




Curso de Cuidados de Saúde Primários



UNIDADE TEMÁTICA 2: OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) E A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PDS)							
INTRODUÇÃO							
<p>Objectivos</p> 	<p>No final desta UT pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar e compreender o contexto do surgimento e os fundamentos da Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). - Descrever e analisar os Valores, Princípios e Elementos-chave dos CSP. - Reflectir sobre as abordagens e enfoques dos CSP e da PdS (desde Alma Ata e Otawa, até à actualidade). - Analisar, com perspectiva crítica, a evolução dos CSP nas últimas décadas. - Identificar e compreender os compromissos mundiais para o desenvolvimento das populações e luta contra as desigualdades (desde a “Saúde para todos no ano 2000” até aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável). - Compreender a relação existente entre os CSP, a Cobertura Universal de saúde e os Objectivos de Desenvolvimento. 						
 <p>Palavra-chave</p>	<p>Declaração de Alma-Ata. Cuidados de Saúde Primários. Promoção da Saúde. Saúde para Todos no ano 2000. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).</p>						
<p>Conteúdos</p> 	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="499 1570 842 1742"> <p><i>Antecedentes históricos da Atenção Primária de Saúde / Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p> </td> <td data-bbox="842 1570 1552 1742"> <ul style="list-style-type: none"> - As experiências de trabalho com as comunidades nos Países em Desenvolvimento e as Conferências internacionais sobre Promoção da Saúde. - A Saúde Para Todos no Ano 2000”: As Metas e Objectivo (1977). </td> </tr> <tr> <td data-bbox="499 1742 842 1883"> <p><i>Conferência de Alma-Ata e os Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p> </td> <td data-bbox="842 1742 1552 1883"> <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos Básicos sobre CSP: - Definição dos CSP. - Acções mínimas e abordagens dos CSP. - Valores, princípios e elementos/componentes. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="499 1883 842 2024"> <p><i>A Promoção da Saúde (PdS)</i></p> </td> <td data-bbox="842 1883 1552 2024"> <ul style="list-style-type: none"> - A Carta de Ottawa da PdS: Definição, aspectos-chave, requisitos. - Pontos comuns e diferenças entre a Declaração de Alma-Ata (DAA) e a Carta de Ottawa (CO). </td> </tr> </tbody> </table>	<p><i>Antecedentes históricos da Atenção Primária de Saúde / Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - As experiências de trabalho com as comunidades nos Países em Desenvolvimento e as Conferências internacionais sobre Promoção da Saúde. - A Saúde Para Todos no Ano 2000”: As Metas e Objectivo (1977). 	<p><i>Conferência de Alma-Ata e os Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos Básicos sobre CSP: - Definição dos CSP. - Acções mínimas e abordagens dos CSP. - Valores, princípios e elementos/componentes. 	<p><i>A Promoção da Saúde (PdS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - A Carta de Ottawa da PdS: Definição, aspectos-chave, requisitos. - Pontos comuns e diferenças entre a Declaração de Alma-Ata (DAA) e a Carta de Ottawa (CO).
<p><i>Antecedentes históricos da Atenção Primária de Saúde / Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - As experiências de trabalho com as comunidades nos Países em Desenvolvimento e as Conferências internacionais sobre Promoção da Saúde. - A Saúde Para Todos no Ano 2000”: As Metas e Objectivo (1977). 						
<p><i>Conferência de Alma-Ata e os Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos Básicos sobre CSP: - Definição dos CSP. - Acções mínimas e abordagens dos CSP. - Valores, princípios e elementos/componentes. 						
<p><i>A Promoção da Saúde (PdS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - A Carta de Ottawa da PdS: Definição, aspectos-chave, requisitos. - Pontos comuns e diferenças entre a Declaração de Alma-Ata (DAA) e a Carta de Ottawa (CO). 						

	<i>Evolução histórica das visões e estratégias dos CSP depois da Conferência de Alma-Ata</i>	<ul style="list-style-type: none"> - CSP selectivos - O Distrito de Saúde. - A Iniciativa de Bamako - A revitalização dos CSP: “Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais que Nunca” (2008). - CSP convencionais versus CSP orientados para as pessoas.
	<i>Os Objectivos de Desenvolvimento e a Saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). - Declaração de RÍO + 20: “O futuro que queremos”. - Os Objectivos de desenvolvimento sustentável (ODS): A Agenda 2030.
	<i>Os Novos Compromissos com os CSP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A Conferência Mundial sobre Atenção Primária de Saúde e a Declaração de Astana sobre Atenção Primária de Saúde (2018)
Actividades	Os Cuidados de Saúde primários (CSP) e a promoção da saúde (PdS)	
Metodologia de Avaliação	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no fórum de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
Bibliografia/Webgrafia/Vídeos		

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APS	Atenção Primária de Saúde
APE	Agentes Polivalentes Elementares
CO	Carta de Ottawa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DAA	Declaração e Alma Ata
DNTS	Doenças não transmissíveis
DT	Doenças transmissíveis
GOBI	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização
DSS	Determinantes sociais da saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
OD	Objectivos de Desenvolvimento
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PdS	Promoção da Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPT	Saúde Para Todos
STP	Saúde em todas as políticas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

1.INTRODUÇÃO

A presente Unidade Temática “**Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Promoção da Saúde (PdS)**”, está organizada em dois subtemas: Antecedentes históricos dos CSP; A Conferência de Alma Ata e os CSP; A Promoção da Saúde (PdS); Evolução histórica das visões e estratégias dos CSP depois da Conferência de Alma-Ata; Os Objectivos de Desenvolvimento e a Saúde e Os Novos Compromissos com os CSP.

Através da mesma pretende-se apresentar os elementos-chave dos CSP, desde os seus antecedentes, na Conferência de Alma-Ata, realizada no ano 1978, até a data actual.

O conceito de CSP tem sido reinterpretado e redefinido repetidamente ao longo dos anos criando uma certa confusão sobre o mesmo. Para alguns autores os CSP são um **conjunto de actividades**, para outros **um nível de cuidados**, ou **uma estratégia**, e um reduzido grupo de autores consideram que os CSP são **uma filosofia**.

Independentemente das diferentes valorações ou visões sobre os mesmos, existe um acordo geral de que os CSP são o primeiro contacto das populações com o Sistema de Saúde e que podem resolver mais do 80% dos problemas de saúde destas.

De facto, desde o ano 1978, a saúde global teve grandes progressos em várias áreas: expectativa de vida (10 anos), e o risco de morrer antes dos 5 anos diminuiu em cerca de dois terços, foram melhoradas áreas subministro de água e saneamento ambiental, a promoção de saúde e prevenção das doenças por várias vias, entre elas os programas alargados de vacinação. Por outra parte o padrão de morbi-mortalidade a nível mundial é muito diferente do que era 40 anos atrás, devido às transições demográficas e epidemiológicas ocorridas. Enquanto a mortalidade infantil e materna evitável continua a ser um grave problema em muitos países em desenvolvimento, as doenças crónicas não transmissíveis e as lesões substituem às infecções agudas como as principais causas de morbidade e mortalidade, necessitando de uma mudança no perfil dos serviços de saúde necessários.

Por tudo o anterior, os líderes mundiais consideraram que a estratégia de CSP continuava a ser prioritária para os Sistemas de Saúde, pelo que organizaram no ano 2018, em Astana (Cazaquistão) a Conferência **Mundial sobre Atenção Primaria de Saúde na qual elaborou-se** a Declaração de Astana, como forma de renovar o compromisso político de governos, organizações não governamentais, organizações profissionais, academia e organizações globais de saúde e desenvolvimento com os CSP.

2. DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ¹ (1)

Durante a década dos anos 60 do século XX, o amplo debate realizado em várias partes do mundo realçando a determinação económica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle das doenças.

Alguns exemplos de inovações baseadas na saúde da comunidade nos países pobres após a Segunda Guerra Mundial foram sugestivos para a reflexão e as mudanças futuras: as clínicas para menores de 5 anos, na Nigéria, os doutores descalços, na China, e os sistemas de saúde, em Cuba e no Vietname, as experiências de Moçambique durante a luta de libertação e após a independência, entre outras, demonstraram que era possível conseguir progressos importantes na saúde da população sem a existência das infra-estruturas disponíveis nos países industrializados.

Na segunda metade da década de 1960, os movimentos de libertação das colónias africanas intensificaram-se e iniciaram-se movimentos para a democratização dos países da América Latina. Em tais processos de independência nacional defendia-se a modernização com ênfase nos valores locais, privilegiando-se a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do modelo estadunidense hegemónico. Desse modo, criticava-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares e a democratização do conhecimento médico.

Em vários países africanos, como em Moçambique, desde a sua independência em 1975, começou-se a trabalhar noutras formas de atenção a saúde das populações, com base em orientações e estratégias diferentes.

Entre os inúmeros intentos registados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior e realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974).

O outro elemento importante foram os trabalhos do Movimento Canadiano desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianos (1974). Este relatório (primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção da saúde), desenvolve o conceito **do campo da saúde**, explicado na UT 1. O modelo dos campos da saúde evidencia de que o tradicional padrão assistencial era a componente que menos efeito tinha sobre a saúde das pessoas, tendo maior influência os outros três componentes: **condições biológicas, ambiente e, particularmente, os hábitos de vida**.

Estes acontecimentos estabeleceram as bases para a conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma Ata (1978) com a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT) e a estratégia de Atenção Primária de Saúde/Cuidados de Saúde Primários (CSP), que será desenvolvido no seguinte capítulo.

No ano 1980, o relatório realizado na Inglaterra por Sir Douglas Black, despertou a atenção internacional sobre a importância das iniquidades sociais e a relação da classe social com os indicadores de morbidade e mortalidade dos países.

¹ Para aprofundar no tema recomenda-se a leitura do documento “As cartas da Promoção da Saúde”. (Série B. Textos básicos em saúde). Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Projecto Promoção da Saúde. Brasília-DF, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

No ano seguinte, em 1981, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, realizada no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava uma actuação sobre as iniquidades (incluindo o status sócio-económico, estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de ter como base os estilos de vida a ter uma nova orientação centrada nos factores sociais e ambientais.

Posteriormente, em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadiana denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), foram introduzidos dois novos conceitos: **o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável**. A estratégia dos CSP de Alma-Ata, com o enfoque multisectorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental.

Em novembro de 1986, em colaboração entre a OMS e a Associação Canadiana de Saúde Pública, foi realizada em Ottawa a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que será apresentada em outro capítulo.

Tal sequência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos de cuidados de saúde primários, promoção da saúde e cidades saudáveis.

2.2. A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. A DECLARAÇÃO DE ALMA ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

2.2.1. A Conferência de Alma-Ata, a Declaração de Alma-Ata e as bases para uns Cuidados de Saúde Primários (APS/CSP) abrangentes.

O contexto mundial do final da década dos anos setenta do século XX, evidenciava a existência de enormes desigualdades no estado de saúde entre as populações, particularmente entre as dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, propiciou a organização, por parte da OMS em 1978, na cidade de Alma Ata (antiga União Soviética), **da Conferência sobre “Atenção Primária de Saúde” (APS) ou de Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, a maior conferência jamais realizada sobre um único tema na área da saúde e do desenvolvimento internacional, com a participação de 134 países e 67 organizações não governamentais.

Na mesma foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, que tinha 10 pontos principais, resumidos no quadro seguinte.

Quadro 1. Pontos principais da Declaração de Alma-Ata

- I. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e é um direito humano fundamental. Atingir o mais alto nível de saúde possível é um objectivo social prioritário em todo o mundo, o que requer a acção de diversos sectores.
- II. A desigualdade existente na saúde das pessoas é inaceitável e envolve todos os países de uma forma comum.
- III. O desenvolvimento económico e social é essencial para alcançar a saúde para todos, e a saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável e a paz no mundo.
4. As pessoas têm o direito e o dever de participar do planeamento e da implementação de seus cuidados de saúde.

V. O principal objectivo dos governos e da comunidade internacional deve ser a promoção, para todos os habitantes do mundo, no ano 2000, de um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários (CSP) são a chave para atingir esse objectivo.

VI. A APS é baseada na prática, nas evidências científicas e na metodologia e tecnologia socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis por meio da participação social e a um custo que a comunidade e o país podem arcar. É o foco principal do sistema de saúde e seu primeiro nível de contato, trazendo a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham.

VII. A APS reflecte as condições do país e de suas comunidades e aborda os principais problemas de saúde da comunidade. Deve levar a uma melhoria progressiva dos cuidados de saúde para todos, dando prioridade aos mais necessitados.

VIII. Os governos devem formular políticas e planos de acção para estabelecer a APS como parte de um sistema nacional de saúde integrado e em coordenação com outros sectores. Isso requer o exercício da vontade política, de forma a mobilizar recursos internos e externos.

IX. A conquista da saúde, pela população de um país, afeta e beneficia directamente qualquer outro país. Todos os países devem cooperar para garantir a APS em todo o mundo.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários faz um apelo urgente e eficaz para uma acção nacional e internacional para desenvolver e implementar os cuidados de saúde primários em todo o mundo ... no espírito e conteúdo desta Declaração."

Fonte: Tejada, D, A. Organização Pan-americana de Saúde (OPS). Alma Ata: 25 anos después. Revista Perspectivas de Salud, OPS. Volumen 8, Número 1, 2003. Disponível em: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm (2)

A Declaração expressa a necessidade de acção urgente de todos os governos, de todos os profissionais que trabalham na área de da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, **para promover a saúde de todos os povos do mundo**, sendo os CSP **a chave para atingir a meta de Saúde Para Todos (SPT)**, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social. Por outro lado, a Declaração indica que a promoção e protecção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social, o que contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (3)

A Declaração foi inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável para a realização desse direito, identificando os CSP como fundamentais para reduzir as desigualdades em relação à saúde entre países e dentro deles e, por esse meio, atingir o objectivo ambicioso de "Saúde Para Todos" até o ano 2000. (4)

Quadro 2. Definição dos CSP

Os Cuidados Primários de Saúde foram definidos como:

“VI. Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a **função central e o foco principal**.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade **com o sistema nacional de saúde**, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde vivem e trabalham as pessoas, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.”

Alma-Ata 1978. (3)

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta muito mais abrangente que um pacote selectivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de **sistemas de saúde universais**. Concebe a **saúde como um direito humano e propõe, entre outros, os seguintes elementos: redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos; aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento, e até mesmo a produção, de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades.**

Assim mesmo, compreende a **saúde como o resultado das condições económicas e sociais, e das desigualdades existentes entre países e no interior dos países.**

Finalmente, **estipula que os governos nacionais devem ser os protagonistas principais da gestão dos sistemas de saúde**, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, económico e político internacional (5)

Nas proposições de Alma-Ata, os CSP são entendidos como uma função central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) integrando um processo permanente de assistência sanitária, que **inclui a prevenção, promoção, cura, e reabilitação das doenças** e, também, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e económico, envolvendo a cooperação com outros sectores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. (6)

Os CSP estão na base e determinam o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direccionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, os CSP são a porta de entrada dos usuários ao Sistema de Saúde, onde acode para tentar resolver as necessidades e problemas de saúde.

A Declaração conclamou os governos a **formular políticas nacionais que incorporassem CSP nos seus SNS**. Insistiu na necessidade de dar atenção à importância do **atendimento de saúde baseado na comunidade**, que reflecte a realidade política e económica de um país. Esse modelo levaria "o atendimento de saúde o mais próximo possível dos locais em que as pessoas vivem e trabalham",

possibilitando a busca por tratamento adequado oferecido por profissionais da área da saúde capacitados – agentes de saúde comunitários, enfermeiros e médicos. Além disso, criaria um sentimento de autoconfiança entre indivíduos de uma comunidade e estimularia sua participação no planejamento e na execução de programas de saúde. Sistemas de encaminhamento completariam o espectro de cuidados, fornecendo serviços abrangentes aos mais necessitados, os menos favorecidos e mais marginalizados. (4)

2.2.2. A Saúde para Todos: uma meta global

O conceito ou Meta de Saúde para Todos (SPT) foi uma chamada social para a acção. Esta meta social e política era na verdade um "slogan". No entanto, o conteúdo substantivo do slogan tem sido mal interpretado, porque foi confundido com uma programação simples, mais técnica do que social e, mais burocrática do que política. (2)

Quando Halfdan Malher, director da OMS, propôs, no ano 1975, "A Saúde Para Todos" e as 38 metas para a sua consecução, foi muito claro ao dizer que era "um nível de saúde que permitiria que todos, sem excepção ou marginalização, levaram uma vida social e produtiva na economia" (hoje diríamos um nível mínimo de vida digna dentro de um desenvolvimento verdadeiramente humano). A segunda parte, relativa a "2000", deve ser entendida como que "até essa data todos os países do mundo deviam ter desenhado estratégias políticas e já estariam em um processo claro de implementação de medidas concretas destinada a alcançar a meta social em diferentes prazos variáveis". (2)

Segundo Malher (7), a implementação da SPT tem significados concretos e requiere de acções concretas, entre elas:

Quadro 3. Significados e acções concretas para a implementação da SPT

- SPT significa que a saúde tem que estar ao alcance de cada indivíduo em cada país.
- SPT requer a remoção dos obstáculos para a saúde (desnutrição, ignorância, água imprópria para consumo e habitação anti-higiênica) e resolver problemas puramente médicos, como por exemplo a falta de profissionais de saúde, camas hospitalares, medicamentos e vacinas.
- SPT significa que a saúde deve ser considerada como um objectivo de desenvolvimento económico e não apenas como um dos meios para alcançar esse desenvolvimento.
- SPT exige, em última análise, a instrução geral. Pelo menos, e enquanto esta não é uma realidade, requer um entendimento mínimo do que significa a saúde para cada indivíduo.
- SPT depende do progresso ininterrupto de cuidados médicos e de saúde pública. Os serviços de saúde devem ser acessíveis a todos através de cuidados de saúde primários, através do qual estão disponíveis em cada aldeia cuidados básicos de saúde, apoiada por serviços de tratamento mais especializados. Além disso, as campanhas de vacinação têm que garantir a cobertura completa.
- SPT é, portanto, um conceito global, cuja aplicação exige a implantação de esforços na agricultura, indústria, educação, habitação e comunicações, bem como em medicina e saúde pública. A assistência sanitária não pode, por si só, trazer saúde a uma população com fome vivendo em favelas. A população sujeita a tais condições requer uma maneira totalmente diferente de vida e novas oportunidades para alcançar um nível mais elevado.

Fonte: Mahler, H. (Director General de la OMS). El sentido de la salud para todos en el año 2000. Halfdan Mahler, Foro Mundial de la Salud, 2(1):5-25(1981). OMS, Ginebra, Suiza. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002 (7)

Em 1995 foi definido o processo de renovação da SPT (Saúde para Todos Renovação). A mesma tinha por objectivo garantir que os indivíduos, organizações e países membros da OMS mantivessem os esforços para alcançar os Objectivos já identificados e **consagrar a SPT como o centro dos cuidados no século XXI**. De facto, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), definidos no ano 2000, que serão apresentados com algum detalhe no capítulo V, são considerados como uma estratégia de continuidade do “slogan” de SPT.

2.2.3. Conceitos e abordagens dos CSP

Na Conferência de Alma-Ata, os CSP entendiam-se como **a atenção à saúde essencial, baseada em tecnologias apropriadas e custo-efectivas, e, portanto, o primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária**, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação.

Assim sendo, a OMS, no relatório anual do ano 2003², diz que: “a atenção primária tornou-se a política central da OMS em 1978, com a adopção da Declaração de Alma-Ata e a estratégia de "SPT no ano 2000".

Por outra parte, sublinha que **não existe uma definição uniforme e universalmente aplicável de CSP**. No documento de Alma-Ata havia ambiguidades, porque o conceito refere-se simultaneamente tanto a um **determinado nível de cuidados**, como uma **abordagem holística da política de saúde e da prestação de serviços**.

Nos países de alta renda e países de renda média, os CSP são entendidos, principalmente, como o primeiro nível de cuidados, enquanto em países de baixa renda, onde o acesso aos cuidados de saúde enfrenta desafios significativos, estes são vistos mais como uma estratégia do conjunto do sistema de saúde.

Os CSP envolvem um conjunto de princípios fundamentais e de componentes principais.

Tabela 1. Princípios e componentes dos CSP

Princípios dos CSP	Componentes principais
<ul style="list-style-type: none">- Acesso universal aos cuidados e cobertura com bases nas necessidades de saúde das populações.- Adesão e equidade em saúde como parte de um desenvolvimento orientado à justiça social.- Participação da comunidade na definição e execução das agendas de saúde. Abordagem intersectorial da saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Extensão da cobertura dos serviços de saúde e melhoria ambiental.- Organização e participação da comunidade.- Articulação intersectorial- Investigação e tecnologias apropriada.- Disponibilidade e produção de insumos e equipamentos críticos.- Formação e uso adequado dos recursos humanos da saúde.

² Para aprofundar no tema recomenda-se a leitura do Cap 7 do relatório anual da OMS-2003, disponível no site: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index1.html>

	- Financiamento sectorial. - Cooperação intersectorial.
--	--

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Alma Ata 1978. Atención Primara de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. OMS. Serie "Salud para Todos" nº 1. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1> (3)

Para Ruiz, Medina (tomado de Turabian) (8), os CSP têm quatro facetas diferentes:

- É um **conjunto de actividades**, entre elas: educação em saúde, nutrição adequada, água potável e saneamento, cuidados maternos e infantis, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde, fornecimento de medicamentos essenciais.
- É **um nível de cuidados**. É o primeiro contacto da população com os cuidados profissionais de saúde. Mais de 90 por cento dos problemas de saúde das pessoas são cuidados e/ou resolvidos por eles mesmos, seus amigos ou parentes e também pelos CSP.
- É **uma estratégia**. Deve ser acessível, atenta às necessidades da população, funcionalmente integrada em outros sectores, com base na participação da comunidade, custo- eficaz e caracterizada pela colaboração dos sectores sociais.
- É **uma filosofia**. Entre os elementos principais destacam-se: a justiça social, igualdade, solidariedade internacional, a auto- responsabilidade social e aceitação de um sentido amplo do conceito de saúde.

Para outros autores, os CSP podem ser entendidos como

- **O primeiro nível do sistema** de saúde de um país, o qual deve funcionar como **porta de entrada preferencial ao mesmo**, com acções resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004). (9)
- **Uma estratégia flexível**, caracterizada através de um primeiro contacto entre pacientes e equipas de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, **sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros sectores**, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, suas famílias e da comunidade em um **processo conjunto de produção social de saúde**, mediante um pacto social que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição económica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO & CRUZ, 2001). (9)

Contudo, segundo vários autores (10), não existe uniformidade na compreensão da expressão CSP, tendo sido identificadas **três linhas principais de interpretação**:

- **Programa focalizado e selectivo**, com um pacote limitado de serviços;
- **Um dos níveis de atenção da saúde**, que se corresponde com serviços e cuidados ambulatoriais de primeiro contacto da população com o sistema de saúde, não especializados, incluindo, ou não, um amplo espectro de acções de saúde pública e de serviços clínicos direccionados a toda a população;
- **Concepção abrangente** do modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

Na seguinte tabela apresentam-se de forma resumida as principais características dos três enfoques ou abordagens dos CSP.

Tabela 2. Abordagens ou enfoques dos CSP

Abordagem	Definição ou conceito dos CSP	Ênfase
CSP selectivos	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planeamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de actividades de serviços de saúde voltados à população pobre e mais vulnerável.
CSP	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos CSP em países da Europa e em outros países industrializados. Na sua definição mais estreita, a abordagem é directamente relacionada à disponibilidade de médicos com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um determinado sistema de serviços de saúde.
“APS abrangente de Alma Ata”	A Declaração de Alma Ata define os CSP como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país...e do desenvolvimento social e económico da comunidade. É o primeiro nível de contacto com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde, com base na promoção da saúde com participação da comunidade.
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da dos CSP deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os sectores social e de saúde.

Fonte: Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf> (11)

2.2.4. Fundamentos dos CSP: valores, princípios e elementos. A Renovação dos CSP nas Américas

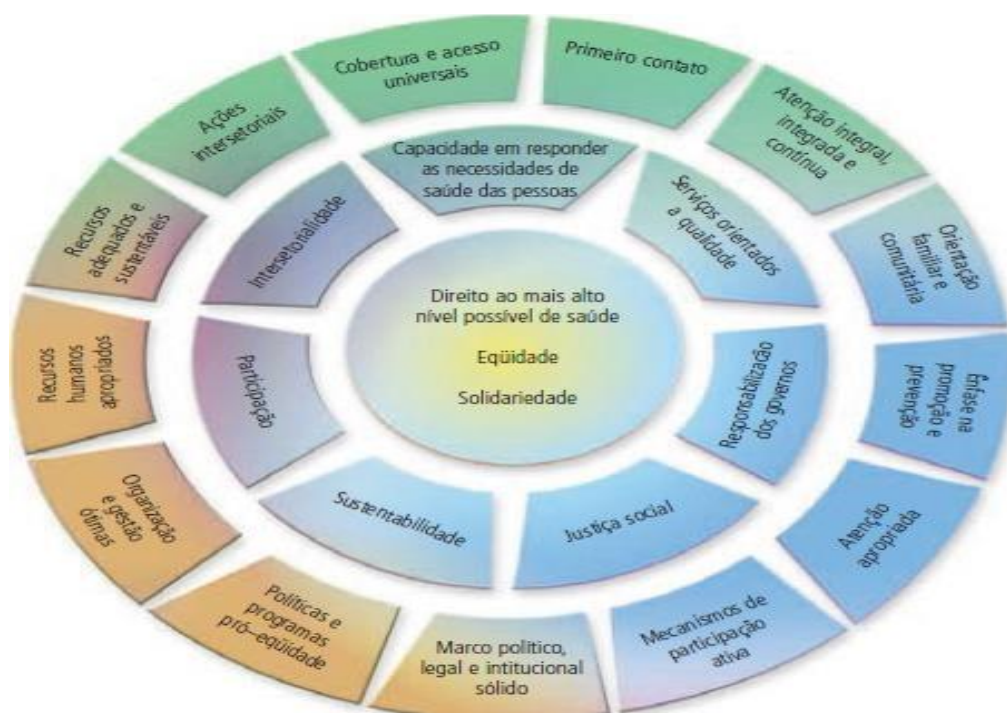
Desde a sua definição em Alma Ata, existem diversas interpretações sobre os valores, princípios e elementos que fundamentam a estratégia de CSP. Entre eles, a maior parte dos estudiosos do tema,

considera que uma das mais completas e actual revisão dos mesmos é a descrita no relatório da OPS/OMS do ano 2007, intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”.

Na mesma são claramente definidos os valores, princípios e elementos. (11)

- **Os valores:** São essenciais para estabelecer prioridades nacionais e para avaliar se as estruturas sociais estão a atender ou não as necessidades e expectativas da população. Eles oferecem uma âncora moral para políticas e programas que representam o interesse público. **São o núcleo dos CSP.**
- **Os princípios.** Os sistemas de saúde baseados nos CSP estão fundamentados em princípios que fornecem a base para políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e operacionalização do sistema de saúde. Os princípios servem como uma ponte entre valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde. **Estão situados na camada seguinte aos valores.**
- **Os elementos:** Os sistemas de saúde com base nos CSP são compostos por elementos estruturais e funcionais. Estes elementos são interconectados, estão presentes em todos os níveis do sistema de saúde e devem estar baseados nas evidências actuais de sua efectividade ao melhorar a saúde e de sua importância na garantia de outros aspectos de um sistema de saúde com base nos CSP³. **Situam-se na camada externa.**

Figura.1. Valores, Princípios e Elementos centrais em um sistema de saúde com base nos CSP



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf> (11)

³ Para aprofundar nos elementos fundamentais das propostas da Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas de Renovação dos CSP recomenda-se consultar o site: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>

2.3. A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PdS). A CARTA DE OTTAWA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.3.1. Contextualização histórica (12)

Como foi descrito, tanto na UT1 como no capítulo anterior, na segunda metade do século XX, a saúde passou a ser reconhecida como resultante dos determinantes sociais, entre eles: a pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades económicas e sociais.

Neste contexto, com a missão de definir novas abordagens para analisar os processos de saúde –doença e melhorar a saúde das populações, no ano 1986, auspiciada pela OMS, foi organizada na cidade de Ottawa (Canadá) a **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (PdS)**. Teve a participação de 35 países e como resultado da mesma foi elaborada a **Carta de Ottawa**, a qual passou a ser referência para o desenvolvimento das contextualizações da PdS em todo o mundo.

Esta Carta foi **baseada nos progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os CSP, na proposta do documento As Metas da Saúde para Todos no ano 2000**, bem como nas anteriores conferências realizadas durante esta década, acima indicadas.

Na Carta de Ottawa são definidos os elementos-chave da PdS, nomeadamente: **os princípios, pré-requisitos e condições básicas ou estratégias**, para o desenvolvimento de políticas, programas e actividades.


2.3.2. Aspectos-chave da Carta de Otawa sobre PdS

A Carta define a PdS “como o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (12)

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objectivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza tanto os recursos sociais e pessoais, como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do sector saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direcção de um bem-estar global.

Tabela 3. Elementos-chave para a prática da PdS

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE	DEFESA DA CAUSA DA PdS	CONDIÇÕES BÁSICAS ou ESTRATEGIAS
As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz; Habitação; Educação; Alimentação; Renda; Ecosistema estável; Recursos sustentáveis; Justiça social e Equidade.	A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais	- IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS - CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS - REFORÇO DA ACÇÃO COMUNITÁRIA - DESENVOLVER HABILIDADES PESSOAIS - REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

	e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.	
--	---	--

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> (12)

- **Implementação de políticas públicas saudáveis:** a promoção à saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e sectores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. A Carta de Ottawa sugere acções legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersectorial para a formulação de políticas públicas e a sua acção sobre o sector saúde.
- **Criação de ambientes favoráveis à saúde:** A Carta propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere acções de monitorização das mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que influenciam na saúde da população.
- **Reforço da acção comunitária:** Implementação de acções e recursos existentes na comunidade que possam intensificar a autoajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde (empowerment/empoderamento comunitário).
- **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** Capacitar as pessoas para “aprenderem ao longo da vida” e se “prepararem para todos os estágios” é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde. Apoia, também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.
- **Reorientação dos serviços de saúde:** A Carta recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direcção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das acções de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde. (12)

Uma vez analisados os aspectos conceptuais e principais características e estratégias das duas Conferências Internacionais: sobre CSP e PdS, nas seguintes tabelas apresentam-se um resumo dos elementos-chave das semelhanças e diferenças entre a Declaração de Alma Ata (DAA) e a Carta de Ottawa (CO) (13)

Tabela 4. Pontos comuns entre a Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa

<p>- Assumem a Saúde como um Direito Humano Fundamental, da maior importância para o desenvolvimento sócio-económico das Nações;</p> <p>- Partilham e assentam em princípios e valores comuns: justiça social; equidade em saúde; igualdade entre cidadãos; solidariedade nacional e internacional; responsabilidade individual e colectiva; transparência dos governos e a instituições;</p>

- Declaram como pré-requisitos essenciais: paz, habitação, educação, alimentação, recursos económicos, ambiente;
- Defendem a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar (mais abrangente na Carta de Ottawa, como forma a realizar acções coordenadas de vários sectores (saúde, economia, política, sociedade, cultura, ambiente...));
- Apela à intervenção e ao apoio da comunidade e organizações internacionais;
- Partem da convicção de que pela vontade e esforço conjunto se poderia atingir a Meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” (e seguintes) – são recomendações e orientações para a sua persecução;
- A Meta não foi atingida, mas ambas geraram resultados e impactos ou ganhos em saúde (com especificidades do seu paradigma).

Fonte: Meireles C. Alma-Ata e Ottawa – As Conferências de Entre as Conferências... - Portal de Saúde Pública, 2008. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1\(13\)](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1(13))

Tabela 5. Diferenças fundamentais entre a Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA	CARTA DE OTTAWA
<p>1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>Visa analisar as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e entre regiões desfavorecidas.</p> <p>Procura responder às necessidades e problemas de saúde mais prevalentes: doenças infecto-contagiosas (endémicas); desnutrição/fome; mortalidade materno-infantil, etc.</p> <p>Ao sector da saúde compete, principalmente: a prestação de cuidados de saúde primários (prevenção, cura, reabilitação), intervenção na comunidade e educação para a saúde (para prevenção e controlo de problemas de saúde mais prevalentes).</p> <p>O elemento-chave da atenção de saúde são os CSP, que são caracterizados por Assistência continuada; Acesso universal, Protecção das comunidades (fonte de “autoconfiança”), Proximidade aos locais onde vivem e trabalham as pessoas.</p> <p>Os CSP reflectem as condições sócias- sanitárias do país.</p>	<p>1ª Conferência internacional sobre Promoção da Saúde.</p> <p>Visa, principalmente, como promover a saúde nos países mais desenvolvidos/industrializados. Procura corresponder às “expectativas” de pleno bem-estar – global, holístico, mediante o controlo dos factores determinantes. Mais sofisticação, exigência e complexidade (“sociedades mais complexas e interdependentes”).</p> <p>O sector da saúde deverá sofrer reorientação: além da prestação de cuidados, salienta-se a promoção da saúde (além da investigação, educação e formação).</p> <p>O elemento-chave para atingir a saúde são as políticas saudáveis, que permitem: a capacitação, “empowerment” de indivíduos/grupos, emancipação e responsabilidade dos cidadãos de todos os sectores e em todos os contextos (“saúde criada e vivida em todos os contextos da vida: onde se aprende, se trabalha, se brinca, se ama”).</p>

Fonte: Meireles C. Alma-Ata e Ottawa – As Conferências de Entre as Conferências... - Portal de Saúde Pública, 2008. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1\(13\)](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1(13))

Estas estratégias da Carta de Ottawa foram o principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo, a partir da qual foram realizadas outras Conferências Internacionais, realizadas até a data actual, que são apresentadas no seguinte quadro.

Quadro 4. Principais Conferências Internacionais sobre PdS

1988. II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de **Adelaide (Austrália) sobre políticas públicas saudáveis.** Foi realizada em abril de 1988 e teve como tema central às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de acção da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma Ata. Enuncia que as políticas "caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população". Na mesma foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover acções imediatas em políticas públicas saudáveis: **apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis.**

1991. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de **Sundsväl, 1991(Suécia) criação de ambientes favoráveis à saúde.** Na mesma evidenciou-se a situação de extrema pobreza e privação, em um ambiente de alto risco ambiental em que vivem milhões de pessoas no planeta. Propõe o engajamento de diversos sectores da sociedade no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, económicos e políticos mais favoráveis à saúde. Reconhece, assim, que outros sectores, populações das comunidades, dos governos, das ONGs e das organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos prioritários: **a dimensão social; a dimensão política; a dimensão económica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os sectores, inclusive o político e o económico.**

1992. Declaração de Santa-Fé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Foi realizada em novembro de 1992. Na mesma mostram-se evidências de estratégias para recriar a promoção à saúde na América Latina. Discute a transformação da cultura e do sector saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

1997. IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de **Jakarta (Indonésia).** Foi realizada em Jacarta, em 1997, e foi a primeira vez que uma Conferência convidava a representantes do sector privado. Resgata e actualiza a discussão sobre o "reforço da acção comunitária" definido na Carta de Ottawa. Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efectuar as mudanças.

2000. V Declaração do México. A Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada na cidade do México, de 05 a 09 de junho de 2000. Reforça a importância das acções de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das acções intersectoriais para assegurar a implementação das acções de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.

2005. VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde. **A Carta de BangkoK.** Foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crónicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direcção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar a saúde para todos através de quatro compromissos: **desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática.**

2009 - VII. Conferência Internacional de PdS. Declaração de Nairobi (Quénia) - Reduzindo as Lacunas na Implementação da PdS.

2013 – VIII. Conferência Internacional de PdS. Declaração de Helsinque (Finlândia) - Saúde em Todas as Políticas. Além das anteriores. a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), realizou várias Conferências Mundiais nos anos: 1991,1995, 1998, 2001.⁴

Fonte: Buss I; Puntel de Almeida, MC; Eggert, A, I; De Miranda, A^{IV}; Monticeli, M Marisa Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Rev Enferm. vol.15 no.2 Florianópolis Apr./June 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. (14)

Estes Marcos de Referência Internacional foram adaptados às realidades Regionais.

⁴Pode-se encontrar informação sobre estas Conferências no site: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=pt&q=au:%22Uni%C3%A3o%20Internacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Oficina%20Regional%20Latino-Americana%20UIPES/ORLA%22>

Quadro 5. Conferências Regionais Africanas sobre Promoção à Saúde

1981. A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, aprovada pela Conferência Ministerial de Organização da Unidade Africana (OUA) em Banjul, Gâmbia, em 1981, no seu artigo 16, defende que todas as pessoas têm direito a gozo do melhor estado de saúde física e mental que forem capazes de atingir.

2006. A Declaração de Adis Abeba de 2006 sobre Saúde Comunitária,

2008. Conferência de Ouagadougou. Trinta anos após a emergência do slogan “Saúde para Todos” o Escritório Regional da OMS para a África, em colaboração com os parceiros de desenvolvimento e o Governo do **Burkina Faso**, organizou a Conferência em Ouagadougou, de 28 a 30 de Abril de 2008, a fim de renovar o seu engajamento em relação aos CSP, como meio de conseguir melhores resultados no domínio da saúde a favor das populações africanas.

Esta Conferência coincidiu com o 30º aniversário da Declaração de Alma Ata sobre os CSP e o 60º aniversário da OMS, propôs revitalizar o desenvolvimento dos CSP e os Sistemas de Saúde na Região Africana a fim de atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD).

2008. A Declaração de Argel de 2008 sobre a Investigação para a Saúde.

2014. O Compromisso de Luanda de 2014 sobre a Cobertura Universal de Saúde em África.

O Observatório Africano dos Recursos Humanos para Saúde e o Observatório Africano da Saúde, que facilitam a produção, o arquivamento e a partilha de informações, evidências e conhecimentos.

Fonte: Buss I; Puntel de Almeida, MC; Eggert, A, I; De Miranda, A IV; Monticeli, M Marisa Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Rev Enferm. vol.15 no.2 Florianópolis Apr./June 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. (14)

2.4. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA- ATA

Apesar das metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas plenamente, os CSP tornaram-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias realizadas em diversos países durante os anos 80 e 90 do passado século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram uma das três linhas principais de interpretação, acima indicadas, **nomeadamente a estratégia dos CSP numa perspectiva focalizada, entendendo a mesma como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade**, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e económica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do carácter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (15)

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por algumas agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Assim, num contexto internacional adverso de baixo crescimento económico e maior presença de governos conservadores, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de cuidados de saúde primários integrais e abrangentes e a concepção restrita dos CSP, prevalecendo esta última. (10)

2.4.1. Os CSP selectivos (10)

Um ano depois da Conferência Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a Agência Canadana, o Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a Agência Internacional para o Desenvolvimento Estadunidense. Nessa conferência foi discutida uma nova perspectiva, denominada: **Cuidados de Saúde Primários Selectivos**, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento.

A mesma designa um **pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças nos países pobres**. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, os CSP selectivos difundiram-se na maioria dos países, ficando, a partir de então, destinada **a controlar apenas algumas doenças nos países em desenvolvimento**.

Nos anos seguintes, quatro intervenções – conhecidas como **“GOBI”** por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, com especial suporte da Unicef: **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** (Growth monitoring), **reidratação oral** (Oral rehydration), **aleitamento materno** (Breast feeding) e **imunização** (Immunization). Agências internacionais, como a UNICEF, passaram a financiar essas intervenções, que tinham objetivos claros, e fáceis para avaliar e medir o alcance de metas. A esse pacote restrito foram incorporadas, em alguns programas, as chamadas FFF: **suplementação alimentar** (Food supplementation), **alfabetização feminina**⁵ (Female literacy) e **planejamento familiar** (Family planning).

Ainda que se reconhecesse a efectividade dessas intervenções, esta concepção, difundida então pela UNICEF, foi criticada pela sua orientação estritamente técnica de custo-efectividade sem considerar questões políticas determinantes – e, principalmente, por desconsiderar a exigência de melhorias sócio-económicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações. Por exemplo: o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efectiva para tratamento de diarreias – não poderia substituir medidas específicas de saneamento, como o acesso à rede geral de abastecimento de água e de esgotos, efectivas na promoção da saúde e na prevenção de doenças de transmissão hídrica.

Durante a década de 1980, a **concepção de CSP como pacote restrito de serviços básicos seleccionados, voltados ao atendimento da população em situação de maior pobreza**, passou a ser hegemónica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e foi conhecida como **CSP SELECTIVOS**, que se foi aplicando em todos os países.

2.4.2. O Distrito de Saúde (16)

Durante os anos 80 considerava-se que a forma mais adequada de operacionalização da estratégia dos CSP eram os Centros de Saúde (CS), mas foi-se tornando evidente que estes necessitavam do apoio de outras estruturas de nível superior, em geral do apoio hospitalar.

Em 1987 a Fundação Aga Kan e a OMS organizaram a **Conferência de Harare** (Fortalecimento dos sistemas de saúde distritais baseados nos cuidados de saúde primários), na qual redefiniu-se o **conceito de distrito de saúde**.

O distrito de saúde é o nível administrativo mais periférico do Sistema Nacional de Saúde, com uma área geográfica e população bem definidas, com centros de saúde e um primeiro nível de referência: o hospital distrital, com todos os recursos da comunidade e outros prestadores de cuidados de saúde e com uma direcção que coordena todas as actividades de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação da saúde.

O distrito de saúde é o nível administrativo mais periférico do Sistema Nacional de Saúde, com uma área geográfica e população bem definidas, com centros de saúde e um primeiro nível de referência: o

⁵ A alfabetização feminina e a elevação do nível de escolaridade das mulheres são tidas como a base de diversas acções em saúde e estão fortemente associadas à redução da mortalidade infantil.

hospital distrital, com todos os recursos da comunidade e outros prestadores de cuidados de saúde e com uma direcção que coordena todas as actividades de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação da saúde.

Na Conferência sublinhou-se o papel do hospital distrital ou de referência, sem o qual não era possível implementar os CSP. No contexto de um distrito sanitário, os hospitais de primeira referência deveriam assegurar os cuidados e apoio tecnológico que por alguma razão (técnica, económica, operacional) não deviam ser descentralizadas para um nível inferior. A referenciação a estes hospitais deveria fazer-se para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, opinião de especialistas, intervenção técnica ou hospitalização, entre outros.

Em geral o papel e funções do hospital de primeira referência, foram os seguintes: **prestação de cuidados de saúde, supervisão, formação, investigação, gestão e apoio logístico.**

Figura 2. Pirâmide da atenção à saúde ao nível distrital



Fonte: WHO 1994. Mother-Baby-Package

A implementação do distrito de saúde no contexto da estratégia dos CSP, foi complexa, tendo-se identificado algumas áreas problemática, entre elas: o sistema de referência, a gestão do distrito, problemas na definição e a distribuição de funções entre diferentes unidades de saúde distritais, dificuldades de transporte, falhas nas cadeias de distribuição de medicamentos e outros materiais, com resultantes rupturas de stocks, dificuldade de atrair e manter os médicos nos distritos e nos hospitais de primeira referência.

Em alguns países entenderam que a melhor estratégia para a prestação de CSP era reforçar a formação de **agentes comunitários** (designados **APE, Agentes Polivalentes Elementares**, em Moçambique), que normalmente era conseguida em poucas semanas ou meses.

Alguns países da África subsaariana aplicaram a estratégia dos CSP descentralizando-se e criando **equipas móveis de CSP distritais** de apoio às áreas rurais, com a criação e participação dos Comitês de Saúde nas comunidades (integrados por eles mesmos), transferindo-os responsabilidades sobre a saúde de suas comunidades e fazendo que tomassem parte activa em actividades de prevenção e promoção da saúde (por exemplo, no desenvolvimento e melhoria das condições de saneamento básico - construção de

letrinhas e fontes protegidas de água potável, higiene do povo; educação escolar, etc.), e também na área de atenção assistencial de primeira linha (com a construção e manutenção de Postos de Saúde, seleção dos Agentes de Saúde e Parteiras Tradicionais a ser formados, controlo da gestão económica dos Postos, etc.).

Neste contexto era aplicada a conhecida Iniciativa de Bamako.

2. 4.3. A Iniciativa de Bamako⁶

A Iniciativa de Bamako, patrocinada pela UNICEF e pela OMS, e adoptada em 1987 pelos ministros de saúde dos países africanos, baseou-se na percepção de que, embora todos assumiram o compromisso da prestação de cuidados básicos abrangentes de saúde, muitos países – especialmente na África ao sul do Saara – foram sobrecarregados **pela falta de recursos e de estratégias práticas de implementação**. Em particular, **muitos centros de saúde não dispunham de recursos e suprimentos para funcionar de forma eficaz**. Em consequência, muitas vezes, os Agentes Primários de Saúde (APE) apenas prescreviam medicamentos, que frequentemente não tinham licença e não eram supervisionados, e que precisavam ser adquiridos no comércio privado, pelo que muitos pacientes perdiam a confiança nos centros de saúde pública, ineficientes e sem recursos.

Todas essas circunstâncias ameaçavam reverter os ganhos conquistados na década de 1980. Um dos principais desafios era promover a doação de investimentos adicionais, interromper e reverter o declínio dos gastos governamentais com a área social em geral, e com a área da saúde, em particular, e recuperar para o sistema público o dinheiro gasto nos sectores privado e informal.

A Iniciativa de Bamako tinha por objectivo aumentar o acesso a cuidados básicos de saúde, melhorando a eficácia, a eficiência, a viabilidade financeira e a equidade dos serviços de saúde prestados. Os centros de saúde de Bamako implementaram um pacote integrado de cuidados mínimos de saúde para satisfazer as necessidades básicas das comunidades, enfocando o acesso a medicamentos e o contacto regular entre provedores de cuidados de saúde e comunidades. Com base no conceito da participação directa da comunidade na administração e no financiamento de medicamentos e suprimentos essenciais, os comités das aldeias e vilas envolveram-se em todos os aspectos da gestão dos centros de saúde, com resultados positivos para a saúde da criança, principalmente na África Ocidental.

O objectivo do financiamento feito pela comunidade era captar uma parcela dos recursos que as famílias já gastavam no sector informal e associá-la aos recursos provenientes do governo e de doadores, de modo a revitalizar os serviços de saúde e melhorar sua qualidade. As intervenções mais eficazes foram oferecidas a preços abaixo daqueles cobrados pelo sector privado, e foram subsidiadas conjuntamente por meio de maior margem de lucro e de pagamento compartilhado mais alto para intervenções de baixa prioridade. A imunização e a terapia de reidratação oral foram oferecidas sem qualquer custo. Critérios locais para isentar os mais pobres de qualquer pagamento foram estabelecidos pelas comunidades.

Embora os países seguissem caminhos diferentes na implementação da Iniciativa de Bamako, tinham, na prática, um único objectivo primordial: oferecer um pacote básico de serviços integrados, por meio de Centros de Saúde revitalizados e Postos de Saúde, que utilizavam taxas de usuários e gestão de recursos compartilhada com a comunidade. Inúmeras estruturas comuns de apoio foram organizadas em torno

⁶ Informação subtraída de: <http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/cap2-dest5.htm>

dessa agenda básica, inclusive o fornecimento de medicamentos essenciais, capacitação e supervisão e acompanhamento.

No processo de implementação, a ‘expansão’ tornou-se uma etapa crítica. O ritmo da expansão dependia da disponibilidade de recursos internos e externos, da capacidade local, da necessidade de trabalhar na velocidade exigida pelas necessidades das comunidades, e da pressão de governos e doadores. A maioria dos países da África ao sul do Saara que adotaram a Iniciativa de Bamako utilizou alguma forma de expansão gradual, e diversos deles – mais destacadamente Benim, Mali e Ruanda – conseguiram resultados significativos.

Essencialmente, a implementação da Iniciativa de Bamako foi um processo político que envolveu **mudanças nos padrões prevalentes de autoridade e poder**. A **participação da comunidade na gestão e no controle de recursos** no nível dos centros de saúde foi o principal mecanismo para garantir a responsabilização dos usuários pelos serviços públicos de saúde. Comitês de Saúde, representando as comunidades, conseguiram acompanhar sessões durante as quais metas de cobertura, insumos e gastos eram estabelecidos, revistos, analisados e comparados. Estima-se que a iniciativa melhorou o acesso, a disponibilidade, a viabilidade financeira e a utilização dos serviços de saúde em grande parte da África, elevando e sustentando a cobertura de imunização, e aumentando a utilização de serviços por mulheres e crianças pertencentes ao quintil mais pobre da população.

A Iniciativa de Bamako teve suas limitações. A aplicação de taxas de usuário para famílias pobres e o princípio de recuperação de custos gerou muitas críticas e, embora muitos países africanos tenham adotado a abordagem, a iniciativa só foi ampliada em alguns deles.

No início da década de 2000, mesmo nos países em que a Iniciativa de Bamako foi considerada um sucesso, a população pobre considerava o preço do atendimento como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde, e uma grande parte dessa população não utilizava os serviços essenciais de saúde, apesar das isenções e dos subsídios.

Por outro lado, as equipas móveis deixaram de ter apoios externos das ONG e Cooperações Internacionais, e muitas destas deixaram de funcionar devidamente por falta de recursos e motivação (por exemplo: o carro ou a geleira para as vacinas sofriam avarias e ninguém financiava a reparação, mesmo o próprio Ministério não tinha fundos ou eram desviados no caminho; os membros das equipas deixaram de receber gratificações económicas dos projectos financiados por doadores e ficavam desmotivados a causa dos salários muito baixos, etc.).

2. 4.4. Os Cuidados de Saúde Primários: “Agora mais que nunca” (17)

Ao longo dos anos da implementação da estratégia dos CSP, as evidências têm demonstrado que estes **têm capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde**, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

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

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

Em 2008, a OMS, no seu relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”, relembra aos responsáveis da saúde de todos os países do mundo, que a estratégia dos CSP se mantinha actual e deveria ser assumida como um compromisso por todos os governos.

Segundo as experiências e recomendações recolhidas no relatório da OMS, os valores dos CSP para alcançar a saúde para todos, **requerem sistemas de saúde que “Ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde”.** O que as pessoas consideram formas desejáveis de viver como indivíduos e o que esperam das suas sociedades – isto é, aquilo que as pessoas valorizam – constituem parâmetros importantes para governar o sector da saúde.

Por outra parte, caminhar em direcção à saúde para todos exige **que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho.** Isto envolve uma reorientação substancial e a reforma da maneira como os sistemas de saúde operam nas sociedades de hoje: essas **reformas constituem a agenda de renovação dos CSP.**

Na tabela seguinte apresenta-se as diferentes dimensões das primeiras tentativas de implementação dos CSP e contrasta-as com as abordagens actuais.

Tabela 6. Mudanças nas orientações dos CSP

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

Cuidados primários como a antítese do hospital	Cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada a todos os níveis
CSP são baratos e requerem apenas um modesto investimento	CSP não são baratos: requerem um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa

Fonte: OMS/OPS. Relatório Mundial de Saúde 2008: “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”. OMS 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 (17)

A necessária reorientação dos sistemas de saúde deve estar baseada em evidências científicas sólidas e na gestão racional da incerteza, **mas também deve integrar o que as pessoas esperam** da saúde e dos cuidados de saúde para si próprias, para suas famílias e para a sua sociedade.

No relatório da OMS “*Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca*” são propostas reformas dos CSP, organizadas em quatro grupos, que reflectem a convergência entre a evidência sobre o que é preciso para dar resposta efectiva aos desafios de saúde do mundo de hoje, os valores da equidade, solidariedade e justiça social que orientam o movimento dos CSP, e as crescentes expectativas da população em sociedades em modernização.

Figura 3. Conjunto de reformas dos CSP



Fonte: OMS/OPS. Relatório Mundial de Saúde 2008: “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”. OMS 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 (17)

1.-Reformas da cobertura universal que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a protecção social da saúde.

Algumas boas práticas de promoção da cobertura universal identificadas são: Promoção do pré-pagamento desde o início. É crucial promover sistemas de pré-pagamento⁷ numa fase muito inicial e

⁷ O pré-pagamento e os fundos comuns institucionalizam a solidariedade entre os mais e menos ricos, entre os saudáveis e os doentes. Elimina barreiras à utilização dos serviços e reduz o risco das pessoas contraírem despesas catastróficas quando estão doentes. Finalmente, cria os meios para re-investir na disponibilidade, na profundidade e na qualidade dos serviços.

resistir à tentação de contar com taxas moderadoras pagas pelos utentes. **Coordenação de fontes de financiamento. Fusão de sistemas de financiamento. Acessibilidade física.**

2.- Reformas na prestação de serviços que reorganizem os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e mais capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo que produzem melhores resultados.

Na tabela seguinte apresentam-se as diferenças entre os CSP prestados em locais mais convencionais como clínicas, consultas externas de hospitais, os cuidados prestados através dos serviços próprios de programas de controlo de doenças (tão frequentes em situações de escassez de recursos) e, os cuidados orientados para as pessoas como o caminho recomendado a seguir para a revitalização dos CSP.

Tabela 7. Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais dos cuidados de saúde primários orientados para as pessoas

Cuidados médicos ambulatoriais convencionais em clínicas ou em departamentos de consulta externa	Cuidados em programas de controlo de doenças	Cuidados primários orientados para a pessoa
Centrado na doença e na cura	Centrado em doenças prioritárias	Centrado nas necessidades da saúde
Relação limitada ao momento da consulta	Relação limitada à implementação do programa	Relação personalizada que perdure no tempo ⁸
Episódio de cuidado curativo	Intervenções de controlo de doenças definidas no programa	Abrangência, continuidade e orientação para a pessoa
Responsabilidade limitada ao aconselhamento no momento da consulta	Responsabilidade por metas do controlo da doença na população alvo	Responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença
Os utentes são consumidores dos cuidados que procuram	Grupos da população são alvo de intervenções de controlo da doença	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade

Fonte: OMS/OPS. Relatório Mundial de Saúde 2008: “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”. OMS 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 (17)

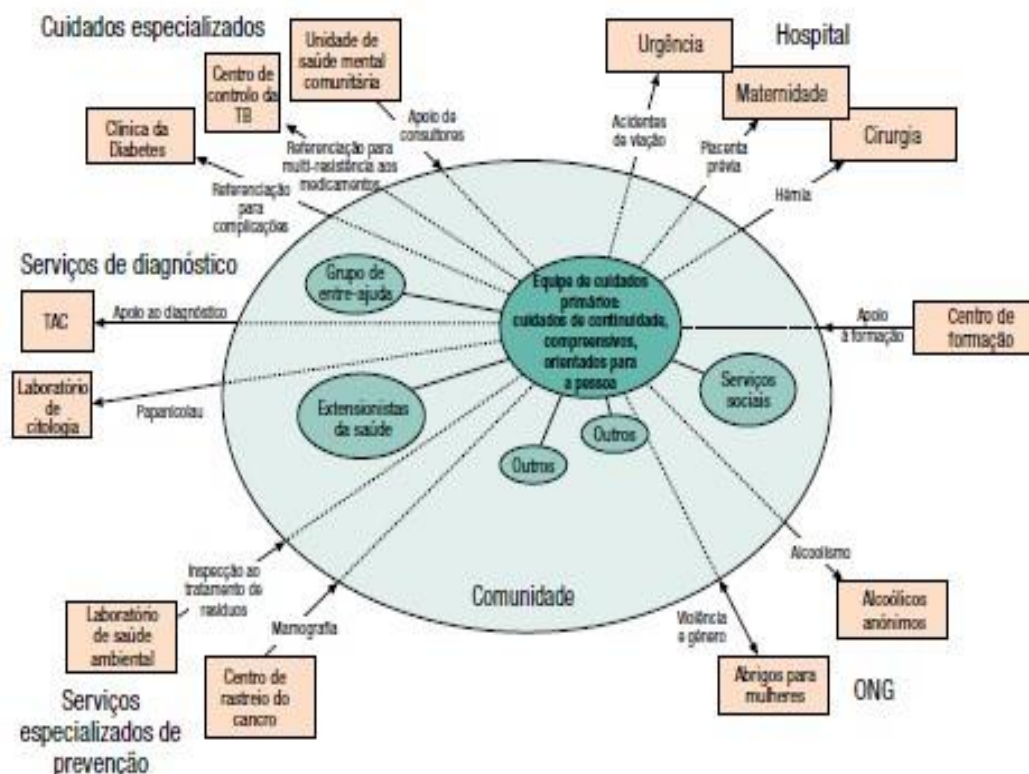
Para poder-se desenvolver **CSP orientados as pessoas** é necessária uma transformação da estrutura, visões e formas de funcionamento das equipas de profissionais que trabalham em CSP. **A equipa de CSP deve-se constituir como um núcleo de coordenação.**

A função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efectivamente a transformação da “pirâmide” dos cuidados primários numa “rede” (Figura 3), onde as relações entre a equipa dos cuidados primários e as outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e na referenciação de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação. A equipa de cuidados primários transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema da saúde, ajudando as pessoas a navegar no complexo labirinto dos serviços de

⁸ Nota: este conceito é, por vezes, referido como “longitudinalidade” (A. Biscaia, comunicação pessoal, Março 2009)

saúde, referenciando doentes ou mobilizando o apoio de serviços especializados. Esta função de coordenação e de mediação, implica também a colaboração com outro tipo de organizações, frequentemente não governamentais.

Figura 4. Os cuidados primários como um núcleo de coordenação



Fonte: OMS/OPS. Relatório Mundial de Saúde 2008: “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”. OMS 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 (17)

3.- Reformas das políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública com cuidados primários, seguindo políticas saudáveis em todos os sectores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais.

As políticas públicas que devem ser ponderadas, são: **políticas sistémicas; políticas da saúde pública; e políticas de outros sectores:** contribuições para a saúde que podem ser alcançadas através da colaboração intersectorial.

Este último eixo das políticas 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 sectores. 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.

Alguns exemplos de ações governamentais coordenadas são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 8. Exemplos de acções governamentais coordenadas da implementação da STP

Sectores e questões	Inter-relações entre a saúde e o bem-estar
Economia e emprego	<ul style="list-style-type: none"> • São populações saudáveis que estimulam economias fortes e resistentes e o crescimento económico. Pessoas saudáveis podem poupar mais, são mais produtivas no trabalho, adaptam-se mais facilmente a mudanças no mercado de trabalho e podem-se manter no mercado de trabalho por mais tempo. • Oportunidades ligadas ao trabalho e a um emprego estável também geram benefícios a saúde para todas as pessoas em diferentes grupos sociais
Segurança e justiça	<ul style="list-style-type: none"> • As taxas de violência, assim como os números das doenças e ferimentos aumentam em populações cujo acesso a alimentos, água, habitação, oportunidades de trabalho e um sistema de justiça igualitário é deficiente. Os sistemas de justiça precisam de ser capazes de lidar com as consequências do acesso deficiente a essas necessidades básicas. • A prevalência de doenças mentais (e o consumo de drogas e álcool associado a elas) está ligado à violência, ao crime e ao encarceramento.
Educação e primeiros anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças e membros da família com problemas de saúde diminuem o sucesso e o potencial educacional, assim como a capacidade desses indivíduos de solucionar problemas da vida e perseguir os seus objectivos. • O sucesso educacional de mulheres e homens produz cidadãos engajados e contribui directamente com a saúde e a capacidade dos indivíduos de participar de forma plena numa sociedade produtiva.
Agricultura e alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Quando se leva a saúde em consideração durante a produção, a industrialização, a comercialização e a distribuição de alimentos, aumenta-se a segurança alimentar, promove-se a confiança do consumidor e estimulam-se práticas agrícolas mais sustentáveis. • Alimentos saudáveis são cruciais para a saúde dos indivíduos; a qualidade dos alimentos e a segurança alimentar ajudam a diminuir a transmissão de doenças de animais para seres humanos, e acabam por defender práticas agrícolas que geram impactos positivos sobre a saúde de trabalhadores agrícolas e comunidades rurais.
Infra-estruturas, planeamento e transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Para otimizar o planeamento de estradas e dos sistemas de transporte e habitação, é preciso considerar o impacto dessas actividades na saúde, visto que esse planeamento pode reduzir emissões - que são caras - e aumentar a capacidade das redes e a sua eficiência em transportar pessoas, bens e serviços. • Melhores oportunidades de transporte - onde se incluem o uso da bicicleta e da caminhada - geram comunidades mais seguras e agradáveis, assim como reduzem a degradação ambiental e fortalecem a saúde.
Meio-ambiente e Sustentabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • É possível otimizar o uso de recursos naturais e promover a sustentabilidade através de políticas que influenciem os padrões de consumo da população - o que também pode beneficiar a saúde humana. • Globalmente, 25% de todas as doenças evitáveis são causadas pelas condições ambientais em que as pessoas vivem.
Habitação e serviços comunitários	<ul style="list-style-type: none"> • O desenho e o planeamento da infra-estruturas de habitação devem ter em conta a saúde e o bem-estar (por exemplo, a isolamento térmico, a ventilação, a existência de espaços públicos e a recolha de lixo, etc.). Além disso, o envolvimento da comunidade pode ampliar a coesão social e gerar apoio a projetos de desenvolvimento. • Tratando-se de populações e comunidades carentes, problemas ligados a alguns dos DSS mais importantes são resolvidos por moradias bem desenhadas e acessíveis e serviços comunitários adequados.
Terra e cultura.	<ul style="list-style-type: none"> • Um acesso facilitado à terra pode melhorar as condições de saúde e o nível de bem-estar das comunidades Indígenas, visto que a saúde e o bem-estar desses povos estão ligados espiritual e culturalmente a um sentimento de pertença à terra e ao país. • Melhorias nas condições de saúde das comunidades indígenas podem fortalecer as comunidades e a sua identidade cultural, assim como ampliar a participação dos cidadãos e a manutenção da biodiversidade.

Fonte: Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. OMS. 2010. Disponível em: <https://www.who.int/social-determinants/publications/isa/portuguese-adelaide-statement-for-web.pdf> (18)

4.- Reformas de liderança que substituam uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando-e-controlo, e por outro, o *laissez-faire* descomprometido do estado, por uma liderança

inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Os governos têm a responsabilidade final de formatar os sistemas nacionais de saúde. Dar forma não insinua que os governos deveriam – ou mesmo poderiam – ambicionar a, sozinhos, reformar o sector da saúde na sua totalidade.

A experiência dos países que conseguiram acelerar as reformas dos CSP sugere a existência de **três elementos comuns aos diálogos políticos efectivos**:

- Importância de instrumentalizar os **sistemas de informação** de forma a colocá-los ao serviço das reformas dos CSP.
- Aproveitar e fazer convergir as **inovações**.
- **Partilhar ensinamentos** sobre o que funciona.

Embora aplicáveis universalmente, estas reformas não constituem nenhum plano ou manifesto de acção. Os pormenores necessários para a sua implementação em cada país devem ser guiados por condições e contextos específicos, com base nas melhores evidências disponíveis.

2.5. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE

As metas de “Saúde para todos no ano 2000” eram ambiciosas e, num mundo em crises e em mudança, com desigualdades e grandes retos, não foram alcançadas, mas o espírito e o significado do slogan “Saúde para todos” permanecia vivo e tinha que ser renovado, sendo um momento excepcional a **Cimeira do Milénio para o Desenvolvimento**, na qual foram definidos os **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)**.

Estes tiveram a sua origem ao final dos anos 90 do passado século, após uma década de publicações dos Relatórios do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que, de forma resumida, constataram a seguinte realidade: (19)

- 1.200 milhões de pessoas sobreviviam com menos do que o equivalente a US\$1,00.
- Cento e treze milhões de crianças estavam fora da escola em todo o mundo.
- Dois terços das pessoas analfabetas do mundo eram mulheres.
- 80% das pessoas refugiadas eram mulheres e crianças.
- Onze milhões de crianças menores de 5 anos morriam, de causas diversas, quase todas evitáveis. Número que, embora sendo escandaloso, vinha a cair desde 1980, quando as mortes somavam 15 milhões.
- Nos países pobres e em desenvolvimento, as carências no campo da saúde reprodutiva implicavam a morte de uma mulher por cada 48 partos.
- Em grandes regiões do mundo, epidemias mortais vinham destruindo gerações e ameaçando qualquer possibilidade de desenvolvimento humano.
- Mil milhões de pessoas ainda não tinham acesso a água potável. A água e o saneamento são dois factores ambientais essenciais para a qualidade da vida humana, e fazem parte de um amplo leque de recursos e serviços naturais que compõem o nosso meio-ambiente – clima, florestas, fontes energéticas, o ar e a biodiversidade – e de cuja protecção dependemos nós e muitas outras criaturas neste planeta.
- Muitos países pobres gastavam mais com os juros das suas dívidas que para resolver ou minimizar os problemas sociais.

2.5.1. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)

Face a esta terrível situação, no ano 2000, 189 Estados-membros, entre eles Moçambique, reuniram-se na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, e adoptaram os **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)** e a **Declaração do Milénio**, comprometendo-se com uma agenda de desenvolvimento baseada em 8 grandes Objectivos, 20 metas e 56 indicadores a serem alcançadas até 2015.

Cada ODM tinha metas fixadas para 2015, e indicadores para monitorar os progressos feitos em relação aos indicadores das metas de “Saúde para todos no ano 2000” do ano 1990. Vários dos ODM - 3 dos 8 objectivos, e 8 das 18 metas – estavam directamente relacionados com a saúde.

Estes objectivos foram:

Objectivo 1. - Erradicar a pobreza extrema e a fome; Objectivo 2. - Atingir o ensino básico universal; Objectivo 3. - Promover a igualdade de género e empoderar as mulheres; Objectivo 4. - Reduzir a mortalidade infantil; Objectivo 5. - Melhorar a saúde materna; Objectivo 6. - Combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças; Objectivo 7. -Garantir a sustentabilidade ambiental; Objectivo 8. -Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.	 1 ACABAR COM A FOME E A MISÉRIA	 2 EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS	 3 IGUALDADE DE GÉNERO E VALORIZAÇÃO DA MULHER	 4 REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL
	 5 MELHORAR A SAÚDE MATERNA	 6 COMBATER A SIDA, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS	 7 QUALIDADE DE VIDA E RESPEITO PELO MEIO AMBIENTE	 8 O MUNDO TODO A TRABALHAR PELO DESENVOLVIMENTO

Fonte. Objectivos do Desenvolvimento do Milénio. ONU. 2015 Disponível em : https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=301:os-objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-e-a-agenda-pos-2015&Itemid=183&lang=es (19)

Estes objectivos, metas e indicadores deveriam ser integrados nas diferentes estratégias de desenvolvimento de cada país.⁹

A Declaração do Milénio dedicou uma secção às **necessidades especiais do Continente Africano**, principalmente sobre os requisitos de: **Paz e segurança, o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza e o VIH/SIDA.**

Resume-se a seguir os aspectos mais importantes da secção.

Quadro 6. Responder às necessidades especiais de África

27: Apoiaremos a consolidação da democracia em África e ajudaremos aos africanos na sua luta por uma paz duradoura, pela erradicação da pobreza e pelo desenvolvimento sustentável, para que, dessa forma, a África possa integrar-se na economia mundial.

28: Decidimos, por tanto:

- Apoiar plenamente as estruturas políticas e institucionais das novas democracias de África.

⁹ Para aprofundar no tema recomenda-se a leitura da brochura do Ministério de Economia e Finanças de Moçambique, de setembro de 2015. Disponível em: https://www.undp.org/content/dam/mozambique/docs/Poverty/Booklet_MDGs_Indicators_%20Portuguese_2015.pdf

- Fomentar e apoiar mecanismos regionais e sub--regionais de prevenção de conflitos e de promoção da estabilidade política, e garantir um financiamento seguro das operações de manutenção de paz nesse continente.
- Adotar medidas especiais para enfrentar os desafios da erradicação da pobreza e do desenvolvimento sustentável em África, tais como o cancelamento da dívida, a melhoria do acesso aos mercados, o aumento da ajuda oficial ao desenvolvimento e o aumento dos fluxos de Investimento directo estrangeiro, assim como as transferências de tecnologia.
- Ajudar África a aumentar a sua capacidade de fazer frente à propagação do flagelo do VIH/SIDA e de outras doenças infecciosas.

Fonte. Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Declaração do Milénio.2000. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf (20)

2.5.2. Declaração de RÍO + 20: “O futuro que queremos” (21)

Com o objectivo da **renovação do compromisso político com o desenvolvimento sustentável**, por meio da avaliação do progresso e das lacunas na implementação das decisões adoptadas, em Junho de 2012, foi realizada, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil), a **Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20)**.

Na Declaração da Conferência reconhece-se que, “apenas três anos antes de 2015, prazo fixado para o cumprimento dos ODM, apesar do progresso na redução da pobreza em algumas regiões, este tem sido desigual, e o número de pessoas que vive na pobreza, em alguns países, continua a aumentar, sendo a maioria dos grupos mais afetados constituída por mulheres e crianças, especialmente nos países menos desenvolvidos e, particularmente, na África”.

No capítulo V da Declaração “*Quadro de acção e acompanhamento*”, além dos pontos relativos ao Médio Ambiente, há reconhecimentos e compromissos *para: a Erradicação da pobreza; Segurança alimentar, Nutrição e agricultura sustentável; Água e saneamento, Cidades sustentáveis e assentamentos humanos; Saúde e população; Redução do risco de desastres. Educação; Igualdade de género e empoderamento das mulheres.*

Os aspectos mais relevantes sobre saúde foram recolhidos no ponto “Saúde e população”.

Quadro 7. Saúde e população.

138. *“Reconhecemos que a saúde é, simultaneamente, uma condição prévia, um resultado e um indicador de todas as três dimensões do desenvolvimento sustentável. Entendemos que as metas de desenvolvimento sustentável só podem ser alcançadas na ausência de uma alta prevalência de doenças debilitantes transmissíveis ou não, e quando as populações puderem atingir um bem-estar físico, mental e social. Estamos convencidos de que é importante concentrar a acção sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto para os pobres e os vulneráveis como para toda a população, para criar sociedades inclusivas, justas, produtivas e saudáveis. Apelamos para a plena realização do direito de se desfrutar do mais alto nível de saúde física e mental”*

139. *“Reconhecemos também a importância de garantir a cobertura dos tratamentos de saúde, para melhorar a saúde e promover a coesão social e o desenvolvimento humano e económico sustentável. Comprometemo-nos a reforçar os sistemas de saúde para o fornecimento de cobertura universal equitativa.*

*Apelamos à participação de todos os atores relevantes para uma **ação multissetorial coordenada para resolver urgentemente as necessidades de saúde da população mundial.***

Fonte: Nações Unidas. Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20): “O futuro que queremos”. Rio de Janeiro, Brasil 20 a 22 de junho de 2012. Texto em português (12 de agosto de 2012). Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/processos/61AA3835/O-Futuro-que-queremos1.pdf> (21)

Por outra parte, cabe ressaltar que há dois pontos exclusivos dedicados ao continente africano.

Quadro 8. Saúde e população na Região Africana

183. *“Embora reconheçamos que alguns progressos foram feitos para o cumprimento dos compromissos internacionais relativos às necessidades de desenvolvimento da África, enfatizamos que **o desenvolvimento sustentável no continente ainda esbarra em desafios significativos**”.*

184. *“Apelamos à **comunidade internacional para reforçar o seu apoio e cumprir os compromissos de avançar na ação em áreas essenciais para o desenvolvimento sustentável da África, e louvamos os esforços dos parceiros de desenvolvimento para fortalecer a cooperação com a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD)**”*

Fonte: Nações Unidas. Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20): “O futuro que queremos”. Rio de Janeiro, Brasil 20 a 22 de junho de 2012. Texto em português (12 de agosto de 2012). Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/processos/61AA3835/O-Futuro-que-queremos1.pdf> (21)

2.5.3. Avaliação dos ODM: Avanços e desafios

Ao fim de 2015, o PNUD realizou uma avaliação sobre o grau de consecução das metas e os ODM. Segundo o Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015 (22), que reflecte o progresso global e por países alcançado, o Secretário-geral da ONU, Ban Ki-Moon, reconhecia “os notáveis progressos alcançados noutras dimensões, que “ajudaram a retirar da pobreza extrema mais de mil milhões de pessoas, a fazer progressos contra a fome, a permitir, o que não se verificava nas décadas anteriores, que milhões de raparigas mais frequentassem a escola, **assim como a proteger o nosso planeta**”.

No Relatório concluiu-se que foram verificados significativos avanços no ODM 2 (alcançar o ensino primário universal) e no ODM 3 (promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres e raparigas). Também se verificou que foram geradas parcerias novas e inovadoras, que os ODM sensibilizaram a opinião pública e revelaram o valor imensurável de definir objectivos ambiciosos.

No entanto, **apesar de todos os êxitos excepcionais atingidos, o Secretário-Geral reconhecia que “também foi notória a persistência de desigualdades e irregularidades dos avanços alcançados, a todos os níveis: nacional, regional e internacional, particularmente ressaltava que o “progresso tem a tendência de não chegar às mulheres e àqueles que se encontram nos patamares económicos inferiores”.**

Apesar de terem sido alcançadas concretizações importantes relativamente a muitas das metas dos ODM a nível mundial, **os progressos foram irregulares entre as regiões e países**, deixando lacunas significativas. Milhões de pessoas estavam a ser “deixadas para trás”, em particular as mais pobres e desfavorecidas, devido ao seu sexo, idade, deficiência, etnia ou localização geográfica.

- Mais de 64,4% dos produtos que os países em desenvolvimento exportaram para os mercados mundiais enfrentaram tarifa zero, um aumento de 20% em relação a 2010.

- As evidências de países em desenvolvimento mostram que as crianças que representam 20% da população mais pobre, tinham até três vezes mais probabilidade de morrer antes do seu quinto aniversário do que as crianças nos quintis mais ricos.
- A protecção social espalhou-se significativamente a nível mundial, no entanto, as pessoas com deficiência tinham até cinco vezes mais probabilidade de enfrentar despesas de saúde catastróficas para a sua economia e com graves consequências na sua qualidade de vida.
- Apesar do declínio geral da mortalidade materna, as mulheres rurais, na maioria dos países em desenvolvimento, tinham até três vezes mais probabilidade de morrer durante o parto do que as mulheres que viviam em centros urbanos.
- Até 30% da desigualdade de renda se devia à desigualdade dentro das próprias famílias, inclusive entre mulheres e homens. Além disso, as mulheres tinham mais probabilidade do que os homens de viver abaixo de 50% da renda média. (22)

Com base nas constatações anteriores, era evidente que era necessário continuar com esforços direccionados para chegar às pessoas mais vulneráveis.

2.5.4. Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A experiência positiva nalguns importantes alcances conseguidos durante o período anterior, conduziu a uma reflexão acerca da necessidade de continuar com a mesma estratégia, evidentemente adaptada à realidade mundial daqueles anos, sendo necessário realizar esforços direccionados para chegar às pessoas mais vulneráveis e “não deixar ninguém atrás”, o que motivou à Cúpula das Nações Unidas a realizar, em Setembro de 2015 em Nova York, uma nova Conferência sobre o Desenvolvimento e definir a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com o lema de “Transformar o Nosso Mundo”, e os **Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**.(23)

A Agenda é um plano de acção para as **Pessoas**, o **Planeta** e a **Prosperidade**, que procura fortalecer a **Paz Universal** com mais liberdade, e reconhece que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global ao desenvolvimento sustentável. A implementação da Agenda tem que fazer-se por meio de uma **Parceria** global sólida, com base no espírito de solidariedade global fortalecida.

Esta agenda envolve 17 Objectivos, 169 metas e 230 indicadores, uma seção sobre meios de implementação e de parcerias globais, e um arcabouço para acompanhamento e revisão.

A figura a seguir tenta representar a ligação entre as diversas dimensões: **pessoas, prosperidade, paz, parcerias e planeta – os cinco P’s - para o desenvolvimento sustentável**.

Figura 5. Os cinco P's da Agenda 2030



Fonte: Nações Unidas. “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”. 2015. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/Agenda2030completo_PtBR.pdf (23)

A Agenda 2030 estabelece como premissa essencial, incontornável e inegociável **“não deixar ninguém para trás”**, para o qual é fundamental ir **DO GLOBAL AO LOCAL E DO LOCAL AO GLOBAL**.

Os 17 objectivos são:

Nº Objectivo/título	Formulação
01 - Erradicação da pobreza	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
02 - Fome zero e agricultura sustentável	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
03 - Saúde e bem-estar	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
04 - Educação de qualidade	Assegurar a educação inclusiva, e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.
05 - Igualdade de género	Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas.
06 - Água limpa e saneamento	Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.
07 - Energia limpa e acessível:	Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos.
08 - Trabalho decente e crescimento económico	Promover o crescimento económico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos.
09: Inovação infra-estrutura	Construir infra-estrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.
10 - Redução das desigualdades	Reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles.
11 - Cidades e comunidades sustentáveis:	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

12 - Consumo e produção responsáveis:	Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.
13 - Acção contra a mudança global do clima:	Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.
14 - Vida na água:	Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares, e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.
15 - Vida terrestre:	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da Terra e deter a perda da biodiversidade.
16 - Paz, justiça e instituições eficazes:	Promover sociedades pacíficas e inclusivas par ao desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
17 - Parcerias e meios de implementação:	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: Nações Unidas. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável em Moçambique. Disponível em: [https://mozambique.un.org/pt/sdgs\(24\)](https://mozambique.un.org/pt/sdgs(24))

Os 17 ODS estão integrados, são indivisíveis e contemplam, de forma equilibrada, integrar as quatro dimensões do desenvolvimento sustentável: económica, social, cultural e ambiental, para a concretização e alcance dos Direitos Humanos de todos e, em particular, a igualdade de género e o empoderamento das meninas e mulheres.

Quadro 9. Metas do Objectivo Quanto ao ODS Nº 3: Saúde de qualidade até 2030.

1: Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
2: Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.
3: Acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.
4: Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
5: Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.
6: Reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.

7: Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

8: Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

9: Reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.

Junto a estas Metas também foram identificadas algumas metas “transversais”

- Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países.
- Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis.
- Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
- Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Fonte: Nações Unidas. “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”. 2015. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/Agenda2030completo_PtBR.pdf (23)

2.6. OS NOVOS COMPROMISSOS COM OS CSP: A Conferência Mundial sobre Cuidados de Saúde Primários e A Declaração de Astana sobre Cuidados de Saúde Primários (2018)¹⁰

Tal e como foi descrito anteriormente, em 1978, foi definida a Declaração de Alma-Ata sobre CSP. A mesma estabeleceu um padrão do compromisso público de tornar acessíveis cuidados de saúde de qualidade, voltados para a comunidade. A Declaração foi a precursora da Estratégia Global de Saúde para Todos no ano de 2000, que foi mantida pela OMS e seus parceiros para o resto do século 20, dando lugar, anos mais tarde as metas em saúde dos ODM e do ODS para 2030, nomeadamente o ODS 3: “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas idades”.

Desde, então, o mundo fez grandes progressos na saúde global, com mudanças tão grandes que a expectativa de vida é agora cerca de 10 anos mais do que era em 1978, e o risco de morrer antes dos 5 anos diminuiu em cerca de dois terços. Por outra parte o padrão de morbi-mortalidade a nível mundial é muito diferente do que era 40 anos atrás, devido às transições demográficas e epidemiológicas ocorridas. Enquanto a mortalidade infantil e materna evitável continua a ser um grave problema em muitos países em desenvolvimento, as doenças crônicas não transmissíveis e as lesões substituem às infecções agudas como as principais causas de morbidade e mortalidade, necessitando de uma mudança no perfil dos serviços de saúde necessários.

Faz a esta situação, em outubro de 2018, líderes mundiais da saúde, organizações internacionais, sociedade civil e outras partes interessadas reuniram-se em Astana, Cazaquistão, para comemorar o 40º aniversário da Declaração de Alma, revisar e adaptar a mesma à situação do momento e desenvolver uma nova visão dos CSP, como forma de atingir a Cobertura Universal de Saúde (CUS/UHC em inglês), e os ODS. (25)

¹⁰ Para aprofundar nos diferentes aspectos da Conferência pode consultar o site: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>

2.6.1. A Declaração de Astana (26)

Com o objetivo de reorientar os esforços sobre os CSP, como a melhor forma de garantir que toda a população os, em todos os lugares, pudesse desfrutar do mais alto padrão de saúde possível, ao fim da Conferência foi elaborada a **Declaração de Astana sobre Cuidados de Saúde Primários**.

A Declaração renovou o compromisso político de governos, organizações não governamentais, organizações profissionais, academia e organizações globais de saúde e desenvolvimento com os CSP.

A seguir são apresentados de forma resumida os pontos mais relevantes da Declaração de Astana¹¹, surgida na **Conferência Mundial sobre CSP**.

Os participantes:

- I. **Afirmam o compromisso com o direito fundamental de todo ser humano de usufruir do grau máximo de saúde que pode ser alcançado sem distinção de qualquer tipo e reafirmam o compromisso com os valores e princípios da Declaração de Alma-Ata.**
- II. **Consideram que o fortalecimento dos CSP é a abordagem mais inclusiva e eficaz para melhorar a saúde física e mental das pessoas, bem como seu bem-estar social. Os CSP são a base de um sistema de saúde sustentável para cobertura universal de saúde (CUS) e os ODS relacionados com a saúde.**
- III. **São conscientes de que apesar dos avanços consideráveis em matéria de saúde nos últimos 40 anos, em todas as regiões do mundo, ainda existem milhões de pessoas com necessidades de saúde não cobertas. Ficar com boa saúde é um desafio para muitas pessoas, especialmente os pobres e os que estão em situação de vulnerabilidade. Os participantes consideram inaceitável do ponto de vista ético, político, social e económico a existência das enormes disparidades nos resultados de saúde e as iniquidades em saúde.**

Os participantes comprometeram-se a:

- IV. **Tomar decisões políticas audazes em prol da saúde em todos os sectores;**
- V. **Estabelecer cuidados saúde primários sustentáveis, que serão implementados de acordo com a legislação, o contexto e prioridades nacionais.**
 - **O sucesso dos CSP dependerá, entre outro, dos seguintes elementos: Desenvolvimento de conhecimento e habilidades; Recursos humanos para a saúde; Tecnologia e Financiamento.**
- VI. **Empoderamento das pessoas**
- VII. **Alinhar o apoio das partes interessadas com políticas, estratégias e planos nacionais de saúde.**

¹¹ Pode encontrar a Declaração de Astana completa em espanhol no seguinte site: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Para operacionalizar a Declaração de Astana foram elaborados vários documentos, entre eles: A Vision for Primary Health Care in the 21st Century¹² (Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI) e o Operacional Framework (marco operacional).

2.6.2. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI (Aa vision for primary health care in the 21st century (27)

Este documento é considerado uma guia básica para operacionalizar a Declaração, em vários sentidos, entre eles: definir de forma clara o que são os CSP, a justificativa de pôr o foco nos mesmos e a relação entre os CSP, a CUS e os ODS.

2.6.2.1. Definição dos CSP

É importante sublinhar, como foi explicado em um capítulo anterior, que o conceito de CSP tem sido reinterpretado e redefinido repetidamente ao longo dos anos (desde 1978), levando a confusão sobre o mesmo.

Em alguns contextos, os CSP referem-se à prestação de serviços ambulatoriais ou de atendimento de saúde das pessoas, sendo o primeiro contacto com o sistema. Em outros contextos, são entendidos como um conjunto de intervenções prioritárias de saúde para populações de baixa renda (também chamados CSP seletivos). Alguns entendem que os CSP como um componente essencial do desenvolvimento humano, com foco nos aspectos económicos, sociais e políticos ao invés de simplesmente a provisão de serviços de saúde.

Cada uma dessas interpretações é uma simplificação da mais ampla definição estabelecida na Declaração de Alma-Ata, e sua implementação traz o risco de perder os benefícios de uma abordagem abrangente dos CSP, pelo que se considerou necessário acordar uma definição clara e simples que facilitasse a coordenação dos esforços futuros dos CSP nos níveis global, nacional e local e para orientar sua implementação na consecução dos CUS e os ODS.

Os CSP são uma abordagem de saúde que visa garantir o mais alto nível possível de saúde e bem-estar entre a população, distribuindo-se de forma equitativa, concentrando-se nas necessidades e preferências das pessoas (como indivíduos, famílias, comunidades) o mais cedo possível ao longo do continuum: promoção da saúde- prevenção de doença- tratamento- reabilitação e cuidados paliativos, e o mais próximo possível a realidade de vida das pessoas.

Os CSP devem incorporar três componentes inter-relacionados e sinérgicos, tal como se mostra na seguinte figura.

¹² Para aprofundar na Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI no site: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

Figura 6. Componentes dos CSP



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (27)

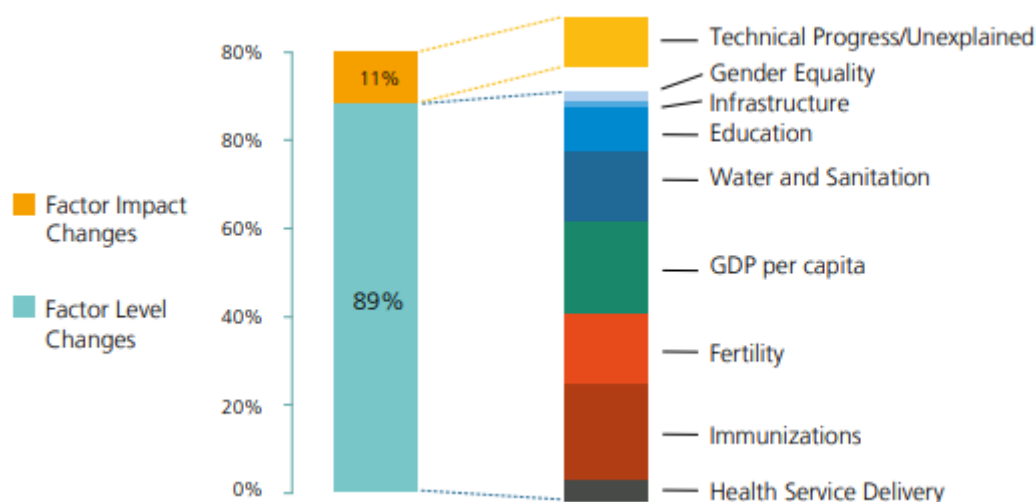
- **Atender às necessidades de saúde das pessoas** através de uma promoção abrangente, protecção, cuidados preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente os principais serviços de saúde voltados para os indivíduos e as famílias, através dos cuidados de saúde primários, e a população, através da saúde pública, funciona como o elemento central dos serviços integrados de saúde;
- **Abordar sistematicamente os determinantes mais amplos da saúde** (incluindo sociais, factores económicos e ambientais, bem como características individuais e comportamento) por meio de políticas e acções baseadas em evidências em todos os sectores;
- **Capacitar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde**, assim como defender políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde e como auto-cuidadores e cuidadores.

2.6.2.2. Importância dos s CSP no contexto actual

Desde que foi aprovada a Declaração de Alma-Ata (40 anos) foram realizadas grande quantidade de pesquisas que demonstraram as complexas interações e os múltiplos factores que afectam a saúde e o bem-estar das pessoas e comunidades. Embora alguns desses factores estejam directamente relacionados com o sistema de saúde e o acesso aos serviços de saúde, existe evidencia científica sobre uma série de factores, além dos serviços de saúde, que desempenham um papel crítico na saúde e o bem-estar, entre eles: a exclusão social, a alimentação, educação, factores culturais, factores ambientais.

Por exemplo, uma análise realizada em 2010 por Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN (27) descobriu que cerca de metade da redução da mortalidade infantil entre 1990 e 2010 foi devida a factores externos ao sector de saúde. A figura abaixo mostra a redução na mortalidade de menores de cinco anos atribuível a cada um de uma série de factores diferentes (melhoria da igualdade de gênero, melhoria da água e saneamento e crescimento económico), e destaca as significativas contribuições de factores não relacionados à saúde.

Figura 7. Factores que contribuem para mudanças na taxa de mortalidade de menores de cinco anos, 1990-2010



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (27)

Os participantes da Conferência consideram que os CSP continuam a ser fundamentais actualmente por três razões:

1. Os recursos dos CSP permitem que o sistema de saúde se adapte e responda a um mundo complexo e em rápida mudança.
2. Com sua ênfase na promoção e prevenção da saúde, abordando os DSS, e uma abordagem centrada nas pessoas, os CSP provaram ser um método altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e factores de risco dos problemas de saúde, assim como para lidar com os desafios emergentes que podem ameaçar a saúde no futuro.
3. A CUS e os ODS relacionados com a saúde só podem ser alcançados de forma sustentável com uma maior ênfase nos CSP.

2.6.3. Relação entre os ODS relacionados com a saúde e a CUS

Tal e como foi explicado no capítulo anterior, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável apresentam uma agenda ambiciosa para construir um mundo melhor. A saúde e bem-estar são especificamente abordados por meio do ODS3.

De acordo com a visão integrada dos ODS, as metas do ODS3 são influenciadas e influenciam outros objectivos de desenvolvimento.

Algumas metas dos ODS3, sem deixar ninguém para trás, como a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, garantir o acesso universal à sexualidade e serviços de saúde reprodutiva, fortalecer a prevenção e tratamento de abuso de substâncias e a prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis (DNTs), só pode ser atingido através dos CSP. O apoio de políticas e acções multisectoriais que promovem a saúde e bem-estar, o desenho de serviços de saúde integrados que priorizam os CSP e

as funções da saúde pública, e facilitar o empoderamento das pessoas e comunidades, que conhecem os seus direitos, são factores-chave na implementação dos CSP.

Mesmo para atingir as metas orientadas a terminar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, combater a hepatite, doenças de veiculação hídrica e outras doenças transmissíveis, que até agora têm sido abordadas por meio de iniciativas verticais, é cada vez mais reconhecido a necessidade de uma abordagem mais integrada.

Por exemplo, habitação de má qualidade e ambientes peri-domésticos negligenciados são factores de risco para a transmissão de malária, doenças arbovirais (por exemplo, dengue, amarelo febre, chikungunya, doença do vírus Zika), doença de Chagas e leishmaniose. O papel do sector habitacional na saúde precisa ser claramente compreendido e apoiado pelo governo e as organizações parceiras do sector da saúde. Da mesma forma, é fundamental integrar outras políticas públicas e acções de outros sectores relacionados com a saúde, nos serviços de saúde.

As políticas e acções multissetoriais, componentes essenciais dos CSP, concordam com a visão integradora dos ODS, o que significa que realizar esforços na implementação dos CSP pode fortalecer outros sectores. Como resultado, os CSP podem contribuir para o cumprimento de uma série de meta, além do ODS3, incluindo aqueles relacionados à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento económico, redução da desigualdade e acção climática.

Figura 8. Ligando PHC, UHC e os SDGs



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (27)

Uma das prioridades actuais da comunidade internacional em matéria de saúde é alcançar a CUS, considerando que os CSP são a melhor estratégia para a sua consecução.

A CUS tem várias dimensões, incluindo a melhoria da proteção financeira (assim redução das despesas das famílias com saúde) e o aumento do acesso a serviços de qualidade, medicamentos e vacinas.

Os CSP são um elemento-chave para todas as pessoas incluindo as mais desfavorecidas, possam ter acesso aos serviços de saúde (CUS), principalmente por três razões:

- **Os CSP desempenham um papel fundamental na redução das despesas** que as famílias dedicam à saúde, abordando os DSS e enfatizando os serviços de nível populacional que previnem doenças e promovem o bem-estar. Isto reduz a necessidade de cuidados individuais e pode evitar o agravamento dos problemas de saúde para condições mais complexas e caras. **As pessoas e comunidades empoderadas são as principais defensoras de que aumente a proteção financeira dos serviços de saúde.**
- **Os CSP são uma forma económica de prestar serviços**, portanto, focar os serviços de saúde nos CSP é a melhor forma de avançar CUS. O envolvimento de pessoas e comunidades empoderadas, como codiretores dos serviços, melhora a sensibilidade cultural e aumenta a satisfação dos pacientes, aumentando o uso e melhorando os resultados de saúde. Além disso, há evidências consideráveis de que os sistemas de saúde baseados em serviços CSP, primeiro contacto, contínuos, abrangentes, coordenados e centrados nas pessoas conseguem melhores resultados de saúde.
- **Em muitos países, a maioria das pessoas que actualmente não têm acesso a cuidados de saúde estão em desvantagem**, o que é um factor evidente de iniquidade em saúde. Os CSP são a melhor estratégia para evitar ou minimizar estas situações, devido à abordagem sobre os DSS, que sustentam a vulnerabilidade. Além disso, na maioria dos países, os CSP baseados na comunidade são a única maneira de alcançar às populações remotas e desfavorecidas

Na tabela seguinte pode-se observar a relação entre os CSP e a CUS.

Tabela 9. Como os CSP apoiam a realização da CUS

		Proteção financeira /reduzindo as despesas em saúde dos agregados familiares	Serviços de qualidade, medicamentos e vacinas	Acesso Equitativo aos serviços de saúde
C O M P O N E N T	Cuidados de Saúde Primários e funções essenciais da Saúde Pública	Os CSP ao nível populacional previnem a doença e promovem o bem-estar, reduzindo o atendimento individual e as despesas familiares. As despesas nos CSP mostraram ser eficazes em termos de custos comparados com a prestação de outros serviços de saúde.	Os sistemas de saúde com base em CSP de alto desempenho, que são o primeiro contacto com os serviços de saúde, contínuos, compreensivos, coordenados e centrados nas pessoas, conseguem melhores resultados em saúde.	A ênfase nos CSP baseados nos serviços à comunidade são a melhor forma de garantir o acesso, mesmo em áreas rurais remotas e as populações mais vulneráveis.
	Política Multissectorial e acção	Abordar os DSS previnem a mala saúde, promove o bem-estar →, reduz os cuidados individuais →, reduz os gastos em saúde.	Reduz a carga de doença na população, o que implica liberar outros recursos do sector da saúde, melhora a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.	Abordar os DSS pode aumentar o acesso apropriado aos serviços e reduzir as barreiras ao mesmos (por exemplo, ambiental, educacional)

E S D O S C S P	Empoderar pessoas e comunidades	Favorecer a advocacia para expansão da protecção financeira; desenhar sistemas de financiamento que melhorem a aceitabilidade	Advocacia para expandir o acesso e envolvimento dos co-directores dos serviços → aumenta a sensibilidade cultural e satisfação dos doentes, → melhorar a alfabetização melhora a utilização apropriada dos serviços de saúde e os resultados em saúde. → Melhora a capacidade do autocuidado.	Advocacia para não deixar alguém para trás e destacar o papel dos cuidadores informais.
--------------------------------------	--	---	---	---

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (27)

BIBLIOGRAFÍA CITADA NO TEXTO

1. Ministério da Saúde do Brasil. As cartas da Promoção da Saúde”. (Série B. Textos básicos em saúde). Secretaria de Políticas de Saúde. Projecto Promoção da Saúde. Brasília-DF, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
2. Tejada, D, A. Alma Ata: 25 anos después. Revista Perspectivas de Salud, OPS. Volumen 8, Número 1, 2003. Disponível em: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Alma Ata 1978. Atención Primara de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. OMS. Serie “Salud para Todos” nº 1. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
4. Chan, M. Cuidados Primários de Saúde: 20 anos desde Alma Ata. Chan, Margaret. Address to the 61st World Health Assembly. Genebra: WHO, 19 de maio de 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sowc9pt/cap2-dest2.htm>
5. Matta, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Revista. Trabalho Educação e Saúde, 3(2) p. 371-396, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462005000200007&script=sci_abstract&lng=pt
6. GIOVANELLA, L. Atención Primaria à Saúde selectiva ou abrangente? In: Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, v.24, n.1, p. S7-S27, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005
7. Mahler, H. (Director General de la OMS). El sentido de la salud para todos en el año 2000. Halfdan Mahler, Foro Mundial de la Salud, 2(1):5-25(1981). OMS, Ginebra, Suiza. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002
8. Ruiz Medina, M.I. “Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México”. Tesis doctoral. Cap. 2.10. 2.10 “Principios y valores de la Atención primaria en salud” 2011. Disponível em: http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/principios_valores.html
9. Portal Educação/Brasil. História e conceitos da APS. Artigo abril 2013. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/43945/historia-e-conceitosda-atencao-primaria-em-saude#!2>
10. Giovanella L, Mendonca MH. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil - Atención Primaria à Saúde. Cap. 16. ESF. 2009. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO PRIMARIA A SAUDE ESF Giovanna L Mendonca MH.pdf>
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atención Primaria em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial

- da Saúde (OPAS/OMS). 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
 13. Meireles C. Alma-Ata e Ottawa – As Conferências de Entre as Conferências... - Portal de Saúde Pública, 2008. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1
 14. Buss I; Puntel de Almeida, MC; Eggert, A, I; De Miranda, A IV; Monticeli, M Marisa Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Rev Enferm. vol.15 no.2 Florianópolis Apr./June 2006. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 15. MATTOS, R. A. Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-932387>
 16. Gomes dos Santos, MC. Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em Moçambique. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/10224/1/teseospMZ_final_10fev11.pdf
 17. Organização Mundial da Saúde (OMS/OPS). Relatório Mundial de Saúde 2008: “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca”. OMS 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
 18. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. OMS. 2010. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf
 19. Organização Mundial da Saúde (OMS/OPS). Objectivos do Desenvolvimento do Milénio. NU. 2015 Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=301:os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-e-a-agenda-pos-2015&Itemid=183&lang=es_14
 20. Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Declaração do Milénio.2000. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf

21. Nações Unidas. Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20): "O futuro que queremos". Rio de Janeiro, Brasil 20 a 22 de junho de 2012. Texto em português (12 de agosto de 2012). Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/processos/61AA3835/O-Futuro-que-queremos1.pdf>

22. Nações Unidas. Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015. Disponível em: https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf.

23. Nações Unidas. "Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável". 2015. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/Agenda2030completo_PtBR.pdf

24. Nações Unidas. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em Moçambique. Disponível em: <https://mozambique.un.org/pt/sdgs/>

25. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conferência Mundial sobre CSP. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>

26. Organização Mundial da Saúde (OMS). A Declaração de Astana. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

27. Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century. Visão dos Cuidados de Saúde Primários no século XXI. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

➤ **Vídeos:**



- 1.-APS_Alma Ata. Video OPS: "Atención Primaria de Salud: Renovando nuestro compromiso" (Video da OPS 25 anos depois de Alma Ata). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Be91a5KoLZ8>

- 2.-Atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias. CECIP/Instituto FIOCRUZ/Governo do Brasil: Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rXIYQe52-Ys>

- 3.- Primary Health Care. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=1l_PHW3rrp8&ab_channel=MedicusMundiMediterr%C3%A0niaMedicusMundiMediterr%C3%A0nia

- 4.- Primary health care throughout our life. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=QX7Q0a8GxaA&ab_channel=WorldHealthOrganization%28WHO%29WorldHealthOrganization%28WHO%29Verificada

- 5.-Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LXQ8jRA453w&t=315s>

6.- Cronologia das estratégias de saúde. Disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=Z7hJiJmeqVM&ab_channel=MedicusMundiMediterr%C3%A0niaMedicusMundiMediterr%C3%A0nia

7.- Spirit of Astana Declaration - Primary Health Care. **Disponível em:**
https://www.youtube.com/watch?v=55WjiY67Xpc&t=34s&ab_channel=WorldHealthOrganization%28WHO%29

8.- From Alma Alta to Astana and Universal Health Coverage - A Strong Foundation for Primary Healthcare. Disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=ywc8D5nnb_0&ab_channel=WorldHealthOrganization%28WHO%29WorldHealthOrganization%28WHO%29Verificada