



# Índice

## Mensagem da Directora-Geral

viii



## Introdução e Visão Global

xi

Responder aos desafios de um mundo em mudança	xii
Expectativas crescentes de um melhor desempenho	xiv
Dos pacotes do passado às reformas do futuro	xv
Quatro conjuntos de reformas dos CSP	xvi
Aproveitar as oportunidades	xix



## Capítulo 1. Os desafios de um mundo em mudança

I

<b>Crescimento desigual, resultados desiguais</b>	<b>2</b>
Vidas mais longas e melhor saúde, mas não em todo o lado	2
Crescimento e estagnação	4
<b>Adaptação a novos desafios em saúde</b>	<b>8</b>
Um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento	8
Pouca antecipação e reacções lentas	11
<b>Tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde</b>	<b>12</b>
Hospitalo-centrismo: sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialistas	12
Fragmentação: sistemas de saúde construídos em torno de programas prioritários	14
Sistemas de saúde deixados à deriva em direcção à comercialização desregulamentada	15
<b>Valores em mudança e expectativas crescentes</b>	<b>15</b>
Equidade em saúde	17
Cuidados que colocam as pessoas em primeiro lugar	17
Garantir a saúde das comunidades	19
Autoridades de saúde atentas e de confiança	19
Participação	20
<b>Reformas dos CSP: impulsionadas pela procura</b>	<b>20</b>



## Capítulo 2. Promover e manter a Cobertura Universal

25

<b>O papel central da equidade em saúde nos CSP</b>	<b>26</b>
<b>Promover a cobertura universal</b>	<b>27</b>
<b>Desafios da promoção da cobertura universal</b>	<b>30</b>
Fasear o desenvolvimento de redes de cuidados primários para corrigir a falta de disponibilidade	31
Ultrapassar o isolamento das populações dispersas	34
Criar serviços alternativos aos serviços comerciais não-regulamentados	34
<b>Intervenções para complementar os mecanismos de cobertura universal</b>	<b>35</b>
<b>Mobilizar para a equidade em saúde</b>	<b>37</b>
Aumentar a visibilidade das iniquidades em saúde	37
Criar espaço para a participação e empoderamento da sociedade civil	38



**Capítulo 3. Cuidados Primários: Dar prioridade às pessoas** 43

<b>Bons cuidados têm a ver com pessoas</b>	<b>44</b>
<b>O que distingue os cuidados primários</b>	<b>46</b>
A efectividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos	46
Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas	49
Respostas compreensivas e integradas	51
Continuidade dos cuidados	53
Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada	55
<b>Organização de redes de cuidados primários</b>	<b>56</b>
Trazer os cuidados para mais perto das pessoas	57
Responsabilidade por uma população bem identificada	57
A equipa de cuidados primários como um núcleo de coordenação	59
<b>Monitorização do progresso</b>	<b>61</b>



**Capítulo 4. Políticas Públicas para a saúde do público** 67

<b>Importância de políticas públicas saudáveis</b>	<b>68</b>
<b>Políticas sistémicas alinhadas com as metas dos CSP</b>	<b>70</b>
<b>Políticas de saúde pública</b>	<b>72</b>
Alinhar os programas de saúde prioritários com os CSP	72
Iniciativas nacionais de saúde pública	72
Capacidade de resposta rápida	73
<b>Saúde em todas as políticas</b>	<b>74</b>
<b>Compreender o sub-investimento</b>	<b>77</b>
<b>Oportunidades para melhores políticas públicas</b>	<b>79</b>
Melhor informação e evidência	79
Um cenário institucional em mudança	81
Acções globais de saúde equitativas e eficientes	82



**Capítulo 5. Liderança e governo efectivo** 87

<b>Os governos como mediadores das reformas dos CSP</b>	<b>88</b>
Mediação do controlo social para a saúde	88
Descompromisso e as suas consequências	89
Participação e negociação	91
<b>Diálogo político efectivo</b>	<b>93</b>
Sistemas de informação para reforço do diálogo político	93
Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais	96
Estabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar	97
<b>Controlo do processo político: do lançamento à implementação das reformas</b>	<b>99</b>



**Capítulo 6. Seguir em frente** 107

<b>Adaptar as reformas ao contexto de cada país</b>	<b>108</b>
<b>Economias da saúde com despesas elevadas</b>	<b>109</b>
<b>Economias da saúde em crescimento rápido</b>	<b>112</b>
<b>Economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento</b>	<b>113</b>
<b>Mobilizar os impulsores da reforma</b>	<b>117</b>
Mobilizar a produção de conhecimento	118
Mobilizar o empenho da força de trabalho	119
Mobilizar a participação das pessoas	120

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Reformas dos CSP necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde para todos	xvii	<b>Figura 3.1</b> O efeito na adesão à contracepção da reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais do Níger	44
<b>Figura 1.1</b> Países seleccionados como os que tiveram uma melhor performance na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos, 80%, por regiões, 1975-2006	2	<b>Figura 3.2</b> Oportunidades perdidas para prevenção da transmissão do VIH da mãe para filho na Costa do Marfim: só é prevenida uma fracção minúscula das transmissões previstas	48
<b>Figura 1.2</b> Factores explicativos da redução da mortalidade em Portugal 1960-1991	3	<b>Figura 3.3</b> Os centros de saúde com mais compreensibilidade têm melhor cobertura vacinal	52
<b>Figura 1.3</b> Progresso variável na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade, 1975 e 2006, em países seleccionados com taxas semelhantes em 1975	3	<b>Figura 3.4</b> Prescrições inadequadas de testes de diagnóstico para doentes “falsos” que se apresentam com dor de barriga ligeira, Tailândia	57
<b>Figura 1.4</b> PIB <i>per capita</i> e esperança de vida à nascença, em 169 países, 1975 e 2005	4	<b>Figura 3.5</b> Os cuidados primários como um núcleo de coordenação: redes na comunidade servida e com parceiros exteriores	60
<b>Figura 1.5</b> Tendências do PIB <i>per capita</i> e esperança de vida à nascença em 133 países, agrupados pelo PIB de 1975, 1975-2005	5	<b>Figura 4.1</b> Mortes atribuíveis ao aborto inseguro por 100.000 nados-vivos, em países que permitem o aborto legalmente	69
<b>Figura 1.6</b> Países agrupados de acordo com as suas despesas totais em saúde, em 2005 (em dólares internacionais I\$)	6	<b>Figura 4.2</b> Despesa anual com medicamentos e número de receitas aviadas na Nova Zelândia, desde que a Agência de Gestão de Medicamentos foi estabelecida, em 1993	70
<b>Figura 1.7</b> As crianças de África estão em maior risco de morte devido a acidentes de trânsito do que as crianças europeias: mortes de crianças em acidentes na estrada, em 100 000 pessoas	8	<b>Figura 4.3</b> Percentagem de registos de nascimentos e de óbitos nos países com sistemas compreensivos de registos civis, por região da OMS, 1975-2004	79
<b>Figura 1.8</b> Aumento das doenças não-transmissíveis e dos acidentes como causas de morte	9	<b>Figura 4.4</b> Funções essenciais de saúde pública que 30 instituições nacionais de saúde pública vêem como fazendo parte do seu portefólio	81
<b>Figura 1.9</b> Iniquidades, nos países, em saúde e em cuidados de saúde	10	<b>Figura 5.1</b> Percentagem do PIB investida em saúde, 2005/4	88
<b>Figura 1.10</b> Como os sistemas de saúde são desviados dos valores essenciais aos CSP	12	<b>Figura 5.2</b> Despesa em saúde na China: desinvestimento do estado, nos anos 80 e 90 e o re-compromisso recente	90
<b>Figura 1.11</b> Percentagem da população que cita a saúde como a sua maior preocupação, mais que outros temas, como problemas financeiros, habitação ou criminalidade	16	<b>Figura 5.3</b> Transformar os sistemas de informação em instrumentos para as reformas dos CSP	93
<b>Figura 1.12</b> A profissionalização dos cuidados à nascença: percentagem de partos assistidos por profissionais e outros prestadores de cuidados em áreas seleccionadas, 2000 e 2005 com projecções para 2015	18	<b>Figura 5.4</b> Reforço mútuo entre a inovação operacional e o desenvolvimento de políticas nos processos de reforma da saúde	96
<b>Figura 1.13</b> Os valores sociais que orientam os CSP e os correspondentes grupos de reformas	20	<b>Figura 5.5</b> Um mercado crescente: cooperação técnica como parte da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde. Fluxos de ajuda anual em 2005, índice de deflação ajustada	98
<b>Figura 2.1</b> Despesa catastrófica relacionada com o pagamento directo no momento em que o serviço é prestado	26	<b>Figura 5.6</b> Reemergência da liderança nacional em saúde: o deslocamento do financiamento dos doadores para o apoio a sistemas de saúde integrados, e o seu impacto na estratégia dos CSP na República Democrática do Congo, em 2004	101
<b>Figura 2.2</b> Três direcções mudança em direcção à cobertura universal	28	<b>Figura 6.1</b> Contribuição das despesas gerais do governo, das despesas do privado pré-pago e do pagamento directo, para o crescimento anual na despesa total da saúde <i>per capita</i> , percentagem, médias ponderadas	109
<b>Figura 2.3</b> Impacto da abolição das taxas moderadoras no número de consultas externas no distrito de Kisoro, Uganda; consultas externas 1998-2002	29	<b>Figura 6.2</b> Projecção da despesa em saúde <i>per capita</i> , em 2015, economias da saúde com crescimento rápido (médias ponderadas)	112
<b>Figura 2.4</b> Diferentes padrões de exclusão: deprivação generalizada em alguns países, marginalização dos pobres noutros. Partos apoiados por pessoal com formação médica (percentagem), por quintil de rendimento	30	<b>Figura 6.3</b> Projecção da despesa em saúde <i>per capita</i> , em 2015, economias da saúde com despesas baixas e crescimento lento (médias ponderadas)	114
<b>Figura 2.5</b> Mortalidade entre crianças menores de 5 anos, em zonas rurais e urbanas, República Islâmica do Irão, 1980-2000	31	<b>Figura 6.4</b> Aumento progressivo da cobertura, por centros de saúde que são propriedade das e operados pelas comunidades, no Mali, 1998-2007	116
<b>Figura 2.6</b> Melhorar os resultados dos centros de saúde no meio de catástrofes: Rutshuru, República Democrática do Congo, 1985-2004	33		

## Lista de Caixas

<b>Caixa 1</b> Cinco limitações comuns na prestação de cuidados de saúde	xiv		
<b>Caixa 2</b> O que foi considerado como cuidados primários em contextos com recursos adequados foi excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos	xviii		
<b>Caixa 1.1</b> Desenvolvimento económico e opções de investimento nos cuidados de saúde: a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal	3		
<b>Caixa 1.2</b> Maior despesa em saúde está associada a melhores resultados, mas com grande diferenças entre países	6		
<b>Caixa 1.3</b> À medida que a informação melhora, as múltiplas dimensões da crescente iniquidade em saúde vão-se tornando mais óbvias	10		
<b>Caixa 1.4</b> O equipamento médico e as indústrias farmacêuticas constituem importantes forças económicas	13		
<b>Caixa 1.5</b> A saúde está entre as principais preocupações pessoais	16		
<b>Caixa 2.1</b> Boas práticas de promoção da cobertura universal	28		
<b>Caixa 2.2</b> Definir os “pacotes essenciais”: o que tem de ser feito	29		
<b>Caixa 2.3</b> Reduzir as diferenças entre o urbano e o rural através da expansão faseada da cobertura dos CSP em áreas rurais na República Islâmica do Irão	31		
<b>Caixa 2.4</b> A robustez dos sistemas de saúde liderados pelos CSP: 20 anos de expansão da performance em Rutshuru, na República Democrática do Congo	33		
<b>Caixa 2.5</b> Direcção a protecção social no Chile	36		
<b>Caixa 2.6</b> Política social na cidade de Ghent, Bélgica: como as autoridades locais podem apoiar a colaboração intersectorial entre as organizações de saúde e de segurança social	39		
<b>Caixa 3.1</b> Rumo a uma ciência e cultura de aperfeiçoamento: evidências para a promoção da segurança do doente e de melhores resultados	47		
<b>Caixa 3.2</b> Quando a procura induzida pela oferta e movida pelo consumidor determinam o tratamento médico: os cuidados ambulatoriais na Índia	47		
<b>Caixa 3.3</b> Resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres	49		
<b>Caixa 3.4</b> Empoderamento dos utentes para contribuírem para a sua própria saúde	51		
<b>Caixa 3.5</b> Tecnologias de informação e de comunicação para melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência nos cuidados primários	54		
		<b>Caixa 4.1</b> Mobilizar os recursos da sociedade para a saúde, em Cuba	69
		<b>Caixa 4.2</b> Recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	73
		<b>Caixa 4.3</b> Como tomar decisões sobre políticas públicas impopulares	78
		<b>Caixa 4.4</b> O escândalo da invisibilidade: onde os nascimentos e as mortes não são contados	79
		<b>Caixa 4.5</b> Orientações para a avaliação de impacto na União Europeia	80
		<b>Caixa 5.1</b> Desinvestimento e re-investimento na China	90
		<b>Caixa 5.2</b> Definição de políticas, com recurso ao diálogo político: experiências de três países	92
		<b>Caixa 5.3</b> Equity Gauges: stakeholderholder collaboration to tackle health inequalities	95
		<b>Caixa 5.4</b> Limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixo e de médio rendimento	98
		<b>Caixa 5.5</b> Reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso económico	101
		<b>Caixa 6.1</b> Estratégia nacional da Noruega para reduzir as desigualdades sociais em saúde	110
		<b>Caixa 6.2</b> O ciclo virtuoso da oferta e da procura de cuidados primários	116
		<b>Caixa 6.3</b> Do desenvolvimento de produtos à implementação no terreno – a investigação faz a ponte	119

---

## *Lista de Quadros*

---

<b>Quadro 1</b> Como a experiência mudou o rumo do movimento dos CSP	xv
<hr/>	
<b>Quadro 3.1</b> Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas	45
<b>Quadro 3.2</b> Orientação para a pessoa: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	50
<b>Quadro 3.3</b> Compreensividade: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	52
<b>Quadro 3.4</b> Continuidade dos cuidados: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	53
<b>Quadro 3.5</b> Ponto de entrada regular: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados	56
<hr/>	
<b>Quadro 4.1</b> Efeitos adversos na saúde de mudanças nas condições de trabalho	75
<hr/>	
<b>Quadro 5.1</b> Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, em Inglaterra	96
<b>Quadro 5.2</b> Factores significativos na melhoria da capacidade institucional para governação do sector da saúde, em seis países	99