

# Curso de Formação em Cuidados de Saúde Primários



Entidades Organizadoras:



Entidades Financiadoras:



OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

# TEMA 2 - OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) E A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PDS)



# Conteúdos



*Antecedentes históricos da Atenção Primária de Saúde/Cuidados de Saúde Primários(CSP)*

*Conferencia de Alma-Ata e os Cuidados de Saúde Primários (CSP)*

*A Promoção da Saúde (PdS)*

*Evolução histórica das visões e estratégias dos CSP depois da Conferencia de Alma-Ata*

*Os Objectivos de Desenvolvimento e a Saúde*

*Os Novos Compromissos com os CSP*

# 1. 1. Antecedentes históricos dos Cuidados de Saúde Primários(CSP)

- **Inovações baseadas na comunidade** nos países pobres após a Segunda Grande Guerra Mundial foram sugestivos para a reflexão e as mudanças futuras: clínicas para < 5 anos na Nigéria; os “doutores descalços” na China; os SS em Cuba e no Vietname; as experiências de Moçambique durante a luta de libertação e após a independência.
- **Anos 60:** Amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde.
- **Na segunda metade da década de 1970,** os movimentos de libertação das colônias africanas com ênfase nos valores locais, privilegiando-se a construção de um modelo de atenção à saúde distinto.
- **1974: Relatório Lalonde** – Os campos de saúde. Relatório. *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianos* (1974).



Fonte: OMS ([http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/))

# 1. 2. Antecedentes históricos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

**1978:** Conferência Internacional de Alma-Ata (OMS/UNICEF)

✓ Estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS)  “Saúde Para Todos no Ano 2000”

**1980:** Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra. Abordagem social da saúde.

**1981:** “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, Canadá - Contexto social é um poderoso determinante da Saúde porque moldava o comportamento.

✓ Nova orientação centrada nos factores sociais e ambientais.

**1984:** “*Além do Cuidado da Saúde*”, Canadá e EURO/OMS – introdução de dois novos conceitos: **política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável.**

**1986:** 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa-Canadá.

# 1. 3. Antecedentes históricos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

## Comparativa dos conteúdos de três Cartas

ALMA- ATA	PROMOÇÃO DA SAÚDE	CIDADE SAUDÁVEL
1973-1978	1974-1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Outros sectores</li> <li>* Promoção/qualidade</li> <li>* Participação/planos</li> <li>* Atenção Primária de Saúde</li> <li>- Educação</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Saneamento</li> <li>- Materno-Infantil</li> <li>- Imunizações</li> <li>- Prevenção de endemias</li> <li>- Doenças/traumatismos</li> <li>- Medicamentos</li> <li>* Tecnologia adequada</li> <li>- Acção comunitária</li> <li>- Autodeterminação</li> <li>- Auto-responsabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacidade de comunicar-se p/ melhorar a qualidade de vida</li> <li>* Participação decisória</li> <li>* Políticas saudáveis</li> <li>* Abordagem sectorial</li> <li>* Ambientes favoráveis</li> <li>* Habilidades pessoais</li> <li>* <b>Reconversão do sistema de saúde</b></li> <li>- ênfase na equidade</li> <li>- Atenção aos determinantes sociais</li> <li>- extensão da promoção</li> <li>- prevenção, tratamento e reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida</li> <li>* Amplia a participação</li> <li>* Empoderamento</li> <li>* Compromisso público local</li> <li>* <b>Políticas saudáveis</b></li> <li>* <b>Ênfase em equidade</b></li> <li>* Atenção aos determinantes sociais</li> <li>* <b>Macro-função social</b></li> <li>- Trabalho e renda</li> <li>- Infra-estruturas</li> <li>- Desenvolvimento social</li> <li>- Saúde e nutrição</li> </ul>
"EMPODERAMENTO"		<b>SUSTENTABILIDADE SOCIAL</b>

Abordagem intersectorial, Participação e Responsabilidade da sociedade - ênfase em ambientes saudáveis e equidade

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

- Foi apresentada uma **visão geral das desigualdades e deficiências na saúde e bem-estar a nível mundial.**
- A Saúde foi considerada como **um direito humano** que os Estados devem ajudar a garantir.
- Foi estabelecida a necessidade urgente de **superar a situação de injustiça social.**
- **Foi estabelecida a Meta**, resumido no termo (HFA 2000). << SAÚDE PARA TODOS ATÉ AO ANO 2000 >>
- Foram seleccionados alguns indicadores para avaliar o grau de bem-estar alcançado, entre eles:
  - Reduzir a mortalidade infantil
  - Aumento da expectativa de vida
  - Prestação de água potável
  - O acesso universal aos cuidados de saúde, etc.
- Foi **decidida uma estratégia** (o caminho): **A APS ou CSP.**



## 2.2. Saúde para Todos (SPT) até ao ano 2000



Foi uma chamada social para a acção.

É uma meta social e política.

É um caminho para um futuro ideal.

É uma queixa de que muitas pessoas não têm acesso aos cuidados de saúde.

SPT um nível mínimo de vida digna dentro de um desenvolvimento verdadeiramente humano.

Todos os países do mundo devem ter desenhado suas estratégias políticas e em processo de implementação.

Significa que a saúde deve ser considerada como um objectivo de desenvolvimento económico.

É um conceito global, cuja aplicação exige a implantação de esforços multissectoriais.

Os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), definidos no ano 2000, como continuidade ao “slogan” de SPT.



## 2.3. A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP). Definição dos CSP

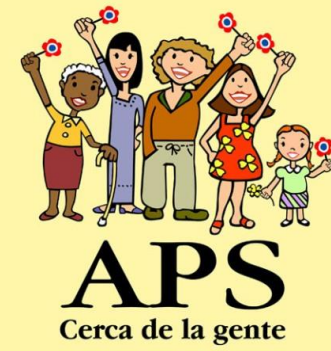
*“OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SÃO cuidados essenciais de **saúde baseados** em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e **socialmente aceitáveis**, colocadas ao **alcance universal de indivíduos e famílias** da comunidade, mediante sua **plena participação** e a **um custo que a comunidade** e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.” (Alma Ata, 1978)*

*Função central e o foco principal do SNS*

*Primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS*

*Primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde*

## 2.5. A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP). Valores e Princípios dos CSP



### VALORES

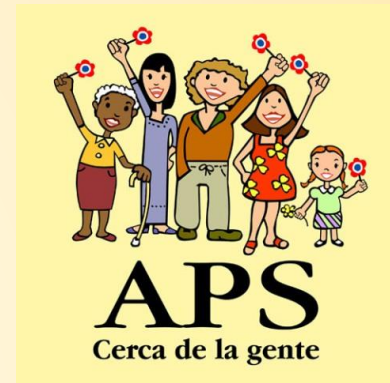
- Justiça social
- Direito à saúde para todos
- Solidariedade

### PRINCÍPIOS

- Acesso universal
- Equidade em saúde
- Participação da comunidade
- Abordagens intersectoriais da saúde.

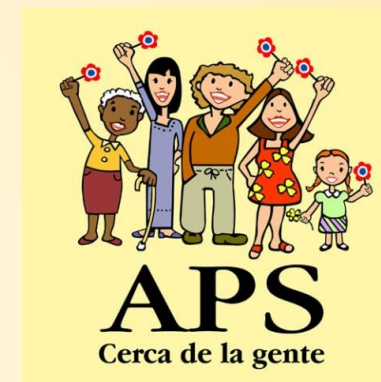
## 2.6 A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP). Componentes dos CSP

- Extensão da cobertura dos serviços de saúde e melhoria ambiental
- Organização e participação da comunidade
- Articulação Intersectorial
- Investigação e tecnologias apropriadas
- Disponibilidade e produção de **insumos e equipamentos** críticos
- Formação e uso adequado dos **recursos humanos**
- **Financiamento** sectorial
- A **cooperação** internacional



## 2. 7. A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP). Actividades mínimas dos CSP

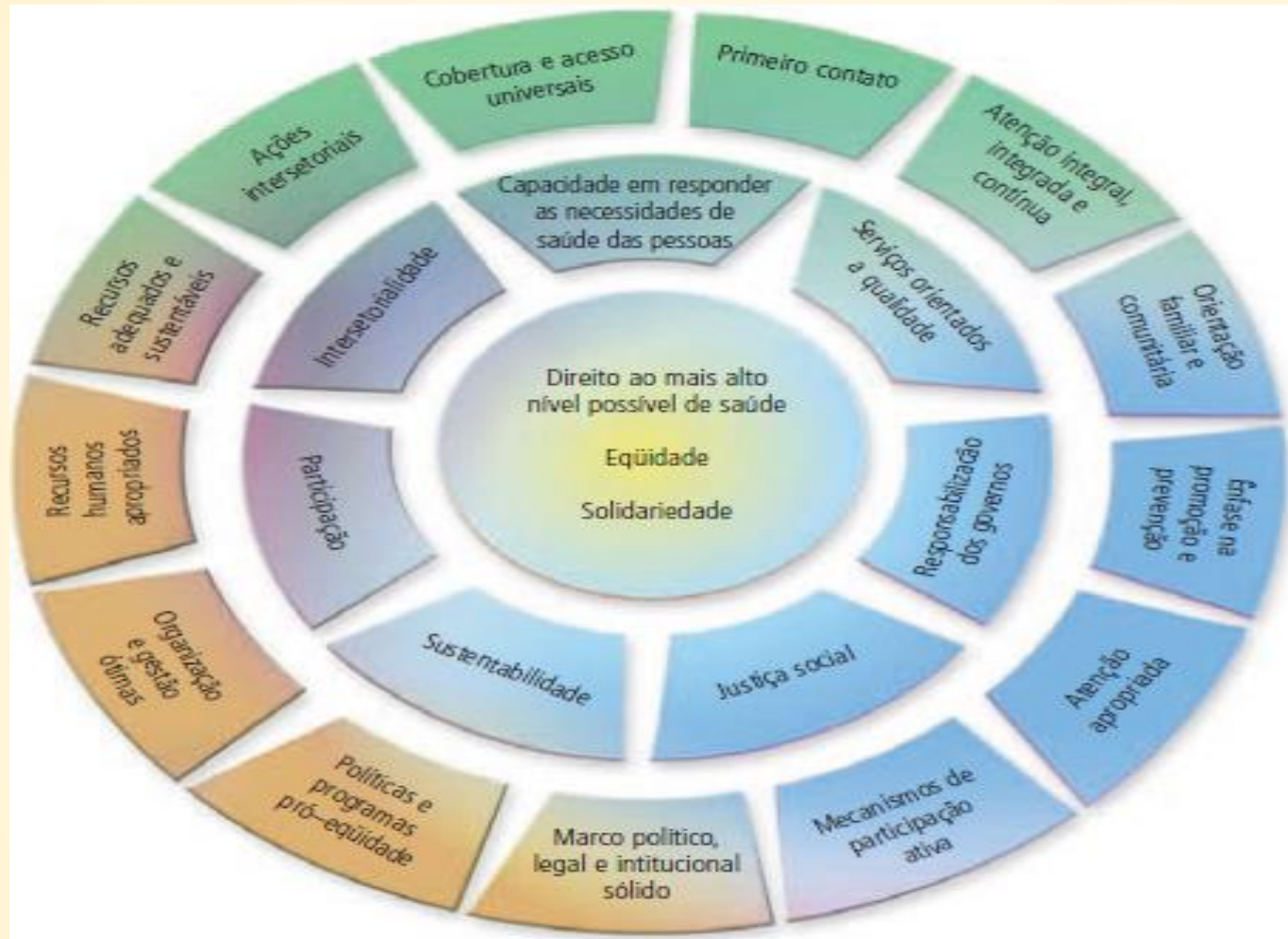
- Distribuição de alimentos e **nutrição** apropriada
- **Saúde materno-infantil** incluindo planeamento familiar
- Abastecimento de água **potável** e **saneamento básico**
- Prevenção e controlo das principais **doenças infecciosas** através da imunização
- Prevenção e **controlo de doenças** localmente **endémicas**
- **Tratamento de doenças** e **lesões comuns**
- Fornecimento de **medicamentos essenciais**



## 2.8. A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP). Conceitos e abordagens dos CSP

Abordagem	Definição ou conceito de Cuidados de Saúde Primários	Ênfase
CSP selectivos	Enfoca um <b>número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento</b> . 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.
Cuidados Primários	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 <b>concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados</b> . Na sua definição mais estreita, a abordagem é directamente relacionada à disponibilidade de médicos actuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção num sistema de serviços de saúde.
“CSP abrangentes 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 <b>comunidade</b> por meio de sua plena <b>participação</b> e a um custo que a comunidade e o país podem manter...Trata-se de uma <b>parte integrante do sistema de saúde</b> do país...e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contacto com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os <b>cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham</b> , e constitui o <b>primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde</b> ”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de cuidados de saúde e para a sociedade promover a saúde.
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos	Enfatiza a <b>compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos</b> mais amplos da saúde. Difere na 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 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 pretendem alcançar <b>melhoras de equidade em saúde</b> .	Uma filosofia que permeia os sectores social e de saúde.

## 2. 9. A Renovação dos Cuidados de Saúde Pirmários nas Américas




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>

## 3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE (PdS). A Carta de Ottawa

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

*“A Promoção da Saúde (PdS) é o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo”*

### Elementos chave para a prática da PdS

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE	DEFESA DA CAUSA DA PdS	CONDIÇÕES BÁSICAS ou ESTRATÉGIAS
As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz; Habitação; Educação; Alimentação; Renda; Ecosistema estável; Recursos sustentáveis; Justiça social e Equidade.	<p>A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.</p> <p>Factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS</li><li>- CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS</li><li>- REFORÇO DA ACÇÃO COMUNITÁRIA</li><li>- DESENVOLVER HABILIDADES PESSOAIS</li><li>- REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</li></ul> 

## PONTOS COMUNS ENTRE A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E A CARTA DE OTTAWA:

- Assumem a Saúde como um Direito Humano Fundamental
- Partilham e assentam em princípios e valores como a justiça social; equidade em saúde; igualdade entre cidadãos; solidariedade nacional e internacional; responsabilidade individual e colectiva; transparência de governos e instituições;
- Declaram como pré-requisitos essenciais: paz, habitação, educação, alimentação, recursos económicos, ambiente;
- Defendem a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar (mais abrangente na Carta de Ottawa) de forma a resultar em acções coordenadas de vários sectores (saúde, economia, política, sociedade, cultura, ambiente...);
- Apenam 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)
- A Meta não foi atingida mas ambos geraram resultados e impactos – ganhos em saúde.



DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA	CARTA DE OTTAWA
1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.	1ª Conferência internacional sobre Promoção da Saúde.
Visa as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e entre regiões desfavorecidas.	Visa principalmente os países industrializados.
Procura responder às necessidades e problemas de saúde mais prevalentes: doenças infecto-contagiosas (endémicas); desnutrição/fome; mortalidade materno-infantil ...	Procura corresponder às “expectativas” de pleno bem-estar – global, holístico, mediante o controlo de factores determinantes. Mais sofisticação, exigência e complexidade (“sociedades mais complexas e interdependentes”).
Ao sector da saúde compete, principalmente, a prestação de cuidados primários (prevenção, cura, reabilitação), intervenção na comunidade e educação para a saúde (para prevenção e controlo de problemas de saúde mais prevalentes).	O sector da saúde deverá sofrer reorientação: além da prestação de cuidados, salienta-se a promoção da saúde (além da investigação, educação e formação).
Os elementos-chave são os CPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Assistência continuada</li> <li>– Acesso universal</li> <li>– Protecção das comunidades (fonte de “autoconfiança”)</li> <li>– Proximidade aos locais onde vivem e trabalham</li> <li>– Reflectem as condições do país</li> </ul>	Os elementos-chave são as políticas saudáveis, que permitem: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacitação, “empowerment” de indivíduos/grupos</li> <li>– 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”)</li> </ul>

## 3. 4. A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PdS).

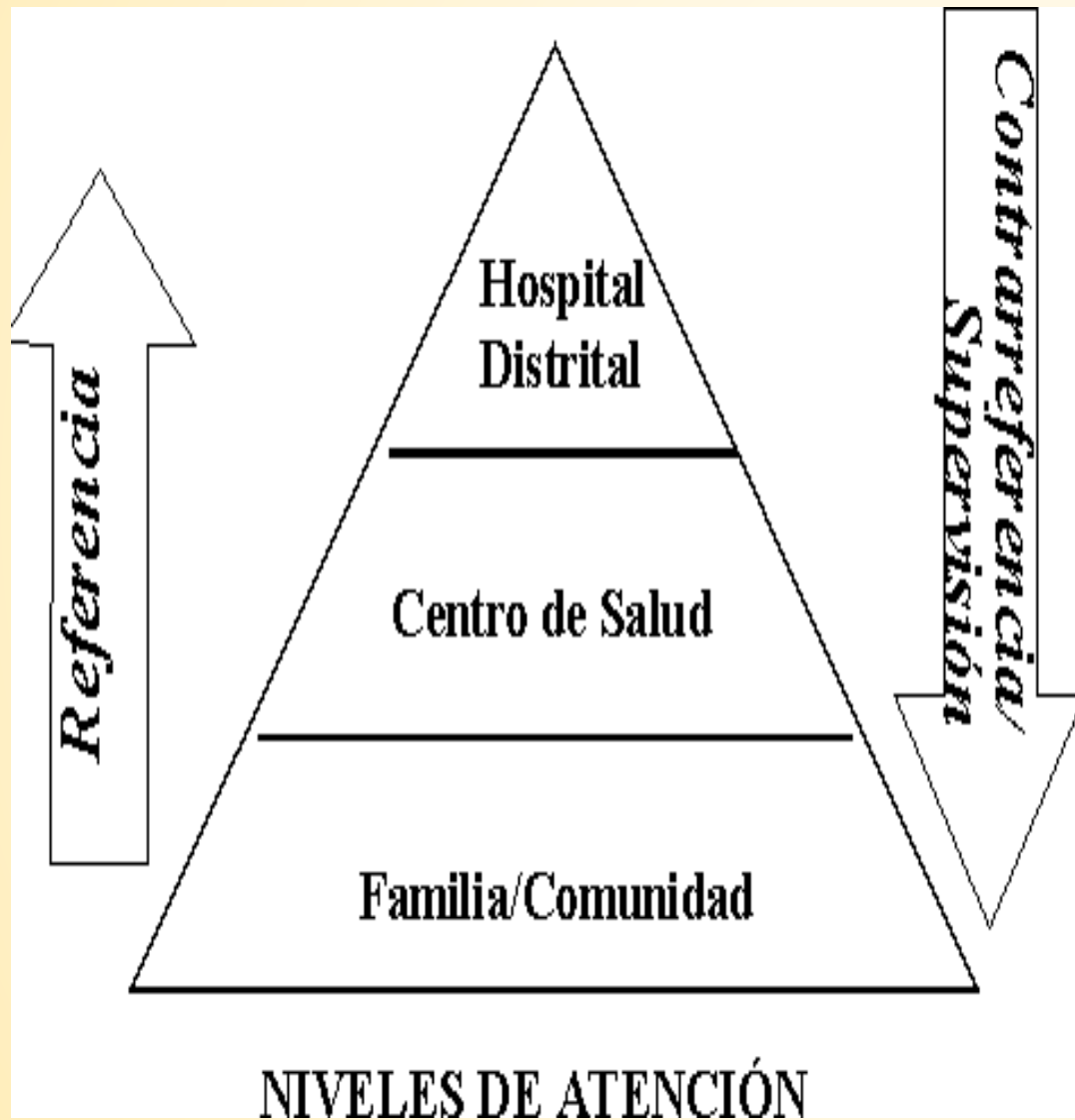
### Principais Conferências Internacionais sobre PdS

- **1988. II Conferência Internacional sobre PdS e a Declaração de Adelaide (Austrália) sobre políticas públicas saudáveis.** Na mesma foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações 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 PdS e a Declaração de Sundsväl, 1991(Suécia) criação de ambientes favoráveis à saúde.** Na mesma evidenciou-se a situação de extrema pobreza como tema central às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma-Ata.
- **1992. Declaração de Santa-Fé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde.** Estratégias para recriar a na América Latina.
- **1997. IV Conferência Internacional sobre PdS e a Declaração de Jacarta (Indonésia).** Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população,
- **2000. V Declaração do México. A Quinta Conferência Internacional de PdS .** Reforça a importância das ações de PdS nos programas e políticas governamentais, **Confirma o valor das ações intersectoriais para** assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.
- **2005. VI Conferência Mundial de Ods.A Carta de Bangkok.** Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas,
- **2009 - VII. Conferência Internacional de PdS. Declaração de Nairobi (Quênia) - Reduzindo as Lacunas na Implementação da PdS.**
- **2013 - VIII. Conferência Internacional de PdS. Declaração de Helsinque (Finlândia) - Saúde em Todas as Políticas.**

## 4. 1.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. CSP Selectivos

- Apesar das metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas plenamente, os CSP tornaram-se uma referência fundamental para as reformas de saúde realizadas em diversos países durante os anos 80 e 90 do século passado .
- A Declaração de Alma-Ata foi criticada por algumas agências internacionais com o argumento de ser muito **abrangente e pouco propositiva**. Assim, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de CSP integrais e abrangentes e a concepção restrita de CSP, prevalecendo a última.
- **1.- CSP SELECTIVOS:** N.º limitado de serviços de alto impacto para alguns desafios de saúde mais prevalentes nos países pobres... 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).
  - Critérios estritamente técnicos de custo-efectividade (UNICEF) sem considerar questões políticas determinantes, melhorias sócio-económicas e, a importância da garantia das necessidades básicas. Ex.: SRO e ausência de melhorias no saneamento básico.
  - **Dificuldades por contextos de escassez de recursos e condições económicas não favoráveis** (falta de RH preparados; dependência da ajuda externa; planos de reestruturação económica).
  - **Durante a década de 1980, a concepção de CSP como pacote restrito de serviços básicos seleccionados, voltados para o 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.**

## 4. 2.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. O Distrito de Saúde



- Nos anos 80 os **Centros de Saúde** emergiram como operacionalização da estratégia dos CSP
- 1981 a Fundação Aga Kan e a OMS organizam uma conferência sobre o **papel dos hospitais nos CSP**
- Conferência de Harare (1987) redefiniu o **conceito de distrito de saúde** como o **nível administrativo mais periférico do SNS**
- **APE: agentes polivalentes elementares** (opção muito descentralizada e desmedicalizada)
- **Equipas móveis, Comitês de Saúde, Postos de Saúde, parteiras tradicionais**
- **Surgem problemas** logísticos, de comunicação, supervisão, insumos,...

## 4. 3.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. A Iniciativa de Bamako



- Patrocinada pela UNICEF e pela OMS, e adoptada em 1987 pelos ministros africanos da área da saúde
- **Objetivo: aumentar o acesso a cuidados básicos de saúde, melhorando a eficácia, a eficiência, a viabilidade financeira e a equidade dos serviços de saúde**
- Oferecer um **pacote básico de serviços integrados**, por meio de CdS revitalizados e PdS, que utilizavam **taxas de utentes**, enfocando o **acesso a medicamentos**, e gestão de recursos compartilhada com a comunidade (participação da Comunidade)
- A imunização e a terapia de RO foram oferecidas sem qualquer custo. Critérios locais **para isentar os mais pobres de qualquer pagamento** foram estabelecidos pelas comunidades.
- **Resultados positivos:** melhorou o acesso, a disponibilidade, a viabilidade financeira e a utilização dos serviços de saúde em grande parte da África, principalmente para a saúde da criança e das mulheres
- **Limitações:** No início da década de 2000, a população pobre via o **preço como uma barreira**; **Equipas móveis deixaram de funcionar** / déficit de apoio



#### 4. 4.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Progresso em saúde desigual num mundo em mudança 1.

- Muitos dos programas orientados especificamente para doenças infecciosas prioritárias começaram a ter em consideração a *compreensividade*, a orientação para o doente, importância do aconselhamento, e a continuidade.
- Serviços maternos e de saúde infantil reorganizando-se em cuidados compreensivos e com continuidade: **Administração Integrada da Doença na Infância, PAV,...**
- Em geral, as pessoas estão hoje mais saudáveis, mais ricas e vivem mais tempo do que há 30 anos. Têm havido melhorias significativas no acesso à água, saneamento e cuidados pré-natais. Isto mostra que o progresso é possível.
- Nunca houve tantos **recursos disponíveis para a saúde** como agora.

## 4. 5.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Progresso em saúde desigual num mundo em mudança 2



- **O progresso substancial em saúde nas décadas mais recentes tem sido profundamente desigual**
- **A natureza dos problemas de saúde está a mudar** (O envelhecimento e os efeitos de uma urbanização e globalização... peso das doenças crónicas e não-transmissíveis).
- **Os SS não estão isolados do ritmo rápido de mudança e transformação que é uma característica essencial da globalização de hoje. As crises políticas e económicas criam obstáculos na resposta do estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento.**

## 4. 6.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Progreso em saúde desigual num mundo em mudança 1.mudança



Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direcções que pouco contribuem para a equidade e justiça social e são pouco eficientes. As três tendências mais preocupantes:

1. *sistemas de saúde centrados*, de forma desproporcionada, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados;
2. *sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada* por abordagens de controlo de doenças, com objectivos imediatistas, num espírito de comando-e-controlo;
3. *sistemas de saúde em que uma abordagem laissez-faire* (“deixar fazer”) da governação facilitou a expansão de uma comercialização desregulamentada da saúde.



## 4. 7.- EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: *Agora mais que nunca* (OMS, 2008)



- As evidências demonstram que os CSO têm capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994) realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde
- Os valores dos CSP para alcançar a saúde para todos, requerem sistemas de saúde que “Ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde”.
- Caminhar em direcção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde (SS) respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho.
- Reformas da maneira como os SS operam hoje = Agenda de renovação dos CSP.

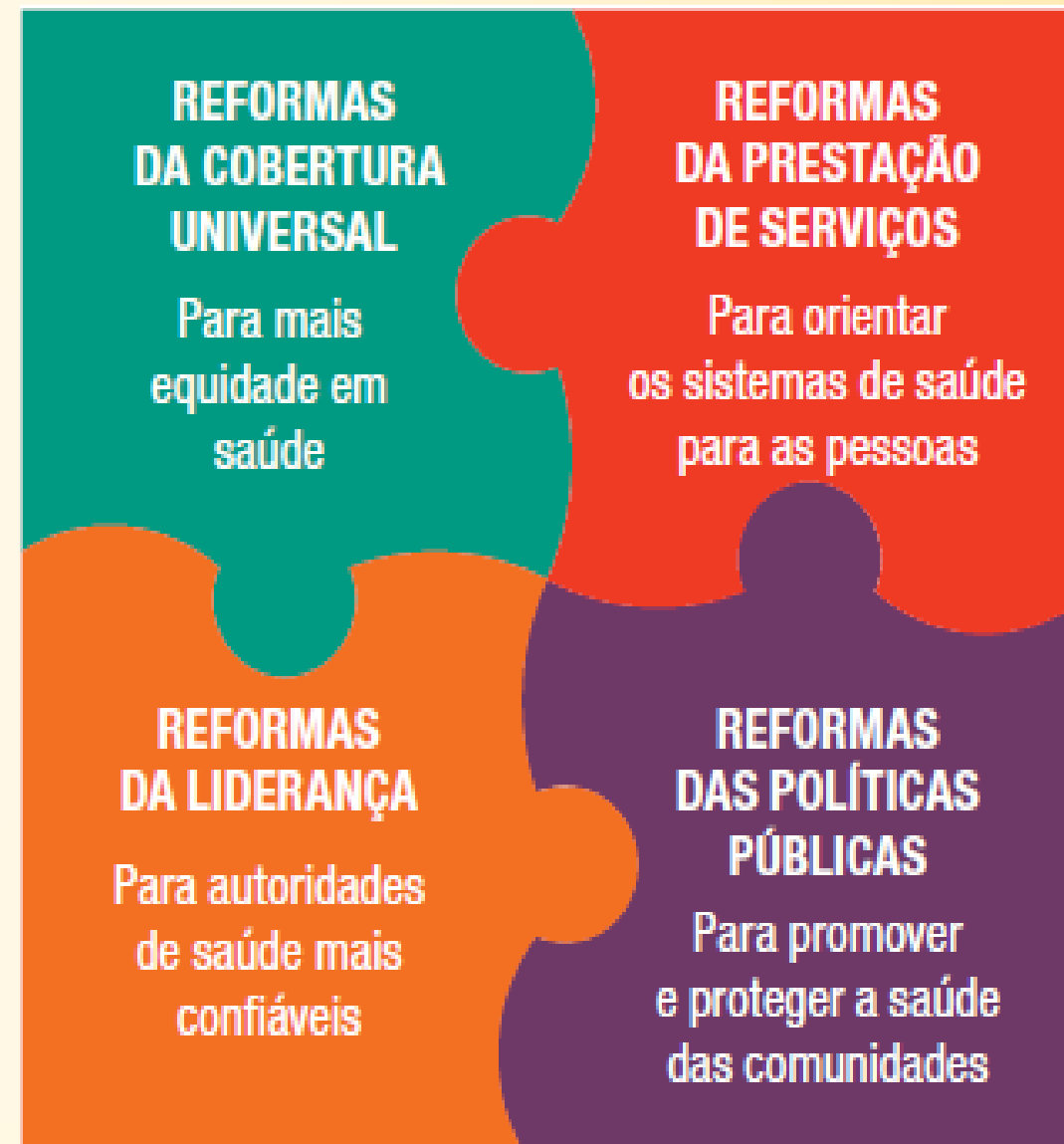
<b>PRIMEIRAS TENTATIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DOS CSP</b>	<b>PREOCUPAÇÕES ACTUAIS DAS REFORMAS DO CSP</b>
Amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os rurais pobres	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objectivo de acesso universal 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

## 4.9. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)

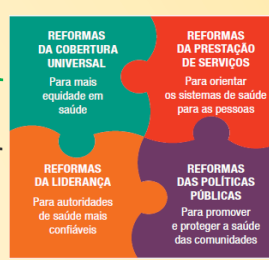
### CONJUNTOS DE REFORMAS dos CSP:

#### 1.REFORMAS DA COBERTURA UNIVERSAL acesso universal e protecção social da saúde.

- 1.1.-Promoção do pré-pagamento desde o início
- 1.2.-Coordenação de fontes de financiamento
- 1.3.-Fusão de sistemas de financiamento
- 1.4.-Accesibilidade física



## 4.11. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)



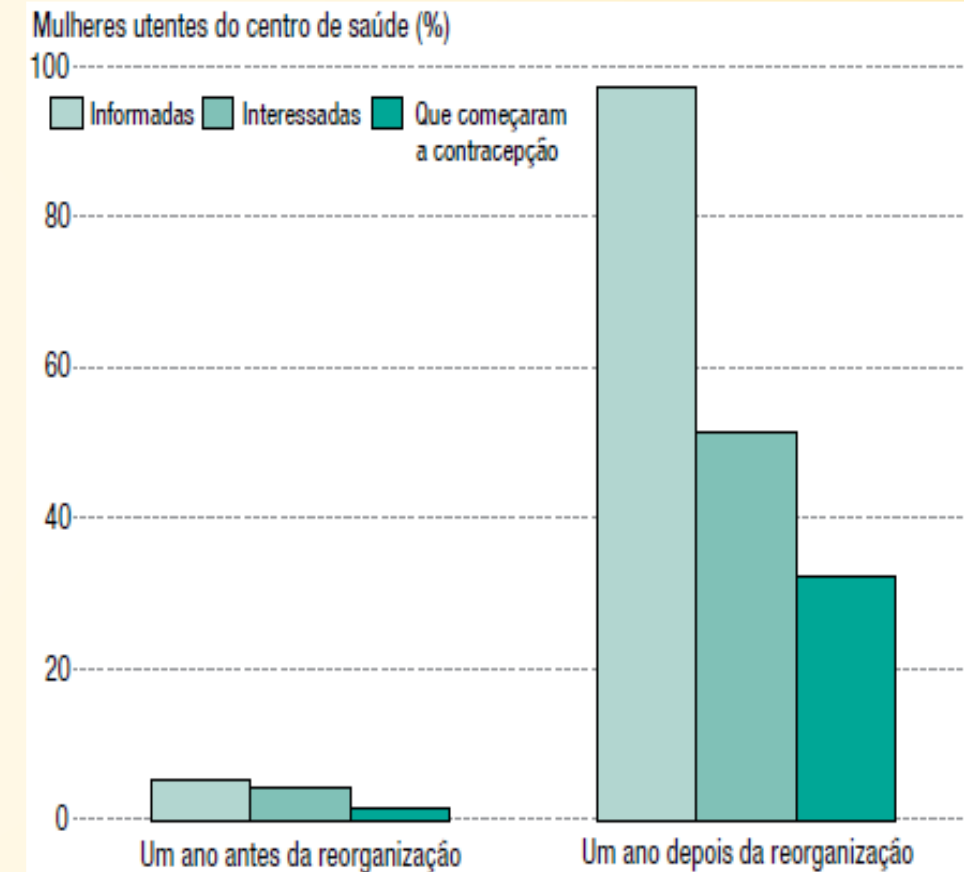
### 2. REFORMAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

em torno das necessidades e expectativas das pessoas.

#### 2.1. Bons cuidados têm a ver com pessoas.

- Cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas
- Diálogo activo com as pessoas

Ex. Efeito na adesão à contracepção da reorganização da forma de trabalhar nos CS rurais do Níger (serviços passou a estar sempre disponíveis)



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](https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1) (17)

## 4.12. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)

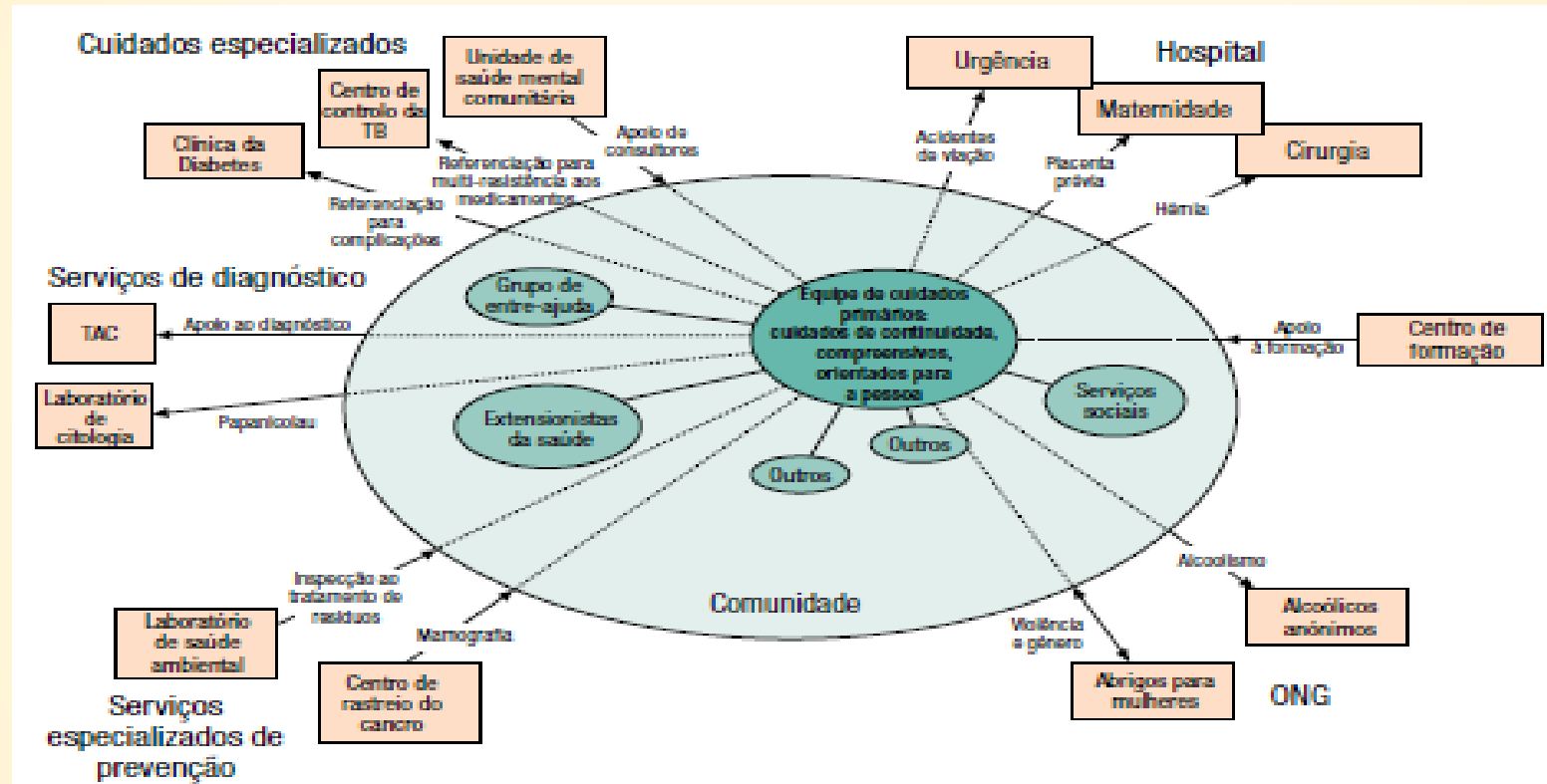
Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais.

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

## 4.13. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)



### 2.2. A equipa de 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/portuguese/publications/whr08\\_pr.pdf?ua=1](https://www.who.int/portuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1)

## 4.14. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)



### 3. REFORMAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

**3.1. Políticas Sistêmicas:** reorganizações que são necessárias nos elementos estruturantes dos sistemas da saúde para apoiar a cobertura universal e a prestação efectiva de serviços (relativas aos medicamentos essenciais, tecnologias, controlo da qualidade, recursos humanos, acreditação, etc.).

**3.2. Políticas da Saúde Pública:** acções específicas necessárias para dar resposta aos problemas de saúde prioritários, através de intervenções transversais de prevenção e de promoção da saúde.

**3.3. Políticas de outros sectores “SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS”:** contribuições para a saúde que podem ser alcançadas através da **colaboração intersectorial**. Requer parcerias entre os diferentes sectores.

Ex.: O grau de acesso ao aborto legal, por exemplo, co-determina a frequência de mortalidade relacionada com o aborto inseguro.



## 4.15. EVOLUÇÃO DAS VISÕES E ESTRATÉGIAS DOS CSP DEPOIS DA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA. Os CSP: Agora mais que nunca (OMS,2008)

**4. REFORMAS DE LIDERANÇA** que substituam uma dependência 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.

A experiência dos países que conseguiram acelerar as reformas dos CSP sugere **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 **inovacções**.
- ✓ **Partilhar ensinamentos** sobre o que funciona.

Os pormenores necessários para lhes dar vida em cada país devem ser guiados por condições e contextos específicos, com base nas melhores evidências disponíveis.



## 5. 1. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE.

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: “Um plano para o progresso” (2000-2015)



- No ano 2000, 191 países juntaram-se para reflectir a propósito do destino comum da humanidade (na sede **das Nações Unidas**, Nova Iorque)
- Constatou-se que embora as metas de “Saúde para todos (SPT-2000) eram muito ambiciosas num mundo em crises e em mudança, com desigualdades e grandes retos (cerca de 1,1 bilhão de pessoas estavam obrigadas a sobreviver com menos de US\$ 1 por dia, sendo que 30% delas são crianças), o espírito e o significado do slogan permanecia vivo e tinha que ser renovado.
- **A Declaração do Milénio consiste numa série de prioridades colectivas para paz e segurança, luta contra a pobreza, meio-ambiente e direitos humanos, a atingir até 2015, sendo consideradas medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade.**
- Foram definidos 8 objetivos e 18 metas, Cada ODM tinha metas fixadas para 2015, e indicadores para monitorar os progressos feitos. Vários dos ODMs - 3 dos 8 objetivos, e 8 das 18 metas - estão directamente relacionados com a saúde.

## O5. 2. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE.

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: “Um plano para o progresso”  
(2000-2015)



## 5.3. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE.

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: “Um plano para o progresso” (2000-2015)



- Secção dedicada às **necessidades especiais do Continente Africano**, principalmente sobre **Paz e segurança**, o **desenvolvimento sustentável** e a **luta contra a pobreza e o VIH/Sida**.
- **Avaliação dos ODM** (Relatório da ONU 2015):

Os ODM ajudaram a: **retirar da pobreza extrema** mais de mil milhões de pessoas, **fazer progressos contra a fome**, permitir que **mais raparigas frequentassem a escola** do que nunca antes, assim como a **proteger o nosso planeta**.

No entanto, apesar de todos os êxitos excepcionais, persistem enormes desigualdades e o progresso conseguido foi irregular.

*“As experiências e a evidência resultantes dos esforços para alcançar os ODM demonstram que sabemos o que fazemos. Mas os progressos futuros vão exigir uma vontade política sólida e um empenho coletivo a longo prazo”*. (Ban Ki-Moon, Relatório sobre os ODM - 2015. NU)

## 5.4. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE

### DECLARAÇÃO DE RIO + 20: “O futuro que queremos” (2012)



Em Junho de 2012 foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20). O objetivo da mesma foi a **renovação do compromisso político com o desenvolvimento sustentável.**

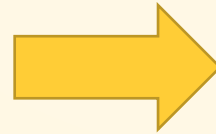
- Além dos pontos relativos ao Médio-Ambiente, há reconhecimentos e compromissos para: a **Erradicação da pobreza; Segurança alimentar, Nutrição e agricultura sustentável; Água e saneamento, Cidades sustentáveis e assentamentos humanos; Saúde e população; Redução do risco de desastres. Educação; Igualdade de género e empoderamento das mulheres.**

*“Na mesma ressalta-se a importância de concentrar a acção sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde...”*

*“... 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 acção multisectorial coordenada para resolver urgentemente as necessidades de saúde da população mundial. ”*

## 5.5. OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE. Os objetivos de desenvolvimento sustentável - ODS: “Transformar o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”

- Desafio que **requer** uma **parceria global** com a participação activa de todos, incluindo governos, sociedade civil, sector privado, academia, mídia, e Nações Unidas.
- Construídos sobre as bases estabelecidas pelos ODM
- 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas
- *Do global ao local*
- Os cinco P's da Agenda 2030





**Muito Obrigada!**