menos parte das distorções e ineficiências que atribularam os países de alto rendimento em anos anteriores.

### **Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento**

Com 2,6 bilhões de pessoas e menos de 5% das despesas mundiais com a saúde, os países neste grupo sofrem de um sub-financiamento absoluto do seu sector da saúde, associado a uma elevada carga de doença. A persistência de uma elevada mortalidade materna nestes países – onde se concentram cerca de 90% de todas as mortes maternas – é talvez a indicação mais clara das consequências do sub-financiamento no desempenho dos sistemas de saúde.

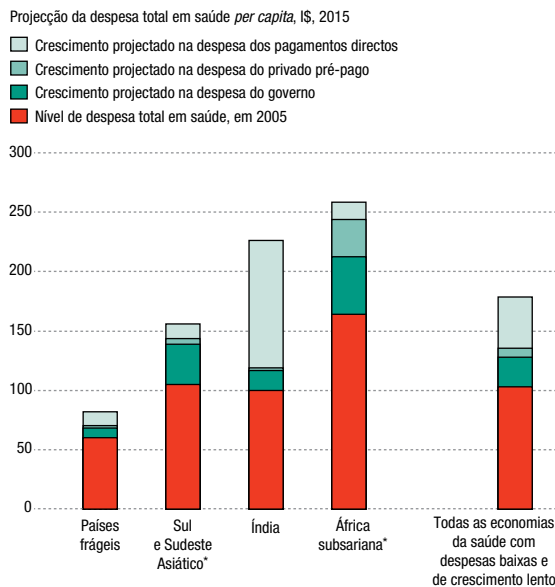
É preocupante que, nestes países, a despesa com a saúde seja baixa e muito vulnerável aos contextos políticos e económicos. Nos Estados frágeis, particularmente nos que estão localizados em África, a despesa é não só baixa como também se mantém quase estacionária, com 28% do pouco crescimento observado atribuível à ajuda externa. Nos outros países deste grupo, a despesa com a saúde está a crescer a uma média mais robusta, de 6% a 7% ao ano. Se as tendências

actuais se mantiverem, em 2015, a despesa *per capita* com a saúde terá mais que duplicado na Índia quando comparada com 2005, e aumentado em cerca de metade nos outros países, com a excepção dos Estados frágeis (Figura 6.3). Em muitos países, isto proporciona uma margem já confortável para dar início às reformas dos CSP, particularmente onde os aumentos são atribuíveis a investimentos governamentais ou, como na África Austral, a outras formas de pré-pagamento. Na Índia, contudo, mais de 80% do crescimento, de acordo com as tendências actuais, é atribuível a pagamentos directos, o que cria um contexto menos favorável às reformas necessárias.

Os países nestas regiões acumulam um conjunto de problemas que, apesar da diversidade observada, têm muitas características em comum. Agregados populacionais que, no seu conjunto, não têm acesso a cuidados com qualidade: porque os serviços não existem; ou são muito caros ou sub-financiados; porque são deficitários em recursos humanos e não têm os equipamentos necessários; ou, ainda, porque estão fragmentados ou limitados a uns poucos programas prioritários. São muito limitados os esforços para estabelecer políticas públicas estáveis que promovam a saúde e corrijam os determinantes da saúde precária. A comercialização não regulamentada de cuidados de saúde, públicos e privados, está a tornar-se na norma dos cuidados a esperar nas zonas urbanas e, cada vez mais, nas rurais também. Representa um desafio enorme e subestimado, aos valores dos CSP, muito mais premente que o verticalismo que tanto preocupa a comunidade internacional.

Na maior parte destes países o estado teve, no passado, a ambição de dirigir o sector da saúde de uma forma autoritária. Nos contextos mais pluralísticos da actualidade, com uma diversidade de prestadores de serviços, formais e informais, públicos e privados, foram poucos os que conseguiram fazer a transição para um estilo de governação mais negociada. Nos outros, com a estagnação das fontes de recursos públicos, estabeleceu-se um estado de *laissez-faire*. O que conduziu a tentativas débeis de regulamentar o sector comercial de prestação de serviços de saúde – não só pelo sector privado, mas também

**Figura 6.3** Projecção da despesa em saúde *per capita*, em 2015, economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento (médias ponderadas)<sup>a</sup>



\* Sem estados frágeis.

<sup>a</sup> Suposição de que as taxas de crescimento anuais das despesas do governo, do privado pré-pago e dos pagamentos directos, estimadas dos dados de 1995–2005<sup>5</sup>, persistem até 2015.

pelo público, que de muitas formas adoptou práticas comerciais muito semelhantes às do sector privado não regulamentado. Nestes *settings*<sup>\*</sup>, a capacidade governamental é um factor que limita as suas possibilidades de mobilizar recursos para investir nas reformas necessárias. As autoridades sanitárias vêm-se então com um mandato não financiado para dirigir o sector da saúde.

Portanto, desenvolver a base de fontes de recursos é uma prioridade, que permitirá o refinanciamento de sistemas de saúde esvaídos de recursos, de forma a reanimá-los como uma nova vida associada às reformas dos CSP e ao reinvestimento na liderança pública. Sistemas de pré-pagamento devem ser encorajados, agora, desencorajando, ao mesmo tempo, cobranças directas aos doentes e incentivando a convergência e partilha de recursos. Esta abordagem permitirá uma distribuição mais inteligente e explícita de recursos limitados, do que quando

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

os serviços são pagos directamente pelos doentes. Sem que existam soluções únicas, ou óptimas, os mecanismos de convergência de recursos que resultam em fundos comuns maiores têm também, eficiências maiores: a fusão ou federação gradual de esquemas de pré-pagamento podem ajudar a acelerar o estabelecimento de mecanismos de regulação e de responsabilização<sup>16</sup>.

Num número significativo destas economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento, particularmente na África subsariana e nos Estado frágeis, o aumento significativo dos fundos externos direccionados à saúde, através de mecanismos bilaterais ou através de uma nova geração de instrumentos globais de financiamento, reanimou a vitalidade do sector da saúde. Estes fundos externos precisam de ser progressivamente recanalizados de forma a aumentar a capacidade institucional de suster, para um horizonte alargado, a cobertura universal. No passado, o grosso da assistência externa tem sido dirigida a projectos e programas imediatistas, que têm contribuído para atrasos desnecessários, ou mesmo para bloquear a emergência das instituições financeiras necessárias para administrar sistemas de cobertura universal. O interesse renovado dos doadores em apoiarem processos de planeamento nacional como parte das agendas de alinhamento e harmonização, e o consenso sobre a importância do acesso universal, representam oportunidades importantes para expandir os investimentos no aparelho institucional necessário para a cobertura universal. Embora as reduções esperadas em despesas catastróficas e o aumento na cobertura sejam motivos suficientes para as mudanças necessárias nos comportamentos das entidades doadoras, o crescimento de uma capacidade de financiamento nacional, representa uma oportunidade para uma eventual estratégia de saída da dependência dos doadores.

Os governos podem fazer ainda mais pelo sector de saúde, mesmo nestes *settings*. Economias da saúde, com despesas baixas e um crescimento lento só atribuem uma pequena fracção das receitas governamentais à saúde. Mesmo na África subsariana, países em que se observaram progressos e que atribuíram 8,8% das despesas do governo à saúde, ainda se encontram bastante distantes da meta de 15% estabelecida na

Declaração de Abuja, em 2005<sup>5</sup>. O conseguimento dessa meta aumentaria a despesa com a saúde na região em cerca de 34%. A experiência acumulada na última década mostra que é possível aumentar, de uma forma expedita, as receitas do governo atribuídas à saúde. Como exemplo, na Índia, em resposta a pressões crescentes da sociedade civil e de movimentos políticos, espera-se que a despesa do governo com a saúde – com uma atenção específica aos CSP – venha a triplicar nos próximos cinco anos<sup>17</sup>. Num contexto diferente, o Ministério da Saúde no Burundi quadruplicou o seu orçamento entre 2005 e 2007 pela candidatura, bem sucedida, a fundos que ficaram disponíveis através dos mecanismos de redução da dívida externa, sob a “Iniciativa Reforçada para Países Pobres Altamente Endividados” (IRPPAE). Em média, nos 23 países à beira de concluir os requisitos para a IRPPAE e a Iniciativa Multilateral de Alívio da Dívida (IMAD), as poupanças anuais do alívio da dívida resultantes da IRPPAE durante os 10 anos a seguir à qualificação equivalem a 70% das despesas públicas com a saúde em 2005<sup>18</sup>. Enquanto que só parte do dinheiro será redireccionado para a saúde, mesmo essa fracção pode contribuir de uma forma significativa para o músculo financeiro das autoridades de saúde pública.

As oportunidades não aparecem só com o aumento de recursos. A dominância de projectos-piloto está a ser gradualmente substituída por esforços mais sistemáticos para conseguir o acesso universal, embora que, muitas vezes, tal seja conseguido só para uma única intervenção ou programa de saúde. Estes programas, com grande visibilidade, desenvolvidos no âmbito dos ODM, ajudaram a reanimar um número de conceitos que são essenciais para os cuidados orientados para as pessoas. Entre eles, realça-se o imperativo do acesso universal a cuidados seguros e de elevada qualidade, sem penalização financeira, e a importância da continuidade dos cuidados e a necessidade de compreender o contexto social, cultural e económico em que vivem todos, homens, mulheres e famílias de uma dada comunidade. A integração é uma realidade que está a acontecer através de abordagens como a Abordagem Integrada de Doenças dos Adolescentes e dos Adultos (AIDAA) e as intervenções

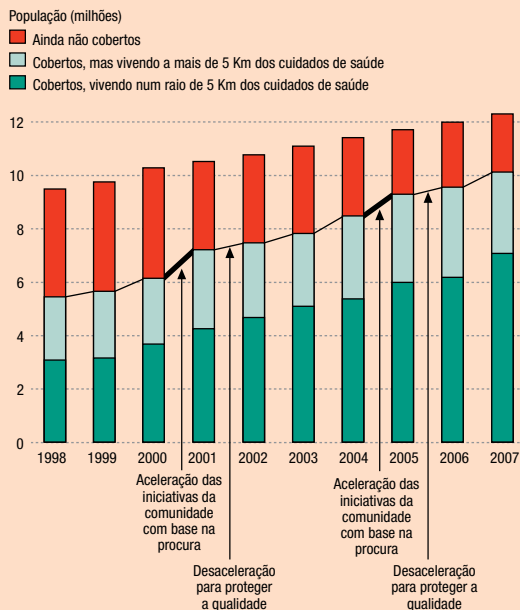
## Caixa 6.2 O ciclo virtuoso da oferta e da procura de cuidados primários

No Mali, a rede dos cuidados primários consiste em centros de cuidados primários que são propriedade das comunidades e operados pelas comunidades, apoiados por equipas distritais e unidades de referência governamentais. Há um plano de cobertura, negociado com as comunidades, que, se assim o desejarem, podem tomar a iniciativa de criar um centro de cuidados primários, de acordo com um conjunto de critérios. O compromisso é importante, visto que o centro de saúde será propriedade da comunidade e operado pela comunidade: por exemplo, a equipa do centro de saúde – uma equipa de três ou quatro pessoas – liderada por uma enfermeira ou por um médico de família, tem que ser contratada (e financiada) pela associação de saúde da comunidade local. A comunidade pode fazer um acordo com o Ministério da Saúde para, uma vez abertas as portas do centro, obter o apoio técnico e financeiro das equipas de saúde do distrito, para a instalação do centro de saúde e para supervisão e um apoio de retaguarda.

O modelo alcançou grande popularidade, apesar dos enormes esforços exigidos às comunidades na mobilização e na organização destas unidades: em 2007, 826 destes centros já estavam operacionais (comparado com 360 centros, 10 anos antes), instalados a um custo médio de USD 17 000. O sistema afirmou-se e aumentou, de uma forma significativa, a produção de cuidados de saúde: o número de episódios de cuidados curativos prestados pelos centros de saúde praticamente que duplicou. O número de mulheres acompanhadas nos cuidados pré-natais aumentou em 2,7 vezes e os nascimentos assistidos por um profissional de saúde em 2,5 vezes, com níveis de cobertura, aferida pelos Inquéritos Demográficos de Saúde em 2006, de 70% e 49%, respectivamente; a cobertura da vacinação DTP3, em 2006, era de 68%.

A comunidade considera que este é um investimento que vale a pena. Por duas vezes, durante os últimos 10 anos, entre 2000 e 2001 e 2004 e 2005, a procura e a iniciativa local para a criação de novos centros estava a aumentar com uma celeridade que levou as autoridades sanitárias a tomar medidas para retardar

**Figura 6.4** Aumento progressivo da cobertura, por centros de saúde que são propriedade das e operados pelas comunidades, no Mali, 1998-2007



Fonte: Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de Planification et de Statistiques Ministère de la Santé Mali [Sistema de Informação Nacional da Saúde (SNIS), Departamento de Planeamento e Estatísticas, Ministério da Saúde, Mali].

a expansão da rede, a fim de poder garantir a manutenção de padrões de qualidade (figura 6.4). Isto sugere que o ciclo virtuoso do aumento da procura e da melhoria da oferta funciona. As autoridades da saúde estão a expandir a oferta de serviços e a melhorar a qualidade – incentivando o recrutamento de médicos pelos centros de saúde rurais – mantendo, também, o seu apoio à expansão da rede.

de base comunitária resultantes do Programa de Controlo da Oncocercose (PCO)<sup>19</sup>. As iniciativas globais estão a aliviar o seu domínio sobre mandatos de controlo de doenças e começam a apreciar a importância de fortalecer o sistema, de uma forma mais geral, como se observa com a janela de Reforço dos Sistemas de Saúde associada à Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, abrindo caminhos para o alinhamento de iniciativas anteriormente fragmentadas. Impulsionadas pela procura, tecnologias da informação para apoiar os cuidados primários, tais como a ficha clínica electrónica, estão a difundir-se mais

rapidamente do que esperado. Os esforços para universalizar o tratamento do VIH ajudaram a expor a limitações de alguns *inputs* essenciais no sistema de saúde, tais como a cadeia de gestão dos aprovisionamentos de materiais de diagnóstico e medicamentos, e a estabelecer pontes com outros sectores, como o agrícola, tendo em conta a importância da segurança alimentar. Uma maior consciência da magnitude da crise da força de trabalho, está a conduzir a políticas e programas ambiciosos, incluindo a redistribuição de tarefas, ensino à distância e incentivos financeiros e não financeiros inovadores.

Neste contexto, o desafio já não é fazer mais com menos, mas sim coordenar o crescimento do sector da saúde de forma a fazer mais com mais. As necessidades insatisfeitas nestes países são enormes e aumentar a disponibilidade de serviços é ainda o seu maior desafio. O que requer uma expansão gradual, distrito de saúde a distrito de saúde – o que pode ser feito recorrendo às estruturas governamentais, ou contratualizando ONGs ou por uma combinação de ambos. No entanto, a complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, particularmente, mas não só, em zonas urbanas, reclama interpretações flexíveis e inovadoras destas estratégias organizacionais. Em muitas das cidades capitais dos países africanos, por exemplo, as unidades sanitárias públicas, aos níveis primário e secundário, quase que desapareceram, substituídas por prestadores comerciais não regulamentados<sup>20</sup>. As soluções criativas passam pela construção de alianças com as autoridades locais e organizações da sociedade civil e de consumidores para a utilização dos muitos fundos existentes – financiamentos de sistemas privados de pré-pagamento, contribuições da segurança social, fundos das autoridades municipais, e financiamentos de origem tributária – para estabelecer uma oferta de cuidados primários que funcione com uma rede pública de segurança, em alternativa a cuidados comerciais não regulamentados, e como um sinal do que esperar de cuidados de saúde fiáveis e orientados para as pessoas.

No fim, o que na realidade conta é a experiência vivida pelos utentes nos serviços. A sua confiança sairá reforçada se se sentirem bem-vindos e não afastados, lembrados e não esquecidos, consultados por alguém que já os conhece bem, respeitados na sua privacidade e dignidade, acudidos com os cuidados necessários, informados sobre a abordagem diagnóstica necessária, e apoiados com medicamentos essenciais, tudo isto sem que nenhum pagamento seja exigido na interface com os serviços.

Uma confiança crescente conduz a um ciclo virtuoso de aumento na procura e a uma melhor oferta (Caixa 6.2). Os ganhos em credibilidade associados a este ciclo virtuoso são essenciais para conseguir consensos sobre a necessidade de investir em políticas públicas saudáveis em

todos os sectores. Políticas eficazes em relação à segurança alimentar, educação, e urbanização são elementos críticos para a saúde e a equidade na saúde: a influência do sector da saúde sobre estas políticas depende, em grande parte, do seu sucesso em prestar cuidados primários de qualidade.

### **Mobilizar os impulsores da reforma**

A globalização é um importante factor, comum a todos os mais diversos contextos nacionais em que as reformas dos CSP têm que encontrar a sua identidade própria. Está a obrigar a um novo equilíbrio entre as organizações internacionais, os governos nacionais, os actores não estatais, as autoridades locais e regionais e cada cidadão individualmente.

A dimensão global não se manteve à margem destas mudanças. Nos últimos 30 anos, o estado nação tradicional e a arquitectura multilateral sofreram grandes transformações. As organizações da sociedade civil multiplicaram-se, assim como as parcerias-público-privado e comunidades globais de advocacia, identificadas com problemas de saúde específicos. As agências governamentais trabalham com consórcios de investigação e firmas de consultoria assim como com instituições não estatais transnacionais, fundações e ONGs que operam à escala global. Têm aparecido diásporas nacionais que concentram recursos significativos e que, com os seus envios de fundos – cerca de 150 bilhões de dólares americanos em 2005, muito em excesso de outras ajudas internacionais – exercem uma influência considerável. Redes ilícitas internacionais, lucram da contrafacção de medicamentos ou com resíduos tóxicos, e têm já recursos que lhes permitem capturar e subverter a capacidade das agências públicas. O centro de poder está a escapar aos governos nacionais, para organizações internacionais e, concomitantemente, para entidades subnacionais, incluindo um conjunto de governos locais e regionais e instituições não governamentais<sup>21</sup>.

Esta complexidade nova e caótica é um desafio, em particular para as autoridades sanitárias que hesitam entre modos de governação de baixa efectividade, tipo comando-e-controlo e abordagens *laissez-faire*, altamente prejudiciais.

Contudo, também apresenta novas oportunidades de investimento em capacidades para liderar e mediar as reformas, através da mobilização de conhecimento, da força de trabalho e das pessoas e suas comunidades.

### Mobilizar a produção de conhecimento

As reformas dos CSP podem ser aceleradas e mantidas no rumo desejado com a institucionalização de revisões das políticas\* dos CSP que mobilizem a imaginação, inteligência e engenho organizacional. O conhecimento para conduzir estas revisões das políticas dos CSP já existe<sup>22</sup>, mas exige mais articulações explícitas. Estas revisões precisam de se recentrar na monitorização do progresso na implementação de cada um dos quatro conjuntos de reformas interdependentes dos CSP; no reconhecimento, à medida que emergem, dos obstáculos técnicos e políticos aos progressos desejados; e na explicitação dos elementos a ter em conta para a correcção dos desvios de percurso, quando necessário.

Num mundo em globalização, as revisões de políticas de CSP podem beneficiar de redes colaborativas a emergir nos e entre países, ajudando a estabelecer a massa crítica que pode liderar e implementar as reformas necessárias. Na realidade, em muitos países, não é realístico esperar encontrar nas próprias instituições todas as competências técnicas, conhecimento contextual e capacidade necessária para a abordagem rigorosa exigida pelas revisões de políticas de CSP. Estruturas abertas, inclusivas e colaborativas, como o modelo latino-americano de observatório<sup>23</sup>, podem contribuir para fazer convergir a diversidade dos recursos nacionais. Esses modelos permitem também beneficiar de colaborações internacionais, ajudando a ultrapassar a escassez em cada um dos países envolvidos. Os decisores políticos de hoje são mais abertos a aprender com exemplos de outros países do que era o caso no passado e utilizam esta aprendizagem para alimentar diálogos políticos† a nível nacional com abordagens inovadoras e melhores evidências do que é que é efectivo ou não<sup>22</sup>. A colocação

de instituições nacionais em redes regionais que colaboram sobre revisões políticas dos CSP permite congregar competências e informação técnica. Ainda mais importante, pode contribuir, sem grandes exigências dos escassos recursos nacionais, para a criação de mecanismos para uma representação mais efectiva em organizações internacionais importantes mas exigentes em termos de compromissos de trabalho.

Colaborações entre países, mais estruturadas e intensas, sobre revisões políticas dos CSP contribuiriam para a obtenção de melhores dados comparativos internacionais sobre variações no desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados nos CSP, sobre modelos de boas práticas, e sobre os determinantes de reformas bem sucedidas dos CSP. Informação essa que, ou não existe, ou que é difícil de comparar ou está desactualizada. A criação de redes de peritos e de instituições das diferentes regiões permite a produção de consensos sobre padrões validados para avaliar progresso e também acesso mais fácil a fontes (inter)nacionais de informação relevante para a monitorização dos cuidados primários. O que pode fazer toda a diferença na condução das reformas dos CSP. Várias iniciativas dão indicações promissoras de que estão a ser dados passos nesse sentido – como o Monitor Europeu de Actividades de Cuidados Primários<sup>24</sup>, uma rede de institutos e organizações de 10 Estados Membros da União Europeia, ou a Rede Regional de Equidade em Saúde<sup>25</sup>, uma rede de profissionais, membros da sociedade civil, decisores políticos e dirigentes estatais na África austral.

Existe uma enorme agenda de investigação com um grande potencial de aceleração das reformas dos CSP mas que exige uma maior concertação (Caixa 6.3). No entanto, no momento actual, a proporção das despesas da saúde investidas em tentar compreender o que funciona melhor – em investigação em serviços de saúde – é menos de 0,1% da despesa de saúde nos Estados Unidos, o país que dedica a maior proporção (5,6%) da despesa de saúde à investigação biomédica<sup>26</sup>. Um outro exemplo marcante é que só 2 milhões de dólares americanos dos 390 milhões concedidos para reforço de 32 sistemas de saúde pela Iniciativa para uma Aliança Global para a Vacinação, foram atribuídos para investigação, apesar de

\* Notas dos tradutores: "policy reviews" é traduzido como "revisões de políticas".

† Nota dos tradutores: "policy dialogue" é traduzido como "diálogo político".

### Caixa 6.3. Do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno – a investigação faz a ponte<sup>27</sup>

O Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR) da OMS foi pioneiro da investigação orientada para apoio ao desenvolvimento de políticas e de boas práticas. Os estudos patrocinados pelo TDR foram os primeiros que, em meados dos anos 90, através de ensaios controlados multicêntricos, em vários países, documentaram a eficácia das redes mosquiteiras tratadas com insecticida para a prevenção da malária. Após a introdução do medicamento Ivermectin para o controlo da oncocercose, ou “cegueira do rio”, nos finais dos anos 80, o TDR, em conjunto com o Programa Africano para o Controlo da Oncocercose, investigou a melhor forma para a distribuição em massa do Ivermectin. O que evoluiu foi um sistema regional de “tratamento da cegueira do rio dirigido pela comunidade”, devidamente validado, que tem sido descrito como “uma das mais triunfantes campanhas de saúde pública já alguma vez empreendida no mundo”<sup>28</sup>.

Agora, à medida que a comunidade global da saúde se afasta de abordagens verticais de controlo das doenças, a investigação operacional está também a facilitar este processo de transição. Grandes estudos recentes, apoiados pelo TDR, que envolvem 2,5 milhões de pessoas, em 35 distritos de saúde, em três países, demonstraram que os métodos de tratamento dirigidos pela comunidade, desenvolvidos para combater a cegueira do rio, podem ser utilizados como uma plataforma para a abordagem integrada de múltiplas intervenções de CSP, incluindo, redes mosquiteiras, tratamento da malária e outras intervenções básicas dos cuidados de saúde, conseguindo-se aumentos significativos na cobertura. Por exemplo, mais do que o dobro das crianças com febre vieram a receber tratamento antimalárico apropriado, excedendo a cobertura de 60%, em média.

Essenciais, tanto para garantir o financiamento como para a execução deste tipo de investigação, são as parcerias desenvolvidas com os países na região, assim como com outras instituições públicas, da sociedade civil e privadas. A visão, agora, é de uma investigação de implementação e operacional como o elemento mais importante das agendas globais da investigação, de modo a que os novos produtos possam finalmente começar a produzir o impacto desejado em saúde, através de sistemas de implementação ao nível do sistema de cuidados primários. Assim, a já excessivamente longa história de um peso exagerado de doenças mortais, tais como a malária, pode ser abordada de uma forma mais efectiva – através de conhecimento partilhado e da cooperação global, regional e local.

os países serem encorajados a fazê-lo. Nenhum outro sector da economia no valor de I\$5 trilhões se satisfaria com um investimento tão baixo

na investigação relacionada com a sua área de negócio: a redução das desigualdades em saúde; a organização de cuidados orientados para a pessoa; e o desenvolvimento de políticas públicas, melhores e mais efectivas. Nenhuma outra indústria com esta dimensão ficaria satisfeita com o baixo investimento numa melhor compreensão do que é que os seus clientes esperam deles e o que é que eles pensam do seu desempenho. Nenhuma indústria com este tamanho prestaria tão pouca atenção à inteligência sobre o contexto político em que tem de operar – as posições e estratégias dos principais interessados e parceiros. Chegou a altura de os dirigentes da saúde compreenderem a importância de investir nesta área.

### Mobilizar o empenho da força de trabalho

Cada um dos quatro conjuntos de reformas dos CSP enfatiza a importância dos recursos humanos em saúde. As competências esperadas constituem um ambicioso programa para a força de trabalho que exige um repensar e uma revisão das abordagens pedagógicas existentes. A ciência de equidade em saúde e cuidados primários tem ainda que encontrar o seu lugar nas escolas de saúde pública. A educação inicial dos profissionais de saúde já começou a enfatizar a solução de problemas em equipas multidisciplinares, mas ainda não se vai suficientemente longe no desenvolvimento das competências e atitudes exigidas pelos CSP. Estas incluem a criação de oportunidades para formação em serviço em todos os sectores, através de mentores, tutores e educação continuada. Estas e outras mudanças no conjunto de currículos e na formação em serviço exigem um esforço deliberado para mobilizar os actores institucionais responsáveis tanto dentro do país como no exterior.

Contudo, nos anos mais recentes aprendemos que o conteúdo do que se aprende ou do que é ensinado, embora extraordinariamente importante, não é senão uma parte de um complexo de sistemas que governam o desempenho da força de trabalho da saúde<sup>1</sup>. Todo um conjunto de questões sistémicas relacionadas com a força de trabalho na saúde precisa de ser orientado pela reforma dos CSP. Por exemplo, metas de equidade em saúde para populações desfavorecidas manter-se-ão intangíveis se não for considerada

a forma de recrutar trabalhadores da saúde que se mantenham a trabalhar entre elas. Da mesma forma, visões grandiosas de cuidados orientados para a pessoa ou doente não se concretizarão, a não ser que apareçam opções de carreira em equipas de cuidados primários que sejam credíveis. Os incentivos são complementos críticos para garantir que indivíduos e instituições exercem as suas competências quando investem em saúde em todas as políticas.

A força de trabalho em saúde é crítica para as reformas dos CSP. São necessários investimentos significativos para empoderar o pessoal de saúde – das enfermeiras aos decisores políticos – com os meios para aprenderem, adaptarem-se, serem membros úteis de uma equipa, e combinarem perspectivas biomédicas e sociais, sensibilidade à equidade e orientação para o doente.

Se não for mobilizado, o pessoal da saúde pode transformar-se numa grande força de resistência à mudança, ancorado em modelos passadistas que são convenientes, confortáveis, rentáveis e intelectualmente estáveis. Se, contudo, partilharem da visão que os CSP permitem trabalho estimulante e gratificante, que é recompensador do ponto de vista social e económico, podem não só aceitar o desafio, mas tornarem-se também numa vanguarda de advocacia militante. Aqui, mais uma vez, o recurso à partilha de experiências, possível num mundo em globalização, pode acelerar as transformações necessárias.

### **Mobilizar a participação das pessoas**

A história política das reformas dos CSP, nos países que conseguiram grandes avanços nesse sentido, ainda está por escrever. É claro, no entanto, que onde estas reformas foram bem sucedidas, o apoio aos CSP pelo mundo político veio na sequência de exigências e de pressão por parte da sociedade civil. Há muitos exemplos deste tipo de exigências. Na Tailândia, os primeiros esforços para mobilizar a sociedade civil e os políticos em apoio a uma agenda de cobertura universal partiu de dentro do Ministério da Saúde<sup>29,30</sup>. Contudo, só quando os reformadores tailandeses se uniram a um surto de pressão por parte da sociedade civil para melhorar o acesso aos cuidados, se tornou possível aproveitar a oportunidade política para lançar a reforma<sup>31</sup>. Em

poucos anos conseguiu-se expandir a cobertura e a maior parte da população ficou com acesso a um sistema de cuidados primários, de financiamento público, que uma análise de incidência de benefícios demonstrou ser pró-pobre<sup>32,33</sup>. No Mali, a revitalização dos CSP em 1990 teve por base uma aliança entre parte do Ministério da Saúde e parte da comunidade de doadores, o que tornou possível ultrapassar resistências e cepticismos iniciais<sup>34</sup>. Contudo, a expansão sustentada da cobertura só aconteceu em resposta à pressão de centenas de “associações de saúde comunitária” locais que se uniram numa federação que pressionou o Ministério da Saúde e garantiram o compromisso político<sup>35</sup>. Na Europa ocidental, os grupos de consumidores, e outras organizações da sociedade civil, têm um papel preponderante nas discussões sobre cuidados de saúde e políticas públicas relacionadas com a saúde. Noutras partes do mundo, como no Chile, a iniciativa parte muitas vezes da arena política, como parte de uma agenda de democratização. Na Índia, a Missão Nacional para a Saúde Rural, resultou de uma forte pressão da sociedade civil e do mundo político, enquanto que no Bangladesh, muita da pressão em apoio aos CSP tem partido de ONGs quase públicas<sup>36</sup>.

Há aqui uma importante lição: a sociedade civil inclui aliados poderosos dos CSP, que podem fazer a diferença entre boas intenções de pouca dura e reformas sustentadas e bem sucedidas; entre um esforço meramente técnico e uma iniciativa apoiada pelo mundo da política e em consensos sociais. Isto não quer, de forma nenhuma, dizer que as políticas públicas devem ser só impulsionadas por exigências da sociedade civil. As autoridades sanitárias têm por obrigação garantir que as expectativas e procura populares são equilibradas com necessidades, prioridades técnicas e alguma antecipação dos desafios do futuro. As autoridades sanitárias apoiantes dos CSP terão de coordenar as dinâmicas das pressões da sociedade civil para a mudança num debate político apoiado em evidência e informação, e informado por trocas de experiências com terceiros, no país e fora das fronteiras nacionais.

Hoje é possível argumentar o caso dos CSP de uma forma mais robusta que no passado. Isto deve-se não só a valores intrínsecos, como

a equidade em saúde, ou pelas contribuições do sector para o crescimento económico – por muito válidos que sejam, estes argumentos não são necessariamente os mais efectivos – mas também a argumentos políticos. A saúde constitui um sector económico de importância crescente e um determinante do desenvolvimento e coesão social. A protecção fiável contra as ameaças à saúde e o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, são das exigências mais prementes com que os membros das sociedades mais avançadas confrontam os seus governos. A saúde tornou-se num indicador tangível do sucesso das sociedades e dos seus governos. Isto constitui um reservatório de força potencial para o sector, e é uma das bases para obter da sociedade e da sua liderança política compromissos comensuráveis com os desafios.

O desenvolvimento económico e a ascensão da sociedade do conhecimento tornam possível, mas não inevitável, que as expectativas em relação à saúde e aos sistemas de saúde continuem a aumentar – algumas mais realistas que outras,

algumas orientadas para interesses particulares e outras para o bem comum. O peso crescente de alguns dos valores chave subjacentes a estas expectativas – equidade, solidariedade, a centralidade das pessoas, e os seus desejos de ter direito a uma palavra nas decisões que as afectam e à sua saúde – é uma tendência avassaladora. Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para estes valores, daí a necessidade de cada país fazer escolhas deliberadas quando está a decidir o futuro do seu sistema de saúde.

É possível não escolher a via dos CSP. Uma decisão destas será altamente penalizadora no futuro, em benefícios de saúde não conseguidos, em custos excessivos, em perda de confiança no sistema de saúde e, eventualmente, na perda de legitimidade política. Os países precisam de demonstrar a sua capacidade de transformar os seus sistemas de saúde em resposta a desafios em constante mudança e às crescentes expectativas populares.

É por essa razão que temos que nos mobilizar em apoio dos CSP, agora mais que nunca.

## Referências

1. *Together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. Ezekiel JE. The perfect storm of overutilization. *JAMA*, 2008, 299:2789–2791.
3. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
4. Lübker M. *Globalization and perceptions of social inequality*. Geneva, International Labour Office, Policy Integration Department, 2004 (World Commission on the Social Dimension of Globalization, Working Paper No. 32).
5. *National health accounts*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, acessado em Maio de 2008).
6. *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, acessado a 19 de Julho de 2008).
7. Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
8. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
9. Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ*, 2008, 336:861.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
11. Rothman DJ. *Beginnings count: the technological imperative in American health care*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
12. *Human resources for health database*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/topics/human\\_resources\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html)).
13. *PHC and mental health report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
14. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
15. World Health Statistics 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>).
16. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical briefs for Policy-Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
17. National Rural Health Mission. *Meeting people's health needs in rural areas. Framework for implementation 2005–2012*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohtw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, acessado a 4 de Agosto de 2008).
18. *Heavily indebted poor countries (HIPC) initiative and multilateral debt relief initiative (MDRI) – status of implementation, 28 August 2007*. Washington DC, International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, acessado a 12 de Março de 2008).
19. *Integrated community-based interventions: 2007 progress report to STAC(30)*. Geneva, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2008 (TDR Business Line 11).
20. Grodos D. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*. Louvain-la-Neuve, Paris, Karthala-UCL, 2004.
21. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
22. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2006.
23. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
24. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetfrica.org/>).
26. Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA*, 2005, 294:1333–1342.
27. *Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report*. Geneva, UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases, 2008 ([http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi\\_report\\_08.pdf](http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf), acessado a 26 de Agosto de 2008).
28. *UNESCO science report 2005*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2005.
29. Tancharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
30. Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: equity oriented and physician driven*. Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Brussels, 8–9 October 2007.
31. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999–1008.
32. Jongudomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155–157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
33. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing*. In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121–131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, acessado a 19 de Julho de 2008).
34. Maiga Z, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali, 1989–1996*. Antwerp, ITG Press, 2003.
35. Baique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, 2001, 13:35–48.
36. Chaudhury RH, Chowdhury Z. *Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh*. Dhaka, Gonoproskashani, 2007.