

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Primary Health Care as a tool to reach the millennium development goals

Silvia Carla da Silva André¹, Angela Maria Magosso Takayanagui²

RESUMO

O artigo enfoca a relação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a Atenção Primária à Saúde (APS). Apresenta um breve relato da origem dos cuidados primários à saúde e promoção da saúde. Aponta, a seguir, as conferências e reuniões realizadas pela Organização Mundial da Saúde, que afirmava a necessidade de oferecer à população, serviços de saúde de qualidade e com equidade à população. Para isso, seria necessário priorizar os cuidados primários à saúde, por meio de uma reorientação dos serviços de saúde, enfocando o desenvolvimento da promoção da saúde. Nessa perspectiva, os cuidados primários à saúde passaram a integrar o processo de desenvolvimento socioeconômico de um país, o que faz entender que as atividades de saúde devem ser coordenadas com os outros setores sociais. O artigo, também, faz um relato sobre os oito ODM definidos pela Declaração do Milênio, além de destacar as metas a serem cumpridas pelos Estados-Membros até 2015. Destaca-se, ainda, o Relatório sobre a Saúde do Mundo de 2004, da OMS, que reafirmou a necessidade de melhoria das condições de saúde das populações pobres, como sendo essencial para o cumprimento dos ODM. Em seguida, enfatiza-se que os serviços de saúde, que trabalham sob a luz da APS, por meio de medidas simples de prevenção de doenças e promoção da saúde, conseguem alcançar um grande número de pessoas, contribuindo, de forma singular, para o alcance dos ODM, por meio da redução da morbimortalidade infantil, promoção da saúde materna, combate ao HIV e doenças endêmicas.

ABSTRACT

The article focuses on the relationship of the Millennium Development Goals (MDGs) and Primary Health Care (PHC). It presents a brief account of the origin of primary health care and health promotion. It then points out the conferences and meetings held by the World Health Organization, which has affirmed the necessity of providing the population with quality health care in an equitable manner. This means prioritizing primary health care through a reorientation of health services, focusing on the development of health promotion. Based on this perspective, primary health care became part of the process of socioeconomic development of a country, which leads us to understand that health activities should be coordinated with other social sectors. The article also reports on the eight MDGs set by the Millennium Declaration, in addition to highlighting the goals to be met by Member States, by 2015. The 2004 WHO Report on World Health, which reaffirmed the need to improve health conditions among poor populations, is highlighted as essential for achieving the MDGs. Thus, it is emphasized that the health services that work under the guidance of PHC, via simple measures of disease prevention and health promotion, manage to reach a large number of people, contributing in a unique way to achieving the MDGs, by reducing child mortality, promoting maternal health, and combating HIV and endemic diseases.

¹ Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com período de estágio no exterior, na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: sandre@usp.br.

² Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Doutora e Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

KEYWORDS: Public Health; Primary Health Care; Millennium Development Goals.

INTRODUÇÃO

A relação entre condição socioeconômica, doença e saúde está na origem dos modelos de assistência, proteção social e da prestação de serviços locais.¹

As diversas atividades desenvolvidas pelas paróquias, no contexto da Revolução Industrial Inglesa, incluíam a criação de “dispensários” que atuavam como complementos aos hospitais. Ressalta-se que, na Alemanha, já havia a ideia de distrito, tema encontrado nas propostas da “polícia médica”.²

No início do século XIX, os centros de saúde, que foram criados nos EUA, visavam à integração dos serviços sociais e de saúde para comunidades carentes, com o objetivo de oferecer uma assistência próxima à população em seu próprio distrito.²

Essa característica dos centros de saúde norte-americanos associa com as características atuais dos serviços inseridos na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, população adscrita em um território e coordenação local das atividades desenvolvidas.

A ideia de APS foi divulgada, pela primeira vez, em 1920, no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido. Tal documento apontou a relação de regionalização e hierarquização do cuidado.³

Entretanto, somente, na década de setenta, as autoridades sanitárias mundiais se reuniram para estudarem e proporem novas alternativas de assistência à saúde, como forma de combaterem a crise instalada no setor saúde devido à expansão dos serviços especializados.

A crise instalada teve como uma das principais causas a influência do modelo médico hegemônico, considerado um dos fatores da ineficácia e encarecimento do sistema.⁴⁻⁷ Tal modelo era altamente eficiente na elevação dos gastos, mas era insuficiente quanto aos resultados de impacto na melhoria da qualidade de vida da população e nos indicadores de saúde, além da otimização dos serviços.

Nesse ínterim, muitos países vinham enfrentando dificuldades na área, oriundas do crescente aumento das despesas em saúde, tendo como consequência a necessidade de reformas setoriais, configurando um cenário de “movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde”,⁸ que abrange, desde a necessidade de alterações da assistência até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos.⁹

Assim, as políticas públicas de saúde, a partir da década de setenta, propõem uma diretriz de reorganização dos serviços de saúde baseada no modelo da APS. Nesse contexto, ocorreram vários eventos promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que deram novas orientações para a re-estruturação dos serviços de saúde.¹⁰

Desde essa década, os cuidados primários de saúde foram sofrendo transformação na sua concepção, e sendo adotados pelos países que visavam implementar os serviços de saúde que ofereciam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, as quais constituem o foco desse modelo de atenção à saúde.¹⁰

As propostas discutidas pelos líderes mundiais se tratavam também do “combate à pobreza” como uma possibilidade real de melhoria para a condição de saúde das pessoas.^{11, 12}

A discussão do combate à pobreza, como uma forma de proporcionar uma melhoria da saúde das pessoas, revela um avanço das ideias dos líderes mundiais. Esse movimento que se inicia com a reestruturação do setor saúde vem ganhando notoriedade ao longo dos anos.

Trajetória da Atenção Primária à Saúde

A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, na ex-União Soviética, foi a primeira conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela OMS e teve como tema “Saúde para todos no ano 2000”. Com esse encontro, a principal estratégia para atingir a meta de saúde para todos, no ano 2000, passou a ser o desenvolvimento de “cuidados primários de saúde” dentro de uma organização sistemática do sistema de saúde.¹³

Essa concepção de APS foi influenciada pelo Relatório Dawson (1920), que definiu as características estruturais da APS, a primeira seria a regionalização, sendo conceituada como a distribuição dos serviços de saúde realizada de acordo com as bases populacionais e as necessidades de saúde de cada região. Também, uma segunda característica é a integralidade, que visa fortalecer o vínculo e a relação entre as ações curativas e preventivas.

A organização da APS também está associada aos princípios da medicina preventiva, uma vez que a medicina preventiva buscou se basear em uma abordagem integral e desenvolver suas ações o mais próximo do ambiente sociocultural das pessoas, fortalecendo as atividades de pre-

venção de doenças. Assim, formou-se uma cultura sobre os diferentes níveis de atenção à saúde, em que a atenção primária era responsável pela fase inicial da assistência. A base da APS se refere à atenção oferecida no primeiro nível de assistência e que se realiza o mais próximo da rotina das pessoas.¹⁴

A partir da década de 70, a OMS inseriu a APS na sua agenda política de saúde e tornou-se a principal difusora da ideia. Nesse contexto, a OMS organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, propondo a APS como o caminho para ampliar a cobertura da assistência à saúde dos países e, posteriormente, alcançar as metas do Programa Saúde para Todos no Ano 2000.

A APS se sustenta no desenvolvimento de ações mínimas e necessárias como a educação voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde, acesso a alimentos e nutrição adequada, tratamento de água e saneamento básico, ênfase na saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas e fornecimento de medicamentos essenciais.¹⁵

Ao longo dos anos, a interpretação do conceito da APS exige a compreensão dos contextos socioeconômico, político e ideológico, que influenciam as práticas no campo da saúde e geram novas interpretações e abordagens da APS nos diferentes sistemas de saúde.

A APS representa o primeiro nível de assistência à saúde, caracterizando como o princípio do processo de hierarquização da atenção e como forma de garantir o acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, no sentido da promoção de um ambiente de justiça social e equidade.¹⁶ (Destaque dos autores)

Nesse contexto, a APS também pode ser entendida como um conjunto de atividades relacionadas às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que devem estar conectadas com os demais níveis de assistência à saúde, de forma a implementar um efetivo sistema de saúde.

Para determinar a concepção da APS, baseada na elaboração de programas específicos de saúde direcionados a grupos populacionais, em situação de pobreza, foi proposto, pela OMS, que os países utilizassem recursos de baixa densidade tecnológica, na Conferência de Bellagio, realizada na Itália, no ano seguinte à Conferência de Alma-Ata.^{15, 17}

A disseminação dos programas da APS foi apoiada pelos governos neoliberais dos países desenvolvidos, diante da crise econômica da década de 80. Assim, diante da crise, eram exigidas mudanças no direcionamento político dos países, visando à racionalização de recursos em saúde, por meio da adoção de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁸

Por outro lado, os defensores da saúde pública apresentavam e fortaleciam as críticas ao modelo biomédico, focado na atenção hospitalocêntrica e na doença.¹⁹

Nesse cenário, o Banco Mundial tornou o principal difusor das ideias de focalização e especificidade das ações dos governos no campo das políticas de saúde, devido às desigualdades econômicas. Nesse sentido, foi sugerida aos governos a adoção de cestas básicas em serviços de saúde, que seriam compostas por ações básicas e essenciais à população carente.

Ressalta-se que a cesta básica da saúde seria composta por ações baseadas em tecnologias simples e de alto impacto como imunização, pré-natal e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.²⁰

Nos anos 90, a OMS adotou a proposta do Banco Mundial, propondo a universalização das ações de saúde, mas baseada na sustentação dos governos nacionais, ou seja, os cuidados primários de saúde foram definidos como sendo os cuidados básicos de acesso universal para todos os indivíduos e comunidade e a um custo que o país possa sustentar.¹³

Assim, os Estados deveriam se responsabilizar por oferecer um conjunto de ações essenciais de assistência à saúde com alta qualidade para toda a população.¹⁴

Recentemente, tanto o Banco Mundial quanto a OMS têm sido alvo de críticas devido essas propostas seletivas e a existência de evidências que tais medidas não interferem na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde.¹⁵

Espera-se que a APS assuma uma posição estratégica para superar um modelo de atenção que não tem alcançado efetividade na assistência à saúde. Para isso, torna-se necessária uma renovação da APS, o que implica na reorientação da maneira como os sistemas de saúde se desenvolvem nas sociedades e ainda devido aos novos e velhos desafios e às crescentes expectativas de um melhor desempenho.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

A necessidade da intersectorialidade para se obter melhorias das condições de saúde, também faz inferir que o desenvolvimento socioeconômico de um país constitui em um fator condicionante e determinante para condições adequadas de saúde da população.

Nessa perspectiva, o Relatório sobre a Saúde do Mundo de 2004, da OMS reafirmou a necessidade de melhoria das condições de saúde das populações pobres, sendo essencial para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas para o Milênio.¹⁷

A reunião dos 189 Estados-Membros da ONU, rea-

lizada em setembro de 2000, resultou na Declaração do Milênio, na qual assumiram o compromisso de desenvolver ações de caráter global, com o objetivo de melhorar as condições de vida de toda a humanidade. Essa Declaração

é composta por oito ODM, 18 metas e 48 indicadores de progresso (Quadro 1), a serem cumpridos até o ano de 2015.¹⁷

Quadro 1 - Objetivos de desenvolvimento da ONU para o milênio.

Objetivos	Metas principais
1. Erradicação da pobreza extrema e da fome	Reduzir à metade, até 2015, a proporção da população vivendo com menos de um dólar por dia. Reduzir à metade, até 2015, a proporção da população que sofre com a fome.
2. Universalização do acesso à educação primária	Garantir que, em 2015, todas as crianças (meninos e meninas) poderão completar o curso primário.
3. Promoção da igualdade entre os gêneros	Eliminar as desigualdades entre os gêneros na educação primária e secundária de preferência até o ano 2005, e para todos os níveis educacionais até 2015.
4. Redução da mortalidade infantil	Reduzir em 2/3, até 2015, a mortalidade de crianças até cinco anos.
5. Melhoria da saúde materna	Reduzir em 3/4, até 2015, a taxa de mortalidade materna.
6. Combate à AIDS, malária e outras doenças	Até 2015 estabilizar a disseminação da AIDS e malária e começar a reverter essas epidemias.
7. Promoção da sustentabilidade	Reverter o processo de perda dos recursos naturais ambientais. Reduzir à metade a porcentagem de pessoas sem acesso à água potável. Melhorar consideravelmente a vida de pelo menos 100 milhões de favelados.
8. Desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento	Enfrentar as necessidades dos países menos desenvolvidos. Desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas, previsível e não discriminatório. Enfatizar a boa gestão pública e a redução da pobreza em cada país e internacionalmente.

Fonte: *United Nations, 2002; Morel, 2004.*^{17, 21}

Para se obter qualidade de vida e condições adequadas de saúde para a população mundial, essas metas são importantes e seria essencial o cumprimento de grande parte dos objetivos propostos.

Considera-se oportuno refletir a situação atual do desenvolvimento das políticas para o alcance das metas e objetivos propostos, uma vez que estamos próximos de 2015. No entanto, torna-se interessante considerar os avanços e ainda analisar os velhos desafios, além de repensar o tamanho da lacuna existente entre o estabelecimento de um objetivo e uma meta e de fato cumpri-los.

Entretanto, sabe-se que isso não será fácil, especialmente, devido às diversidades socioeconômicas, culturais e geográficas dos países e às diferenças entre as regiões dentro dos próprios países.¹⁸

Para reduzir o número de pessoas que vive na miséria,

é preciso o aumento da renda, que está relacionado com o fortalecimento das políticas públicas, principalmente das políticas focalistas.

Para retirar as pessoas que vivem na miséria e na pobreza extrema, o investimento em ações de caráter focalista é primordial, pelo fato de oferecer condições mínimas para a sobrevivência. Simultaneamente, torna-se necessário criar meios, para que essa população marginalizada da sociedade possa se tornar independente da ajuda financeira oriunda do poder público. As estratégias para alcançar esse grau de desenvolvimento advêm de investimentos públicos voltados para educação e capacitação profissional, além do fortalecimento dos serviços de saúde.

A redução da fome se constitui em um dos elementos chave para diminuir o número de pessoas que sobrevivem em situação de miséria ou pobreza extrema. Nesse

contexto, o oferecimento para as pessoas de uma dieta mínima diária contribui para a redução do índice de desnutrição e para a garantia de melhores condições de saúde. Ressalta-se que para uma pessoa trabalhar ou estudar é necessário energia, obtida por meio da alimentação, por isso a importância de garantir uma dieta básica às pessoas.

A universalização da educação também é um dos principais aliados na redução da pobreza. Segundo estudos realizados pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, 171 milhões de pessoas poderiam sair da pobreza se todos os estudantes de países de baixa renda obtivessem na escola as habilidades básicas de leitura, o que corresponde a uma queda de 12% no número de pessoas que vivem com menos de U\$1.25 por dia.¹⁹

A melhoria do nível de escolaridade, também tem reflexo nos índices de mortalidade infantil, de acordo com os dados apresentados pela Unesco (2011), a vida de aproximadamente 1,8 milhão de crianças nascidas na África Subsaariana poderia ter sido salva em 2008, se as mães tivessem pelo menos a educação secundária, o que significaria uma redução de 41% da taxa de mortalidade infantil.¹⁹

O alcance das metas propostas no segundo ODM pode refletir nos resultados obtidos pelas metas propostas de todos os ODM. Além de associar a melhoria dos índices de educação com a redução da pobreza e melhoria das taxas de mortalidade infantil, também podemos relacionar com a melhoria dos indicadores de saúde materna. Um melhor nível de escolaridade pode influenciar positivamente no índice de mulheres que realizam planejamento familiar e que buscam assistência médica.

Destaca-se, ainda, que, na última década, houve um notável progresso em diversos países, no que se refere à inclusão de crianças nas escolas, em especial meninas, se aproximando do objetivo, que visa à promoção da igualdade entre os gêneros.¹⁹

A educação também está relacionada com o sucesso das atividades desempenhadas para o cumprimento do sexto ODM, em especial o combate à AIDS e às doenças preveníveis, contribuindo de forma eficaz para o nível de compreensão das ações preventivas e de tratamento.

A relação do segundo e sétimo ODM se encontra pelo fato de a promoção da sustentabilidade estar associada com a conscientização das pessoas, sobre o uso racional dos recursos naturais. A universalização da educação, também, pode ser considerada um dos pilares para a promoção da sustentabilidade, colaborando para a formação de cidadãos mais conscientes frente à preservação e conservação dos recursos naturais.

No contexto da promoção da sustentabilidade, destaca-se a influência das condições ambientais na saúde

humana. Assim, um ambiente saudável contribui para melhores indicadores de saúde e, conseqüentemente, para otimização dos custos no setor. Ainda, destaca-se a necessidade da universalização do acesso ao consumo de água potável, coleta e tratamento de esgoto e coleta e disposição final adequada dos resíduos como instrumentos essenciais para a redução da carga de doenças infecciosas e agravos à saúde.

O terceiro ODM reflete a necessidade de ações que promovam a igualdade entre os gêneros. O cumprimento desse objetivo significa o empoderamento das mulheres em todo o mundo, considerando que o cumprimento desse objetivo é essencial para os objetivos relacionados ao combate à pobreza, fome, saúde e educação.²⁰

A igualdade entre os gêneros proposta no terceiro objetivo surgiu da necessidade de desenvolvimento e incremento de políticas públicas que empoderassem as mulheres. Para o alcance desse objetivo, os Estados-Membros devem enfatizar as dimensões mais evidentes de desigualdades de gênero, durante a vida da mulher, incluindo violência de gênero, estereótipos culturais, tráfico e prostituição, conflitos armados, vida política, leis e situação legal, estruturas governamentais, mídia, educação, emprego, serviços de saúde, planejamento familiar, pobreza, meio ambiente, vida rural e relações familiares.²²

A igualdade entre os gêneros também se caracteriza como um objetivo complexo, devido às diferenças culturais existentes entre os países. Nesse contexto, há países em que esse objetivo pode encontrar obstáculos, especialmente em culturas tradicionais com hábitos e costumes mais cristalizados e resistentes às mudanças.

No que se refere à educação da população feminina, muitos países têm obtido êxito, com um aumento expressivo no índice de matrículas de meninas no ensino básico. Segundo o PNUD, dois terços dos países emergentes tinham alcançado a paridade de gênero no ensino básico. Espera-se que, em 2015, esse objetivo seja alcançado globalmente tanto para o ensino básico quanto para o ensino fundamental.²³

Em relação à redução da mortalidade infantil proposta pelo quarto ODM, os países emergentes vêm apresentando resultados positivos. Estudo realizado pela *Inter-Agency Group for Child Mortality* (IGME) da ONU sobre a mortalidade de crianças menores de cinco anos no mundo mostra um declínio de 35% da taxa de mortalidade infantil global, de 88 mortes por 1000 nascidos vivos em 1990, para 57 em 2010, ou seja, o número da mortalidade infantil no mundo reduziu de mais de 12 milhões de mortes, em 1990, para 7,6 milhões em 2010.²⁴

Enfatiza-se que a redução da mortalidade infantil no mundo não ocorre de forma homogênea, há países emer-

gentes em que as ações para reduzir o número de óbitos de menores de cinco anos estão ocorrendo associadas às ações de desenvolvimento econômico e fortalecimento de políticas públicas voltadas para a educação, saúde e saneamento básico.

O cumprimento do quarto ODM encontra barreiras em países emergentes, devido à falta de infraestrutura relacionada ao saneamento básico, habitação e assistência médica. Tanto para reduzir a mortalidade infantil, quanto para o cumprimento dos demais ODM, é necessária a associação de investimentos financeiros, comprometimento político aliado à responsabilidade social e recursos humanos capacitados.

De acordo com o Relatório de Mortalidade Infantil elaborado pela Unicef, a mortalidade infantil é um indicador chave não somente para a saúde das crianças e nutrição, mas também de implementação de intervenções para a sobrevivência das crianças, considerando o desenvolvimento socioeconômico de cada país.²⁴

O quinto ODM também se relaciona com o quarto objetivo, pois tem como meta a redução em três quartos da taxa da mortalidade materna, até 2015.

O relatório “Tendências da mortalidade materna”, publicado pela WHO, Banco Mundial, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Unicef, revelou que o número de mulheres que morreram devido a complicações, durante a gestação e parto, reduziu em 34%, de uma estimativa aproximada de 546 mil casos, em 1990, para 358 mil casos, em 2008.²⁵

O declínio acentuado da mortalidade infantil ainda é insuficiente para o alcance do quinto ODM, ou seja, reduzir a taxa de mortalidade materna em 75%, até 2015. A diminuição de 34% na mortalidade materna foi registrada em 18 anos, o que significa uma redução de 2,3% ao ano, enquanto que para alcançar a meta proposta seria necessária uma redução de 5,5% por ano.²⁵

Nesse contexto, a WHO enfatiza ainda que o risco de uma mulher residente em um país em desenvolvimento morrer devido às complicações da gestação e/ou parto é 36 vezes maior em comparação com uma mulher vivendo em um país desenvolvido.²⁵

A redução de complicações durante a gestação relaciona-se com o fortalecimento da atenção à saúde da mulher, no que se refere ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar, ações que podem ser desenvolvidas em unidades de APS.

Os países que apresentam elevados índices de mortalidade materna são os Estados-Membros localizados em zonas de conflitos, com altos índices de HIV e com elevados índices de pessoas vivendo na pobreza extrema.²⁵

Destaca-se, também, a importância da existência de

sistemas de informações atualizados, que possam fornecer com precisão os dados necessários para gestores e profissionais da saúde, para que possam planejar uma intervenção, de acordo com as necessidades de cada território.

O combate à AIDS, malária e outras doenças infecciosas também se constitui em um desafio para os Estados-Membros da ONU. O sexto ODM tem como meta estabilizar a disseminação da AIDS e malária, o que exige um esforço em conjunto de todos os Estados-Membros.

O número de pessoas infectadas pelo HIV está reduzindo, mas o número de pessoas que vive com a doença continua a aumentar, devido a maior expectativa de vida e ao acesso facilitado aos medicamentos.²⁶

A estabilização da disseminação do HIV/AIDS depende, principalmente, do acesso à informação, que pode ser adquirida por meio de ações educativas sobre a prevenção e tratamento. Observa-se a relação do cumprimento dessa sexta meta com a universalização do acesso à educação, ou seja, a ampliação do número de pessoas com escolaridade contribui para o empoderamento intelectual dos sujeitos, de forma que possa compreender de um modo mais claro e objetivo as informações e orientações que recebem.

A malária também é uma doença infecciosa que preocupa as autoridades em saúde pública. Segundo o Relatório Mundial da Malária, aproximadamente, metade da população mundial está em risco de contrair malária.²⁷

Enfatiza-se que a maioria dos casos e óbitos por malária são notificados na África Subsaariana. Ainda, são registrados casos de malária na Ásia, América Latina e em alguns países no Oriente Médio e partes da Europa.²⁷

De acordo com o Relatório Mundial da Malária, as taxas de mortalidade por malária reduziram mais de 25% globalmente, desde 2000 e, em 33%, na Região Africana.²⁷

A malária gera também significantes despesas financeiras, podendo reduzir o Produto Interno Bruto (PIB) em até 1,3% em países com altos níveis de transmissão. Essas despesas com a malária resultam em diferenças importantes de PIB entre países com e sem malária, especialmente nos países africanos. Destaca-se que a maior incidência de malária em países africanos onera ainda mais os serviços de saúde locais, incluindo gastos tanto com recursos humanos, como com ações de prevenção e tratamento.¹⁰

O esforço empregado para o controle de doenças infecciosas, em especial nos países em desenvolvimento, tem obtido resultados positivos, mas, ainda, precisa de empenho para atingir as metas propostas pelos ODM. Melhoria nos indicadores de saúde, que revelam a redução do número de pessoas contaminadas, deve ser interpretada pelos gestores públicos, como a necessidade de fortale-

lecer as ações de educação em saúde, visando à redução de contaminação.

O sétimo ODM que visa à promoção da sustentabilidade está interligado com os objetivos de controle das doenças infecciosas, redução da mortalidade infantil e combate à pobreza. Os Estados-Membros não conseguem alcançar um nível de desenvolvimento socioeconômico e sanitário, sem investir em medidas de proteção ambiental e especialmente em ações de saneamento básico.

Para o PNUD, a meta de reduzir em 50% o número de pessoas sem acesso à água potável deve ser cumprida, mas a de melhorar condições em favelas e bairros pobres provavelmente não será alcançada.²⁸

Nesse contexto, destacam-se as doenças causadas por fatores ambientais, que correspondem a 1/4 da morbidade mundial, sendo a diarreia responsável por 94% das doenças causadas por esses fatores. A doença diarreica é a principal causa de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, enfatiza-se a importância desses óbitos para determinar os indicadores de situações de pobreza.²⁹

Talvez, a promoção da sustentabilidade seja o objetivo mais complexo proposto pela ONU, devido aos diferentes interesses dos Estados-Membros. Para o alcance das metas, é necessária a convergência dos diversos interesses em prol de uma melhor qualidade de vida global.

Para o cumprimento das metas estabelecidas pelo último ODM, também considerado de elevada complexidade, por exigir dos Estados-Membros desenvolvidos, que além de cumprir as suas metas, também devem servir de apoio aos países menos desenvolvidos.

O desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento busca a cooperação entre países ricos e setor privado, para colaborar com os países em desenvolvimento, para melhorar e ampliar os serviços básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição e saneamento básico).

O impacto da crise financeira mundial, que atingiu os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nos últimos anos, refletiu na assistência aos países menos favorecidos, especialmente, aos países da África Subsaariana. A assistência estrangeira cresceu 0,7% em termos reais, de 2008 para 2009, atingindo US\$ 119,6 bilhões, montante considerado abaixo dos compromissos previamente assumidos.²⁷ Nesse contexto, espera-se que os Estados-Membros unam forças e busquem alcançar as metas definidas na Declaração do Milênio.

A relação entre a APS e os ODM

A Declaração de Alma-Ata pode ser considerada o pi-

lar de sustentação para o alcance dos ODM propostos pela ONU.

Essa declaração apontava que para os países oferecerem serviços de saúde de qualidade e com equidade à população, seria necessário priorizar os cuidados primários à saúde. O alcance dos ODM está associado ao fortalecimento desses cuidados e à equidade do acesso aos serviços sociais e de saúde. Os serviços de saúde, que trabalham sob a luz da APS, enfatizam medidas simples de prevenção de doenças e promoção da saúde, mas que conseguem alcançar um grande número de pessoas.

A APS é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo capaz de prevenir, reduzir ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, abrangendo a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento oportuno em tempo e com a tecnologia disponível no primeiro nível do sistema.³⁰

Nesse cenário, os cuidados primários à saúde trabalham com grupos prioritários, como usuários diagnosticados com hipertensão arterial e diabetes mellitus; saúde da mulher, área que destacam as ações de controle e prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, pré-natal e consultas de puerpério; saúde da criança, as atividades de promoção da saúde infantil iniciam durante as consultas de pré-natal da gestante, agregadas posteriormente com as ações de puericultura. Também, as ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis se constituem em uma área prioritária.

As prioridades definidas pelos serviços estruturados na lógica da APS, também, incluem o estímulo ao consumo de água potável, ambientes limpos e higienizados, como formas de prevenir doenças e garantir uma melhor qualidade de vida.

Ao relacionar as prioridades da APS com as metas definidas pelos ODM, percebe-se que possuem prioridades em comum; nesse cenário, os serviços prestadores de cuidados primários à saúde podem ser considerados um importante instrumento no cumprimento das metas de redução da mortalidade infantil, promoção da saúde materna, combate ao HIV e doenças endêmicas e promoção da sustentabilidade.

Alguns países como Canadá, Reino Unido, Cuba e Brasil estruturaram os serviços de cuidados primários à saúde em um modelo de atenção denominado “Saúde da Família”. Esse modelo está sendo desenvolvido com diferentes facetas em cada país, respeitando os diferentes cenários culturais de várias dimensões e níveis diversificados de desenvolvimento socioeconômico.³¹

Os princípios do modelo de atenção baseado na “Saúde da Família” são: atuação no território, por meio do

diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania.³²

Esse modelo de atenção, também, propõe uma maior equidade na assistência, hierarquização dos serviços e, especialmente, a criação e fortalecimento de vínculos entre a equipe e os usuários. A “Saúde da Família” ainda enfatiza a necessidade da visão holística do usuário, como uma forma de compreender melhor o processo saúde-doença e inserir mais próximo do cotidiano dos usuários.

Desse modo, os serviços da APS, quando estruturados adequadamente e com uma equipe capacitada, conseguem resolver até 85% dos problemas de saúde. Para alcançar essa condição de resolutividade, faz necessária uma integração consolidada entre os níveis hierárquicos do poder público, comunidade local, profissionais da saúde, universidades e sociedade civil, com a finalidade de garantir maior facilidade de acesso aos serviços de saúde.³³

Os modelos de atenção centrados nos cuidados primários à saúde representam tanto uma proposta de reorganização dos sistemas de saúde com um eixo de reorientação do modelo assistencial, como uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde.

Também, o sucesso desse modelo de atenção centrado na saúde está relacionado com a atualização dos profissionais, que deve ser focada em capacitações técnico-científicas baseadas no vínculo e articuladas com as necessidades de saúde apresentadas pela população.³⁴

A incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e o desenvolvimento de ações intersectoriais correspondem a uma nova concepção de saúde focada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de riscos.

Com a estruturação dos serviços de cuidados primários à saúde, os ODM passam a ter um cenário propício para o desenvolvimento de atividades, que possam efetivamente contribuir para um resultado que esteja mais próximo das metas estabelecidas.

Os cuidados primários à saúde defendem os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações, criando-se, assim, uma estrutura capaz de renovar e gerar novas práticas e reafirmar a eficácia das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, capaz de abranger um grande número de pessoas, com a finalidade de atingir uma adequada qualidade de vida.³²

Assim, enfatiza-se que o alcance dos ODM está fortemente relacionado com os serviços inseridos na APS. A ampliação e fortalecimento das ações desempenhadas nas unidades inseridas na lógica da APS são essenciais para o

cumprimento das metas propostas. A necessidade de uma parceria robusta entre as metas propostas pela Declaração do Milênio e os princípios da APS pode ser considerado o ponto de partida para atingir resultados positivos em 2015.

Entretanto, apesar dos serviços de saúde inseridos na APS serem considerados um cenário propício para o desenvolvimento de ações que possam colaborar para o alcance dos ODM, ressalta-se a necessidade de refletir, se, atualmente, esses serviços de saúde estão reproduzindo o modelo curativista ou estão trabalhando com a promoção da saúde como uma alternativa para a melhoria da qualidade de vida e condições de saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(1):7-16.
2. Donnangelo FMC, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.
3. Rosen G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
4. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*, São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
5. Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B, Viana ALD (Organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. p.15-41.
6. Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B, Viana ALD (Organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 411-32.
7. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.
8. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
9. Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(6):132-143.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta. Brasília, DF; 2001.
11. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
12. Breilh J. Community medicine under imperialism: a new medical policy? *Int J Health Serv* 1979; 9:5-24.
13. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma Ata. *USRR*; 1978. 3p.
14. Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
15. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Genebra; 2010. 55p.
16. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS* 2007; 10(2):189-199.
17. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. Disponível em: <www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>.
18. Magnussen LEJ, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004; 23(3):67-176.
19. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(2):263-289.
20. Buss PM, et al. Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
21. Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2004; 9(2):119-131.
22. Banco Mundial. Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em Saúde. Washington: Banco Mundial; 1993.
23. Organização Panamericana de Saúde. Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington D.C., EUA: OPAS; 2003.
24. United Nations. Implementation of the United Nations Millennium Declaration. Genebra; 2002. 35p.
25. Laurenti R. Objetivos de desenvolvimento do milênio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo 2005; 51(1):104-112.
26. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The hidden crisis: armed conflict and education. Paris, 2011. 249p. (EFA Global Monitoring Report).
27. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2001. Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique 2000. Maputo: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
28. United Nations Children's Fund (Unicef). *Leves & Trends in Child Mortality, Report 2011*. New York; 2011. 24p.
29. Pruss-Ustun A. Preventing disease through health environments towards an estimate on the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2006.
30. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, São Paulo 2011; 20(4):927-934.
31. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(3):316-31.
32. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
33. Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* 2009; 13

(30):121-134.

34. Reis AC, Santos EM, Cruz, MM. A mortalidade por Aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(3):195-205.

Submissão: março de 2014

Aprovação: dezembro de 2016
