
DE ALMA-ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Fernando Passos Cupertino de Barros¹

Filomena Martins Pereira²

Paulo Ferrinho³

1. MD, MSc, MA, PhD. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Brasil). Coordenador técnico e assessor de relações internacionais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-7973>.

2. MS, PhD. Professora Catedrática de Clínica das Doenças Tropicais. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (Portugal). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3421-7833>

3. MBChB, DTM&H, MSc, MMed, PhD, DrHC. Professor Catedrático de Saúde Internacional. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (Portugal). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

A forma pela qual os Estados respondem aos desafios colocados pela saúde dos seus cidadãos é influenciada por diferentes fatores. Dentre eles, destacam-se: a capacidade econômica; a coesão; o grau de confiança da população em seus serviços de saúde; a capacidade instalada em termos de infraestruturas, tecnologias e recursos humanos nas dimensões da formação, gestão, investigação e prestação de cuidados; e a capacidade de mobilização social, fatores culturais e sistemas políticos.

Essas respostas estão geralmente centradas em um discurso de universalidade e de primazia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O discurso da universalidade encobre grandes diferenças que, de forma simples, podem ser agrupadas entre os que defendem sistemas de saúde universais e os que associam a universalidade ao acesso a cuidados de saúde, muitas vezes deixando por esclarecer a que cuidados de saúde se refere essa pretensa universalidade do acesso^{1,2}.

O discurso dos CSP oculta um litígio antigo entre os que defendem CSP holísticos e abrangentes e os que promovem CSP específicos e mais restritos³. Em geral, os países de maior dependência econômica externa tendem a adotar as recomendações de organismos internacionais em favor de CSP ditos seletivos. Brasil e Portugal são exemplos bem eloquentes de CSP holísticos, enquanto a grande maioria dos países africanos, ainda que inicialmente orientados pelos postulados de Alma-Ata, sofreram as limitações acima referidas.

Essas tensões entre diferentes versões do discurso da universalidade e dos CSP estão bem ilustradas pelas narrativas que se podem extrair das declarações sobre os CSP explicitadas em Alma-Ata, em 1978, e em Astana, 40 anos depois⁴.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, ocorrida em Alma-Ata, em setembro de 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef), lançou o desafio de se adotarem mudanças profundas de modo a atingir a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. As bases da Atenção Primária à Saúde (APS), ou CSP, tal como se expressou em Alma-Ata, são uma abordagem integradora, articuladora, sistêmica. Entretanto, essa proposta inovadora não foi bem digerida por organizações multilaterais, especialmente a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e até mesmo o Unicef, que cerca de dois anos depois já estavam articulados em torno de tentativas para circunscrever o espectro de abrangência dos CSP a uns poucos procedimentos ou ações que tinham por alvo apenas grupos populacionais mais vulneráveis, o que passou a ser referido por alguns autores como APS Seletiva^{4,5}.

Na América Latina, por excelência, foram muito evidentes os reflexos negativos decorrentes da APS Seletiva preconizada pelos organismos financeiros internacionais, como refere Mário Testa, o que a transformou em uma atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria para populações pobres⁶.

Desde meados da década de 1990, organismos financeiros internacionais, em especial o Banco Mundial, assumiram nitidamente uma posição contrária à universalidade dos sistemas de saúde, propondo um conjunto de redes de proteção social e de focalização dos serviços públicos básicos, reiterando a participação do mercado privado na questão social, repetindo a rejeição do princípio de solidariedade no financiamento de políticas sociais. A agenda do Banco Mundial para reformas no setor da saúde não se modificou de modo substancial ao longo dos anos e defende, entre outras coisas: o fortalecimento do papel do Estado como agente regulador; a introdução da competição entre os prestadores de serviços públicos e/ou privados de saúde; a construção de iniciativas estatais de subsídios e incentivos – sobretudo fiscais –, para as ofertas e as demandas dos sistemas de saúde privados; as privatizações dos serviços de saúde; e a focalização dos serviços públicos de saúde dirigidos aos mais pobres^{3,4}. Em resumo, propõe que o Estado tenha sistemas para pobres e, o que é pior, que o acesso à saúde se dê em função da capacidade de pagamento das pessoas, e não pela garantia de um direito humano indisponível. A esse propósito, salienta Paim:

A experiência histórica aponta que um sistema de saúde voltado exclusivamente para os pobres tende a ser um sistema pobre, com financiamento reduzido, uma vez que o poder de vocalização política dos mais pobres é menor do que o dos trabalhadores e o da classe média.⁷

Apesar disso, na chamada Carta de Lubliana, de 1996, a OMS adotou um elenco de princípios para a construção da base dos CSP. O documento propõe que os sistemas de atenção à saúde devem ter por base os valores de respeito à dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; voltados à proteção e à promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos tenham influência sobre os serviços de saúde e assumam responsabilidade sobre a sua própria saúde; dirigidos para a qualidade, inclusive nos aspectos de custo-efetividade; corretamente financiados, a fim de permitir o acesso de todos os cidadãos a todos os cuidados necessários; orientados para os CSP, de forma que os serviços de saúde, em todos os níveis, protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem doenças, reabilitem doentes e acompanhem os doentes terminais. Devem reforçar a participação do doente no processo de decisão e promover a continuidade de cuidados nos seus meios culturais específicos.

Pouco tempo depois, entretanto, a OMS mudou sua posição adotando o que seu Relatório Mundial de Saúde 2000 chama de “novo universalismo”, definindo-o não “como todos os cuidados possíveis para todos, ou apenas os cuidados mais simples e básicos para os pobres”, mas, sim, como:

[...] a entrega a todos dos cuidados essenciais de alta qualidade, definidos principalmente por critérios de eficácia, custo e aceitabilidade social. Isso implica a escolha explícita de prioridades entre as intervenções, respeitando o princípio ético daquilo que pode ser necessário e eficiente na racionalização dos serviços, mas sendo inadmissível excluir grupos inteiros da população.⁸⁽¹³⁾

Para tanto, exige-se “[...] a transformação de economias centralmente planejadas para economias orientadas para o mercado, redução da intervenção estatal nas economias nacionais, menos controles governamentais e mais descentralização”. Ideologicamente, essa mudança “significava maior ênfase na escolha e responsabilidade individual. Politicamente, significou limitar promessas e expectativas sobre o que os governos devem fazer⁸⁽¹⁴⁾.

Nas celebrações dos 40 anos da conferência de Alma-Ata, realizou-se a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, em Astana, no Cazaquistão – na verdade, a mesma Alma-Ata agora com outro nome –, em outubro de 2018. Ali, entretanto, foi dada uma conotação bastante diversa dos elementos centrais extraídos da Declaração de Alma-Ata. Não se insistiu mais, de modo enfático, sobre a responsabilidade dos Estados em garantir o direito à saúde nem se falou de sistemas públicos de acesso universal, mas, sim, de um novo conceito: o de cobertura universal em saúde, o que, para muitos estudiosos, representa uma redução de amplitude do direito à saúde⁹.

O novo universalismo, ou o novo conceito de “cobertura universal de saúde” (CUS), aponta que a garantia de acesso aos serviços de saúde não deve ser necessariamente uma prerrogativa do Estado, e que a expansão dos serviços de saúde viria a dar-se, também, pela via da proteção social mercantilizada, ou seja, pelo aumento substancial de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento.

Segundo Giovanella e colegas,

Para avançar no espírito de Alma-Ata, é preciso reconhecer os direitos sociais; afirmar o dever do Estado; a universalidade do acesso; a regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais. [...] Alma-Ata mobilizou e mobiliza corações e mentes em defesa do direito universal à saúde há mais de 40 anos. A Declaração de Astana terá a mesma força para orientar as transformações necessárias à consolidação desse direito?⁴

Ademais, ao transmutar o direito universal à saúde em direito à CUS, ocorre uma transposição de uma ordem política a outra, do direito à saúde para o direito à cober-

tura. Nesta, o conceito de direito à saúde, baseado no princípio igualitário de justiça social, que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto 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, correspondente a uma concepção de cidadania restrita da visão liberal¹⁰. Nesse sentido, a CUS se contrapõe ao espírito de Alma-Ata.

Vale ressaltar que a proposta de CUS não foi validada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que adotou a “Saúde Universal” como definida na Resolução CD53/5, de 2014, a qual tenta atender à solicitação dos países da América do Sul de incorporar, nesse tema, a garantia do direito à saúde e do acesso a serviços de saúde¹¹.

Ambas as interpretações de universalidade defendem que os CSP devem ser uma abordagem que alicerça e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção à saúde. Devem ser os ordenadores do percurso do paciente pelos diferentes serviços, de modo a satisfazer suas necessidades em saúde, tornando-se, por excelência, os cuidados de proximidade, o primeiro nível de atenção, a porta de entrada preferencial do paciente no sistema de saúde.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS ESTADOS MEMBROS DA CPLP

Em meio a esse cenário, fortalecer os CSP tem sido uma preocupação de muitos países, incluindo-se os Estados-Membros (EM) da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)¹². Alguns, por diferentes circunstâncias, têm logrado avançar de forma mais rápida e eficaz nesse intento, outros não.

Dispersos em quatro continentes, oito EM da CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), objeto do presente estudo, refletem a diversidade de realidades geográficas, político-administrativas, sociais e epidemiológicas em que os CSP evoluíramⁱ.

Após um longo período de discussões, foi possível incluir no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2018-2021)¹³, o fortalecimento dos CSP no âmbito dos países de língua portuguesa, graças à participação ativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (Conass), com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dos demais observadores consultivos da CPLP que integram sua Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional, contando ainda com o apoio do Fórum

i. A Guiné Equatorial também integra a CPLP, entretanto, não foi considerada no presente estudo por não haver suficientes relações institucionais e/ou com seus pesquisadores.

da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesaⁱⁱ. É importante referir que o mesmo documento reitera, em seu inciso 2.2.1, uma das linhas-mestras de Alma-Ata, ao enunciar a necessidade de que os EM disponham de “sistemas de saúde bem estruturados e fortalecidos como requisito imprescindível para poder atingir as metas de saúde propostas”¹³⁽⁵⁾. Recomenda, ainda, que “o fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde orientados pela universalidade, integralidade, equidade e qualidade” sejam objetivos específicos, com metas e indicadores bem estabelecidos, entre as quais se encontra “o percentual de cobertura pelos cuidados de saúde primários”¹³⁽⁵⁻⁶⁾. Na consecução de tais objetivos, o documento discorre, no inciso 2.2.1.2, sobre a necessidade da cooperação bi e/ou multilateral para o reforço dos modelos de CSP, de forma a garantir seu acesso universal, para cuja implementação deverão entender-se “as estruturas centrais dos Ministérios da Saúde, o Fórum da Sociedade Civil da CPLP e a Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar dos Observadores Consultivos da CPLP”¹³⁽⁶⁾.

No intuito de contribuir para o cumprimento de tais diretivas, o IHMT NOVA promoveu um seminário internacional, que decorreu nos dias 11, 12 e 15 de outubro de 2021, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre como se estruturaram os CSP ao longo do tempo e as capacidades dos EM da CPLP. Além disso, possibilitou reafirmar o reconhecimento da importância do tema pelo Secretariado Executivo da CPLP (capítulo 1) e conhecer as estratégias adotadas, para permitir o seu fortalecimento e a articulação com os demais níveis de atenção à saúde, os avanços alcançados e os desafios que ainda devem ser transpostos. Para tal, foram convidados especialistas de oito países – Angola (capítulo 2), Brasil (capítulo 3), Cabo Verde (capítulo 4), Guiné-Bissau (capítulo 5), São Tomé e Príncipe (capítulo 6) e Timor-Leste (capítulo 7) –, que expuseram o tema relativo aos seus respectivos países, seguindo-se o debate com os participantes, por via remota. Não foi possível obter os contributos dos apresentadores de Moçambique e Portugal para inseri-los como capítulos independentes, pelo que apresentamos a seguir uma súmula dos principais aspectos referidos.

A apresentação de Moçambiqueⁱⁱⁱ reflete a construção de um sistema de saúde a partir do pouco que foi deixado pela potência colonial na altura da independência. Com

ii. Essa Comissão é composta, atualmente, pelas seguintes instituições: Assistência Médica Internacional – AMI; Associação de Reguladores de Comunicações e Telecomunicações da CPLP - ARCTEL-CPLP; Associação “Abraço” (Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA); Associação Saúde em Português; Comunidade Médica de Língua Portuguesa; Conass; Fórum das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha de Língua Portuguesa; Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação Eduardo dos Santos – FESA; Fiocruz; IHMT NOVA; Instituto Marquês de “Valle Flôr”; Médicos do Mundo Portugal; União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa – UCCLA; União das Misericórdias Portuguesas; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; Liga Africana; Serviço de Utilização Comum dos Hospitais – SUCH.

iii. Texto com base na apresentação feita pelo Professor Doutor Martinho Dgdge, complementado com os textos referenciados. Ver também: Garrido PI. Health, development, and institutional factors: The Mozambique case. WIDER Working Paper 2020/131. Helsinki: UNU-WIDER, 2020. ISBN 978-92-9256-888-7. doi: 10.35188/UNU-WIDER/2020/888-7.

uma população de 10 milhões de habitantes, tinha menos de 400 unidades sanitárias e uma força de trabalho em saúde de cerca de 2 mil trabalhadores, e pouco diferenciada. Nacionalizou-se então a medicina privada; estratificou-se a organização dos serviços de saúde, dando prioridade aos mais próximos das populações; expandiram-se a rede sanitária e os recursos humanos da saúde: em 1979, as unidades sanitárias tinham aumentado seu número para cerca de mil; e a força de trabalho, para cerca de 12 mil trabalhadores. Investiu-se fortemente em campanhas de vacinação de abrangência nacional e na saúde ambiental. O envolvimento comunitário foi encorajado desde a primeira hora com a escolha de Agentes Polivalentes Elementares (APE) pela comunidade, prestando serviços voluntários de promoção da saúde e prevenção da doença. Em 1977, introduziu-se legislação que garantiu que, até hoje, o acesso aos cuidados de saúde a todos os níveis é tendencialmente gratuito.

Em 1978, o ministro da saúde de Moçambique foi dos primeiros palestrantes na Conferência de Alma-Ata, apresentando ali os grandes ganhos em saúde conseguidos pelo país, mesmo com os seus escassos recursos. Moçambique abraçou a Declaração e comprometeu-se a continuar com a sua implementação.

Ao longo dos anos, reforçou a rede sanitária; expandiu a formação de quadros em todos os níveis; desenvolveu uma política nacional de saúde e produziu várias edições de planos estratégicos para o setor da saúde e para a sua força de trabalho.

O país tem hoje três subsistemas de saúde: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), público; o privado lucrativo (reintroduzido em 1992) e não lucrativo; e o comunitário, público e privado.

O SNS tem quatro níveis: o primário, com vários tipos de centros de saúde com e sem maternidade; o secundário, com hospitais rurais, distritais ou gerais; o terciário, com hospitais provinciais; e o quaternário, com hospitais nacionais. Decorre neste momento a integração gradual dos níveis primário e secundário, eventualmente deixando o SNS com 3 níveis. Entre 1977 e 2017, o número de centros e postos de saúde aumentou de 708 para 2017; de unidades do nível secundário, de 25 para 51; os hospitais provinciais mantiveram-se em 7; os hospitais centrais aumentaram de 3 para 4. Além disso, o SNS cobre 60% da população, hoje (dados de 2020) estimada em 30 milhões; o número de habitantes por unidade sanitária é de 17.514 e, por técnico de saúde, de 32.035; existem 8,8 médicos e 28,6 enfermeiros por 100 mil habitantes; para cada 100 mil mulheres e crianças, há 53,5 enfermeiras de saúde materno-infantil. Estes indicadores de recursos humanos são dos mais deficitários no mundo e refletem não a incapacidade de produzir a sua própria força de trabalho, mas nomeadamente a incapacidade financeira do Estado para os recrutar. Quarenta e quatro por cento dos técnicos de saúde estão em

unidades de saúde do nível primário (correspondendo a 96% das infraestruturas de saúde), onde ocorrem 86% das consultas em ambulatório, e 79% dos partos. A distribuição dos técnicos de saúde pelas unidades de saúde primárias é muito desigual, refletindo essencialmente o déficit significativo de unidades sanitárias nas quatro províncias do centro e do norte – Tete, Nampula, Zambézia e Cabo Delgado, o que está a ser gradualmente corrigido no âmbito de projetos financiados por parceiros internacionais.

Perante esses constrangimentos, Moçambique participou ativamente da conferência de Astana e abraçou os princípios da CUS, desenvolvendo, recentemente, uma proposta de ‘Pacote Essencial de Cuidados de Saúde’ e identificando a expansão da rede de unidades sanitária privadas como uma oportunidade para atingir a CUS. Outras oportunidades identificadas para reforçar o seu sistema de CSP implicam a revitalização do programa dos APE e o reforço do subsistema de saúde comunitário; o investimento nas aplicações sanitárias das tecnologias de informação e comunicação; a melhoria da logística do sistema de saúde e o desenvolvimento de capacidade local de produção de medicamentos, consumíveis e suplementos. A grande preocupação mantém-se com a introdução de mecanismos de financiamento sustentáveis e que não agravem as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

A experiência de Portugal^{iv} apresentada foi muito centrada na evolução dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), reconhecendo-os como um elemento importante dos CSP, mas ficando aquém da abrangência desse conceito. Os CPS em Portugal evoluíram a partir dos “partidos médicos municipais” pelo menos desde o século XVI, mas ganhando força de lei no último quartel do século XIX, quando se torna obrigatória a contratação de médicos pelas câmaras municipais a fim de assistirem gratuitamente os menos favorecidos. Esse sistema persistiu na Primeira República e durante as quatro primeiras décadas do Estado Novo¹⁴.

Com a industrialização, a partir de meados do século XX, apareceram as Caixas de Previdência, serviços médico-sociais de natureza bismarckiana, que funcionavam como consultórios em postos de saúde dirigidos inicialmente a trabalhadores industriais, depois alargados aos funcionários de diversos serviços, incluindo funcionários públicos, sendo progressivamente expandidos aos agricultores.

O primeiro importante momento de reforma dos CPS decorre entre 1971 e 1984, quando os CPS (das caixas de previdência) passam a existir inicialmente em paralelo

iv. Texto com base na apresentação feita pelo Professor Doutor António Correia de Campos complementado com os textos referenciados. O conferencista insistiu diversas vezes nessa diferenciação entre CPS e CSP, alinhando-se assim com outros autores.

Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392:146-1472.

Awofeso N. What is the difference between ‘primary care’ and ‘primary healthcare’? *Quality in Primary Care*. 2004;12:93-94.

com os serviços dos centros de saúde de primeira geração (orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença) criados pela reforma de 1971. Em 1978, o “Despacho Arnaut” do ministro da saúde, de mesmo nome, constitui uma verdadeira antecipação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), abrindo o acesso aos serviços médico-sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Garantem-se assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a coparticipação na aquisição de medicamentos. A carreira médica de Clínica Geral surge em 1982. Os centros de saúde de segunda geração surgem em 1983, após a criação do SNS, sendo denominados de Centros de Saúde Integrados; e resultaram da integração dos serviços médico-sociais das Caixas de Previdência, dos centros de saúde de primeira geração e hospitais concelhios.

Em 1996 e 1997, surgem, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, os Projetos Alfa1 que, associados ao regime remuneratório experimental de 1998, visavam estimular soluções organizativas inovadoras dos CPS, a partir da iniciativa dos próprios profissionais de saúde, que permitissem aproveitar melhor a capacidade e os meios existentes nos centros de saúde. Essas experiências organizativas levaram aos centros de saúde de terceira geração: criados legalmente em 1999, teriam tido personalidade jurídica, autonomia técnica, administrativa e financeira, bem como integrado equipes multiprofissionais em unidades tecnicamente autônomas, mas interligadas, dirigidas por uma direção técnica e clínica; contudo, nunca chegaram a ser implementados em razão da queda do governo. Só em 2005 surge a oportunidade para a última grande reforma dos CPS. O governo de então reconfirmou que os CSP são “o pilar central do sistema de saúde, em que o Centro de Saúde constitui a entidade enquadradora das Unidades de Saúde Familiares”. Tal reforma reconfigurou os centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por várias equipes multidisciplinares, organizadas em unidades funcionais, com autonomia organizativa e técnica, garantindo-se a intercooperação entre as diversas unidades. Essas unidades funcionais incluem, entre outras, Unidades de Saúde Familiar (USF), prestando cuidados personalizados à pessoa e à família por equipes organizadas voluntariamente, integrando médicos enfermeiros e funcionários administrativos, com autonomia funcional e técnica, podendo contratualizar objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e garantindo aos cidadãos uma carteira básica de serviços. Atualmente, existem dois tipos de USF (A e B) – a sua diferenciação diz respeito ao grau de autonomia organizacional e da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais. A adesão à reforma não tem sido uniforme no território nacional, criando alguma desigualdade no acesso aos CSP disponibilizados aos cidadãos¹⁵⁻²¹.

ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO

Uma revisão das apresentações e das discussões associadas identifica um conjunto de semelhanças e diferenças que resistem à síntese fácil, mas contribuem com importantes temas que a seguir ressaltamos.

Em termos gerais, fica muito evidente que todos os países foram sensíveis aos postulados defendidos em Alma-Ata e procuraram adotar os caminhos ali traçados, na medida de seus meios e peculiaridades, muitas vezes à custa de grandes esforços.

Alguns aspectos merecem destaque por sua presença em quase todos eles, dentre os quais se destacam: a) a importância de atentar para o respeito às peculiaridades de cada país e aos aspectos culturais; b) a relevância de não perder de vista a saúde entendida como direito humano fundamental e indisponível; c) o envolvimento da comunidade; d) a importância da continuidade das políticas que permitam o progresso dos sistemas de saúde, e em que estejam assegurados os componentes de financiamento, planeamento, capacidade sanitária instalada, formação, retenção e educação permanente de recursos humanos em saúde; e) a necessidade de que existam CSP fortes e bem articulados com os cuidados especializados e hospitalares, nomeadamente importantes no enfrentamento das condições crônicas; f) a relevância das ações de educação em saúde e de comunicação social; g) o alerta de que, sem força de trabalho relevante, não há CSP e, ainda, que, sem investimentos funcionais ou estruturais adequados, os profissionais não podem ser efetivos e produzir impactos positivos à saúde da população; h) que, a depender do país, um novo componente da força de trabalho adquire especial importância: os trabalhadores de base comunitária (agentes de saúde, cuidadores informais), com atividades diversas nos diversos contextos nacionais – promotoras da saúde e prevenção, curativas e de primeiros socorros, cuidados continuados, cuidados paliativos – cuja atuação exige reconhecimento profissional e recompensa financeira adequada; i) o incremento e racionalização importante do número e natureza das unidades de saúde ao longo do tempo; j) o aumento de cobertura populacional pelos CSP e do acesso a medicamentos e outras tecnologias essenciais; k) a existência, em maior ou menor grau, de oferta de serviços por meio do setor privado, lucrativo e não lucrativo; l) a persistência de serviços nacionais de saúde tendencialmente gratuitos; m) a percepção, ainda majoritária, de que os CSP ocupam a base de uma estrutura piramidal e não usam posição central, na perspectiva de uma rede de assistencial; n) em todos os países, os CSP ainda são geralmente prestados por equipas multiprofissionais em que ou o médico ou o enfermeiro ocupam um papel central; o) as inequívocas vantagens da abordagem da saúde da família nos países que a adotaram, cujos bons resultados em termos de atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria de indicadores

estão já bem demonstrados pelas publicações existentes em diferentes países; p) a persistência da organização dos cuidados por meio de programas verticais, com diferente graus de integração nos serviços de saúde; q) as falhas de informação e as dificuldades financeiras e estruturais de alguns países que, não obstante, conseguiram avançar na organização dos CSP e na cobertura da população abrangida; r) a persistente fragilidade de todos os sistemas perante ameaças pandêmicas; s) o reconhecimento por todos da importância da cooperação internacional para o desenvolvimento dos CSP.

Alguns países, a despeito das dificuldades, ainda persistem fiéis aos fundamentos de Alma-Ata (nomeadamente, Brasil e Portugal), embora com adaptações circunstanciais. Timor-Leste, em que pese suas características singulares, parece ainda alinhar-se com os princípios de Alma-Ata. A alternância política na governação de Cabo Verde cria tensões entre os defensores de ambas as abordagens que procuram ocupar o palco central das políticas de saúde. Países como Moçambique, Guiné-Bissau, Angola e São Tomé e Príncipe, pela instabilidade e descontinuidade políticas e/ou pela dependência financeira externa, tendem muito mais para a noção de CUS. Possivelmente, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe nem consigam, verdadeiramente, aproximar-se de uma ou de outra. Dessa forma, os três primeiros perseguem a meta do acesso universal e do papel garantidor do Estado quanto ao direito à saúde; já os demais, ao relativizarem tais elementos, penalizam a população ao conferir à saúde um aspecto mercadológico. O PECS, como elemento estruturante da cooperação entre esses Estados, pode tornar-se em um elemento que reforce a tendência para a universalidade dos seus sistemas de saúde.

CONCLUSÕES

A despeito dos inequívocos avanços já alcançados, restam desafios importantes a serem transpostos, aos quais se somam aqueles advindos com a pandemia da covid-19 e suas consequências. Além disso, resta saber que caminho os países irão adotar quanto a perseverar na proposta socialmente mais ampla e generosa de Alma-Ata, ou naquela mais restritiva e de visão mais preocupada com os aspectos financeiros, nascida de Astana. São visões diferentes que seguem a evolução do debate sobre a universalidade do direito à saúde e que merecem reflexão. No primeiro caso, deverá haver um fortalecimento dos sistemas de saúde universais, o que pressupõe um maior investimento do Estado e o necessário envolvimento da comunidade; no outro, os riscos de que o grau de saúde e bem-estar esteja cada vez mais associado à capacidade de pagar por ele.

É evidente a exigência da conjugação de investimentos estruturais (sistemas de informação, financiamento oriundo dos orçamentos públicos; boa capacidade gestora e reguladora dos Estados; rede assistencial com condições materiais adequadas) com a

formação, a retenção e a educação permanente dos recursos humanos em saúde. Cabe também referir que o intercâmbio, a partilha de conhecimentos e experiência, nomeadamente a utilização da telemedicina e o apoio mútuo entre os EM da CPLP e, até mesmo, dos países associados, têm grande relevância na perspectiva do desenvolvimento planejado dos sistemas nacionais de saúde e no incremento das ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e combate sistemático às desigualdades. Estas, como se sabe, têm forte impacto sobre o nível de saúde das pessoas e, conseqüentemente, sobre o funcionamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2022 fev 8];34(8):e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
2. Monteiro PJC. Bioética e saúde pública: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde [tese] [Internet]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2019 [citado 2022 fev 8]. Disponível em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/36152>
3. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94:1867-74
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. Cad. Saúde Pública. 2019;35(3):e00012219. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
5. Gava GB, Dias HMRO. A agenda de reformas para os sistemas de saúde: uma análise das propostas das agências internacionais. Obs Econ Latinoam [Internet]. 2020 [citado 2022 fev 8]. ISSN: 1696-8352. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/08/sistemas-saude.html>
6. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
7. Paim J. SUS só para mais pobres teria menos qualidade, diz especialista. Entrevista BBC News Brasil [Internet]. 2 jun. 2016 [citado 2022 fev 8]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36379869.amp>
8. World Health Organization. The World health report 2000: health systems: improving performance [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [citado 2022 fev 12]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *An Inst Hig Med Trop.* 2014;13:87-90.
10. Fundação Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde Debate.* 2018;42(n esp 1):434-51.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington DC: Opas; 2014. (CD53/5, Rev. 2).
12. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Painel [Internet]. [citado 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.cplp.org/>
13. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2018-2021) [Internet]. 2018 [citado 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2367.aspx>
14. Coelho JA. Facultativos dos Partidos Municipais: cuidados médicos prestados aos doentes pobres nos concelhos e nos hospitais. In: Anais do 4. Encontro Internacional de História Colonial. Os prestadores de cuidados de saúde hospitalar em Portugal e no Brasil. Chambouleyron R, Arenz K-H, organizadores. Belém: Editora Açai, v. 15; 2014. p. 30-42.
15. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Van Lerberghe W, Ferrinho, P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Rev Port Med Geral Fam.* 2005;21(1):45-59.
16. Conceição C, Antunes AR, Lerberghe WV, Ferrinho P. As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até janeiro de 2000. *Rev Port Med Geral Fam.* 2003;19(3):227-236.
17. Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? *Rev Port Med Geral Fam.* 2002;18(2):89-96.
18. Conceição C, Gonçalves A, Blaise P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. A gestão do desempenho dos médicos de família no serviço nacional de saúde. *Rev Port Saúde Pública.* 2001;19(1):15-23.
19. Conceição A, Gonçalves A, Craveiro I, Blaise P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Managing the performance of family physicians in the Portuguese National Health System. *Human Resources for Health Development Journal.* 2000;4(3):184-93.
20. Biscaia A, Nunes M, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos. 2. ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora - Grande Prémio Fundação AstraZeneca; 2008.
21. Pisco L, Pinto LF. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Por-

tugal,1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1197-1204. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>

Os autores agradecem o apoio da Diretora Nacional de Saúde de Angola, Dra. Helga Freitas, e do Diretor do IHMT NOVA, Professor Doutor Filomeno Fortes. Agradecem, ainda, a participação da Ministra da Saúde de Angola, Dra. Sílvia Lutucuta; do Senhor Secretário Executivo da CPLP, Embaixador Zacarias Albano da Costa; e do Secretário Executivo do Conass, Dr. Jurandi Frutuoso, na sessão de abertura do seminário.

Apesar de contributos excelentes nas suas apresentações durante o seminário, não foi possível publicar os textos dos Professores António Correia de Campos, de Portugal, e Martinho Dgedge, de Moçambique. Suas apresentações podem ser visualizadas, respectivamente, pelos links: <https://youtu.be/jf1yixCHjtE> e <https://youtu.be/YEVB6inTXAw>.