Contribuição da Fiocruz para os debates de temas da agenda da Global Conference on Primary Health Care, Astana, 2018

Este documento congrega um conjunto de contribuições preparadas por profissionais da Fiocruz, principal instituição de ciência & tecnologia em saúde do Brasil para apoiar e informar os debates de temas da agenda da **Global Conference on Primary Health Care** que será realizada nos dias 25 e 26 de outubro em Astana conforme programa da conferência apresentado a seguir.

Agenda: Global Conference on Primary Health Care - 25-26 October – Astana, Kazakhstan
Day 1 – 25 October, 2018

Time	Session
9.00 – 9.30	Registration of participants
9.30 – 10.00	Welcome and Pre-Opening Activity
10.00 – 12.00	Plenary and Keynote Address: Revitalizing Primary Health Care for the 21st Century to Achieve Universal Health Coverage
12.00 – 13.00	Official ministerial lunch and youth lunch
13.00 – 14.45	Opening Heads of State and Government Plenary: Whole of Government Approach to Advancing Primary Health Care towards Universal Health Coverage
14.45 – 15.15	Healthy break
15.15 – 16.15	Breakout Sessions: Revitalizing Primary Health Care for the 21st Century to Achieve Universal Health Coverage. Including: Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century
	Integrating Service Delivery: Social Services, Long-term Care, Hospital Care, and Public Health Interventions
	Community Health Systems as the Foundation for Primary Health Care
	Antimicrobial Resistance: Unfinished Agenda for Primary Health Care
	Increasing Resolution Capacity of the First Level of Care within Integrated Service Delivery Networks
16.30 – 17.15	Leaders of the Next Generation Forum: Strengthening Primary Health Care for the Future
17.30 – 18.30	Leaders of the Next Generation Breakout Sessions. Including: New Technologies and Disruptive Innovation
	Transformative Education and Training
	Primary Health Care for Newborns, Children, Adolescents, and Women
19.00 onwards	Reception hosted by the Government of Kazakhstan

Day 2 – 26 October, 2018

Time	Session
7.30 – 9.00	Senior Official Meeting: Progressing Primary Health Care towards Universal Health Coverage – the Path to UNGA 2019
9.00 – 10.30	Plenary Session: Making the Economic Case for Primary Health Care
10.30 – 11.15	Plenary Session: Enabling System Conditions for Primary Health Care
11.15 – 11.45	Healthy break

11.45 – 12.45	Breakout Sessions: Enabling System Conditions for Primary Health Care. Including: Harnessing Private Sector Service Delivery
	Strengthening Resilient Health Systems to Respond to Emergencies through Primary Health Care
	Intersectoral Approach to Primary Health Care and Population Health Management.
	Health Information Systems and Digitalization of Primary Health Care
	Primary Health Care and Aging Populations
13.00 – 14.00	Ministerial lunch
14.00 – 14.45	Plenary Session: Driving Equity through Primary Health Care
15.00 – 16.00	Breakout Sessions: Driving Equity through Primary Health Care. Including: Empowering People at the Centre of Primary Health Care
	Reaching Marginalized Populations through Primary Health Care
	Integration of Mental Health Services and Primary Health Care
	Primary Health Care in Palliative Care
	Non-Communicable Diseases and Primary Health Care
16.00 – 16.30	Healthy break
16.30 – 17.45	Final Plenary and Closing: Primary Health Care towards Universal Health Coverage and SDG 3
18.15 – 18.45	Press Conference

Sessão de Referência Astana: Whole of Government Approach to Advancing Primary Health Care towards Universal Health Coverage

Papel do governo na garantia do direito à saúde[1]

O papel do governo é garantir a saúde como direito da pessoa humana e da cidadania. A saúde é um bem de relevância pública, como está afirmado na Constituição Federal do Brasil de 1988. A saúde é também um valor socialmente construído, o que representa a evolução das sociedades para um patamar civilizatório baseado na dignidade da pessoa humana e nos princípios da justiça social e do reconhecimento dos direitos sociais.

Saúde não é uma mercadoria porque não tem um valor no mercado, apenas um uso para os indivíduos e as sociedades. Sendo um bem de relevância pública o Estado tem que assegurar as condições para que os indivíduos e a sociedade possam desfrutar de boa saúde, e enfrentar os determinantes sociais para promover a saúde. Essa responsabilidade pública diante dos cidadãos não pode ser terceirizada.

Por ser um bem público o Estado não pode usar critérios de outra natureza que não a defesa da dignidade e da saúde, individual e coletiva, na organização dos serviços e na definição dos critérios de acesso aos serviços.

A universalização do acesso aos serviços de saúde deve ter como porta de entrada, de um sistema integral e integrado, a APS, pela sua garantida efetividade na solução de problemas sanitários individuais e coletivos, sendo que esta precisa ser assegurada por meio de políticas públicas que forneçam condições materiais para que equipes multidisciplinares, bem organizadas e com formação adequada, realizem o trabalho de promoção, prevenção e atenção curativa. Sem estas condições o trabalho da APS se torna paliativo e com baixa capacidade de resolver as demandas sanitárias.

A atuação destas equipes, dentro e fora do Centro de Saúde, muitas vezes em locais com riscos elevados, envolve uma situação de grande complexidade que requer formação específica, integração da equipe de trabalho e utilização de tecnologias adequadas, que devem ser exigidas e garantidas pelo poder público.

O planejamento governamental é fundamental para a efetividade da ação da APS, bem como de sua real integração como central no Sistema Nacional de Saúde, revertendo o modelo de atenção, que tinha como foco o hospital, de baixa eficiência, alto custo, absorvedor de tecnologia e insumos sofisticados (muitas vezes provocando iatrogênese) e superando a dicotomia entre APS e atenção especializada e hospitalar.

[1] Elaborado por Sonia Fleury

Reservar ao setor público apenas a atuação nas unidades de APS impediria a construção de um Sistema Nacional de Saúde, cujas unidades trabalhem de forma planejada, articulada e colaborativa, em uma rede de referência e contrarreferência dirigida pelas políticas públicas em prol do interesse público. A tensão entre lógicas distintas, uma dirigida pelo interesse público e outra pela oferta de mercadorias e busca da lucratividade certamente compromete a concepção de Sistema Nacional de Saúde. Essa tensão já se expressa de forma dramática na falta de investimentos para tratamento de doenças negligenciáveis, muitas delas representando um desafio para a ação da APS. Os governos precisam usar o seu papel reitor na normatização do sistema, na produção e compra de insumos indispensáveis que, ou não se encontram no mercado ou cujo preço impede que sejam incorporados nos tratamentos da população que deles necessita.

Nas propostas de cobertura universal, a defesa da soma de recursos públicos e privados na composição do Sistema Nacional de Saúde não pode ignorar as contradições existentes e nem deve especializar as funções de forma que o governo se encarregue da APS e o setor privado se dedique à oferta de serviços que permitem maior margem de lucratividade.

Sendo um bem público o governo tem que exercer sua autoridade, para a qual foi legitimamente eleito pelos cidadãos, para prover as condições de desenvolvimento social e econômico por meio das políticas públicas. A recente substituição da noção de autoridade governamental pela governança, incluindo uma pluralidade de atores envolvidos na prestação dos serviços de saúde, não retira a responsabilidade nem a autoridade do governo. Caso contrário, o resultado será a desilusão dos cidadãos eleitores com a própria democracia e com os políticos, abrindo margem para o aparecimento de soluções antidemocráticas e autoritárias.

Lembrando que, reconhecer a proteção à saúde como direito inerente a toda pessoa humana significa que mesmo em situações de escassez de recursos e elevadas taxas de migração, o governo nacional não pode utilizar a defesa da cidadania em oposição à dignidade da pessoa humana, restringindo o acesso dos que estão em território nacional, documentados ou não, aos serviços de saúde, como bem exemplifica recente iniciativa do governo espanhol (Quadro 1)

Quadro 1 - Real Decreto-ley 7/2018, de 27/08/2018

O governo espanhol, por meio da promulgação do *Real Decreto-ley 7/2018, de 27/08/2018,* sobre o acesso universal do Sistema Nacional de Saúde, reconheceu expressamente que o direito à proteção à saúde é um direito inerente à toda pessoa humana, não cabendo sobre ele a introdução de qualquer elemento discriminatório, nem geral nem particular, em relação à exigências aplicada a residentes estrangeiros. O decreto atual contradiz, de forma explícita, disposição legal anterior (Real Decreto-ley 16/2012) que restringia o acesso ao sistema de saúde para pessoas adultas residentes na Espanha, porém sem cidadania, apenas ao recebimento de assistência em casos de

urgência, ou por enfermidade grave ou acidente, até a situação de alta médica, e também os cuidados na gravidez, parto e pós-parto. A justificativa para estas restrições era a necessidade de estabelecer medidas de urgência com vistas a tornar o Sistema Nacional de Saúde mais sustentável e melhorar a qualidade e segurança das prestações.

No entanto, o decreto atual justifica que a argumentação que fundamentava esta restrição baseava-se em critérios economicistas e conjunturais, voltados para a redução do déficit público, sem qualquer evidência de impacto favorável no âmbito sanitário. Ademais, considera a reforma de 2012 como um retrocesso na perspectiva universalista que orientou a criação do Sistema Nacional de Saúde, portanto, em franca contradição com a Constituição (Ley 14/1986 de 25 de Abril) e com a lei do Sistema Nacional de Saúde (Ley 16/2003 d 28 de Mayo), que estabelece como princípios a vocação universal e o caráter público do sistema de saúde, como formas de assegurar a coesão e a qualidade dos serviços.

O decreto atual afirma: “El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España.” Além do princípio ético que impede a exclusão da atenção à saúde de pessoas vulneráveis e necessitadas, os princípios sanitários, que fundamentam as ações de saúde pública demonstram que a universalidade da atenção não só melhora a saúde individual como também a saúde coletiva.

Sessão de Referência Astana: Revitalizing Primary Health Care for the 21st Century to Achieve Universal Health Coverage

Cobertura Universal da Saúde e Direito Universal à Saúde[2]

A proposta de Declaração de Astana reafirma a saúde como direito humano fundamental, inscrito na constituição da WHO e que foi assumido na Declaração de Alma-Ata como meta, a ser atingida por meio da APS, comprometendo-se a garantir Saúde para Todos no ano 2000. Em Alma Ata, a conclamação a todos para se comprometerem com a busca desta meta não elude o papel dos governos em sua responsabilidade no provimento de medidas sanitárias e sociais que asseguram a saúde das populações. Na Declaração de Alma-Ata os cuidados primários são colocados como a chave para atingir a meta de saúde para todos, associando-os ao desenvolvimento das sociedades sob o princípio da justiça social.

A proposta atual acentua a necessidade de comprometimento com a saúde e o bem-estar social, constante na definição do Sustainable Development Goals, com base na Cobertura Universal de Saúde (UHC), mesmo para grupos marginalizados ou vulneráveis, evitando dificuldades financeiras para eles. A APS é vista como a necessária base para alcançar a UHC, por ser mais efetiva, eficiente e equitativa.

Ao transmutar o direito universal à saúde em direito à cobertura universal em saúde, ocorreu uma transliteração, ou transposição de uma ordem política a outra, sendo o conceito de direito à saúde baseado no princípio igualitário de justiça social que só pode ser garantido pelo Estado, para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado.

A incompatibilidade entre a saúde como mercadoria e a saúde como direito se dá porque o direito se aplica de forma igualitária e com garantia do poder público, sendo os custos da prestação socializados de acordo ao princípio da justiça social. A igualdade é o fundamento da cidadania, que permite a diversidade de acordo com as necessidades, mas repudia a diferença como princípio de organização da ação pública. Portanto, podemos falar de cidadanias diversificadas com base em necessidades distintas, o que comporta uma igualdade complexa. Não se pode, no entanto, falar de direito à saúde quando a cobertura se encontrar limitada a um pacote de ações básicas para uns, enquanto outros terão atenção integral, de acordo com recursos que são externos aos critérios sanitários, pois são baseados em diferenciações socioeconômicas. Neste caso, ao invés de materializar o princípio da justiça social a política de saúde passaria a reproduzir as desigualdades do mercado.

[2] Elaborado por Sonia Fleury

Assim, a cobertura universal da saúde reduz a APS a um conjunto de ações básicas, oferecidas por diferentes instituições provedoras, mas não assegura a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania a ser garantido por um sistema universal de saúde. As diferentes coberturas em APS correspondem a diferentes vínculos dos indivíduos com os provedores, alguns dos quais se limitarão a uma seleção de cuidados básicos, uma APS limitada, seletiva, enquanto outros assegurarão outros níveis de cuidados, sendo nesse caso a APS o primeiro ponto de contato de um sistema universal integral. A defesa da APS como o coração do sistema de saúde exige que ela esteja conectada ao sistema integral de saúde, no qual os pacientes tenham respostas efetivas de acordo ás suas necessidades com derivação a partir da entrada na APS.

We are more likely to succeed than ever before?

A proposta atual da Carta de Astana se baseia em um diagnóstico otimista em base à convergência da vontade política entre uma multiplicidade de atores (stakeholders), aos sólidos conhecimentos desenvolvidos em anos recentes que permitem enfrentar os determinantes sociais da saúde aos avanços da tecnologia que tornaram os medicamentos e equipamentos de diagnóstico mais accessíveis à populações mais pobres e enorme avanços dos sistemas de informação que permitem melhorar a gestão e torna-la mais transparente, além da população ter cada vez mais informações sobre sua saúde.

Inegavelmente os 40 anos que separam a Declaração atual daquela de Alma-Ata representaram mudanças profundas em todos esses campos, o que, em princípio, contribuiria positivamente para a maior efetividade da APS e da realização do direito à saúde. No entanto, não se pode deixar de ver as contradições que se acentuaram como consequência dessas mesmas mudanças, sob pena de deixar de enfrentar os desafios que elas representam para atingirmos o objetivo de saúde para todos como direito universal.

O aumento dos atores envolvidos no campo da saúde tem como resultado um maior potencial de recursos a serem utilizados, mas também implica em maiores problemas de coordenação de esforços fragmentados e pulverizados, senão, divergentes. Se antes os governos dos Estados nacionais tinham poder de comando das políticas de saúde, em especial em relação à condução do sistema de saúde, mesmo nessa época já tinham capacidade limitada sobre o desenvolvimento científico e a produção de insumos. Essas tendências se acentuaram assim como a defasagem entre os países e empresas que produzem tais bens essenciais à saúde e aqueles que são seus meros consumidores. Também encontramos, nos dias atuais, instituições privadas que possuem incomparável poder de decisão sobre a política de saúde e de desenvolvimento C&T, superando em muito governos e organismos multilaterais de cooperação.

O desenvolvimento tecnológico se fez em uma ascensão exponencial, uma verdadeira revolução no campo do diagnóstico e recuperação, mas a transformação de tais insumos em mercadorias introduz uma dinâmica de consumo e obsolescência que é determinada pela lógica da lucratividade, muitas vezes em conflito com as disponibilidades e com as necessidades. O direcionamento do conhecimento e da produção de insumos em função da lucratividade tem sido responsável pela existência de doenças negligenciadas.

Por fim, a maior difusão de informações em saúde gera a possibilidade de maior participação da população em decisões sobre sua própria saúde e também sobre a política de saúde. O controle sobre as informações da saúde de cada indivíduo deve ser cada dia mais uma preocupação dos governos e autoridades, pois faz parte dos direitos da cidadania a preservação da inviolabilidade de dados que podem ser usados contra a vontade ou no desconhecimento dos indivíduos.

Sessão de referência Astana: Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century e Transformative Education and Training

Força de trabalho na atenção primária de saúde do século 21[3]

A Atenção Primária em Saúde (APS), re-valorizada e re-enfatizada 40 anos após a histórica reunião de Alma Ata, necessitará de força de trabalho quantitativa e qualitativamente diferentes. Já se reconhecia, àquele momento, que a APS '*Relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community'* (OMS, 1978).

Desde Alma Ata havia, e persiste uma clara deficiência do número de trabalhadores de saúde, estimados em mais de 4 milhões já em 2006 (OMS, 2017). Como, então, evoluir para uma APS que se apoia nos trabalhadores de saúde quando estes são tão escassos para as necessidades? A década de 2006/16, a partir do Relatório Mundial da Saúde de 2006, foi denominada "década de recursos humanos". Esperava-se criar um movimento que conscientizasse o mundo destas deficiências para alavancar sua superação, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Foi criada, então, uma Aliança Global de Recursos Humanos, com sede na OMS, reunindo parceiros governamentais e não governamentais. Foram realizados sucessivos Fóruns Globais de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Kampala; Bangkok; Recife e Edimburgo). No primeiro deles, se fez um diagnóstico e se traçaram seis estratégias interconectadas que seguem, mais de uma década depois, muito atuais. Vale ressaltar que monitoramentos vêm sido feitos, sem que se veja necessidade de mudar o rumo. As seis estratégias da Agenda de Ação Global são:

1. Construir liderança nacional e global coerente para soluções da força de trabalho em saúde;

2. Garantir a capacidade de uma resposta informada com base em evidências e aprendizagem conjunta;

3. Ampliar a educação e o treinamento dos profissionais de saúde;

4. Manter uma força de trabalho de saúde eficaz, responsiva e equitativamente distribuída;

5. Gerenciar as pressões do mercado internacional da força de trabalho em saúde e seu impacto sobre a migração;

6. Garantir investimentos adicionais e mais produtivos na força de trabalho em saúde.

[3] Elaborado por Francisco Campos

Esta é uma agenda que se repete em quase todos os países em desenvolvimento; alguns mais próximos de ter quadros aceitáveis em relação aos trabalhadores de saúde, outros muito longe disto. Apenas como exemplo, o Brasil não sofre uma drenagem de trabalhadores para os países ricos como a África; entretanto, o problema se repete internamente, provocando uma conhecida má distribuição de profissionais. Ainda que tenhamos vivido uma notável expansão do número de escolas e faculdades de nível superior das profissões da saúde, não há qualquer garantia de que estes profissionais servirão àqueles que deles necessitam.

Tomados um a um, o Brasil é um dos países que tem se notabilizado por alguns feitos na área de recursos humanos que, certamente, culminam no *Programa Mais Médicos*. Considerando cada uma das seis estratégias, pode-se dizer que o Ministério da Saúde elevou o *status* do desenvolvimento da educação e gestão, criando uma secretaria no mais alto nível hierárquico (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - SGTES) para endereçar os problemas. Esta Secretaria desenvolveu uma rede de observatórios para ter mais clara compreensão do que passa no setor; multiplicando, corajosamente, a formação profissional em escolas de nível superior e técnico; incentivando a criação de planos de carreira para reter os profissionais, chegando à radicalização ao aprovar o *Mais Médicos*, o que conscientizou a necessidade de investimentos na força de trabalho, apesar do permanente subfinanciamento do setor.

O caso emblemático do Mais Médicos foi uma medida extrema, extrapolando os limites convencionais do credenciamento para o exercício profissional médico para habilitar estrangeiros, ainda que em base restrita, a exercer sua profissão no país. Propiciou assim uma inquestionável expansão da atenção à saúde em áreas remotas, indígenas, rurais e, mesmo, às periferias urbanas, antes sem acesso a médicos.

O que está antes dito só pode ser entendido no contexto de um país que consagrou em sua Constituição um sistema universal e igualitário, definido como direito de todos. É diferente a situação daquela vivida por outros países que possuem sistemas segmentados, ainda que defendam uma cobertura universal, vista apenas como mecanismo de proteção financeira contra eventos catastróficos, ou como uma oferta aos desvalidos, que não tem como assumir suas próprias despesas com saúde. Esta diferença não é trivial como poderia parecer.

A APS bem estruturada e resolutiva é o único caminho para que um país que tem limitações orçamentárias possa oferecer todos os serviços necessários a toda a população. No caso brasileiro, a opção pela Estratégia *Saúde da Família* - porta de entrada da qual se espera resolutividade - é uma clara demonstração da adesão aos princípios exarados da reunião de Alma Ata, 40 anos atrás. Ainda que o modelo centrado no médico seja muito enraizado culturalmente no ideário tanto dos serviços quanto nos seus usuários, buscou-se estabelecer o conceito da *equipe multiprofissional de saúde*,

muito especialmente na atenção básica. Equipes compostas de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde tem sido essencial para reverter um modelo no qual apenas o médico pode curar. O caso dos agentes comunitários de saúde no Brasil é emblemático pois, há quase 300 mil deles nas 40 mil equipes de saúde da família, merecendo uma atenção legislativa muito peculiar para que possam existir como procissão única em um país tão heterogêneo.

Não é suficiente planejar apenas o pessoal vinculado a atenção primária. A declaração de Alma Ata já diz que a APS "*Relies, at local and referral levels, on health workers".* Desta forma, o planejamento do pessoal de unidades de urgência/emergência, rede de assistência psicossocial, hospitais regionais e hospitais de alta complexidade devem ser igualmente planejados de forma a que, quando referidos, os usuários do sistema encontrem boa atenção. É difícil se pensar hipoteticamente em uma atenção primária resolutiva com gargalos nos níveis de alta e média complexidade, pois o que poderia acontecer seriam rebotes que sobrecarregariam a APS naquilo em que ela não é capaz de resolver.

Em outros países do mundo, há uma complexa discussão do que se denomina *task-shifting*, onde competências mais simples possam ser atribuídas a outros profissionais que podem exercê-las, sem comprometer sua qualidade, liberando assim, médicos, dentistas e enfermeiros para realizarem ações mais complexas e que dependem de uma formação mais aprofundada e, por isso mesmo, mais cara. O *task-shifting* consiste em pensar quais as competências devem ser retidas por cada uma das profissões de forma a utilizar, parcimoniosamente, os escassos recursos da saúde frente a necessidades crescentes de uma população cada vez melhor informada. Um exemplo interessante é o dos optometristas que poderiam aliviar o trabalho de oftalmologistas (4-5 anos de residência), deixando para os últimos, situações muito mais complicadas. São também citados os casos dos partos normais (que podem ser atendido por obstetrizes, ou enfermeiras obstétricas, ou doulas) e muitos outros.

Tratemos agora da *gestão do trabalho*, iniciando por afirmar que não é admissível vínculo laboral não protegido socialmente para aqueles que trabalham no setor saúde. Direitos a previdência, férias e afastamento em casos de problema de saúde fazem parte do mundo civilizado. No outro extremo, percebe-se a exaustão de um modelo rígido de gestão de pessoal, baseado nas premissas weberianas de estabilidade funcional. Em um mundo muito dinâmico tecnologicamente tem se visto casos em que as rápidas mudanças na assistência devam ser acompanhadas por mudanças na gestão de pessoal, de forma a dotá-la de maior flexibilidade.

Nos últimos anos surge uma miríade de profissões da saúde e, consequentemente, pugnas corporativas muito fortes por fronteiras de atribuições, que são declaradas serem privativas de certas profissões. Não é outra a luta que se dá, no caso brasileiro, quando se aprova a *Lei do Ato Médico*,

claramente contestada por quase todas as demais profissões, na medida em que designa muitos procedimentos como privativos de uma única categoria, a dos médicos.

A questão da formação e da gestão adequada da força de trabalho adquire grande complexidade que provêm, simultaneamente, dos mundos da educação, da gestão, do trabalho, da C&T, que tornam estes encaminhamentos intrincados e impossíveis de terem resultados imediatamente alcançados, levando muitos gestores a focarem em problemas mais simples e endereçáveis de maneira mais imediata.

Nesta discussão é importante a qualidade da assistência, mas, é igualmente importante sua possibilidade de extensão da cobertura.

Formação de recursos humanos e APS

O estabelecimento do *Programa de Saúde da Família (PSF)* no Brasil marca uma mudança de rumos no modelo assistencial, introduzindo de forma inequívoca a atenção primária e tudo que aí advém, em um contexto de carências quantitativas e qualitativas de profissionais de saúde.

Um dos problemas que se tem ao planejar um curso de capacitação dos diversos membros de uma equipe de atenção primária é definir as competências que caracterizam cada qual, e transformar essas competências em objetivos de aprendizado que sejam mensuráveis.

Competências descrevem desempenhos esperados no trabalho desenvolvido por profissionais e auxiliares, atuando em um campo de ação, e deverão ser definidas em termos de objetivos educacionais a serem alcançados. A partir daí, pode-se planejar as oportunidades de aprendizagem que serão oferecidas ao aluno e que deverão incluir um sistema de avaliação contínua do aprendizado auferido.

Um modelo legal baseado em regulamentação das profissões nas quais atos privativos de profissões são estabelecidos por lei é claramente insuficiente, tanto para dar guarida à prática de equipes multiprofissionais, onde estes limites são, por vezes, muito mais imprecisos. Internacionalmente, a OMS vem promovendo o conceito de *task-shifting*, onde as competências possam ser redivididas de maneira mais flexível, porém, tendo-se em conta sempre a economicidade de que não é necessária a formação de uma década em uma universidade para que tarefas de relativa simplicidade tecnológica possam ser executadas.

A dificuldade está em se traduzir competências complexas em objetivos claros e, sobretudo, mensuráveis. Ademais, dever-se-á definir critérios que permitam avaliar o desempenho dos alunos ao longo do processo de capacitação.

A formação profissional para o trabalho na atenção básica no Brasil (Estratégia Saúde da Família), traz consigo algumas peculiaridades, quais sejam: a grande amplitude do campo de trabalho, a

heterogeneidade das práticas locais, a ruptura paradigmática típica da estratégia e a incipiente estrutura acadêmica para o ensino e pesquisa em APS no país.

Visando responder a esses desafios, o Ministério da Saúde do Brasil tem atuado de forma a aprimorar a formação de recursos humanos para essa área. Alguns dos documentos ministeriais e outros específicos das entidades representativas profissionais foram utilizados para a confecção do presente documento. Através do estudo de tais fontes pode-se afirmar, que:

- A formação para o trabalho em Saúde da Família envolve competências do campo cognitivo, afetivo, psicomotor e metacognitivo, melhor apreendidas a partir do contexto específico do local de trabalho do educando e de seu domínio prévio de cada um desses campos.
- A ESF tem no trabalho em equipe uma de suas principais características. Sendo assim, é necessário que os cursos e programas de capacitação desenvolvam competências para o *fazer coletivo* em saúde. Entretanto, para além da interdisciplinaridade, é recomendável que os cursos tenham uma estrutura que possibilite aos educandos desenvolver competências específicas de sua profissão, o que complementaria o trabalho em equipe, traduzindo-se em maior resolutividade da atenção à saúde.

Existem algumas condições para que se desenvolva um trabalho em equipe, a saber:

- Há um objetivo comum: no caso da ESF, atender às demandas e necessidades de saúde de uma população vivendo em um território definido;
- Esse objetivo deverá ser estabelecido de comum acordo com os gestores de saúde do município/estado correspondente e discutido com os membros da equipe e a comunidade, definindo prioridades de ação;
- Cada membro da equipe conhece as competências específicas de cada qual, reconhecendo a importância da sua contribuição para realizar o trabalho e alcançar os objetivos de resolutividade estabelecidos.

A interação com a comunidade e com gestores permite avaliar, periodicamente, os objetivos e revê-los em discussão com todos os membros da equipe do PSF.

Aprendizado por competências muda o foco do processo educacional do professor, que indica o que o aluno deve aprender e ser capaz de fazer ao terminar seu curso. Os resultados do aprendizado são traduzidos em competências definidas pelos esforços de atender as demandas e necessidades de saúde de uma população vivendo em um território.

Ao centrar o processo educacional no aluno, é necessário oferecer flexibilidade de tempo de interação do aluno com uma matéria, oferecida em vários formatos. A flexibilização do aprendizado requer que se cogite numa flexibilização do sistema educacional, regrado por horas-aula, disciplinas e matrícula semestral dos alunos. A necessidade de admitir que os alunos precisam de tempos variáveis de interação com a matéria para aprender, requer repensar a organização didática dos cursos, admitindo que em um determinado período de tempo os alunos poderão interagir com as oportunidades de aprendizagem oferecidas de acordo com sua motivação, aptidão e seu estilo de aprender.

Essa flexibilização do regime didático é essencial nos cursos de formação de profissionais da saúde em que se propõe a inserção dos alunos nos serviços de saúde, como no caso da APS. Da mesma forma, desaparece o conceito de turmas padronizadas realizando as mesmas ações ao mesmo tempo. De outro lado, o aluno deve ter a oportunidade de atuar em serviços sob supervisão permanente, integrando-se a uma equipe de prestação de ações de saúde.

Conformar-se-ia, desta maneira, uma *abordagem híbrida do aprendizado,* em que o aluno teria acesso ao conhecimento via internet, mas, teria a oportunidade de aplicar esse conhecimento na solução de problemas de saúde de uma população, ou seja, aprender fazendo.

O sistema educacional deverá oferecer, pois, cursos modulares e de acesso livre, validar conhecimentos, oferecer novas oportunidades de aprendizagem, sistematizar os conhecimentos e habilidades necessárias a outorgar a sua licença profissional, além de, obviamente, pesquisar e desenvolver novos conhecimentos.

O aprendizado flexível deverá prevalecer numa sociedade em que a inovações, novas tecnologias, sobretudo no campo da saúde, e Inteligência artificial terão cada vez mais importância.

Ademais, o aprendizado deve transcender os 5-6 anos de formação inicial dos profissionais, estendendo-se ao longo da vida, especialmente quando se consideram as constantes mudanças advindas do progresso científico e tecnológico. Assim, no caso brasileiro, se propôs o estabelecimento de uma rede colaborativa entre instituições acadêmicas com o intuito de oferecer educação permanente ao longo de toda a vida laboral dos trabalhadores. Abre-se a oportunidade, tanto pela FIOCRUZ, quanto de várias universidades de sua rede no país, de se aprender quando quiser, onde quiser, quantas vezes quiser e, muito importante, o que quiser. Em um mundo onde o acesso ao conhecimento é feito diariamente por todos na internet, ocorre aqui uma possibilidade de acesso a muitas diferentes fontes de informação, tanto no sentido vertical (transmissão professor/aluno), quanto, mais criativamente, se formam redes horizontais com comunidades de prática que tem a facilidade de criar uma permanente interação entre aqueles que aprendem e estão em postos de trabalho em locais muito distintos, quebrando barreiras impensáveis alguns anos atrás. A auto-avaliação desses alunos dará aos mesmos uma segurança no seu progresso nos cursos auto-instrucionais escolhidos.

Cursos modulares veiculados pela internet permitindo a busca de conhecimentos quando o aluno quiser, aonde quiser e quants vezes achar necessário para aprender, caracterizando a flexibilidade da instrução e o auto-aprendizado são fundamentais em tempos atuais e a UNASUS e universidades de sua rede, têm tido, nesse particular, papel preponderante.

Mudanças curriculares na formação de profissionais de saúde devem ser propostas para capacitar o aluno não apenas no uso de novas tecnologias, como os robôs e sistemas de apoio à decisão clínica,

processamento de linguagem natural, facilitando a adoção de prontuários eletrônicos, mas também na avaliação de *big data* em saúde. Num mundo onde celulares, *weareable devices* e prontuários eletrônicos se comunicam, é importante formar os estudantes olhando para o futuro e não para o passado.

Ênfase na relação profissional de saúde-paciente é fundamental para que o paciente possa compreender seus problemas de saúde e tenha mais tranquilidade ao enfrentá-los.

Referências

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde/ Ministério da Saúde, 2007. 210 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Acessado em http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf em 04/10/2018.

Sessão de referência Astana: Integrating service delivery: social services, long term care, hospital care and public health interventions e Sessão: Increasing resolution capacity of the first level of care within integrated service delivery networks

Integração de serviços no sistema de saúde e fortalecimento da capacidade resolutiva da APS em redes integradas[4]

Para promover o direito humano universal ao acesso a serviços de saúde, a APS deve se constituir no primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde, ser de fácil acesso, prestar atenção oportuna, resolutiva e de qualidade, ofertar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, atuar no território, espaço dinâmico e vivo, promovendo a participação social e a ação comunitária. Deve ser o início de um processo coordenado e contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada.

Para responder melhor, com mais qualidade e eficiência, às necessidades de saúde de pessoas, famílias e comunidades, é imprescindível, portanto, ação comunitária e intervenções territoriais, ações individuais e de saúde pública, integração entre os serviços de saúde em seus diversos níveis, primários, secundários e terciários (ambulatoriais ou hospitalares) a articulação com outros serviços como os serviços sociais e aqueles de cuidados de longa duração.

Em países com as mais diversas configurações e renda, a oferta de cuidados integrados é dificultada pela fragmentação entre serviços sociais, comunitários e de saúde, especialização e segmentação dos sistemas de saúde (Valentijn et al., 2013; Giovanella e Almeida, 2017). A Atenção Primária à Saúde em seus princípios, políticas e ações clínicas, é considerada "pedra angular" para alcançar melhores resultados e equidade em saúde, sobretudo em sistemas universais, em comparação àqueles orientados aos cuidados especializados. Além disso, um sistema orientado à APS requer articulação intersetorial com as demais políticas sociais, assumindo um papel estratégico e integrador ao interior do sistema de saúde (Valentijn et al., 2013).

Estratégias de coordenação do cuidado para alcance de "cuidados integrados e integrais" são potencializados em cenários que buscam se estruturar sobre as bases de uma APS abrangente – fortalecida em seus atributos essenciais – primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação.

[4] Elaborado por Patty Fidelis de Almeida, Ligia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça

A coordenação do cuidado pode ser compreendida como a articulação entre diversos serviços, ações, profissionais e usuários na atenção à saúde, de forma que, independente do local onde seja prestada, esteja sincronizada e facilite a oferta apropriada e oportuna dos cuidados em saúde interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros (Núñez et al., 2006; McDonald et al., 2014). Nesta perspectiva, coordenação do cuidado amplia a compreensão e o escopo da "integração entre serviços de saúde", embora a integração seja um de seus componentes. A sustentabilidade da coordenação é dependente da existência de ações integradas entre prestadores, profissionais e usuários, conformados em rede, e também da fortaleza da APS na "condução do sistema de saúde" (Boerma, 2010), o que envolve seu papel no ordenamento de recursos de diversas ordens, entre os quais financeiros, simbólicos e de ordenação da força de trabalho em saúde (McDonald et al., 2014).

É reconhecido que instrumentos e mecanismos de coordenação possam ser utilizados em diferentes sistemas de saúde, e que sua utilização se ancora em objetivos muito distintos como interesses de mercado, nos sistemas de caráter privado, ou fundamentados por objetivos universalizantes e de equidade, como em sistemas públicos.

Alerta-se que proposições e estratégias de integração por agravos/patologias, em geral, centram-se no cuidado individual, não incluem ações de promoção da saúde e carecem de enfoque populacional/territorial e comunitário, resultam em maior fragmentação do sistema, maiores custos operacionais com perda de eficiência e incorrendo no risco de produção de novas modalidades de verticalização.

Um conjunto de elementos são necessários e reconhecidos para assegurar melhor coordenação do cuidado: definição de metas e estratégias para o sistema de saúde, compartilhadas entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário); esquemas de pagamento e alocação de recursos que incentivem a coordenação; estrutura que garanta e aprimore mecanismos de comunicação entre profissionais de saúde envolvidos no cuidado com utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação; desenvolvimento de uma cultura comum e de liderança orientadas ao trabalho em equipe, à colaboração e ao melhor desempenho (Schang et al., 2013). Mas, sobretudo é necessário o fortalecimento de um modelo de atenção à saúde com base na APS (Schang et al., 2013).

Parte-se da proposição que somente uma APS fortalecida integrante de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais (Almeida et al., 2011).

Para que a coordenação ocorra é necessário que a rede de atenção à saúde esteja estabelecida geograficamente, com população definida, papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde que a compõem, função esta que extrapola a capacidade de um nível específico do sistema.

Neste sentido, a existência de uma rede regionalizada é estratégia fundamental para os sistemas de saúde universais equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. A APS é parte desta rede regionalizada e o seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, de toda a população circunscrita aos territórios regionalizados. Portanto, a posição ocupada pela APS na rede assistencial, se mais central ou periférica, determinaria suas possibilidades de exercer a função de coordenadora do cuidado em uma perspectiva ampliada.

O trabalho comunitário e a promoção da participação social inerentes à concepção de atenção primária integral, subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo movimento de reforma sanitária brasileira e expressa na Constituição Brasileira, implica desenvolver práticas de coordenação para além dos muros dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário e ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios para desenvolver ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde (Rede APS, 2018).

O reconhecimento da posição estratégica da APS na rede representa elemento técnico e simbólico fundamental para a assunção das funções de guia do percurso terapêutico dos usuários em suas trajetórias assistenciais, assim como seu posicionamento na direção da formação e regulação da força de trabalho em saúde que alie cuidado individual (formação clínica) e enfoque populacional e garantia de provimento de profissionais para a APS, inclusive em zonas remotas e desfavorecidas.

Neste sentido, reformas direcionadas à melhoria da capacidade resolutiva e da qualidade da APS e à ampliação escopo de serviços providos pela APS, incluindo atividades de prevenção e promoção; cuidados comunitários; execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar; introdução de equipes multiprofissionais; integração entre APS e saúde pública com práticas de vigilância em saúde; infraestrutura adequada e ampliação do escopo das práticas profissionais (incluindo enfermagem) para dar conta de 90% das necessidades de saúde; definição de tecnologia apropriada na APS; apoio por TIC, principalmente mecanismos de telessaúde para segunda opinião e telediagnóstico; apoio assistencial clínico pedagógico de outros profissionais; ampliação da disponibilidade de medicamentos e apoio logístico (transporte sanitário e de material para exames, entre outros), também conformam medidas pró-coordenação, na medida em que habilitam a APS a ocupar a posição de condução do sistema universal de saúde.

Coordenar o cuidado é função precípua da APS que exige o fortalecimento da capacidade resolutiva da APS e de sua posição central no sistema como ordenadora da rede assistencial integrada e integral dos sistemas universais.

Referências

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011. 29(2).

Boerma WGW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (orgs). Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2010. p. 25-47.

Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00118816

McDonald KM, Schultz E, Albin L et al. Care Coordination: Atlas Version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.

Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit 2006; 20(6):485-95.

Rede APS - Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Rio de Janeiro, 2018.

Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health; 2013.

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care 2013;13(1).

Sessão de referência Astana: Antimicrobial Resistance: Unfinished Agenda for Primary Health Care

Resistência antimicrobiana e APS[5]

A resistência antimicrobiana é definida como perda da eficácia de medicamentos sobre micro-organismos contra os quais atuavam anteriormente. Essa definição é aplicável a todos os tipos de micro-organismos (como vírus, bactérias, fungos e parasitas) e a medicamentos de diferentes classes, como antivirais, antibióticos, antifúngicos, antimaláricos e anti-helmínticos. O principal mecanismo de desenvolvimento de resistência é a alteração genética do micro-organismo, processo que ocorre espontaneamente na natureza porém é aumentado em velocidade e volume pela pressão seletiva decorrente da presença de antimicrobianos no ecossistema em que vive o micro-organismo.

O uso indevido e excessivo de antimicrobianos é o principal acelerador da resistência, incluindo tratamentos médicos inadequados (como prescrição de antibacterianos para tratar doenças virais, posologia incorreta, auto-medicação), aplicação em animais de corte saudáveis para acelerar o crescimento ou prevenir doenças, descarte inadequado de resíduos no ambiente. Atualmente, micro-organismos resistentes a antimicrobianos são encontrados em seres humanos, outros animais, água, solo e ar, capazes de passar de um ambiente para outro, disseminar-se e causar infecções, fazendo com que condições sanitárias inadequadas e manejo inapropriado de alimentos também contribuam para a disseminação da resistência. A resistência antimicrobiana é uma situação complexa de causa multifatorial, exigindo ações de combate coordenadas e planejadas considerando o conceito de "*One Health*" para que tenham impacto real e sejam efetivas. As bases dessas ações sugeridas pela OMS são planos nacionais em todos os países alinhados às diretrizes globais, além de investimento em pesquisa e desenvolvimento de novos antimicrobianos, vacinas e métodos diagnósticos.

O surgimento de novos mecanismos de resistência e a disseminação global de micro-organismos portadores desses mecanismo estão ameaçando nossa capacidade de tratar doenças infecciosas comuns, resultando em: doenças prolongadas, invalidez e morte; risco para outras tecnologias de saúde que dependem do controle de infecções; aumento do custo com cuidados de saúde (hospitalizações prolongadas e terapia intensiva); e, em última análise, minando a capacidade de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)

[5] Elaborado por Marilia Santini

A resistência a antimicrobianos é pauta permanente da OMS desde 2011, ano do lançamento da política sobre o tema que tem como diretrizes: i) o compromisso de responsabilização e engajamento da sociedade, ii) o fortalecimento da vigilância e capacitação laboratorial, iii) a garantia de acesso e qualidade de medicamentos, iv) a regulamentação e promoção do uso racional de medicamentos e cuidados apropriados do paciente, v) a redução do uso de antimicrobianos na agricultura, vi) melhorias na prevenção e controle de infecção vi) fomento de pesquisa, desenvolvimento e inovação para novas ferramentas em diagnóstico e prevenção.

A OMS está trabalhando com a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e com a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) para promover as melhores práticas para evitar o surgimento e a disseminação da resistência aos antibióticos, incluindo uso de antibióticos em humanos e animais. Uma declaração política endossada pelos Chefes de Estado na Assembleia Geral das Nações Unidas em Nova York em setembro de 2016 sinalizou o compromisso mundial de adotar uma abordagem ampla e coordenada para abordar as causas da resistência antimicrobiana em múltiplos setores, especialmente saúde humana, saúde animal e agricultura.

As principais iniciativas da OMS, resumidamente, são:

- Apoio aos Estados Membros para desenvolvimento dos planos de ação nacionais sobre resistência antimicrobiana, com base no plano de ação global (“*Antimicrobial Resistance: a manual for developing national action plans”* de 2016)
- Sistema Global de Vigilância de Resistência Antimicrobiana (GLASS), com abordagem padronizada para a coleta, análise e compartilhamento de dados em nível global para informar a tomada de decisões, impulsionar ações locais, nacionais e regionais
- Parceria Global de Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos (GARDP), em conjunto com a iniciativa Drogas para Doenças Negligenciadas (DNDi), incentiva a pesquisa e o desenvolvimento por meio de parcerias público-privadas
- Grupo de Coordenação Interinstitucional sobre Resistência Antimicrobiana (IACG), para melhorar a coordenação entre as organizações internacionais e assegurar uma ação global eficaz contra essa ameaça à segurança sanitária. A IACG é co-presidida pelo Secretário-Geral Adjunto da ONU e pelo Diretor Geral da OMS e é composta por representantes de alto nível de agências relevantes da ONU, outras organizações internacionais e especialistas individuais em diferentes setores.

A situação no Brasil

O governo brasileiro iniciou em março de 2015 a discussão sobre o Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR), com abordagem "*One Health*" e alinhamento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das diretrizes da OMS, envolvendo Ministério da Saúde (ANVISA, SVS e FUNASA), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Ministério da Agricultura, Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), Ministério das Cidades e Conselho Nacional de Saúde (CNS). O PAN-BR, que deverá ser lançado em

final 2018 início de 2019, para execução entre 2019 e 2023, apresenta 5 objetivos estratégicos que se desdobram em 15 objetivos principais e 39 intervenções estratégicas, com mais de 100 atividades.

Dentre as intervenções e ações estratégicas transversais que perpassam as atividades destacam-se: (i) a promoção do conhecimento por meio de campanhas de comunicação, educação e capacitação; (ii) o desenvolvimento de sistemas de informação para o monitoramento da resistência em diferentes microrganismos, bem como o volume de antimicrobianos usados em humanos e na agropecuária (tanto em animais terrestres como em aquáticos); (iii) reforço na regulação e a fiscalização do uso de antimicrobianos; (iv) aprimoramento e ampliação do conhecimento com incentivo a projetos de pesquisa sobre os mecanismos de resistência aos antimicrobianos; (v) fomento e incentivo a pesquisas e abordagens inovadoras que utilizem alternativas aos agentes antimicrobianos, bem como novas tecnologias para diagnósticos rápidos e vacinas na saúde humana e animal; (vi) controle e prevenção da disseminação da resistência aos antimicrobianos; (vii) cooperação e financiamento dentro e fora do país para implementação do PAN-BR.

Iniciativas já em curso que deverão ser incorporados ao PAN-BR incluem:

- Regulamentação da venda de antibióticos para uso humano (ANVISA, RDC nº 20, de maio de 2011, atualizada pela RDC 68 de dezembro de 2014) – dispensação de antimicrobianos controlada pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), que prevê registro de todas as entradas e saídas e retenção de uma via da receita médica, arquivada na farmácia por dois anos.
- Monitoramento, acompanhamento e vigilância de resistência de micro-organismos específicos (HIV, gonococos, tuberculose, malária) pelos diferentes programas componentes da SVS
- Monitoramento contínuo de infecção hospitalar, bem como resistência comunitária (ambiental) e de alimentos com a determinação de resíduos de antimicrobianos em amostras de águas e alimentos, avaliação do perfil de resistência antimicrobiana e avaliação da exposição humana por ingestão de resíduos de antimicrobianos, coordenada pela CGLAB/SVS/MS através de laboratórios de referência nacionais.
- Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde, criada em 2005 pela ANVISA, em parceria com OPAS/OMS e com a CGLAB/SVS/MS.
- Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde (PNPCIRAS 2016-2020), lançado pela ANVISA em 2015
- Editais de fomento à pesquisa na área (DECIT, PROADI, cooperação com Fundação Gates)

Iniciativas da Fiocruz

A Fiocruz possui unidades, grupos de pesquisa e projetos em andamento nos diversos aspectos do enfrentamento da resistência antimicrobiana, destacando-se:

- quatro laboratórios de referência (Enterobactérias, Infecção Hospitalar, Hélio Fraga ([tuberculose] e Hanseníase)
- desenvolvimento de kits de diagnóstico molecular (já em andamento no ICC)

- plataforma de bioensaios para avaliar antimicobacterianos (INI)
- equipes qualificadas e acesso a voluntários para ensaios clínicos em sepses neonatal (IFF), gonorreia, HIV, malária e sepses em adultos (INI)
- unidades produtoras com áreas de pesquisa (Bio e Far)
- expertise em comunicação em saúde e em capacitação de profissionais de saúde

Papel das unidades básicas de saúde

Os serviços de atenção primária à saúde têm papel fundamental nas ações de prevenção, vigilância e controle da resistência antimicrobiana, através de ações assistenciais e educativas. Muitas das doenças humanas causadas por micro-organismos com grande potencial de desenvolver resistência são diagnosticadas e tratadas nas unidades básicas, destacando-se:

- Gonorreia: pelo menos 10 países confirmaram a identificação de gonococos resistentes ao mais potente antibiótico disponível (Austrália, Áustria, Canadá, França, Japão, Noruega, Eslovênia, África do Sul, Suécia e Grã-Bretanha).
- Tuberculose: A OMS estima que, em 2014, houve cerca de 480 mil novos casos de tuberculose multirresistente (MDR-TB), que requer cursos de tratamento mais longos e menos eficazes do que os da TB não resistente. Globalmente, apenas metade dos pacientes com TB-MDR foram tratados com sucesso em 2014. Tuberculose extensamente resistente aos medicamentos (XDR-TB), uma forma de tuberculose que é resistente a pelo menos 4 dos principais medicamentos anti-TB, foi identificada em 105 países.
- Malária: Em julho de 2016, a resistência ao tratamento de primeira linha para malária por *P. falciparum* (terapias combinadas à base de artemisinina, também conhecidas como ACTs) foi confirmada em 5 países da sub-região do Grande Mekong (Camboja, República Democrática Popular do Laos, Mianmar, Tailândia e Vietname). Há um risco real de que a resistência a múltiplas drogas em breve também apareça em outras partes da sub-região. A disseminação de cepas resistentes para outras partes do mundo pode representar um grande desafio para a saúde pública e comprometer importantes ganhos recentes no controle da malária.
- HIV: Em 2010, estima-se que 7% das pessoas que iniciam a terapia antirretroviral (TARV) em países em desenvolvimento têm HIV resistente a medicamentos. Nos países desenvolvidos, o percentual foi de 10 a 20%. Níveis crescentes de resistência têm importantes implicações econômicas, já que os esquemas de segunda e terceira linha são 3 e 18 vezes mais caros, respectivamente, do que os medicamentos de primeira linha. Desde setembro de 2015, a OMS recomenda que todos os que vivem com o HIV iniciem o tratamento antirretroviral. Espera-se que um maior uso de TARV aumente ainda mais a resistência em todas as regiões do mundo. Para maximizar a eficácia a longo prazo dos esquemas de primeira linha e para garantir que as pessoas estejam tomando o regime mais eficaz, é essencial continuar monitorando a resistência e minimizar sua nova emergência e disseminação

Adicionalmente, pré-natal e puericultura são períodos de prevenção de sepses neonatal e de diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Os agentes comunitários de saúde, pelo acesso direto e convivência constante com os usuários de unidades básicas, possuem oportunidade básica de realizar ações educativas sobre resistência antimicrobiana, contribuindo para o envolvimento da população no tema.

Sessão de referência Astana: New Technologies and Disruptive Innovation

Acesso a Inovações e à Tecnologia na APS[6]

Um primeiro elemento conceitual a ser destacado refere-se ao próprio conceito de inovação (aplicando-se também ao de tecnologia), cuja demarcação no âmbito da APS mostra-se essencial. A inovação constitui um processo de transformação social que envolve novas formas de organização do trabalho e das instituições e também (mas não exclusivamente) a geração de novos bens e serviços (Gadelha, 2018 – verbete). A título de exemplo, pode-se afirmar que a maior inovação ocorrida no Sistema Universal de Saúde do Brasil (o SUS) foi a Estratégia de Saúde da Família, sendo parte estruturante de um programa de atenção primária em seu sentido abrangente e integral (Mendonça, Gondim, Matta e Giovanella, 2018) que, no presente, atinge mais de 60% da população brasileira (Fausto, Almeida, Bousquat, 2018), agregando um enorme valor social que também possui uma dimensão econômica, de equidade territorial e de inclusão altamente relevantes.

É reconhecida a importância da saúde como fonte de inovações em termos globais e seu potencial para o País (Gadelha & Temporão, 2018). Todavia, o senso comum, e mesmo certa literatura tradicional em saúde pública, estabelece uma oposição errônea do ponto de vista conceitual e normativo entre APS e baixa intensidade de conhecimento e de tecnologia. Pode-se afirmar que a APS não é simples e nem é "atenção mínima" (Radis, dez. 2017).

A organização de uma estratégia de APS envolve a terrritorialização da ação em âmbito local, o estabelecimento de redes regionais de referência e contrarreferência, o vínculo necessário com a atenção especializada, os desafios do atendimento permanente de uma população idosa e com doenças crônicas, a necessidade de sistemas inteligentes de predição e de vigilância que permitam se antecipar para uma ação resolutiva em nível local, regional e nacional (como o recente caso da epidemia da Zika revela), entre muitos outros requerimentos para uma atenção que seja abrangente e inserida num sistema universal de saúde. A APS constitui, portanto, uma das atividades mais complexas que requer uma grande interface entre as inovações sociais e as inovações tecnológicas de bens e serviços, tendo como característica a necessidade de comando destas últimas pela sociedade e pelos agentes que atuam em escala local.

No presente, e tomando o título da sessão prevista para Astana (*New Technologies and Disruptive Innovation*), observa-se um processo designado de 4ª Revolução Tecnológica que, independente da periodização, aponta para a existência de uma forte transformação no padrão tecnológico vigente. Como características desse processo há uma significativa transformação social, caracterizando o

[6] Elaborado por Carlos A Grabois Gadelha

processo de inovação definido anteriormente. As tecnologias do mundo material e as formas de comportamento social e individual interagem numa escala jamais pensada e estão mudando radicalmente o modo de vida, incidindo enormemente na saúde e no futuro da APS.

Mais tecnicamente, observa-se uma convergência entre o mundo digital, o biológico e o material (Schwab, 2016) e deste com as formas de organização da sociedade que colocam enormes riscos para a qualidade de vida e para a inserção soberana dos países (Coutinho et al, 2018), inclusive para a liberdade de construção de sistemas minimamente independentes de saúde e de APS. Pacotes tecnológicos liderados por grandes conglomerados tecnológico-financeiros como a Amazon, a Apple, a Medtronic e a Dell, apresentam tecnologias e possibilidades de mudança no mundo do trabalho, cujas estratégias passam a tensionar por dentro a organização dos sistemas de saúde.

A Dell, gigante e líder americana da área de informática, por exemplo, abriu uma filial para a saúde e ciências biológicas indicando sua entrada pesada em campos relacionados à APS e aos sistemas de saúde, com a seguinte visão (www.dell.com):

"Hoje, a Dell EMC está ajudando organizações de saúde e ciências biológicas a simplificar a administração, coordenar e gerenciar o tratamento dos pacientes, gerenciar e proteger dados dos pacientes, fazer a transição de tratamentos esporádicos para coordenados, modernizar os tratamentos personalizados com um foco em prevenção e bem-estar e, por fim, melhorar a saúde da população e os resultados de pacientes individuais".

Observe-se ainda que essa mesma empresa também entrou pesadamente na formação de recursos humanos qualificados, com a criação de uma universidade privada para a saúde no Texas: a Dell Medical School. Este movimento empresarial evidencia as estratégias globais para o domínio e liderança no âmbito do Complexo da Saúde, avançando para moldar os próprios sistemas nacionais de atenção e cuidado.

Em síntese, a hiperconectividade entre pessoas e entre coisas numa escala que cresce exponencialmente (via big data, internet das coisas, inteligência artificial, edição genética, impressão biológica, neurotecnologias, entre muitas outras tecnologias disruptivas) está associada a um profundo processo de mudança social e nas relações de poder sobre quem e aonde o processo de inovação é comandado.

Ao contrário da velha dicotomia entre tecnologias pobres para atenção primária e complexas para a especializada, as forças empresariais do capital já perceberam e já formulam estratégias para a entrada pesada e em um prazo relativamente curto na organização local da atenção. Detalhe: se os sistemas universais públicos e a APS, em particular, ficarem à margem desse processo, ele será claramente dominado pelas forças do capital financeiro e tecnológico, hoje fundidas. Se até há pouco enfatizava-se que quinze empresas dominam a biotecnologia para câncer e doenças crônicas, a tendência que se

observa no presente é da ampliação do escopo deste domínio para os pacotes de tecnologias digitais para a atenção básica, os sistemas de monitoramento remoto e domiciliar ao idoso, o domínio de grandes bases de dados sobre doenças crônicas e transmissíveis, entre outros exemplos. Se algumas áreas do cuidado estavam mais "protegidas" da lógica mercantil, as mudanças em curso colocam todo sistema produtivo da saúde (o CEIS, complexo econômico industrial da saúde), incluindo os serviços especializados e a atenção primária, sob o domínio de muito poucos, em uma lógica privada em que o financiamento até pode ser público, mas o domínio das trajetórias tecnológicas e do cuidado será privado, fragmentado e individualizado.

Sob outra perspectiva, as possibilidades para potencializar o processo de organização do cuidado a partir da base local da APS podem se beneficiar significativamente das novas e disruptivas tecnologias. Os seguintes exemplos não sistemáticos são ilustrativos:

- Aumento da comunicação com o paciente, permitindo superar barreiras de acesso com marcação de consultas, horários para se medicar, suporte de diagnóstico e tratamento à distância, entre outros.

- Diagnóstico de alta precisão, rápidos, para muitas doenças e de baixo custo, aplicáveis nos locais do cuidado primário, utilizando a convergência da nanotecnologia, das tecnologias digitais, da microeletrônica e da biotecnologia, como o kit para diagnóstico da Dengue, Zika e Chikungunya desenvolvido pela Fiocruz.

- Monitoramento autônomo de saúde, em que os sinais vitais dos pacientes são acompanhados em tempo real e nos domicílios.

- Desenvolvimento de inteligência artificial para lidar com o monitoramento e comparação de dados, servindo como auxílio para que cuidados médicos como cirurgias possam ser melhor priorizados por ordem de atendimento (NHS, Personalised Health and Care 2020 Framework). Além disso, os sistemas inteligentes podem permitir comparar dados epidemiológicos, demográficos e pessoais com o prontuário médico, permitindo estruturar sistemas de alerta e de opções de tratamento para ajuda às equipes de APS.

- Uso da tecnologia de realidade virtual para estimular e reabilitar pacientes que sofrem de demência em interação com os trabalhos das equipes de APS (BASIC, apoio financeiro do NHS Salford Clinical Commissioning Group).

- Motivação das pessoas por meio de aplicativos que os ajudem a estabelecer e alcançar metas de saúde, como parar de fumar, diminuir a pressão, perder peso, reduzir consumo de álcool e açúcar (o NHS possui uma grande variedade de aplicativos).

- Inteligências artificiais para lidar com os desafios do Big Data. Além da previsão das emergências sanitárias (correlacionando dimensões complexas como a evolução de programas sociais como o bolsa

família, as mudanças climáticas, surgimento de vetores e a disponibilidade de estruturas de vigilância em saúde), pode permitir, por exemplo, a aplicação do aprendizado autônomo para determinar tratamentos alternativos ou detectar sinais precoces de doenças como a diabetes. A United States Agency for Healthcare Research and Quality estima que pode evitar 4,4 milhões de internações hospitalares, economizando US$ 30,8 bilhões em custos com atendimentos.

- Construção de algoritmos avançados que podem prever hospitalizações decorrentes de doenças cardíacas e diabetes quase um ano antes delas ocorrerem, com uma precisão de até 82%, incluindo centenas de fatores que vão desde dados demográficos, até procedimentos anteriores e resultados de laboratório (Boston University's Center for Information and Systems Engineering), permitindo uma significativa deshospitalização.

- Ampliação das possibilidades da telemedicina com a banda larga 5.0, permitindo ampliar, em uma enorme escala, a resolução local de um problema de saúde

Em síntese, o jogo está sendo jogado entre os potenciais oferecidos pelas novas e disruptivas tecnologias para, de um lado, favorecer uma APS vinculada aos sistemas universais de saúde e, portanto, à saúde como direito, ou, de outro lado, para servir a um processo capitalista turbinado em que as forças do capital transformarão de dentro e de modo dificilmente controlado a organização da atenção primária, solapando estruturalmente as possibilidades de uma saúde pública e coletiva.

Nesta dimensão, a grande proposição a ser defendida é que os países e regiões da periferia capitalista não podem ser apenas consumidores de pacotes tecnológicos. O desenvolvimento local das novas tecnologias permite ampliar os graus de liberdade de escolha democrática da sociedade sobre o modelo de desenvolvimento, de sistema de saúde e de APS que deve prevalecer. É necessário orientar os complexos produtivos da saúde para dar respostas às necessidades de saúde da população para garantia do direito universal à saúde. A aposta é que a transformação social que a inovação representa seja direcionada para viabilizar e fortalecer o acesso universal com base na APS como dimensão estruturante de organização do cuidado em todos os níveis.

Referências

Coutinho LG (coord), Lodi E, Ferraz JC, Kupfer D, Laplane M, Penna C, Elias LA, Ultremare F, Gielfi G, Dias C, Britto JNP, Torracca JF. Indústria 2027: Riscos e oportunidades para o Brasil. Brasília: Instituto Euvaldo Lodi; 2018.

Fausto M, Almeida PF, Bousquat. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018. Cap. 1

Gadelha CAG, Nascimento MAC, Braga PSC, Cesário BB. Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro: 2018. v. 23, n. 7, p. 2119-2132.

Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2018. *23*(6), 1891-1902.

Mendonça MHM, Gondim R, Matta G, Giovanella. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Básica/Atenção Primária à saúde no Brasil. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018. Introdução.

Revista Radis. Atenção Básica não é Mínima. Rio de Janeiro. Ensp/Fiocruz, no. 183, dezembro de 2017

Schwab K. A quarta revolução industrial. São Paulo: Edipro; 2016.

Sessão de referência Astana: Equitable Primary Health Care for Women, Children, Newborn and Adolescents

Atenção Primária para Recém-nascidos, Crianças, Adolescentes e Mulheres[7]

Nesses últimos 30 anos o Brasil passou por profundas transformações, com queda expressiva na fecundidade, aceleração do envelhecimento, urbanização, aumento da escolaridade dos jovens, principalmente das mulheres, que também ampliaram o acesso formal ao mercado de trabalho. Atualmente, em 2018, a população estimada do país é de 209 milhões de habitantes, sendo 61 milhões e meio de mulheres em idade fértil, dentre estas, 17 milhões de adolescentes, e, quase três milhões de recém-nascidos (Brasil/ IBGE, 2018a).

Estas transformações implicaram em mudanças no perfil socioeconômico, de comportamento, hábitos de vida e acesso a tecnologias, inclusive de informação. Nas décadas de 1990 e 2000 o bom desempenho da economia brasileira, aliada às políticas públicas de melhoria da infraestrutura urbana, programas de proteção social para redução da pobreza, além da criação de um sistema de saúde público, gratuito e de cobertura universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outras, tiveram um papel central nesse cenário. O SUS atende de forma exclusiva à 75% da população brasileira, ou seja, a 156 milhões de habitantes, que não têm acesso à saúde suplementar, se constituindo assim no maior sistema público de saúde do mundo.

Nesse texto apresentamos as principais intervenções sanitárias e os resultados verificados sobre a saúde reprodutiva e infantil. A Estratégia da Saúde da Família, nossa política de atenção primária em saúde, foi implantada gradualmente no Brasil a partir de 1990 e no ano de 2018 atingiu a cobertura de 76% da população (Brasil/MS/DAB, 2018b), tendo sido fundamental para os resultados alcançados na assistência à saúde reprodutiva da adolescente e gestante como também do recém-nascido e das crianças. Várias iniciativas programáticas foram desenvolvidas para o alcance desses objetivos:

- Programas para a promoção do planejamento reprodutivo, de atenção integral à saúde da mulher e da adolescente, com ênfase no respeito e direitos da usuária, fortalecimento da autonomia das mulheres na sua vida reprodutiva e redução de morbimortalidade materna (Leal et al.,2018);

- Programas voltados para a promoção do aleitamento materno, do controle das doenças imunopreviníveis e prevalentes na infância, de promoção do desenvolvimento e redução da morbimortalidade na infância;

[7] Elaborado por Maria do Carmo Leal

- Programas para qualificação e atualização dos profissionais de saúde em procedimentos cientificamente recomendados para os manejos adequados na atenção à saúde da mulher e da criança;

- Programas para a melhoria da ambiência e das condições de operabilidade das instituições de atenção básica, da atenção hospitalar e da alta complexidade;

- Programas para o monitoramento e vigilância do óbito materno e infantil, com especial atenção à melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde;

- Programas intersetoriais para redução da pobreza e das desigualdades sociais, com destaque para os programas de transferência condicional de renda, o Bolsa Família, que fazia exigências relacionadas ao cumprimento de metas sobre a saúde das crianças (imunização, registro de nascimento), das mulheres grávidas (frequência ao pré-natal) e à educação infantil (frequência à escola) (Brasil, 2004).

Uma análise dos resultados alcançados mostra que:

- A fecundidade atualmente é de 1,72 filhos por mulher, ou seja, abaixo do nível de reposição da população e se associa ao acesso a métodos contraceptivos modernos que era de 80,6%, no ano de 2013, para mulheres em união estável, com redução das desigualdades por quintos de riqueza (Giovanny et al., 2016);

- A cobertura da atenção pré-natal no Brasil é quase universal, atingindo 98,7% das gestantes, no ano de 2016, pelo critério de pelo menos uma consulta e 73,1% delas fizeram seis ou mais consultas, sendo esses resultados ligeiramente abaixo para as adolescentes (Viellas et al., 2014);

- A cobertura da atenção ao parto hospitalar alcança 98,3% das mulheres, com diferenças menores que 5% entre as grandes regiões geográficas do país (Brasil/MS, 2018c);

- No aleitamento materno o progresso foi grande, evoluindo de 5% de aleitamento exclusivo nos menores de 6 meses em 1986 para 37% em 2013 (Boccolini et al., 2017);

- A nutrição das crianças brasileiras teve melhora significativa, com redução na prevalência de déficit de altura de 37,1% em 1974-75 para 7,1% em 2006-2007, últimos anos para os quais se dispõe de dados nacionais (Victora et al., 2011);

- A Mortalidade Infantil e na Infância decresceram de mais de dois terços entre 1990 e 2015, de cerca de 50 para 15 por mil nascidos vivos, com redução principalmente das infecções intestinais e desnutrição e concentração dos óbitos no período perinatal (Leal et al., 2018);

- A Mortalidade Materna reduziu cerca de 60% no mesmo período, de 143 para 60 por cem mil nascidos vivos, tendo como principais causas as de determinação direta como hipertensão arterial, hemorragias e infecções, além do aborto (Leal et al., 2018);

A ampliação da atenção básica, à assistência pré-natal, à assistência hospitalar ao parto e a oferta gratuita de medicamentos, imunoprotetores, exames insumos e serviços pelo SUS contribuíram importantemente para o decréscimo na ocorrência de desfechos negativos para a saúde materna e infantil. Entretanto, persistem desafios para a melhoria da qualidade da assistência e barreiras na integração entre os serviços em diferentes níveis de atenção, o que têm contribuído para o agravamento dos casos de morbidade materna e infantil que demandam pronta resolução, evoluindo para óbitos por causas evitáveis. Assim, se por um lado podemos atribuir o sucesso na melhoria desses indicadores à consolidação do SUS, por outro, reconhecemos que o sistema é jovem, está ainda em processo de constituição e ampliação de cobertura e qualidade e tem enormes desafios dado a grandiosidade da sua tarefa, frente à insuficiência de recursos disponibilizados. Estudo que comparou áreas de mesmo nível socioeconômico com e sem cobertura plena da ESF encontrou que nas primeiras houve uma redução significativa da mortalidade infantil, principalmente pós-neonatal, e de crianças menores de cinco anos (Aquino et al., 2009).

Afirma-se aqui a importância de políticas públicas com foco na redução da pobreza e das desigualdades sociais, bem como o papel da atenção universal e integral à saúde para apoiar o bem-estar das populações e o desenvolvimento do seu padrão sanitário. No Brasil, a crise política iniciada em 2013 por contestação da presidente eleita, implicando em uma quase paralização do país, seguida do seu impedimento de completar o mandato e do congelamento de gastos por 20 anos em políticas sociais, feito pelo novo governo, resultou: no desinvestimento nos programas de transferência condicional de renda, nas políticas de habitação popular, na política educacional e de saúde, dentre outros. Em consequência, a partir de 2015, o percentual de pobres do país volta a crescer e no ano de 2016 as taxas de mortalidade infantil e materna que apresentavam uma série histórica de decréscimo continuado, voltaram a aumentar (Leal et al., 2018; Brasil/MS, 2018d).

Desafortunadamente, o Brasil tornou-se um experimento natural sobre os efeitos imediatos de crises sociais sobre as condições de vida e saúde da população, dando provas ao mundo sobre a importância de sistemas de saúde públicos, gratuitos, universais e integrais que atendam a todas as necessidades das populações para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para todos.

Referências

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, população brasileira por faixa etária. https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/, acessado em 02/10/2018. 2018a

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, histórico de cobertura da saúde da família http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado 02/10/2018. 2018b

Leal MC; Celia Szwarcwald CL; Almeida PVB; Aquino EML; Barreto ML; Barros F; Victora C - Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years of the Unified Health System (SUS). *Ciencia & saude coletiva*, Jun 2018, vol.23, no.6, p.1915-1928. ISSN 1413-8123.

Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Programa Bolsa Família. Brasília: Diário Oficial da União;

2004. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. (acessado em 26 de Janeiro de 2018).

Giovanny V. A. França, María Clara Restrepo-Méndez, Maria Fátima S. Maia, Cesar G. Victora and Aluísio J. D. Barros - Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. *International Journal for Equity in Health*, 2016 15:149.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; 30: S85-S100.

Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS, Cobertura da atenção hospitalar ao parto http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def. Acessado em 02/10/2018. 2018c

Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Revista de saúde pública* 2017; 51: 108.

Victora CG, Aquino EM, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *The Lancet* 2011; 377(9780): 1863-76.

Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health* 2009; 99(1): 87-93.

Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS, estatísticas de óbitos e nascimentos http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def. Acessado em 02/10/2018. 2018d

Sessão de Referência Astana: Progressing Primary Health Care towards Universal Health Coverage – the Path to UNGA 2019

Cobertura Universal de Saúde (UHC) na Assembleia Geral da ONU (UNGA) 2019 [8]

Antecedentes e preparativos da reunião de alto nível da ONU sobre cobertura universal de saúde (UHC) a ser realizada durante a Assembleia Geral da ONU em 2019

Na Agenda 2030, a meta 3.8 do ODS 3 está relacionada com a Cobertura Universal da Saúde (UHC) e inclui a proteção dos riscos financeiros, o acesso aos serviços essenciais de saúde e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos.

Em 12 de dezembro a 72ª Assembleia Geral da ONU (UNGA) acordou realizar uma reunião de alto nível sobre a cobertura da saúde universal em 2019, adotando a resolução A/RES/72/139 intitulada: "Saúde global e política externa: abordar a saúde dos mais vulneráveis para uma sociedade inclusiva" (UN, 2017). Outra resolução da UNGA estabeleceu o dia 12 dezembro como "dia da cobertura da saúde universal." Como parte dessa iniciativa, o governo do Japão anunciou que vai contribuir com US $2,9 bilhões para a promoção da Cobertura Universal da Saúde (UHC) nos países em desenvolvimento, e realizou um fórum de alto nível em Tóquio, Japão, em 14 de dezembro de 2017, aonde destacou as preocupações de segurança humana relacionadas com a saúde e o bem-estar.

Esta resolução destaca desafios da saúde global como a ajuda humanitária, o financiamento sustentável dos sistemas de saúde, a pesquisa em saúde sobre problemas emergentes como a resistência antimicrobiana (AMR), a preparação e prevenção de crises de saúde globais, e a proteção de pessoal médico e instalações médicas em zonas de conflito (UN, 2017). Os Estados-Membros concordaram que a reunião de alto nível sobre a cobertura da saúde universal se realizará em 2019, e solicitaram ao secretário-geral da ONU e ao diretor-geral da Organização Mundial de saúde que apresente na próxima sessão da UNGA (2018) as medidas tomadas para melhorar a coordenação internacional e a cooperação na Agenda 2030 e os ODSs.

O Presidente da Assembleia Geral da ONU (UNGA) Miroslav Lajcak nomeou os representantes permanentes da Hungria e da Tailândia para atuar como copresidentes para os preparativos da reunião de alto nível sobre a cobertura da saúde universal (UHC). Katalin Annamaria Bogyay, Hungria, e Vitavas Srivihok, Tailândia, estão incumbidos de facilitar um processo de consulta aberto e transparente com os estados-membros para propor as modalidades para a reunião.

[8] Elaborado por Paulo Buss e Luiz Augusto Galvão

A resolução UNGA de 2017 solicitou ao Presidente da Assembleia Geral que em estreita colaboração com o diretor-geral da OMS e em consulta com os Estados-Membros, fizesse uma proposta sobre as opções e modalidades para a realização de reunião, de modo que ficasse assegurada a apresentação de resultados concretos, incluindo o fortalecimento dos esforços existentes a este respeito.

Em junho de 2018 os presidentes do processo de negociações para a reunião de alto nível sobre a cobertura da saúde universal lançaram o primeiro rascunho que esboça as modalidades propostas da reunião, que se realizará em 2019. Os facilitadores apresentaram o projeto aos Estados-Membros em 19 de junho e convocaram as primeiras consultas informais sobre a resolução para o dia 22 de junho na sede da ONU em Nova Iorque. O projeto zero indica que a reunião de alto nível está prevista como um evento de um dia, com segmentos em plenário e painéis de partes interessadas sobre o tema "cobertura de saúde universal: juntos para um mundo mais saudável" (UN, 2018).

O Banco Mundial, a Organização Mundial da saúde (OMS) e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) publicaram uma revisão conjunta da qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo. No relatório Intitulado: "Prestação de serviços de saúde de qualidade: um imperativo global para cobertura de saúde universal" (Kieny et al, 2018), as agências dizem que a cobertura universal de saúde (UHC), meta 3.8 do ODS 3, não poderá ser alcançado a menos que a qualidade da atenção à saúde também melhore e convocaram os governos a tomar medidas urgentes para melhorar os sistemas de saúde e envolver os cidadãos na concepção de novos modelos de cuidados para atender às necessidades das comunidades locais.

O tema será discutido, ainda que com pontos de vista diferentes e nem sempre coincidentes e convergentes, no conselho diretivo da OPS (PAHO, 2018), na conferência de Astana (WHO, 2018), e na Assembleia da OMS antes da reunião da ONU em 2019.

Referências

UN. Resolution A/RES/72/139: Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society. UN. New York, December 12, 2017. Disponível em: https://goo.gl/VPMbRR

UN. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly on Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on universal health coverage. UN. New York, 12 Junho 2018. Disponível em: https://goo.gl/sQXDs5

Kieny M-P, Evans TG, Scarpetta S,Kelley, Edward T.; Klazinga, Niek; Forde, Ian; Veillard, Jeremy Henri Maurice; Leatherman, Sheila; Syed, Shamsuzzoha; Kim, Sun Mean; Nejad, Sepideh Bagheri; Donaldson, Liam. 2018. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group. Disponível em: https://goo.gl/J1URa8

PAHO. 56th Directing Council - 70th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Provisional Agenda Item 8.3 Doc.: CD56/INF/3. Report on strategic issues between PAHO and WHO. Washington, D.C., USA, 23-27 September 2018. Disponível em: https://goo.gl/WS1csf

WHO, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and UNICEF. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Informative note. Disponível em: https://goo.gl/VhwS1r

Sessão de referência Astana: Making the Economic Case for Primary Health Care

Financiamento da APS e Acesso Universal[9]

A Atenção Primária à Saúde, na tradição brasileira, é parte estruturante e indissociável da constituição de sistemas universais de saúde, uma vez que estes constituem a única forma concreta, eficaz e eficiente de garantia da saúde como um direito humano essencial, sendo condição para efetivação da diretriz da agenda 2030 de "não deixar ninguém para trás". Há farta evidência empírica e analítica de que os sistemas universais são superiores em termos de qualidade, eficiência e de equidade em saúde quando possuem, como pilares estruturantes: a organização de uma APS integral*, o financiamento público predominante e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público. Lembrando que a definição de bem público é uma escolha política da sociedade e não apenas uma escolha técnica (Arrow, 1963; Nelson & Winter, 1982).

Nessa perspectiva, uma premissa essencial é que o financiamento da APS não pode ser desvinculado do financiamento do acesso universal à saúde e, portanto, dos sistemas universais de saúde, sob pena de ruptura de uma visão integrada e da localização, conceitual e política, errônea da APS como uma base alternativa de financiamento do acesso universal. Essa visão restrita é endossada no documento recente do Banco Mundial (2018) que possui um forte caráter ideológico, além de pouco rigor científico ao estabelecer um jogo de soma zero entre gasto em APS e o gasto público em saúde, além da utilização de modelos formais com variáveis sensíveis e "ajustáveis" para se chegar a relações pré-concebidas.

A interface da APS e os sistemas universais envolve tanto uma dimensão técnica do cuidado – a resolutividade da intervenção primária depende tanto de sua organização local quanto de sua interação regional e nacional em redes estruturadas de atenção – quanto uma dimensão política dos direitos. Uma APS estruturada com equipes multidisciplinares fortalece a atuação e a voz dos sujeitos individuais e, sobretudo coletivos, elevando o nível de conscientização da população pelos seus direitos, inclusive para aqueles não diretamente equacionados no âmbito do cuidado local (este fato é tratado com o termo empoderamento nos documentos-base para a Declaração de Astana com uma ênfase exagerada em sua dimensão individual). Assim, uma estratégia bem-sucedida de APS, como a experiência brasileira recente de Estratégia da Saúde da família revela, pressiona, ao mesmo tempo, o sistema de saúde como um todo para a garantia do cuidado em todos os níveis.

---

[9] Elaborado por Carlos A Grabois Gadelha

* Nesse texto adota-se a sigla APS com essa definição abrangente de Alma Ata conforme Mendonça, Gondim, Matta e Giovanella, 2018.

A atenção primária constitui, portanto, um caminho de cidadania e de direitos, cujo resultado em termos de acesso universal e do financiamento requerido apenas pode ser atingido na presença de sistemas universais que se desenvolvam e que incorporem a APS como um de seus pilares estratégicos. A APS é a base para a estruturação de um sistema universal e não sua negação ou sua substituição parcial como uma porta de entrada de restrição de acesso ou pacote mínimo.

Assim sendo, a racionalização do cuidado, do uso de tecnologias e da estruturação de redes possui um caráter e uma dimensão de aumento de qualidade de vida (ou seja, a própria definição de saúde adotada em Alma Ata) e não um mecanismo de substituição e de redução de necessidades de recursos, ainda mais em países e regiões com sistemas universais de saúde inexistentes, precários ou em construção.

Isto posto, caminha-se da visão burocrática do financiamento específico e focalizado da APS para uma visão que, embasada tecnicamente, aponta para a necessidade da incorporação pela sociedade e pelo Estado da saúde como direito e, portanto, para a definição política da prioridade do orçamento público para o financiamento dos sistemas universais. Nessa direção, torna-se necessário indicar proposições para fazer frente ao contexto de limitação de direitos e de cidadania, sob a marca da cobertura universal em saúde e da visão da APS como uma iniciativa marcadamente contábil para desonerar os sistemas universais de saúde com o fornecimento de cestas ou pacotes de acesso de baixo custo, complexidade e tecnologia, a saber:

1. Priorização pelos sistemas nacionais e pelos organismos internacionais do financiamento público à saúde, tratando a saúde como bem público com a consequente desmercantilização do acesso (Viana & Elias, 2007). Como decorrência, pode-se indicar a necessidade de um financiamento público mínimo de 70% dos gastos nacionais e globais em saúde. Em termos de participação no PIB, a experiência internacional também revela que o piso de 7% do gasto público em saúde em relação ao PIB para os países menos desenvolvidos constituiria uma meta factível, se houver uma base de sustentação política e social. Na experiência internacional esses parâmetros aparecem como piso para a possibilidade de constituição de sistemas universais que possuem uma APS resolutiva e integral (Gadelha et al, 2012).
2. Revogação de todo e qualquer limite rígido do gasto público com a saúde como em geral presentes nos programas de ajuste fiscal/austeridade. As demais variáveis de despesas como as despesas financeiras e outras como os incentivos tributários devem passar a ser as variáveis de ajuste relativamente às necessidades da garantia de cidadania e dos direitos humanos.
3. Para conferir uma base financeira concreta para os sistemas universais de saúde e à APS sugere-se uma diretriz de reestruturação dos sistemas tributários nacionais no sentido de implementar sistemas tributários progressivos, cuja arrecadação seja baseada na renda (incluindo lucros e

dividendos) e no patrimônio (incluindo heranças), com faixas progressivas e diferenciadas para o topo da pirâmide dos segmentos mais ricos da população (1% das pessoas possuem 50% do patrimônio global – dados "insuspeitos" do Presidente do Fórum Econômico Mundial – Schaub, 2016).

4. Criação de um fundo global gerido pela OMS e pelos Estados Membros decorrentes de um imposto adotado em termos globais da riqueza financeira que, no presente, representa *x* vezes o valor da riqueza global real. Essa taxação sobre a riqueza acumulada representaria ainda um estímulo para a criação de riqueza produtiva (geração de emprego e renda) e para a inovação voltada aos desafios nacionais, alterando os incentivos ao rentismo em favor dos incentivos à produção e à geração de emprego. Esta base financeira poderia ser canalizada especificamente para a contribuição para a constituição de uma APS no sentido abrangente mencionado, com critérios baseados na busca de redução das desigualdades em saúde em termos nacionais e internacionais.
5. Revisão das renúncias fiscais em geral e na saúde em particular como fonte para os sistemas universais e para a APS.
6. Integração do financiamento das atividades locais vinculadas à APS, respeitando as realidades locais, com mecanismos claros de indução nos níveis regionais, nacionais e globais para garantir que a APS seja priorizada e atenda aos requisitos de eficiência, resolutividade e equidade. O modelo adotado pelo Brasil – e que corre risco de involução com as transformações recentes – de compatibilização de um financiamento fixo, em bases per capita, com um financiamento que atenda a uma estratégia nacional (Castro; Lima; Machado, 2018) apresenta-se como uma decorrência natural da visão de que a APS responde tanto às necessidades locais quanto constitui um pilar central para a estruturação de sistemas nacionais e universais de saúde. Com essa perspectiva trata-se a APS, do ponto de vista do financiamento, tanto como um fator local de alta relevância quanto como elemento inserido na estratégia de conferir padrões nacionais convergentes para a construção de sistemas universais de saúde, explorando potencialidades de aproveitamento das sinergias técnicas e financeiras entre as diferentes escalas territoriais.

Por fim, cabe destacar, especificamente para o tema da sessão prevista na Conferencia Global de APS de Astana(*Making the Economic Case for Primary Health Care*), que a APS, em um contexto de revolução tecnológica que gera desemprego estrutural nos países, e mais ainda naqueles que "estão ficando para trás", constitui importante vetor de mobilização de emprego, renda e inovação tecnológica e social, com impacto disseminado no território, uma vez que o cuidado requer gente e interação entre pessoas. Nessa dimensão, que pode ser explorada posteriormente, a APS aparece também como um vetor de um modelo de sociedade baseada na equidade entre as pessoas e as regiões e na geração de renda e emprego que incide em um importante processo de inclusão social.

Referências

Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*. Nashville: 1963. v. LIII, n. 5, p. 941-973.

Banco Mundial. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado: Uma agenda de reformas para o Brasil. 2018.

Castro ALB, Lima DL, Machado CV. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018. Cap 2,

Gadelha CAG, Maldonado J, Barbosa PR, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde. Inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

McKinsey Global Institute. Mapping global capital markets: Fifith anual report. *McKynsey & Company*; 2008.

Mendonça et al. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018. Introdução.

Nelson R, Winter S. An Evolutionary Theory of Economic Change. Cambridge: Belknap Press. 1982

Schwab K. A quarta revolução industrial. São Paulo: Edipro; 2016.

Viana ALDV & Elias, P. Saúde E Desenvolvimento. Rio de Janeiro, Ciencia &Saúde Coletiva. Suplemento 4, 2007. P. 1765 -1777.

Sessão de referência Astana: Strengthening Resilient Health Systems to Respond to Emergencies through Primary Health Care

Respostas às emergências por meio da APS[10]

A recente epidemia de Zika Vírus no Brasil demonstrou o papel fundamental exercido pela Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação, monitoramento, acompanhamento e ordenamento de serviços especializados e de referência na vigência de epidemias e suas repercussões.

A identificação precoce da circulação de um novo vírus no país (ZIKV) e posterior correlação clínica e epidemiológica do aumento número de casos de microcefalia no nordeste brasileiro foi realizada pelos profissionais da APS e foram a base para os estudos de seguimento e encaminhamento de novos casos para as unidades de referência para pesquisa e acompanhamento (Brasil, 2017; Diniz, 2016).

Neste sentido, a APS é caracterizada não somente como a porta de entrada preferencial da população para um sistema universal e integral de atenção à saúde, mas também uma das principais estratégias de vigilância epidemiológica para a identificação precoce de endemias, epidemias e outros agravos decorrentes ou não da ação de agente infeccioso.

Diversos autores têm alertado para a necessidade de preparação dos países e seus respectivos sistemas de saúde para a emergência e re-emergência de epidemias, cada vez mais comuns e presentes como um problema de saúde global (Lakoff, 2017).

As recentes epidemias de H1N1, Ebola e Zika são exemplos desse alerta e que têm na APS uma das suas principais ações a serem desenvolvidas.

Segundo a OMS:

"*Uma emergência de saúde pública (a condição que exige que um governo declare um estado de emergência de saúde pública) é definida como "uma ocorrência ou ameaça iminente de uma doença ou condição de saúde, causada por bioterrorismo, epidemia ou doença pandêmica, ou agente infeccioso novo ou altamente fatal ou toxina biológica, que representa um risco substancial de um número significativo de habitações ou incidentes humanos ou incapacidade permanente ou de longo prazo (WHO / DCD, 2001). A declaração de um estado de emergência de saúde pública permite aos governos suspender os regulamentos do Estado, alterar as funções das agências estatais*." (WHO, 2018)

A definição proposta pela OMS parece limitar a noção de emergência sanitária à ação e decorrência de agentes biológicos. A situação dos refugiados, por exemplo, não é necessariamente devida a guerra

[10] Elaborado por Gustavo Matta com a colaboração de Sérgio Rego e da Rede Zika Ciências Sociais

ou desastre natural ou associada à ação humana, mas uma repercussão ou expressão de uma situação crônica de desigualdades e falta de acesso a recursos básicos para a sobrevivência. Essas situações calamitosas, mas não agudas, também podem ter repercussões locais, nacionais e transnacionais, na medida em que são coletividades que podem se envolver em movimentos migratórios.

Neste sentido, precárias condições de vida e saúde podem proporcionar a disseminação de doenças infecciosas em nações que poderiam já tê-las razoavelmente controlado. Em nosso país, há uma realidade em que a maioria dos indicadores de saúde está mostrando uma deterioração significativa, devido, entre outras razões, às restrições que foram aplicadas pelo governo nacional e local em nome de uma política financeira que não privilegia a proteção dos seus cidadãos através de políticas sociais. Situações semelhantes parecem poder ser observadas na Argentina e, comparativamente, ao que aconteceu com a Grécia.

No entanto, os países com maiores desigualdades são mais suscetíveis e vulneráveis ao risco de emergências de doenças infecciosas contagiosas, maximizando suas consequências.

Essas situações encontram repercussão imediata na APS e para tanto sugerimos as seguintes recomendações:

- Emergências sanitárias devem ser entendidas não apenas como ameaças de agentes biológicos, mas também decorrentes de situações de iniquidade sociais, desastres, migrações, entre outros;

- A iniciativa de ações de preparação para responder às emergências não deve se restringir a reações governamentais derivadas de surtos epidêmicos, mas sim um conjunto de ações estratégicas estruturadas a partir e nos sistemas de saúde e das autoridades nacionais;

- A APS e demais níveis de atenção devem receber apoio financeiro, educacional e estrutural para o aperfeiçoamento de respostas às emergências sanitárias e suas repercussões.

- A APS como parte de um sistema de saúde universal e integral não deve apenas responder aos momentos de surto mas também ao acompanhamento e atenção às repercussões de doenças e agravos, especialmente, o tratamento visando a redução de danos e reabilitação;

- A APS deve estar alinhada e influenciar ações intersetorias para controle de vetores, zoonoses e promoção da saúde visando a melhoria das condições de vida das populações.

- As repostas às emergências devem ser organizadas com a participação da comunidade visando a identificação de necessidades e desenvolvimento de ações conjuntas;

- A APS em conjunto com os demais níveis de atenção e unidades de referência devem constituir, em conjunto com as comunidades, uma comissão para tratar das repercussões éticas derivadas de

pesquisas e intervenções sanitárias visando a prevenção de constrangimentos e abusos, bem como a proteção dos direitos dos sujeitos e grupos sociais atingidos.

- Disponibilidade imediata dos resultados de pesquisas para os profissionais da APS durante a vigência de emergências, especialmente aquelas que apresentam instabilidade e incertezas quanto ao conhecimento científico disponível.

- Financiamento e estímulo ao desenvolvimento de pesquisas sobre APS e emergências sanitárias, estratégias de preparação e prevenção.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>, acessado em: 9 de setembro de 2018.

Diniz D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

Lakoff, A. Unprepared Global Health in a Time of Emergency. Oakland, California. University of California Press, 2017

WHO. Definitions: emergencies. Humanitarian Health Action. 2018. Disponível em: http://www.who.int/hac/about/definitions/en/, acessado em 9 de setembro de 2018.

Sessão de Referência Astana: Intersectoral Approach to Primary Health Care and Population Health Management

Território e Determinação Social da Vida enquanto mecanismos de diálogos e convergências entre agendas políticas e epistemológicas[11]

A compreensão das relações entre ambiente, saúde e sustentabilidade, e a identificação de seus processos críticos constitui um desafio para a ciência, o poder público e a sociedade de modo geral. Os desafios da complexidade do Século XXI implicam na compreensão da "crise civilizatória e planetária", que na sua dimensão econômica nos remete ao abismo entre a concentração e a distribuição da riqueza; na dimensão social ao desafio das novas faces geopolíticas da miséria e da fome e; na dimensão ambiental ao esgotamento da resiliência dos ecossistemas (Franco Neto, 2018).

O enfrentamento deste paradigma exige abordagem integrada em múltiplas dimensões: multidisciplinar, plurissetorial, multitemporal, multiescalar e capaz de dar voz aos deixados para trás (OPAS, 2018).

Para elaborar e produzir elementos e instrumentos capazes de articular ações alinhadas à natureza dessas relações, bem como planejar estratégias e mecanismos para a promoção da saúde é preciso considerar aspectos conceituais, científicos e técnicos, assim como aqueles inerentes às políticas e intervenções que articulem conhecimentos sobre os sistemas socioecológicos e a saúde das coletividades, ou seja, sua determinação a partir do território.

Diversos atores e redes que assumem perspectivas contra-hegemônicas afirmam a necessidade de que sejam estabelecidos diálogos e convergências entre temas como planejamento urbano saudável, qualidade ambiental, agroecologia, justiça socioambiental, economia solidária, segurança e soberania alimentar, água e saneamento, gênero entre outros, tendo o território como elemento central destas estratégias, e o diálogo e intercomunicabilidade entre distintos saberes, com base na participação social como pedagogia de produção de hierarquias de prioridades e ações emancipatórias.

Estas agendas e experiências buscam responder ao desafio teórico-prático de dar respostas concretas à constituição de territórios sustentáveis e saudáveis, apoiando a construção de uma agenda de transição para um novo modo de produção e organização social, mais cooperativo e solidário, capaz de promover a justiça socioambiental. Em comum, têm os objetivos de promover o acesso à cidadania,

[11] Este texto foi elaborado a partir de excertos do livro "O Território Pulsa: Territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina - soluções para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados" (Gallo, E. & Nascimento, V., 2018, Ed. Fiocruz, prelo). Luiz Augusto Cassanha Galvão e Guilherme Franco Netto revisaram e complementaram o texto.

a preservação do meio ambiente, o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida; a governança intersetorial e participativa como modo de gestão e o território como elemento contextualizador de sua implantação.

Compartilham a centralidade da territorialidade, entendida como o conjunto de valores e de práticas referidos a determinado espaço e em determinado tempo e que caracterizam a sua produção social, que se dá a partir e sobre uma realidade particular onde os vetores da racionalidade dominante entram em embate com a emergência de outras formas de vida, o que exige projetos e ações que sejam capazes de compreender e – consequentemente – de transformar as práticas sociais referidas a territórios, produzindo autonomia individual e coletiva.

Algumas agendas territorializadas têm buscado trabalhar estas questões: a Agenda 21 pretendeu ser instrumento de planejamento e governança local promotora do desenvolvimento sustentável a partir do envolvimento dos atores e, especialmente, das comunidades locais. A agenda Cidades – Comunidades – Municípios Saudáveis concebeu a saúde como qualidade de vida e para sua operacionalização também advoga mecanismos de governança intersetoriais e participação popular, com a perspectiva de promover a equidade.

No Brasil, a questão ambiental sempre esteve presente nas ações de "atenção primária à saúde", como foi o caso do "Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), na década de 70, o qual se dedicou à inclusão de populações historicamente excluída através da implementação de um conjunto de ações simplificadas, a qual não prosperou por ser uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (Escorel, 1999). Outras tentativas de incluir a questão ambiental ao nível local da atenção primária designada como "atenção primária ambiental" também não prosperou por vários motivos associados à visão "medicalizada" da saúde e o contraditório baixo compromisso das autoridades de saúde com as questões de ordem geral de sustentabilidade e da preservação da natureza e da vida.

Com o advento da ECO92, estratégias de aproximação das políticas de saúde e de meio ambiente resultaram em estratégias para o enfretamento das implicações do meio ambiente na saúde (OPAS, 2011). No Brasil, a implementação da vigilância em saúde ambiental no âmbito do SUS (Rohls et al, 2011), possibilitou arranjos para o conhecimento e enfrentamento da degradação do ambiente decorrente do modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil, estimulando a incorporação da temática ambiental nas práticas da Saúde Pública, de modo a prevenir os riscos à saúde decorrentes da exposição a contaminantes ambientais. O conceito de saúde passou a englobar o estilo de vida das pessoas, significando não apenas a ausência de doença, e intensificou-se a realização de movimentos internacionais e nacionais que trouxeram à tona a importante relação entre saúde e ambiente. Este

caminho incentivou a ação da atenção primária à saúde sobre os problemas ambientais nos territórios (Augusto & Beltrão, 2008).

Entretanto, do ponto de vista concreto, estas experiências apresentaram limitações em sua capacidade holística, predominando o olhar setorial, especialmente na saúde. Buscando superar estas limitações, propõe-se a perspectiva da determinação social da vida, do ambiente e da saúde, os princípios da ecologia de saberes, da pedagogia da autonomia e da governança participativa, assim como os elementos conceituais e metodológicos da abordagem ecossistêmica associada à abordagem comunicativa do planejamento estratégico-situacional para indicar questões epistêmicas que são fundamentais para a implantação de agendas territorializadas que procurem apoiar "...a incorporação de territórios excluídos à cidadania, porém buscando evitar sua captura pela racionalidade dominante, estimulando a transformação do modo de produção para uma economia e uma sociedade mais solidária e equânime" (Gallo& Setti, 2012).

Estes referenciais alinham-se conceitualmente por historicizar os contextos sociais, explicitar as contradições de interesses e os mecanismos de dominação, assim como por propor alternativas emancipatórias. Seus elementos conceituais e metodológicos permitem o vínculo da teoria à práxis, e a partir deles foram desenvolvidas estratégias para implantação de agendas territorializadas que tem resultado em tecnologias sociais cuja avaliação de efetividade para a promoção de equidade, autonomia e sustentabilidade apresentou evidências importantes de sucesso, o que sugere sua adequação como estratégia de promoção do Bem Viver.

Referências

Augusto LGS, Beltrão AB, organizadores. Atenção Primária à Saúde: ambiente, território e integralidade. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008. 205 p.

CEPAL. Panorama Social da América Latina. Chile, 2017

Franco Netto, G. Manuscrito; 2018

Gallo E & Nascimento V. O Território Pulsa: Territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina - soluções para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, prelo, 2018.

Gallo E & Setti AFF. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de Agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(6):1433-1446, 2012

Organização Pan-Americana da Saúde "Determinantes ambientais e sociais da saúde" Washington, DC: OPAS, © 2011

Escorel S. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (Piass). In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,1999, pp.161-178. ISBN 978-85-7541-361-6. disponível em SciELO Books: https://goo.gl/YmJAQu

Rohlfs DB, Grigoletto JC , Franco Netto G , Rangel, CF. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. Cad. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19 (4): 391-8.

Sessão de referência Astana: Health Information Systems and Digitalization of Primary Health Care

Estratégias para Conformação de Sistema de Informação em Saúde de Cobertura Universal[12]

Um Sistema de Informação em Saúde deve ser capaz de armazenar dados e informar todas as ações de saúde realizadas por um sistema de saúde, de acordo, no caso brasileiro, com dois pilares do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade e longitudinalidade.

A Atenção Básica à Saúde, a ordenadora do cuidado à população, como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, deveria funcionar também como uma das portas de entrada privilegiadas do usuário no Sistema de Informação em Saúde e, assim, ser capaz de atualizar e acessar todas as ações de saúde realizadas ao longo de toda vida de seus usuários. O itinerário terapêutico ao longo da vida de um determinado usuário seria, portanto, capaz de auxiliar no planejamento e na composição de sua estratégia de cuidados de saúde, desde a avaliação de risco até a alta complexidade, caso fosse necessário.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as funções primordiais de um Sistema de Informação em Saúde são: a geração de dados, sua compilação, análise e síntese, além de sua comunicação e uso. Para tanto, os sistemas de informação devem ser capazes de coletar, analisar e garantir a qualidade, relevância e atualidade dos dados coletados de diversas bases, sejam elas do setor Saúde e/ou de outros setores de importância capital para a composição de indicadores em saúde. Além disso, devem converter os dados em informações para a tomada de decisões relacionadas à saúde (WHO, 2008). Afinal,

> Informações sólidas e confiáveis são a base da tomada de decisões em todos os blocos de construção do sistema de saúde e são essenciais para o desenvolvimento e implementação de políticas de sistemas de saúde, governança e regulação, educação e formação em saúde, prestação de serviços e financiamento. (WHO, 2008, tradução livre)

Contudo, o desafio de reunir as bases de dados e disponibilizar um Sistema de Informação em Saúde unificado está presente em vários países. A Inglaterra, por exemplo, que em 1948, criou o Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS) que se transformou em um dos mais expressivos sistemas de saúde públicos universais, dispõe de observatórios de saúde e sistemas de informação consonantes com os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), mas ainda não tem um

[12] Esse texto elaborado por Arlinda B. Moreno é uma adaptação para a *Global Conference on Primary Health Care* (Astana, Cazaquistão, 2018) de trabalho anterior da autora intitulado: Muito Além do Básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à Saúde no Brasil. In: Mendonça et al. (2018) Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 614 p.

Sistema Unificado de Informação em Saúde (Wilkinson, 2017). Além da Inglaterra, a Alemanha, o Canadá e os Estados Unidos também possuem sistemas de informação em saúde bastante robustos, porém não totalmente unificados.

No Brasil, a partir dos anos 1970 – e mais veloz e sistematicamente depois da década de 1990 –, ocorreu uma proliferação de bases de dados em saúde no âmbito governamental, em especial após a implantação do SUS, que resultou na migração das bases de dados alocadas na Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) para o DataSUS, em 1991, consequentemente à transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde.

Dada a aceleração da área de Tecnologias de Informação (TI), bem como o avanço do Brasil em direção à incorporação de novas tecnologias, em razão da abertura do mercado de informática, produzida pelo governo federal no início dos anos 1990, houve também no campo da saúde pública uma enorme movimentação no sentido de (re)formular e (re)construir bases de dados para o acompanhamento da saúde da população. Entre 1990 e 2000, foram sistematizados e disponibilizados (por vezes, também alguns sistemas foram reformulados) pelo DataSUS os dados de uma série de Sistemas de Informação em Saúde, entre eles o Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH/SUS), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e, também, o Sistema de Informações sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs), este último, precursor do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), hoje denominado Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Como efeito negativo desta aceleração, a fragmentação dos sistemas de informação em saúde é uma realidade nacional, uma vez que cada um deles conforma bases de dados distintas e não interligadas por um identificador unívoco.

Cabe lembrar que um identificador unívoco é tarefa urgente à conformação de um sistema de informação em saúde unificado e que o mesmo pode ser viabilizado por meio de identificadores nacionais disponibilizados à população. Por exemplo, o uso de um número nacional de identificação do cidadão brasileiro (por exemplo, o Registro de Identificação Civil, como recentemente proposto pelo Ministério da Justiça), com a opção do uso do número do passaporte para estrangeiros, seria um dos caminhos possíveis. Outro, poderia ser esta mesma estratégia para identificação de estrangeiros, atrelada ao uso do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e/ou a utilização de um número nacional para a Declaração de Nascidos Vivos (DNV). O identificador unívoco é também elemento fundamental para a construção de um Prontuário Eletrônico do Paciente o qual deve conter, necessariamente, toda

história do cuidado em saúde de um determinado usuário do sistema, interligando os níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Note-se que a ausência de uma rede de informações sobre os usuários do SUS, além de produzir um incomensurável prejuízo à população, impede que seja executada uma enorme parte do monitoramento, avaliação e planejamento em saúde, gerando, inclusive, grande volume de gastos adicionais.

Em 2016, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016 (PDTI), do Ministério da Saúde, considerou, os seguintes princípios da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), para sua execução:

> - A informação em saúde destina-se à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade;
> - A gestão da informação em saúde deve ser integrada e capaz de gerar conhecimento;
> - A promoção da democratização da informação em saúde é um dever das instâncias gestoras do SUS;
> - A informação em saúde é elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde;
> - O acesso à informação em saúde é um direito de todo indivíduo;
> - A promoção da descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde deve atender as necessidades de compartilhamento nacional e internacional de dados e as informações frente às especificidades regionais e locais;
> - A informação em saúde deve ter sua autenticidade e integridade preservadas, por meio de certificação digital;
> - Todo indivíduo tem direito à confidencialidade, ao sigilo e à privacidade da sua informação de saúde pessoal. (Brasil, 2016)

Esses caminhos parecem, então, apontar para um horizonte menos nebuloso para a conformação de um Sistema de Informação em Saúde Unificado para o SUS.

Além do que foi elencado pelo PDTI 2016, destacam-se as estratégias para qualificação de pessoal para trabalhar no aprimoramento e consolidação das bases de dados em saúde do país, que constam na PNIIS, como necessidade imprescindível para a construção de um Sistema de Informação em Saúde Unificado.

Fazer circular informações em saúde de qualidade, construindo caminhos para que elas cheguem ao usuário, é também tarefa inadiável, uma vez que delas depende a expansão do controle social como preconizado pelo SUS.

A despeito de todos os esforços do DataSUS, a forma como as informações em saúde circulam no seu site impossibilita uma apropriação rápida por parte do usuário comum, afastando-o das informações, ao invés de convidá-lo a conhecê-las e, eventualmente, discuti-las em seu cotidiano. As bases de dados agregados (como deve ser, em face da necessidade legítima de manutenção do sigilo dos dados de saúde dos usuários do sistema), dependentes de tabulação por meio do cruzamento de variáveis no

TabNet (ou outro software equivalente), desmotivam o usuário, tornando o acesso aos dados um trabalho intelectualizado, voltado para a pesquisa e não para o controle social.

Vale dizer também que é passada a hora de as relações entre os dados do SUS em sua rede pública e os dados da saúde suplementar conversarem com maior transparência e visibilidade para a população em geral. Em março de 2017, cerca de 48 milhões de usuários da saúde suplementar estavam cadastrados no sistema e pouco se sabe sobre eles. Por exemplo, em consulta realizada em maio de 2017 no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os dados disponíveis mais recentes sobre "Mortalidade em beneficiários de saúde suplementar" são relativos ao ano de 2009. Os registros mais recentes sobre "Atendimentos de beneficiários no SUS", que informam o repasse da saúde suplementar ao SUS, são de 2014 e levam em conta apenas ações geradoras de autorização para internação hospitalar (AIH) e autorização para procedimento de alta complexidade (APAC) (ANS, 2017). Essa exiguidade de informações refere-se a uma taxa de cobertura média no Brasil de cerca 25% da população (com percentuais acima de 42% e 34% para os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, no ano de 2016). É pertinente destacar os efeitos deletérios causados pela ausência da integração das bases de dados em saúde no país. Atendimentos ambulatoriais estão incluídos nesses números, e muitos deles são demandas não atendidas pela saúde suplementar que seguem para atendimento no SUS, sendo possível, também, que esses atendimentos representem ações em saúde que poderiam ser parte das atividades da Atenção Básica à Saúde. O ressarcimento ao SUS das ações de saúde prestadas a usuários portadores de planos de saúde regulados pela saúde suplementar, conforme preconizado pelo artigo 32 da lei n. 9.656/1998, e julgado constitucional pelo Supremo Tribunal Federal, em fevereiro de 2018 (vinte anos depois), deve ocorrer de forma transparente para a população e, para tanto, os Sistemas de Informação em Saúde têm de compilar e oferecer dados acerca dessas transações (Brasil, 1998).

Enfim, os sistemas de saúde para a Atenção Básica não podem existir per se como ilhas isoladas dos demais níveis de atenção à saúde, tampouco podem existir como representantes de partes distintas de uma estratégia, ação ou programa que componha, mesmo que majoritariamente, os atos de competência da Atenção Básica à Saúde, como acontece com o foco sobre a ESF. A saúde deve ser integral como prima nosso SUS, e, por isso, bases de dados para a Atenção Básica à Saúde devem compor um (idealmente denominado) Sistema de Informação em Saúde Unificado, robusto o suficiente para dar visibilidade às necessidades de quaisquer usuários do sistema de saúde (público, suplementar ou mesmo exclusivamente privado). Célere e preciso esse Sistema de Informação em Saúde deve ser para a saúde e, portanto, deve ser utilizado como ferramenta de gestão útil à avaliação e ao monitoramento das ações em saúde no Brasil e ao planejamento de intervenções populacionais e programas para o controle de agravos, além de servir de rico manancial de dados para a pesquisa em saúde. Dinâmico e capaz de incorporar novas funcionalidades que se prestem não apenas ao seu

próprio aprimoramento, mas também à sua expansão. Um sistema de informação em saúde necessita de trabalhadores qualificados para sua manutenção, livre da dependência de empresas da iniciativa privada que visam à venda de caixas-pretas e ganhos extorsivos permanentes.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Site. Disponível em: <www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?-dados/tabnet_br.def>. Acesso: 25 maio 2017.

Brasil. Lei n. 9.656/1998, de 3 de jun. 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 maio 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Comitê de Informação e Informática em Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/108353/mod_resource/content/1/pniis_marco_2013.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. PDTI: Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/images/15-06PDTI.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

Moreno AB. Muito Além do Básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à Saúde no Brasil. In: Mendonça et al. (2018) Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 614 p.

World Health Organization (WHO). Toolkit on monitoring health systems strengthening: health information systems, jun. 2008. Disponível em: <www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_InformationSystems.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

Wilkinson J. Health information system in England. Disponível em: <www.baph.be/archive/2009symposium/John%20WILKINSON.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

Sessão de referência / Astana: Driving equity through Primary Health Care

Equidade e PHC - Contribuições para Debate[13]

Equidade e desigualdades sociais em saúde

Condição de saúde, segundo Sudhir Anand (2004), é um bem especial na medida em que tem valor intrínseco (afeta o bem-estar) e instrumental para a vida das pessoas. Assim, desigualdades em saúde se associam a desigualdades nas escolhas e oportunidades mais básicas que as pessoas têm potencialmente a seu dispor. De modo similar, Amartya Sen (2004), afirma que a saúde contribui com a capacidade básica da pessoa de agir no sentido de escolher a vida que preza.

Equidade relaciona-se às desigualdades que são consideradas particularmente injustas. Essas são as desigualdades entre grupos socialmente definidos e não aquelas aleatória ou naturalmente (e.g. geneticamente) estabelecidas. São, portanto, desigualdades sociais (classe, gênero, etnia/raça, entre outras) já que podem ser contornadas por políticas sociais. Daí a preferência pela especificação "desigualdades sociais" para referir a iniquidades. Vale destacar que desigualdades geográficas também podem se configurar em iniquidades desde que estejam associadas a acesso diferenciado aos bens públicos e de consumo.

Equidade em Saúde e Equidade nos Serviços de Saúde

Há consenso de que a saúde é influenciada por várias circunstâncias sociais e não apenas pelo cuidado de saúde. A própria OMS considera os serviços de saúde como apenas um dos determinantes sociais da saúde. Entretanto, a ampliação do escopo dos sistemas de saúde e das práticas de saúde associadas ao ganho em sua efetividade aumenta o impacto potencial dessas práticas na saúde dos indivíduos e das populações.

PHC e Equidade

A Declaração de Alma Ata foi motivada pela marcante desigualdade social e regional (intra e entre países) nas condições de saúde. A meta de Saúde para Todos no ano 2000 apontou os Cuidados Primários de Saúde (*Primary Health Care -PHC*) como a chave para a sua realização. Portanto, no contexto da Declaração podemos dizer que equidade em saúde e PHC constituem dois lados de uma mesma moeda. Isto quer dizer que são intrinsecamente associadas já que uma se realiza através da outra.

Na Declaração de Alma Ata, PHC implica enfrentar os determinantes sociais da saúde. Ainda que o sistema de saúde (cuidados de saúde) represente apenas um dentre vários determinantes sociais da

[13] Elaborado por Claudia Travassos

saúde, num contexto de marcadas desigualdades em saúde e no acesso e uso efetivo de serviços de saúde existentes à época da Declaração, a geração de sistemas de saúde universais e orientados pela proposta de PHC certamente impactaria fortemente na redução destas desigualdades.

Outro aspecto a ser salientado é que a capacidade da PHC de impactar a redução das desigualdades sociais e geográficas em saúde depende marcadamente de sua configuração. Uma **PHC abrangente e integrada** – muitas vezes associadas ao debate do papel do Estado na proteção das pessoas (ver Mendonça et al. 2018) – terá maior impacto do que **PHC de caráter mais restrito e focalizado**, concepção que geralmente vem embutida na proposta de *Universal Health Coverage* (UHC). PHC abrangente, isto é, PHC de qualidade que depende de políticas de saúde específicas voltadas para a população, dentre as quais é fundamental que os recursos sejam distribuídos de acordo com as necessidades de saúde e, portanto, de modo equitativo, financiados com base em esquema tributário progressivo, sem custo (ou muito pouco custo) para o paciente e baseado numa rede integrada de serviços (Starfield, 2011).

Dentre os melhores exemplos internacionalmente da relação entre PHC e equidade está o NHS do Reino Unido.

> "*The NHS has a strong PC base in comparison to other OECD countries. Over 90% of healthcare interactions take place in PC, despite a PC budget of under 10% of the total NHS budget of approximately £105 billion/$178 billion annually. More than 99% of the 52 million people living in England are registered with a general practitioner (GP). Patient satisfaction with PC is high and satisfaction with the NHS in general is high, although it has fallen since 2010. [There are] some impressive outcomes and impacts of the English NHS in comparison with other high-income countries, in terms of access, efficiency and equity. The common GP contract, support for common information systems and the use of those systems to establish professional norms all help it function as a unified system. The information systems and patient records also support the oversight of PC services and the management of change. The near universal registration of the population with a general practice is another asset, coupled with the fact that two-thirds of the population have a GP consultation every year, rising to 90% over five years. This provides levels of contact, coverage and continuity between PC and the general public achieved by few other public services*" (Pennington, Whitehead, 2014).

Destaca-se aqui a larga predominância do setor público no sistema de saúde britânico. Há que se considerar neste debate as questões éticas envolvidas nas articulações do setor público e setor privado nos sistemas de saúde. Dentre elas ressalta-se a redução da equidade em saúde nos sistemas com opção predominantemente voltada para a participação do setor privado.

Referências

Anand S. The Concern for Equity in Health. In: SUDHIR ANAND et al (orgs) Public Health, Ethics, and Equity. UK: Oxford University Press. 2004. Capítulo 1.

Sen A. Why Health Equity? In: SUDHIR ANAND et al (orgs) Public Health, Ethics, and Equity. UK: Oxford University Press. 2004. Capítulo 2.

Mendonça MH, Godim R, Matta GC, Giovanella L. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. IN: _____ Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, Práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018. Introdução.

Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health. 2011; 65:653-655.

Pennington A, Whitehead M. Learning from Promising Primary Care Practice Models for the USA: Country Case. Study UK: with a focus on England. UK: University of Liverpool for Training and Research Support Centre (TARSC). 2014

Sessão de referência Astana: PHC and aging population

Multimorbidade[14]

Desde a Declaração de Alma Ata ocorreram grande mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e ambientais, para não citar questões políticas e culturais que predominam no mundo atual, as quais devem ser incorporadas por uma visão mais contemporânea do PHC. Dentre essas destaca-se aqui a multimorbidade.

Observa-se um aumento das doenças crônicas globalmente de modo a representarem 68% dos óbitos. A transição para a predominância de doenças crônicas resultou no aumento da multimorbidade. Multimorbidade tem sido definida com a presença de duas ou mais doenças crônicas em um único indivíduo. Multimorbidade mostra-se fortemente associada à idade, mas em números absolutos mais pessoas com multimorbidade tem menos que 65 anos de idade, destacando que não é um fenômeno apenas da velhice (Barnett et al., 2012).

Barbara Starfield (2011a) apresenta uma definição de multimorbidade abrangente e a associa à utilização de serviços de saúde. Multimorbidade é a ocorrência simultânea de doenças específicas em um único indivíduo. Mais especificamente como a combinação de várias doenças e tipos de doenças ao longo do tempo. Os tipos (aguda, aguda recorrente, crônica clínica, crônica cirúrgica e problemas mentais) de doenças são os melhores preditores da utilização de serviços de saúde a cada ano.

> *"Multimorbidity is associated with higher disability, higher mortality, worse quality of life and higher use of the health care services. Providing treatment for multimorbidity requires health system transformations (accessible; whole-person, integrated, and coordinated care; limiting overtreatment) consistent with a stronger primary care approach" (Macinko, 2018).*

Starfield (2011a) também lembra que problemas de saúde não ocorrem aleatoriamente nas populações, isto é, ocorrem em *cluster* afetando desproporcionalmente determinadas pessoas e populações. Portanto, a multimorbidade afeta desproporcionalmente pessoas em grupos sociais mais desfavorecidos quando comparada com a distribuição de doenças individuais.

Algumas consequências para a clínica no contexto do PHC decorrentes deste novo ambiente epidemiológico é a necessidade de diretrizes que incorporem a multimorbidade. Entretanto, as diretrizes clínicas e os respectivos sistemas de suporte à decisão clinica voltados para doenças específicas existentes geralmente não levam em consideração a questão da multimorbidade que, vale dizer, tem composição muito diversa entre indivíduos. Isso os torna de menor aplicabilidade na PHC e,

[14] Elaborado por Claudia Travassos

de maior risco para populações vulneráveis e em desvantagem social já que têm padrão de multimorbidade mais diversos. Como aponta Barbara Starfield, a prática de tentar reduzir doenças uma a uma pode ser de risco para essas populações (Starfield, 2011b). Mais ainda, esta autora nos lembra que as doenças são entidades heterogêneas e que abordá-las individualmente não consegue capturar as possíveis relações existentes entre os distintos problemas de saúde para melhor mapear a vulnerabilidade das pessoas a problemas de saúde. Como bem salienta, a existência de uma doença predispõe à ocorrência de outras, fenômeno ainda pouco estudado (Starfield, 2011c; 2011d).

Para promover o cuidado de saúde adequado às mudanças epidemiológicas e fomentar uma nova compreensão do adoecer, do ponto de vista da equidade:

> "*We need guidelines that are appropriate to person-focused care**,** not disease focused care. Only primary care physicians can understand this, because they do not focus on particular organ systems and because they experience these realities every day in their practices*" (Starfield, 2011d).

Portando, modelos de cuidado baseados em doença crônicas específicas que não considerem a multimorbidade podem ser iníquos, de baixa efetividade e eficiência com alto grau de fragmentação do cuidado. Resultam em baixa coordenação, efeitos adversos e elevação de custos.

Indicador de monitoramento da UHC: Gasto catastrófico

O indicador de gastos catastróficos selecionado para monitoramento da cobertura universal tem sido questionado em sua validade como medida do desempenho de sistema de saúde já que pessoas muito carentes serão excluídas do numerador (gasto em saúde), pois não gastam por não terem dinheiro, apesar de precisar de cuidado de saúde. Assim, os mais vulneráveis e necessitados estarão ausentes do indicador.

Por outro lado, este indicador faz sentido somente em sistemas de saúde cuja configuração considera a participação expressiva do gasto privado em saúde. Para sistemas como o britânico, apontado acima e que tem baixíssima participação do setor privado, este indicador não tem relevância ou tem relevância apenas residual. Portanto, carrega consigo o pressuposto de alguma, geralmente expressiva participação do setor privado e do gasto privado que, como apontado anteriormente, são fatores geradores de desigualdade social no acesso e uso efetivo de serviços de saúde.

Referências

Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380:37-43.

Macinko J. *Primary care and Multimorbidity in Six Latin American and Caribbean Countries*. Mesa Redonda "Sistema Único de Saúde e o Desafio do Cuidado para Pessoas com Multimorbidade.

Expositor. Fiocruz:Auditório David Capistrano. 28 de Julho 2018.
www.saudecoleitva.org.br/promacacao/index_programado.php

Starfield B, Kinder K. Multimorbidity and its measurement. Health Policy 2011(a); 103:3-8.

Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health. 2011b; 65:653-655.

Starfield B. The Changing Nature of Disease Implications for Health Services. Medical Care. 2011c; 49(11): 971-972.

Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011d, 10(15):2-3.

Sessão de referência / Astana: Empowering People at the Centre of Primary Health Care

Empoderamento e APS[15]

O conceito de empoderamento é pouco preciso e merece ser detalhado ao invés de ser circunscrito ao âmbito da atenção primária, em especial quando ela é vista como um espaço físico e não uma abordagem para atenção à saúde. A temática do empoderamento em saúde transcende os limites da APS e pode ser compreendida em suas várias dimensões.

- Empoderamento como aumento dos graus de liberdade de indivíduos e grupos para tomar decisões em relação à sua saúde. Diz respeito a um processo tanto subjetivo quanto objetivo em que se constituem sujeitos políticos, capazes de afirmar a sua vontade e tomar decisões em relação ao conjunto de alternativas que lhes é oferecida. Nesse sentido, a questão da comunicação e da troca de informações é crucial para aumentar as condições de conhecimento e possibilitar a tomada de decisões que correspondem às necessidades e desejos dos indivíduos. Porém, não se trata de um processo pedagógico no qual os pacientes e/ou usuários são ensinados sobre questões de saúde, mas de um processo dialógico, no qual a interação entre profissionais e usuários permite a troca de informações, o respeito ao conhecimento de ambos, a capacidade de aceitação do outro como sujeito, isto é, aquele que pode agir em função de suas necessidades e desejos. Essa proposição implica que a equipe de saúde seja capaz de reconhecer os indivíduos como iguais, ainda que em posições funcionais distintas, portanto, capazes de responder às demandas por informação, estimular e compartilhar novos conhecimentos, compreender e respeitar a forma como os indivíduos constroem seu modo de vida. Só assim será possível que o cuidado de saúde seja fonte de transformação social. No entanto, essa capacidade só se realiza se existem condições materiais para propiciar a adequada atenção à saúde. Não se pode falar de empoderamento quando não existe liberdade, pois não há alternativas. Assim, o empoderamento requer condições materiais objetivas de prestação do cuidado em todos os níveis de complexidade e de tratamento necessários ao atendimento das necessidades. Nesse sentido, só haverá verdadeiramente empoderamento se a atenção primária em saúde não estiver restrita a um espaço, ou centro de APS, mas seja uma diretriz que articula o conjunto de unidades que compõem o sistema de saúde.
- Empoderamento significa a garantia do direito à saúde, a segurança que esse direito está garantido pelo poder público e que possa ser exigível. Poder e segurança se imbricam, pois não há poder se não está garantido que o cuidado necessário será garantido. Consequentemente, a APS não pode ser reduzida aos cuidados de menor complexidade e/ou mais baixo custo. Ela é uma estratégia para atenção que permite a promoção e prevenção, mas também deverá ser a garantidora do

[15] Elaborado por Sonia Fleury

acolhimento das demandas de tratamento e reabilitação que serão derivadas para outras unidades adequadas.

- Empoderamento significa a capacidade de compartilhar poder na gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis – nacional, regional, local, unidades de saúde – com os beneficiários do sistema de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde passa a ter um papel estratégico na democratização das políticas públicas, na socialização das informações sobre o funcionamento do governo e na prestação de contas e transparência do processo decisório. A experiência brasileira avançou muito na construção de uma arquitetura democrática com base na participação social, através do estabelecimento dos Conselhos Setoriais em todos os níveis de governo – Nacional, Regional e Local – e por meio das Conferências Temáticas e das Audiências Públicas, dentre outros instrumentos. No entanto, estudos recentes identificam que a participação nessas instâncias requer um nível prévio de organização, o que favorece a presença de grupos corporativos mais bem estruturados. Nesse sentido é importante que as unidades de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis, construam formas institucionalizadas de participação dos usuários, para além das ouvidorias, que garantam a efetividade das deliberações ali estabelecidas. Dessa forma, indivíduos e grupos da comunidade, que não tenham maior nível de organização mas que representem as demandas dos usuários, poderão intervir na condução da atenção à saúde. A possibilidade de compatibilizar a participação social no sistema de saúde com a contratação de serviços privados pelo sistema público tem sido um dos grandes problemas enfrentados no Brasil, já que a gestão privada não se submete ao compartilhamento do poder com os usuários e à transparência dos dados relativos à gestão empresarial.
- Empoderamento significa que o interesse público na saúde seja garantido por meio da estrita regulação pelo governo de todas as mercadorias, produtos, processos e serviços que possam provocar danos à saúde dos consumidores ou negação da prestação do serviço de saúde. A diretriz sanitária de promoção da saúde pela difusão de estilos de vida saudáveis não pode ignorar a oferta descontrolada de produtos que provocam danos à saúde, processos de trabalho que comprometem a saúde do trabalhador, condições de moradia e transporte que provocam danos irreparáveis à saúde dos moradores das comunidades. Também não se pode falar de empoderamento quando os consumidores de serviços de saúde privados ou por meio de seguros de saúde não têm seus direitos assegurados pelo poder público, ou que estes não sejam fiscalizados devidamente.

Sessão de Referência Astana: Reaching Marginalized Populations through Primary Health Care

Atenção primária à saúde e populações vulnerabilizadas – uma discussão sobre escolhas, caminhos e contradições[16]

O cenário internacional tem sido palco de tensões importantes face às sucessivas 'crises' do modelo capitalista, impondo desafios importantes ao campo da saúde coletiva, especialmente as respostas neoliberais e ortodoxas que repercutem em mudanças nas políticas públicas e nos modos democráticos de conceber o direito à saúde de populações. O contexto de desigualdades, historicamente forjado, assim como recentes retrocessos exigem esforços tanto no plano reflexivo como no âmbito de intervenções técnico-políticas, no sentido de assegurar avanços e conquistas já alcançadas, fundamentais aos princípios e valores de sistemas universais de saúde.

A aposta na resistência deve passar por uma ação concertada entre múltiplos agentes, capazes de retomar e reafirmar o papel-chave desempenhado pelo projeto contra-hegemônico do pensamento social latino-americano, reforçando seus princípios, valores e aportes, fundamentados na noção da determinação social da saúde, enquanto busca por uma ética da vida e de modos de estar no mundo, o que implica numa revisão das condições do trabalho humano, dos direitos sociais, da equidade a grupos subalternizados, de uma justiça ecológica, e de tudo aquilo que compõe o quadro de referência da saúde enquanto projeto emancipatório (Breilh, 2006). A vulnerabilização de vidas humanas, que se expressa em diversas matizes de desigualdades, está historicamente ancorada na matriz da colonialidade moderna, fundamental na conformação das sociedades dos países do Sul Global, que define, delimita e forja diferenciações e invisibilidades de territórios, de sujeitos e de formas de estar no mundo (Quijano, 2010; Santos, 2010; Santos, 1999, 2013). Em diálogo com a noção da determinação social da saúde, situa-se a vulnerabilidade e marginalização de grupos em termos sociais e econômicos, como também em outros registros como o ético e o ontológico. A opção pelo uso dos termos vulnerabilização e vulnerabilizadas, ao invés de em vulnerabilidade, enfatiza que a condição de vulnerabilidade é fruto de ações políticas, econômicas e sociais vulnerabilizantes. A intenção é da não naturalização do termo.

A complexa dinâmica global/local conforma e traduz-se em territórios precarizados como as favelas; enormes contingentes de pessoas empobrecidas, muitas em situação de rua; refugiados oriundos majoritariamente do continente africano e sul americano entre outras repercussões, dada a matriz de expropriação de sujeitos e territórios em face da concentração de riqueza. Populações historicamente vulnerabilizadas e marginalizadas correspondem às zonas do "não ser" (Fanon, 2008), indicativo da

[16] Elaborado por Roberta Gondim

produção de invisibilidade de vidas humanas, desvelando a inexistência de lugar para um conjunto de pessoas concebidas como uma resultante inevitável da modernidade, nos termos propostos por Bauman (2005): os “inadaptados”, “párias”, “redundantes”, “lixo humano”, produtos da sociedade de consumo.

Iniciativas do campo da saúde no Brasil têm explicitado uma agenda de políticas que inclui, em alguma medida, ações voltadas para essas populações que, a despeito de perspectivas diferenciadas, trazem por base a problematização sobre a vulnerabilização de grupos populacionais. A atenção à saúde de grupos populacionais vulnerabilizados pressupõe o enfrentamento de contradições e dinâmicas complexas que extrapolam o setor saúde. Entende-se que a saúde deve sim dar respostas próprias ao seu campo, porém a noção de determinação social da saúde, enquanto pressuposto político, econômico e social implica em agenciamentos e ações concertadas de natureza global e intersetorial. Portanto, políticas voltadas para populações vulnerabilizadas forjam-se pela matriz de desigualdades e associada à ausência das demais políticas públicas – econômica, geração de renda, educacional, habitacional etc.

No Brasil o fortalecimento do modelo abrangente de atenção primária à saúde (APS) assume, dentre outros pressupostos, a noção de saúde para todos inscrita em agendas globais como a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978). Entretanto, passa a ter maior centralidade na agenda política a partir dos anos 2000. É a partir dessa década que movimentos mais consistentes no sentido de inclusão de populações vulnerabilizadas e marginalizadas dão-se no âmbito da APS, tais como: pessoas em **situação de rua**; **população negra** vitimada pelo longo período escravocrata brasileiro, em cujo histórico de resistência tem como uma importante inscrição sócio territorial os espaços **quilombolas**; populações **privadas de liberdade**, também majoritariamente negra dada a matriz de injustiça social; os **povos originários** historicamente destituídos cultural e territorialmente; entre outros[17]. Outro registro de produção de vulnerabilidade e marginalização de suma importância que merece destaque, pois que operados com base em julgamentos morais, é a saúde **LGBTT** (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

A priorização dessas populações na agenda da saúde no Brasil traduziu-se em diversas políticas nacionais, pactuadas de maneira federativa, tendo sido sua implantação induzida financeira e tecnicamente de maneira descentralizada em todo o território nacional. Análises recentes fornecem um a visão do caminho dessas políticas, no qual percebe-se a relevância dos avanços de caráter nacional, porém apontam contradições e, mais recentemente, retrocessos que põem novamente em

[17]Dentre as diversas políticas pode-se citar: Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua (2012); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011); Atenção à Saúde da População Quilombola (2006); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (2014); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2012)

questão a noção de saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, reconhecer como um avanço não significa abdicar de análises acerca de contextos nos quais ocorrem a formulação e a indução de estratégias não hegemônicas como essa, imersas em cenários repletos de pressões e contradições. Os contornos assumidos nas políticas e nas práticas indicam seus sentidos e podem tanto beneficiar o acesso como, contraditoriamente, consolidar-se em termos de excepcionalidade e segmentações de serviços e pessoas. Debates acerca da noção de inclusão fazem-se necessários se deseja-se caminhar no sentido de projetos de inclusão não subalternizante, e que pressupõe o respeito às diferenças e dos "modos de andar à vida" dos sujeitos (Canguilhem, 2009). Projetos de inclusão que não sejam operados no estrito sentido de controle de corpos e de 'doutrinação cultural', e que prime pelo enfoque numa cidadania emancipatória.

Esse contraditório **inclusão-segmentação** pode, no transcorrer das políticas e práticas de saúde, tanto caminhar no sentido de consolidação, fortalecimento e inclusão de pessoas no rol efetivo das políticas, como também no seu oposto, ou seja, na reificação de sujeitos segmentados ou mesmo controlados por práticas normatizantes. Os contornos, caminhos e sentidos assumidos pelas políticas dependem da complexidade dos agenciamentos – técnicos, políticos e sociais, e da amplitude das conexões, nas quais um conjunto de atores desempenha papel de destaque na luta política, principalmente o dos movimentos sociais.

As experiências, acúmulos e estratégias de países com APS abrangente inclusiva, de caráter universal e não segmentada para populações vulnerabilizadas, devem ser levadas em consideração no sentido da formulação de estratégias globais, considerando-se tanto a crítica à produção social, política e econômica de pessoas marginalizadas, como das estratégias e dispositivos de APS propostos.

Referências

Bauman Z. *Vidas Desperdiçadas*. Rio De Janeiro: Zahar, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012a.

Brasil. Ministério Da Saúde. *Política Nacional De Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012b.

Breilh J. *Epidemiologia crítica*: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

Fanon F. Peles negras, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA, 2008.

OMS – Organização Mundial Da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1978, Alma-Ata. *Anais.* Alma-Ata, 1978. Disponível em: <https://goo.gl/Qqo8wd>. Acesso em: 21 mar. 2015

Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.

Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS; Meneses MP. (Org.). *Epistemologias Do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. P. 31-83.

Santos M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 15-26, 1999.

Santos M. *O espaço da cidadania e outras reflexões*. 2. ed. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2013.

Sessão de Referência Astana: Integration of Mental Health Services and Primary Health Care

O campo da saúde mental e atenção psicossocial e as propostas de cobertura universal de saúde[18]

O campo da saúde mental e atenção psicossocial tem características muito singulares que devem ser levadas em consideração quanto se almeja a construção de políticas públicas a respeito dele.

O conceito de "transtorno mental", como utilizado nos países de língua portuguesa e latia, ou "desordem mental", como preferido por aqueles de língua inglesa, é um termo muito genérico e até mesmo impreciso. Prova disto é a ausência de textos mais conceituais a respeito e as dificuldades com as quais se deparam os autores que se dedicam à pesquisa na área, assim como os autores responsáveis pelos manuais de diagnóstico. O DSM, em particular, expressa esta imprecisão ao ser objeto de grandes alterações de uma edição para outra. Uma referência apenas pode ser útil e interessante de ser citada a este respeito, por se tratar de um bastante e bem elaborado investimento de crítica e autocrítica a este respeito, solidamente elaborado nada mais nada menos que por Allen Frances, o conceituado psiquiatra que liderou o grupo tarefa para a construção do DSM-IV (Frances, 2013)

No campo da saúde mental e atenção psicossocial existe um importante princípio de que as ações terapêuticas, clínicas e assistenciais não são dirigidas a doenças, mas à sujeitos com experiências de sofrimento e dificuldades. Não se trata de cuidar de doenças, mas de pessoas. Desta forma, o sistema de cuidados não deve se restringir a ser centrado em ofertas de serviços pautados em consultas, mesmo que não esporádicas, ou em instituições de internação, mesmo que curtas ou eventuais. Consultas e internações podem existir, mas sempre de maneira ocasional, em situações muito específicas.

O sistema de atenção e cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial deve ser orientado para um dilema muito importante, que é o de ter consciência da tensão entre de um cuidado que, ao mesmo tempo em seja forte e eficaz, não seja opressor, alienante e anulador das potencialidades dos sujeitos. E, por outro lado, de um sistema que não se paute pelo descaso e abandono do sujeito que necessita de espaços, estratégias e dispositivos de sociabilidade, de produção de novas subjetividades e de novas trocas com as demais pessoas.

[18] Elaborado por Paulo Amarante

A tendência atual de redução da experiência complexa do sofrimento humano a categorias diagnósticas muito precisas e específicas, como por exemplo a de TDAH, ou outras assim, impede que seja percebida a polissemia, a complexidade e a própria riqueza da experiência vivida e termina por apontar para uma resposta padronizada e universalizada das formas de tratamento. Na maioria das vezes esta tendência se traduz na prescrição de um psicofármacos considerado específico e em algumas orientações e indicações para as pessoas e/ou seus familiares.

A experiência tem demonstrado que são situações nas quais devem ser evitadas medidas drásticas, como por exemplo, de redução das liberdades e da autonomia (internações, contenções físicas e químicas, eletroconvulsoterapias, isolamentos, etc). Estas, efetivamente, agravam o quadro geral e limitam as possibilidades terapêuticas e de auto-organização ou organização mútua (reorientação das relações sociais, especialmente familiares). Ao mesmo tempo, devem ser ofertadas possibilidades contínuas, permanente e eficazes de suporte individual e coletivo aos sujeitos e seus familiares tais como serviços diários de atenção psicossocial (a exemplo das experiências dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS brasileiros), dos Centros de Convivência, dos Hospitais-dia, dos projetos de geração de renda (oficinas de trabalho e arte) e dos projetos artístico-culturais e de organização e participação social, que são estratégias potentes de continência e de integração social. Por outro lado, devem ser serviços e equipamentos que desenvolvem suas atividades por meio de uma gama variada de profissionais, não apenas de saúde/saúde mental especificamente (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentre outros), mas de muitos outros profissionais que ampliam a intersetorialidade e interdisciplinaridade deste campo, especialmente os artistas, educadores sociais e oficineiros de variadas formas de expressão.

A orientação de considerar que o tratamento seja possível com a priorização ou exclusividade de oferta de consultas ou de unidades de internamento, na maior parte das vezes sustentada pela prática das prescrições farmacológicas, tem produzidos efeitos indesejáveis, como por exemplo a diminuição do potencial de auto-organização dos próprios sujeitos, e da limitação de experiências de ajuda mutua que são fundamentais no campo dos transtornos que envolvem dificuldades sociais, interpessoais e intersubjetivas. Outra consequência danosa é a dependência química causada pelo uso prolongado de psicofármacos, tema que tem sido cada vez mais explorado e pesquisado, especialmente porque existe enorme facilidade para a prescrição dos psicofármacos, e, em contrapartida, enorme dificuldade em conseguir suspender o uso de tais medicamento. No caso do uso de antipsicóticos e antidepressivos, tem sido anotada a utilização destes medicamentos pelo resto da vida das pessoas que os utilizam (Angell, 2007; Whitaker, 2017).

Enfim, a organização de políticas de atenção universal no campo da saúde mental e atenção psicossocial para as pessoas com diagnósticos de transtornos mentais deve ser pautada pela oferta

não apenas de serviços cotidianos de base territorial e comunitária, com equipes multiprofissionais e interdisciplinares fortes e sólidas, mas também de um projeto de inclusão e participação social que envolva as pessoas e seus familiares, não apenas enquanto “pacientes” e “parentes” mas como sujeitos e protagonistas, pois aí reside um diferencial importante e fundamental para a atenção no campo da saúde mental e atenção psicossocial. A oferta pura e simples de serviços de consulta e internação favorecem a farmacologização, a patologização, a medicalização e o isolamento e perda de autonomia e emancipação das pessoas.

Referências

Angell, Marcia. *A Verdade Sobre os Laboratórios Farmacêuticos*. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

Frances, Allen. *Saving Normal:* An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. William Morrow. 2013.

Whitaker, Robert. Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Sessão de referência Astana: Primary Health Care in Palliative Care

Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde[19]

Um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a *integralidade* de serviços e cuidados ofertados aos usuários, incluindo aqueles destinados ao final da vida.

Em consonância com os princípios do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) orienta-se pelos princípios da "coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (Brasil, 2006:10). Compreende um modelo de atenção constituído de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos, tecnologias práticas e evidências científicas socialmente aceitáveis, que estejam ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade, mediante o incentivo à participação popular. Tal pressuposto, originário da Declaração de Alma-Ata de 1978, tem em mira uma nova forma de organização do sistema de saúde, caracterizada por ações multidisciplinares de âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nesses sistemas (Pessini, 2004).

De outro lado, os chamados Cuidados Paliativos (CP) são, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) "uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais, através da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais" (tradução nossa, WHO, 2007:3).

Nessa perspectiva, os programas de CP podem incluir: assistência domiciliar, assistência ambulatorial, emergências, internação hospitalar, além de atividades relacionadas à pesquisa e ao ensino. Contudo, a maior parte das experiências e estudos na área descreve o cuidado restrito ao *âmbito hospitalar*, o que apresenta limites, pois consideramos que estratégias de assistência ambulatorial e domiciliar se apresentam como possibilidade de superar o modelo tecnoassistencial em saúde e alcançar a integralidade.

A demanda por CP tem se ampliado devido ao progressivo envelhecimento da população, que resulta, por sua vez, no aumento da incidência das chamadas doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) e de comorbidades, incluindo questões de saúde mental. De outro lado, a transição demográfica e epidemiológica impacta também nas chamadas condições crônicas complexas de crianças e jovens, que podem cursar com dependência tecnológica ao longo da vida, muitas delas sem possibilidades de cura e, portanto, com interface direta com a temática dos CP.

[19] Elaborado por Patricia Canto

Nos casos dos CP, muitos dos pacientes necessitam da extensão dos cuidados em saúde no domicilio, com a equipe de Atenção Primária sendo responsável pelo suporte ao paciente e à família, na mitigação e eventual controle dos sintomas e sofrimentos e na contribuição para um processo digno de finitude e morte (Floriani & Schramm, 2007).

Apesar de serem organizados para atender pacientes que sofram de doenças crônicas avançadas, com alta dependência, em linhas gerais, os programas de atendimento domiciliar têm se organizado nos moldes intervencionistas tradicionais.

A questão dos CP na APS não se resume a aspectos técnicos, mas inclui desafios éticos tais como: a decisão sobre onde o paciente irá morrer, a forma como os trabalhadores da equipe de saúde vivenciam a experiência de assistir à morte e ao luto, além da identificação e administração das condições familiares e do paciente para o cuidado no domicílio. Outro ponto a ser destacado é a necessidade da cuidadosa articulação entre os diversos níveis de atenção da rede de cuidado entre os níveis de atenção, uma vez que pacientes em CP necessitarão eventualmente utilizar outros níveis de atenção do sistema.

Profissionais de saúde para CP em APS

Entre os profissionais da APS, a experiência de atender famílias com pacientes que necessitam de cuidados paliativos já é uma realidade. Essas situações por eles vividas geram desafios éticos, especialmente quanto à comunicação entre equipe, família e paciente e à falta de apoio emocional e institucional aos cuidadores, cujo desgaste e agravos resultantes da sobrecarga do cuidado são descritos em inúmeros trabalhos científicos.

Por sua complexidade, os CP podem gerar sobrecarga para os profissionais, em especial diante da crescente demanda, quando torna-se difícil contar com número suficiente de especialistas para a assistência. Contudo, os CP não dizem respeito apenas aos especialistas, mas também deve envolver os profissionais de saúde generalistas, cuidadores e familiares, os quais prestam assistência primária a esses pacientes (Melo & Figueiredo, 2006).

A formação de recursos humanos em CP e a continuidade da assistência ao paciente na transição do tratamento curativo para o paliativo são fatores que irão favorecer a humanização, a integralidade e a obtenção de respostas mais adequadas dilemas vividos pelas equipes no atendimento de pessoas cuja continuidade de vida se encontra ameaçada.

A lamentar, que atualmente o Brasil conta com poucos serviços ou equipes de CP em hospitais, e que na APS brasileira eles praticamente inexistem. Portanto, uma recomendação importante é investir em preparar as equipes de profissionais de CP na APS, além criar condições adequadas de financiamento, e de estabelecer e implementar normas de articulação dentro do sistema de saúde, que facilite a

impostergável necessidade de utilização que os pacientes em CP na APS terão de outros níveis de atenção.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública. 2007; 23(9):2072-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf

Melo AGC, Figueiredo MTA. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 16-28.

Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 181-208.

World Health Organization. Palliative care. Cancer control: knowledge into action – WHO guide for effective programmes. Module 5. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf