

A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde

The universal right to health: the case of Portugal, Brazil and Cape Verde

Fernando Passos Cupertino de Barros, MD, PhD

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Brasil
Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil - CONASS
fernandocupertino@gmail.com

Luís Velez Lapão, PhD, MSc

Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal;
luis.lapao@ihmt.unl.pt

Resumo

Os autores traçam uma análise dos sistemas de cuidados primários de saúde de Portugal, Cabo Verde e Brasil, salientando os aspetos ligados ao direito à saúde e sua efetiva garantia por meio da organização de sistemas e serviços de cuidados de saúde primários. Destacam os avanços e as principais estratégias utilizadas e apontam os desafios que persistem e que devem ser superados. Salienta-se ainda o peso da reunião de Alma-Ata para o reforço da estratégia da saúde da família e a distinção de Portugal, onde a criação da carreira de médico de família teve impacto muito significativo. Discorrem, ainda, sobre os fatores que têm influência nos processos de reforma e de reorientação dos serviços de saúde calcados sobre o fortalecimento da atenção primária à saúde.

Palavras Chave:

Cuidados de Saúde Primários, CPLP, acesso universal à saúde, Alma-Ata, fortalecimento dos profissionais de saúde.

Abstract

The authors make an analysis of primary care health systems of Portugal, Cape Verde and Brazil, highlighting the aspects of the right to health and its effective enforcement through the organization of primary healthcare systems and services. Highlight the progress and the main strategies used and point out the challenges that remain and must be overcome. The relevance of the Alma-Ata meeting for the strengthening of the family health strategy is addressed, whereas the distinction of Portugal, where the creation of the family doctor career had very significant impact. Finally, the factors that influence the reform and reorientation of health services trampled on strengthening primary health care are discussed.

Key Words:

Primary Healthcare, CPLP, universal access to health, Alma-Ata Meeting, health workforce strengthening.

1. Cuidados de Saúde Primários e o acesso universal à saúde

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 propôs que os serviços de cuidados de saúde primários (ou atenção primária à saúde, APS) bem organizados são necessários "agora mais do que nunca" (OMS, 2008). Estes serviços de APS funcionariam como uma estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, para resolver os problemas de aumento de custos e as expectativas de qualidade dos utilizadores. Barbara Starfield foi provavelmente a primeira a ter mostrado o valor dos cuidados primários através do estudo, evidenciando o lado positivo de seu impacto sobre os resultados de saúde (Starfield, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) está muito comprometida com a APS e este relatório de 2008 celebra e reconhece sua importância, trinta anos depois da Assembleia da OMS realizada em Alma-Ata, em 1978, dedicada a reforçar a necessidade de acesso integrado e universal aos cuidados de saúde.

A APS pode ser definida como na Declaração de Alma-Ata Assembleia (WHO, 1978). Os serviços de APS apresentam variações significativas em toda a Europa, tal como demonstrado por um recente projeto da Comissão Europeia Euprimicare, em 2012, embora a maioria deles partilhe (Starfield, 2002) características identificadoras de uma APS (Lapão, 2014):

- Para ser a entrada principal para os serviços de saúde;
- A continuidade dos cuidados (ou seja, longitudinalidade): o paciente mantém o vínculo com o serviço de saúde ao longo do tempo;
- Integralidade: como o primeiro nível de cuidados de saúde deve ser responsável por todos os problemas de saúde do paciente. Mesmo que parte deles tenha que ser resolvida através de referência para um nível secundário ou terciário, o serviço de cuidados de saúde primários deve sempre ter co-responsabilidade.
- Coordenação do cuidado: mesmo que uma parte significativa dos serviços de saúde são fornecidos em outros níveis de cuidados de saúde, a APS deve sempre ter o papel de organizar, coordenar e integrar essas atividades assistenciais.

Estas características, embora procurando melhores resultados com menos custos, representam um conjunto de desafios muito difíceis. A pretensão de ter serviços de APS mais organizados, os gestores mais qualificados e profissionais de saúde, maior nível de integração com os cuidados secundários, incluindo integrado e sistemas de informação interoperáveis, são cada um deles um desafio de grandes proporções e complexidade. O principal objetivo da APS é, de facto, apoiar as condições para uma "melhor saúde para toda a população".

Neste contexto, a OMS identificou cinco principais elementos necessários para alcançar este objetivo (OMS, 2008; Lapão 2014):

- Reduzir a exclusão e as desigualdades sociais em saúde (isto é, introduzir reformas que permitam uma cobertura verdadeiramente universal);
- Promover a organização de serviços de saúde de acordo com as necessidades (avaliado) de saúde e as expectativas das pessoas (ou seja, prestação de reformas que promovam uma organização adequada de serviços);
- Efetivar a integração dos cuidados de saúde em todas as políticas (ou seja, políticas públicas e reformas);
- Buscar oportunidades de diálogo sobre políticas e modelos de colaboração (ou seja, proporcionar oportunidades para envolver todos os atores, permitindo que lideranças possam emergir, etc.); e,
- Aumentar a participação dos diversos intervenientes (isto é, mais responsabilidade a cada um dos atores que se encontram no interior do sistema de saúde).

A este respeito, a abordagem da APS poderia representar um meio para desenvolver uma estratégia de longo prazo orientada para cobrir as necessidades de saúde da população, exigindo um compromisso dos governos e outros jogadores para organizar os serviços de saúde, de modo a corretamente responder a essas exigências (Starfield, 2007). Em geral, e de acordo com Starfield (2007; 2011), os países com sistemas de saúde orientados para a APS têm normalmente melhores resultados de saúde (ex: menos crianças com baixo peso ao nascer; maior expectativa de vida, em quase todas as faixas etárias; menor mortalidade geral, menos mortalidade por doenças cardíacas);

A reforma da APS centra a sua atenção no desenvolvimento de ferramentas para melhorar a qualidade e reduzir custos. No Reino Unido e em outros países, a maioria dos médicos de clínica geral (GP) já estão sob um contrato-programa (Campbell et al, 2007; Reischauer et al, 2003). O Observatório Europeu da Saúde recomendou a adoção de estruturas organizacionais mais flexíveis para lidar com o aumento da complexidade das organizações de saúde e seus ambientes, isto é, uma perspectiva mais ampla é necessária para incluir o controle clínico e qualidade. Trisolini (2004) demonstrou potencial para permitir a melhoria da qualidade e custo, mas assegura que não é um processo fácil. No Canadá, Portugal e Reino Unido, a liderança tem sido considerada uma questão-chave no contexto da reforma (Dickson, 2009; Lapão & Dussault, 2011).

Fortalecer a APS pressupõe que as novas atividades e funções são desenvolvidas para atingir os objetivos da organização, tais como o fornecimento de acesso equitativo aos serviços, garantindo a sua eficácia, produzi-los de forma eficiente, e atender às necessidades e expectativas da população (Lapão & Dussault, 2012). Por sua vez, isto requer que a capacidade adequada exista em vários níveis. A capacidade pode ser vista como a capacidade das organizações para desenvolver e implementar estratégias a fim de atingir seus objetivos. Ela exige que os gestores e funcionários tenham competências consistentes com a missão, tenham a adequada informação, apoio de técnicos financeiros e disponibilidade de recursos humanos, para além

de mecanismos organizacionais e que funcionam bem para apoiar o fornecimento dos serviços (Potter e Brough, 2004; Mizrahi, 2004). No caso de implementação de uma mudança tão grande como uma reforma dos CSP, também é necessário um ambiente institucional e de políticas de apoio. Por exemplo, as regras que regem a divisão de trabalho entre as diversas categorias profissionais envolvidas na APS precisam ser ajustadas às necessidades deste tipo de serviços (Barringer e Jones, 2004). A capacidade não é, portanto, reduzida à formação e recrutamento de mais pessoal, mas um complexo conjunto de medidas que, em combinação, devem apoiar um processo de mudança.

No seguimento vai-se explorar e debater os processos de reforma dos seguintes países da CPLP, Brasil, Portugal e Cabo Verde. No final apresentar-se-á uma discussão e as conclusões da comparação entre estes países.

2. A reforma da atenção primária no Brasil

2.1. O contexto

Na América Latina, a partir de meados dos anos 1970, um movimento do setor académico que procurou recuperar as ideias de causalidade social do processo saúde-doença, que haviam declinado após o advento da era bacteriológica, tem início no México e no Equador, e posteriormente no Brasil. Neste, a iniciativa intitulou-se “Movimento da Reforma Sanitária”, e foi protagonizado por Arouca, com suas críticas ao “preventivismo”, e por Donnangelo, com seus estudos sobre saúde e sociedade (1). Não se pode, ainda, esquecer o papel propulsor exercido pelos postulados da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com sua ambição de “saúde para todos no ano 2000”, cujo documento final salienta a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, ressaltando o papel que a lacuna entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento então representava, exortando ainda todos os países à cooperação, na busca pelo objetivo comum da saúde, numa ação entendida como direito e dever de todos, individual e coletivamente (2). A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu e deu força constitucional a princípios e pensamentos defendidos pelo “Movimento da Reforma Sanitária”. Assim, valores sociais

como o direito de acesso universal e a integralidade da atenção passaram a refletir a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988. A saúde ganhava, assim, o estatuto de direito constitucional a ser garantido por um sistema público, de acesso universal, intitulado Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, no campo da “Saúde Coletiva”, tem-se procurado enfaticamente destacar que a superação de desigualdades em saúde exige a formulação de políticas públicas equânimes, o que implica, por um lado, em reconhecer a saúde como um direito de cidadania e, por outro, em priorizar as necessidades como categoria essencial para a promoção de justiça. É preciso, ainda, incorporar à pauta certas diferenças e diversidades como as relacionadas à questão das condutas de risco e das heterogeneidades de base étnico-culturais (3).

Por outro lado, mesmo decorridos mais de 25 anos, seria ingenuidade supor que o SUS não apresentasse desigualdades na prestação. Estas, de uma forma ou outra, persistem mesmo em países com sistemas universais bem mais antigos e consolidados do que o brasileiro, embora em escala bem mais reduzida do que em países onde prevaleça o mercado na saúde. Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade. Esta subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação, que está associada aos diferenciais de escolaridade, seja por deformação em determinadas políticas públicas. Em algumas delas ainda estão presentes os privilégios e a discriminação (4).

A existência de financiamento suficiente, capaz de garantir acesso universal e integralidade dos cuidados de saúde à população é condição fundamental para que tudo o mais possa acontecer. Assim, se levarmos em conta o comportamento do gasto em saúde na América Latina, não é difícil concluir que há uma patente incapacidade de assegurar coberturas universais, sendo os recursos altamente dependentes de regimes contributivos, ao que se soma a vulnerabilidade dessa política em face do comportamento pró-cíclico do gasto público, além dos elevados valores deste último. No Brasil, em particular, houve - e continua a existir - a concomitância de alguns fatores que contribuem para



Brasil: unidade de saúde fluvial no Rio Amazonas*



Brasil: uma agente comunitária de saúde em ação*

manter e até mesmo aprofundar situações de iniquidades sociais, com seus inevitáveis reflexos sobre a saúde. Além de um gasto público que está significativamente em desacordo com o próprio sentido de existir de um sistema público de saúde, o país adota um sistema tributário altamente regressivo, que privilegia a taxação sobre o consumo, em lugar daquela sobre renda e riqueza – o que acentua as desigualdades antes mesmo da alocação dos recursos, como bem lembra Sônia Fleury (5). Portanto, antes de se gritar pelo necessário aumento no gasto público em saúde, é preciso perguntar quem efetivamente contribuiu para o orçamento público.

A situação é ainda mais agravada pelo facto de que a pretendida descentralização da saúde, ancorada em marcos legais, não se tem feito acompanhar por equivalente contrapartida financeira dos três entes federados. Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde (6). Nesse mesmo período, a União (i.e. o governo federal do Brasil) aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em cerca de 75%, em relação a 2000. Assim, dois terços do aumento dos recursos para as ações e serviços públicos de saúde naquele período foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto somente um terço foi oriundo dos recursos injetados pela União. Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2012), percentual muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde (7).

No período de 2009 a 2012, o gasto total em relação ao PIB cresceu no Brasil, passando de 8,8% para 9,3% e diminuiu em Portugal de 10,8% para 9,4%. Enquanto isso, gasto público em relação ao gasto total cresceu no Brasil de 43,6% para 46,4% e diminuiu em Portugal de 66,5% para 62,6% sobre os gastos totais, segundo dados do Banco Mundial citados por Castro e Cortes (8).

O valor do gasto total em saúde com relação ao PIB indica que o Brasil encontra-se bem próximo à média do que se passa nos países desenvolvidos, portanto num nível de gastos considerado adequado. Contudo, quando se examina o percentual do gasto público em saúde, verifica-se que ele é muito baixo e incapaz de garantir que a norma constitucional se materialize na prática social, de modo a cumprir o princípio da universalidade do SUS.

Os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos, quando comparados aos de outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de 1.009 dólares, mas o gasto público per capita em saúde é de apenas 474 (menos de 50%). Esse valor não somente é muito inferior aos valores praticados em países desenvolvidos, mas é inferior também ao de países da América Latina como Argentina, US\$ 851,00; Chile, US\$ 620,00; Costa Rica, US\$ 825,00; Panamá, US\$ 853,00; e Uruguai, US\$ 740,00. A razão para esse baixo

gasto público em saúde no Brasil está no facto de que os gastos em saúde correspondem a 10,7% dos gastos do orçamento total dos governos, um valor muito abaixo do praticado em âmbito internacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (9).

Estudos demonstram que a materialidade da política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observando-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O perfil dos gastos em saúde não conseguiu atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980. Implantado, em grande medida, do ponto de vista legal, não se materializou do ponto de vista prático. Os números revelam e explicam, em parte, as dificuldades e tensões do SUS (10).

2.2. A estratégia adotada, os resultados alcançados e os desafios a superar

Ao se analisar a trajetória do SUS, percebe-se um paradoxo interessante, bem assinalado por Flores e cols. (11): o facto de que a década de 1990, com a política neoliberal do governo Collor, produziu profundas dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil e foi, entretanto, nesse contexto, que surgiu a família como locus ideal e estratégico de enfrentamento da crise da saúde, aliando-se ao ideário político da promoção da saúde e da consolidação da saúde como direito universal.

Assim é que surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, quando o Ministério da Saúde institucionalizou as práticas que, isoladamente, já vinham acontecendo em diversas regiões do país (12). A ele seguiu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que viria a ser criado em 1994, ambos com duas importantes inovações: o enfoque sobre a família, e não mais sobre a saúde individual, e o aspeto integrador com a comunidade, fugindo assim de um modelo médico-hegemónico. Assim, alguns aspetos adquiriram relevância para a implantação do PACS: a escolha do agente comunitário de saúde e as condições institucionais de gestão local, envolvendo a mobilização da comunidade, processo seletivo, capacitação e avaliação; a formação dos conselhos de saúde; o grau de autonomia financeira, o capital humano disponível e a capacidade instalada das recém-nascidas secretarias municipais de saúde. É, pois, lícito afirmar que o PACS foi um importante braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, dando dimensão de realidade concreta ao direito universal à saúde.

Todavia, seriam necessários mais de dez anos para que o Ministério da Saúde do Brasil, pela Portaria 648 de 28 de março de 2006, passasse a reconhecer o PSF como uma estratégia prioritária para organizar a atenção primária à saúde (APS), que tem como um de seus fundamentos principais possibilitar o acesso

universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, com o registro e a vinculação dos utentes. Em 2011, a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, revogou a portaria anterior, estabelecendo novas diretrizes e normas para a organização da APS, e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os ganhos relativos à redução de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida, em que a saúde tem uma importante contribuição, encontram origem, sobretudo, no caso do Brasil, no modo de organização dos cuidados de saúde primários, através da estratégia de saúde da família (13, 14, 15, 16). Além disso, são ainda perceptíveis a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; a redução de complicações de diabetes e hipertensão; a estruturação da política de assistência farmacêutica básica; da implantação da política de medicamentos genéricos e da política de medicamentos de dispensação excepcional, com elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos; e ainda o programa de controlo de HIV/AIDS, além do sucesso obtido no combate ao tabagismo.

Dois fatores parecem ter sido determinantes para o sucesso da estratégia adotada: (i) o papel destacado e peculiar do agente comunitário de saúde no fortalecimento dos cuidados de saúde primários e na própria consolidação dos sistemas locais de saúde e (ii) a perseverança no desenvolvimento de um modelo, o da Saúde da Família, como norteador e estruturador da APS, cujos resultados são hoje reconhecidos internacionalmente, a despeito das fragilidades existentes (17).

Embora reconhecida como uma experiência de sucesso, a ESF enfrenta diferentes desafios, tais como o recrutamento e a retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipas de saúde da família, o que atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de

um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um enlace de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adstritas (18).

Assim, infelizmente, corre-se o risco de que os ganhos já alcançados pelo modelo de organização centrado na Saúde da Família percam força, fazendo com que a estratégia vá se tornando cada vez mais teórica e menos efetiva na sua prática quotidiana.

3. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

3.1. Contexto

Como muitos outros países, Portugal iniciou uma reforma dos serviços de saúde no sentido de reforçar os serviços de assistência à família, com vista a proporcionar acesso universal à saúde. Esta reforma teve várias iniciativas desde 1970, mas a mais incisiva teve início em 2005. Esta reforma teve duas grandes medidas, a criação de unidades de saúde da família (USF), e em 2008 a criação de uma rede de setenta e três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), abrangendo populações que variam de 50 000 a 250 000 habitantes (Lapão, 2008). Estes agrupamentos incluem centros de saúde tradicionais, bem como outros mais inovadores USF. Atualmente (dados de julho de 2015), há 421 USF, abrangendo uma população de mais de 5 milhões de habitantes, o que representa cerca de 50% dos residentes em Portugal e empregando 3.914 médicos e 3.860 enfermeiros (USF-AN, 2016). Os ACES são uma estrutura administrativa encarregada de melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços de saúde a nível local através de um melhor planeamento e partilha de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipa composta por um diretor executivo, um conselho clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais), e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG). Os ACES são apenas parcialmente autónomos, pois não têm autonomia financeira. Eles reportam a uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm a responsabilidade de planeamento, de alocação de recursos e de regulação. No entanto, os ACES representam um passo significativo no sentido da descentralização, num país que tem uma longa tradição de centralista.

A sua criação suscitou a questão do fortalecimento de capacidades de gestão para liderar equipas multi-profissionais, e de apoiar o ajustamento a um novo modelo de governação concebido para oferecer serviços adaptados às necessidades específicas de uma população. Com este processo, cerca de 400 novas posições de liderança foram criadas no processo. A maioria dos profissionais nomeados tinha pouca ou nenhuma experiência de gestão. Uma estratégia de formação foi desenvolvida para prover liderança e competências de gestão adaptadas às necessidades das suas tarefas,



Portugal: reunião histórica dos diretores executivos com o Secretário de Estado*

através de questionários de avaliação e observações, mas também analisando as percepções dos novos gestores e responsáveis clínicos sobre os benefícios decorrentes da sua participação em atividades de fortalecimento de capacidades, entre 2008 e 2010. A primeira seção descreve o perfil da população-alvo e o programa, chamado PACES (Lapão e Dussault, 2011), que foi projetado para prepará-los para as suas funções de gestão.

3.2. A estratégia

A implementação de uma reforma organizacional é, por definição, a passagem do modo de fazer as coisas para outro, e é um processo multidimensional em que as capacidades para efetuar a mudança são necessários a vários níveis (Braithwaite, 2008; Dickson, 2009). A mais óbvia é a de indivíduos que podem precisar de dominar novas competências na forma de conhecimento, mas também habilidades e atitudes. Os líderes formais podem ser os primeiros agentes de mudança, mas também podem fazê-lo falhar se não tiverem as competências certas ou práticas. Outros pontos são a estrutura organizacional e o ambiente institucional, políticas de apoio, regras, normas, processos e sistemas de incentivos são necessários para ajudar e motivar pessoas para alcançar os objetivos da reforma, tanto quanto infra-estruturas e outras ferramentas e recursos (de financiamento, informações, pessoal, etc.). O desafio está em projetar e implementar o tipo certo de estratégias que irão criar o ambiente que pode apoiar uma mudança efetiva. Como alguns autores colocam, "todo sistema humano - um país ou setor ou rede ou grupo ou indivíduo - tem dentro de si o potencial para desenvolver a sua própria capacidade" (Baser e Morgan, 2008). O desenvolvimento de capacidades é o "processo de desbloqueio ou indução dessas capacidades". De salientar que a estratégia que o Ministério da Saúde de Portugal adotou para a reforma incluiu o fortalecimento da capacidade dos futuros gestores dos ACES, que implicou uma colaboração com as Universidades.

3.3. Processo de reforma

O Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2008) argumenta que a APS é uma estratégia adequada para melhorar acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, para resolver os problemas de aumento de custos de serviços e expectativas dos utentes. O fortalecimento da APS pressupõe novas atividades e funções a serem desenvolvidas a fim de alcançar os objetivos organizacionais, tais como o fornecimento de acesso equitativo a serviços, garantindo a sua eficácia, produzindo-os de forma eficiente para satisfazer as necessidades e as expectativas da população. Por sua vez, isto requer que capacidades adequadas a vários níveis. A

capacidade pode ser vista como a capacidade de uma organização para desenvolver e implementar estratégias para alcançar as suas metas.

Em Portugal, a reforma consistiu, principalmente, no desenvolvimento de um novo modelo de gestão e de governação clínica na perspetiva de melhorar o acesso aos serviços de APS, para reduzir a utilização inadequada de serviços hospitalares e de emergência, para obter ganhos de eficiência e melhor controlo de custos. O objetivo final era assegurar que todos os residentes em Portugal estariam registrados com um médico de medicina familiar, numa unidade de saúde familiar (USF) (Lapão, 2008). A "reforma" começou em 2005, num contexto político e económico favorável e foi promovido por um governo de maioria (os anteriores tinham sido principalmente governos de coligação). O principal desafio eram um défice de médicos especialistas em medicina familiar e a implementação de novas estruturas organizacionais. As ideias base da reforma estavam em linha com as tendências europeias e em continuidade com as medidas tomadas nos últimos 30 anos: a criação da especialidade de Medicina Geral e Familiar, a promoção da prática de grupo e do trabalho em equipa, a introdução do pagamento adicional, como um incentivo



Brasil: as mais de 40 mil equipes de Saúde da Família atuam também no combate ao *Aedes aegypti**

para executar serviços específicos (por exemplo, a imunização ou um programa de controlo da diabetes) e de capitação parcial para complementar taxa de serviço, o desenvolvimento de serviços ao domicílio e o reforço do papel de ponto de entrada para a APS (Bodenheimer et al, 2002; Macinko et al, 2003; Grumbach, Bodenheimer 2004; OMS, 2008). Uma área em que a reforma portuguesa tem

avanzado pouco é a da expansão dos papéis dos enfermeiros e outros profissionais a quem os médicos poderiam delegar algumas das suas funções tradicionais (Buchan et al., 2012).

As primeiras políticas para organizar os serviços de APS foram aprovadas em 1962, com vista a enfrentar uma taxa de mortalidade infantil bastante alta (77,5 %) (INE, 2001), que consistiu principalmente num programa de vacinação e no desenvolvimento de serviços materno-infantis em todas as regiões do país, com o apoio da Igreja Católica, por meio das suas Santas Casas da Misericórdia. Com o surgimento do regime democrático, em 1974, um dos objetivos declarados dos novos dirigentes era a criação de um Serviço Nacional de Saúde, com base no modelo britânico, o que aconteceu em 1979. Em 1982, a especialidade do médico de família foi criada e no ano seguinte, a implementação de uma segunda geração de centros de saúde foi lançado, com os novos especialistas (Pisco, 2008). Em 1985, a Asso-

ciação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMCG) foi criada reunindo médicos que trabalhavam na APS e para defender mais apoio para a reforma (APMCG, 1991).

Em 1996, novas modalidades organizacionais e de gestão foram introduzidas: exemplos são os "Grupos Alfa", onde as equipas de médicos de família aceitam alinhar sua prática em objetivos negociados com a autoridade regional de saúde, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Outro caso foi o "regime remuneratório experimental" (RRE), que consistia numa melhoria do modelo "Alfa", com novos mecanismos de remuneração, a criação da lista de pacientes e o pagamento por capitação ligados a indicadores de desempenho (Conceição et al., 2005), e organizadas com base nas necessidades e práticas de governação clínica, tais como auditoria clínica, diretrizes, e trabalho em equipa (van Zwanenberg e Harrison, 2007; Biscaia et al, 2006; Baker et al, 2001). Em 2005, os resultados da avaliação primeira do RRE foram publicados e as conclusões foram positivas (Gouveia et al., 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu um grupo de trabalho ("Missão para a Reforma dos CSP") para coordenar a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF), como entidades autónomas e voluntariamente constituídas e com metas de trabalho bem definidas (Biscaia, 2006a; Lapão 2008). As primeiras tiveram início em setembro de 2006. Em dezembro de 2007, abriu-se a USF de número 100.

A reforma da APS pode ser vista como um processo de transformação em que os gerentes devem exercer a liderança no apoio a seus colegas na busca de soluções inovadoras para problemas complexos em um ambiente em mudança (e Plsek Wilson, 2001; Lapão 2008; Dickson, 2009) Qualquer processo de mudança e reorganização é complexo e demorado, razão pela qual a liderança gestão na implementação dos ACES foi considerada fundamental para o sucesso da reforma, por exemplo, para desenvolver um mistura equilibrada de médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e dietistas com as habilidades para trabalhar em equipa, para avaliar as necessidades da população e para projetar e fornecer serviços que respondam a estes. Isto supõe o acesso a boas bases de dados e sistemas de informação, monitoramento e ferramentas que não estavam disponíveis anteriormente. A crescente sofisticação de doenças e a gestão de medicamentos também requer farmacêuticos mais e melhor treinados e assistentes de farmacêutico (Gregorio e Lapão, 2011).

O programa de capacitação PACES criou oportunidades para que os administradores executivos passassem a analisar planeamento e problemas de gestão e de compartilhar soluções potenciais com os colegas. Mas um programa de treinamento não é suficiente para criar as condições que

facilitam a mudança, são precisos outros instrumentos que orientem a evolução do processo de mudança. No entanto, alguns efeitos positivos podem ser atribuídos ao programa de PACES, além dos ganhos de aprendizagem que dele resultaram. Facilitou a criação de um espírito de grupo e hábitos de trabalho em rede entre os gestores. Em discussão com eles, os participantes mencionaram que isso ajudou nas suas relações com as autoridades regionais e que as estratégias de partilha sobre como estimular a criação de USF foram úteis. Foram os gerentes mais jovens (<40 anos), e menos experientes, os que mais se beneficiaram com a participação, tanto em termos de aprendizagem como na obtenção de reconhecimento das suas capacidades de seus pares.

Os decisores políticos devem considerar que, além de abordar as necessidades de fortalecimento de capacidades organizacional e institucional, é preciso apoiar os gestores ACES de uma forma continuada. É necessário haver mais pesquisa sobre a avaliação do impacto de treinamento de liderança a fim de fornecer aos decisores políticos estratégias para melhor apoiar as suas reformas. Mas mesmo que um programa atinja todos os seus objetivos, outras variáveis, tais como sistemas de gestão eficazes, um quadro regulamentar adequado e incentivos financeiros são necessárias para apoiar a mudança.

A teoria dos "three-streams" de Kingdon (1995) sobre o desenvolvimento de políticas é útil para entender como um problema atinge a agenda política: "a corrente do problema" como são as questões reconhecidos e levadas para a agenda pública; a "corrente de políticas", quais são as opções alternativas oferecidas aos decisores políticos e a "corrente política", em que os atores políticos incluem a questão nas suas agendas. Isto pode ser visto como um "conjunto de processos" que podem ser reconstituídos retrospectivamente para identificar os fatores que influenciaram a conduta de uma reforma (Lapão & Dussault, 2012).

Em Portugal, a reforma da APS tornou-se parte do programa de Governo em 2005, depois de várias alternativas terem sido propostas em diversos relatórios e estudos. Por exemplo, os estudos de custo-benefício de serviços de APS (Gouveia et al., 2005), e as experiências-piloto realizadas entre 1996 e 2004 (Lapão, 2008). A ideia de uma tal reforma havia sido discutida há mais de 25 anos, mas foi somente em 2005 que atingiu a agenda política quando um novo governo tomou posse. Este último delegou a responsabilidade para a implementação da reforma a uma *task-force* definida para o efeito, transformando um objetivo político numa questão técnica, mas sempre acompanhada politicamente.

No âmbito da reforma da APS, cada uma das três correntes seguiu sua própria lógica e tinha as suas próprias forças motrizes. Alguns responsáveis da Associação Portuguesa de Medicina Familiar eram membros proeminentes

tes ligados ao partido eleito em 2005 e que ajudou a levar a reforma da APS para a agenda política. Mais, um documento técnico elaborado por esta associação defendendo a reforma tornou-se fundamentalmente parte do programa de governo. A combinação de apoio governamental e de associações profissionais "criou uma janela política" favorável para o lançamento da reforma. Tendo em conta que na "janela política, as oportunidades para a ação permanecem abertas apenas por curtos períodos" (Kingdon, 1995), era preciso agir com celeridade. A "janela" era estreita, até porque nem todos os interessados eram favoráveis: conselhos profissionais, faculdades de medicina, associações de médicos especialistas não se opuseram à reforma, mas seu apoio foi bastante calculista, porque não tinham participado na sua conceção. O tempo necessário para colocar pessoas ou recursos era grande, por questões regulamentares e administrativas, o que atrasava o ritmo da reforma. Quando tudo estava pronto, a crise financeira chegou a Portugal e o apoio enfraqueceu ainda mais. Em suma, uma combinação de fatores internos e externos mudou o ambiente de favorável para menos favorável em uma questão de dois anos. Novos estudos de viabilidade económica ou técnica foram conduzidos para explorar opções políticas alternativas para lidar com as dificuldades da reforma. Na falta de uma política de saúde da força de trabalho, a estratégia para responder à escassez de médicos e enfermeiros em áreas carentes, um grande obstáculo para o desenvolvimento de serviços de APS, o Ministério da Saúde optou por contratar profissionais de saúde a partir do estrangeiro, nomeadamente de Cuba, Colômbia, Costa Rica e Uruguai. No geral, houve uma desconexão entre as políticas e as necessidades dos gestores responsáveis para implementar a reforma da APS. Não existe qualquer indicação do esforço feito para identificar as necessidades. No âmbito de uma reforma, uma nova cultura de gestão estratégica precisa ser desenvolvida e sustentada, o que requer novos conhecimentos, novas ferramentas, bem como um ambiente político favorável, aberta à inovação, além de objetivos claros (Hamel, 2006; Dickson, 2009; Mable, Marriot, Marriot-Mable, 2012). Os gestores que entrevistamos relataram que esses pré-requisitos não foram cumpridos. Sendo estas apenas percepções, deve-se considerar como influenciaram a motivação e o comportamento dos gestores, com repercussões sobre os prestadores de serviços.

A principal mensagem que se pode reter é que o desenvolvimento de uma reforma, mesmo quando é suportada por um processo de fortalecimento da liderança e da capacidade de gestão dos profissionais da saúde requer um esforço contínuo de conhecimento da realidade, do que vai sendo necessário, de apoio organizacional, e de incentivos e recursos adequados. Uma mensagem recorrente dos gestores durante o processo de reforma era "se as autoridades regionais nos derem recursos, nos termos da lei, nós podemos fazer o nosso trabalho!" (Lapão & Dussault, 2011).

4. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Cabo Verde

4.1 Contexto

Ao longo dos anos, sendo a saúde em Cabo Verde organizada num sistema nacional de saúde, os governos de Cabo Verde foram procurando desenvolver as infra-estruturas sanitárias do sistema de saúde que melhor correspondessem às necessidades de saúde das populações locais (Lapão, 2012). É notório o esforço realizado nos últimos anos (7-9% do PIB). Desde a criação recente das regiões sanitárias à aposta na melhoria das instalações hospitalares (2 hospitais centrais e 3 regionais), a aposta nos cuidados primários (cerca de 30 centros de saúde) e na saúde pública, que inclui 34 postos sanitários em todas as ilhas, centros de saúde reprodutiva, centro de saúde mental, centro de terapia ocupacional e mais de 110 unidades sanitárias de base, apenas com agente sanitário.

Cabo Verde segue os princípios de organização de serviços de saúde procurando a universalidade do acesso, recorrendo sempre que possível a tecnologia e a pessoal qualificado (maioritariamente treinado fora do país) para melhorar a qualidade da atenção, a todos os níveis dos serviços de saúde (Cabo Verde, 2014; Lapão, 2012).

Neste contexto, os cuidados de saúde primários têm um papel importante no acompanhamento da saúde das populações. A lei nacional determina que cabe a estes serviços ser o ponto de entrada, identificando as necessidades das populações a servir; encaminhá-lo para o diagnóstico diferenciado e serviços dos níveis secundário ou terciário se necessário; dar continuidade às intervenções; seguir a evolução e avaliar repetidamente o conjunto de problemas de saúde. Mas até há cerca de 10 anos os hospitais centrais tinham um papel importante, sobretudo na componente aguda. É depois de 1996, e do projeto Saúde Urbana para a Cidade da Praia que se começam a tomar medidas de reorganização dos serviços, mas ainda com uma grande centralidade hospitalar (Cabo Verde, 1999). É preciso ter em conta que apenas em 1992 é integrada na constituição a saúde para todos. Em 2000 atingiu-se o valor de 70 anos de expectativa de vida. O rácio médico/habitantes passou de 1/2675 em 1997 para 1/2.245 em 2006, e o rácio enfermeiro/habitantes quase duplicou entre 1997 (1/1807) e 2006 (1/1034) (Cabo Verde, 2007). Muitos parceiros contribuem para a dinâmica do serviço de saúde, sobretudo a Organização Mundial de Saúde e alguns países doadores.

Mas é em 1996 que se inicia a preocupação pelos Cuidados Primários, ao mesmo tempo que há uma liberação do sector. E sobretudo a partir de 2003, com o Decreto-Lei 25/2003 que se dá a grande aposta nos cuidados de saúde primários, com uma forte reorganização dos serviços, apostando num maior acompanhamento de necessidades específicas da população, das crianças aos mais idosos.



*Cabo Verde: novo Centro de Telemedicina em 23 de Julho de 2015 – Apoio à ligação entre centros de saúde e hospitais**

Esta Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n. 25/2003 de 25 de Agosto) estabelece três pontos (Cabo Verde, 2007):

- Criação de regiões sanitárias “aonde e quando possível”;
- Descentralização do SNS pelas delegacias de saúde;
- Circunscrição municipal (divisão administrativa do país). Aqui com enfoque nos cuidados primários.

Mais recentemente, no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016) apresenta 4 objetivos principais:

1. Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;
2. Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados;
3. Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;
4. Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

Os cuidados primários de saúde são alvo prioritário destes objetivos. Entre os programas este pretendem promover a qualidade dos serviços e o acesso com profissionais mais qualificados. Um exemplo é o objetivo específico de “pôr a funcionar uma rede de Centros de Saúde, para uma resposta contínua, global e integral aos episódios de doença ou de risco, que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população;”. Fica também claro que os cuidados primários têm uma base organizacional municipal e uma aposta no equipamento técnico para apoiar os exames de diagnóstico, para prestarem melhor serviço.

4.2 Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde

A maioria dos centros de saúde (CS) está equipado com salas de consulta, farmácia básica, camas para curto internamento e dispõe de sala para partos. Há diferença



*Brasil: atendimento domiciliar por equipe de Saúde da Família**

entre centros de saúde urbanos e rurais. Nos CS urbanos, onde a proximidade ao hospital local reduz a necessidade a atividades complementares de diagnóstico. Nos CS/Delegacias de saúde nas ilhas é frequente existir acesso a meios de diagnóstico complementar, em poucos existe a possibilidade de fazer um raio-X.

É nos CS onde as populações têm acesso a cuidados prestados por um médico, seja por procura direta (e.g. pequena emergência) seja por consulta agendada (ambulatório), prestando ainda serviços de internamento quando necessário. Nos últimos anos, tem-se feito a consolidação dos serviços prestados nos CS para aumentar a cobertura. O alargamento do número dessas estruturas foi sendo feito à luz de alguns pressupostos (Cabo Verde, 2007):

1. Constitui o local por excelência para a prestação de cuidados globais e integrados.
2. É importante reforçar as atividades curativas para responder às situações de doença das populações, nomeadamente, alargar a gama de respostas, aumentar a oferta e a qualidade de determinados serviços complementares, e, sobretudo, melhorar a acessibilidade das populações a essas prestações.

Hoje é já claro que há uma boa utilização dos serviços dos centros de saúde sobretudo no controlo das doenças crónicas (Gonçalves et al., 2015). Tem-se feito uma aposta nas consultas programadas de medicina geral, incluindo o seguimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objetivo de reduzir o atendimento urgente aos casos reais. Os espaços de internamento têm vindo a ser reduzidos, mas é difícil de os fazer desaparecer em áreas onde não há acesso fácil a hospitais. Ao mesmo tempo tem havido uma melhoria nas funções preventivas e promocionais dos CS, através dos serviços e de comunicação, por vezes em colaboração com os municípios. Nestas áreas e na saúde pública, o desenvolvimento de atividades são usualmente coordenadas pelas delegacias de saúde, na pessoa do delegado de saúde.

Entre 2008-2011 foram construídas as seguintes infra-estruturas associadas aos cuidados primários (Cabo Verde 2014):

- Centros de Saúde de Achada de Santo António, Tira-Chapeu, Achadinha, Achada Grande Trás e Ponta de Água, na cidade da Praia;
- Centros de Saúde de Tarrafal de Santiago, Boavista, Maio e Mosteiros; Postos Sanitários de Telhal e Chão Bom. Mais tarde construí-se a Delegacia de Saúde de São Vicente. Foram ainda remodelados os Centros de Saúde de Paúl (Santo Antão), de Santa Cruz e de Cova Figueira.

Quando aos recursos humanos, apesar da persistente carência, nos últimos anos tem sido feita uma aposta para renovar e adquirir novas áreas, como é por exemplo o novo serviço de diálise, integrado no Hospital Agostinho Neto. Mas os CS necessitam de mais médicos e enfermeiros qualificados, bem como de outros especialistas, como sejam técnicos de higiene e epidemiologia, técnicos de gestão de informação para ajudar nas estatísticas. Os CS possuem uma equipa de saúde chefiada por um médico e dispõem duma rede de extensões (ou postos sanitários) para estar mais próximos das populações. As estruturas físicas são heterogéneas (Cabo Verde, 2014). Nos CS urbanos (CSU), perto de instituições hospitalares, regionais ou centrais, a função de internamento não se justifica. O critério de população servida não deve ser o único considerado, dadas as heterogeneidades entre as várias ilhas: existem 8 CS com menos que 10 000 hab., 7 entre 10 000 e 20 000 e 2 acima de 20 000 hab. (Cabo Verde, 2014).

Os objetivos de prestação de serviços dos CS são (Cabo Verde): garantir um acesso facilitado a, pelo menos, 70% da população servida, a 30 minutos de distância do local de residência; pelo menos 90 % dessa população deverá estar até uma hora de distância (68% a menos de 30 minutos e 14% a mais de 1 hora), tendo em atenção os aspetos ligados ao acesso (estradas, custos de deslocação, etc.). Estes devem ter urgências por períodos entre 12 a 24 horas todos os dias. A lista de serviços prestados varia de CS para CS mas inclui, além das consultas e do internamento, visitas itinerantes programadas às zonas mais distantes e receção de especialistas vindos dos hospitais; vigilância à saúde individual (mulher, criança, saúde mental, saúde oral, saúde ocupacional, profilaxia das doenças evitáveis, promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, algum apoio ao nível da ação médico-social integrada, garantia de evacuação referenciada de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no CS (hoje apoiada por telemedicina), exames complementares de diagnóstico de análises clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostras e entrega dos resultados); Radiologia para tórax e ossos; Ecografia; etc. (Cabo Verde, 2005).

Claramente os CSP em Cabo Verde estão num processo evolutivo e de amadurecimento, com a entrada de médicos mais familiarizados com as doenças crónicas e com a

relação de referenciação com os hospitais vem trazendo maior consciência dos desafios. Mas ainda há muito para fazer. Com a criação do curso de medicina procurar-se-á ter acesso a mais profissionais qualificados e conhecedores destes desafios. Mais cedo ou mais tarde a questão da carreira de medicina geral e familiar e das equipas multi-disciplinares virá a colocar-se.

5. Discussão

As experiências dos três diferentes países de língua portuguesa mostram, com clareza, que é necessário existir uma correlação de forças favorável à implementação de reformas e mudanças de paradigma, em que se incluem um componente político, um componente técnico e um forte componente de formação, em que estejam presentes tanto a dimensão da conscientização e adesão a uma proposta de mudança, quanto aquela relacionada ao reconhecimento de lideranças capazes de disseminar o processo.

Ao contrário de Portugal, que teve o cuidado de contemplar todos os elementos necessários para que uma reforma pudesse ocorrer, o Brasil não se preocupou inicialmente com a formação de médicos de família, embora tivesse feito uma clara opção pela estratégia de saúde da família como modelo de organização da APS. Assim, os ganhos obtidos, embora significativos, situam-se aquém do necessário e traduzem certa frustração com respeito às ambições iniciais. Pela mesma forma, a questão da suficiência do financiamento público da saúde foi negligenciada, cabendo hoje assistir ao paradoxo de ter-se no Brasil um nível de gastos privados em saúde superior ao dos gastos públicos, mesmo na vigência de um sistema público universal que existe como decorrência de um direito constitucionalmente garantido. Para agravar ainda mais tal aberração, o governo prática renúncia fiscal importante, ao permitir que gastos com o subsistema privado possam ser deduzidos do imposto de renda anual pago pelos cidadãos, o que priva o sistema público de recursos financeiros que nele deveriam ser investidos.

Um fator que merece destaque, no caso brasileiro, onde a extensão territorial, o volume da população e as disparidades regionais configuram cenários diferentes, com realidades particulares, foi a escolha da municipalização da saúde, como expressão de uma radical descentralização. Os cuidados que compõem a APS estão a cargo dos municípios, que tiveram que se estruturar ao longo da década de 1990 para fazer face a suas novas responsabilidades na área da saúde. Isso permitiu um contacto mais estreito com a população e possibilitou um reconhecimento mais fidedigno de suas necessidades e aspirações, o que contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde e, de certa forma, com a noção nova da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O caso de Cabo Verde, país cujas políticas de saúde se destacam no contexto africano, tendo sido dos poucos que conseguiu atingir os objetivos do milénio, é muito interessante. Apesar das limitações, Cabo Verde tem desenvolvido uma política sustentada com esforços sistemáticos de reforço das infraestruturas, de mais recursos humanos e do relacionamento entre níveis de serviços. De salientar ainda a forma como vem tentando introduzir a telemedicina como forma de melhorar o acesso a serviços de maior qualidade. Mas ainda há muito por fazer, desde o desenvolvimento dos sistemas de informação até à dignificação da carreira de medicina da família, tornando estes profissionais o centro de uma equipa multi-disciplinar (com os enfermeiros e os outros técnicos) no acompanhamento da saúde das populações, das crianças, jovens e grávidas, aos idosos e as suas doenças crónicas.

Portugal é um exemplo como a única forma de manter uma reforma viva é continuar com reformas que dinamizem quer a qualidade clínica da medicina da família, quer a gestão de recursos profissional para garantir um acesso universal sustentável. Mas também aqui existem desafios, hoje que se têm 50% da população servida por Unidades de Saúde Familiar, num processo voluntário desde 2007. O que terá de fazer para que a outra metade também possa beneficiar de um sistema mais organizado? E como promover mais o trabalho multidisciplinar que consiga motivar mais os doentes a assumir maior responsabilidade na gestão da sua saúde? Estas e outras questões carecem de uma análise profunda do que se fez mas também da investigação que decorre nas Universidades e sobretudo de uma participação mais ativa das populações.

Bibliografia

Brasil

1. Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 12, n. 6, p. 375, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. A Declaração de Alma-Ata. Série B: Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2002 Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2014.
3. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. Sup 2, p. S217-S226, 2009.
4. Piola SF, Viana SM. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.
5. Fleury S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, 2011.
6. Conselho nacional de secretários de saúde. O financiamento da saúde. Brasília, 2011.
7. Piola SF et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Aplicada. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em 12 de junho de 2014.
8. Castro JD, Cortes SV. O financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal: qual o futuro? *Saúde em Redes*. 2015;1(2):31-42.
9. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, pp. 27-34, 2013.
10. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.
11. Flores O, Sousa MF, Hamann EM. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Com. Ciências Saú-*

6. Conclusão

As três experiências evidenciam o esforço da sociedade e dos governos em considerar a saúde como um direito de cidadania, embora com peculiaridades inerentes a cada uma das realidades distintas. Além disso, tanto Portugal quanto Brasil e Cabo Verde priorizaram o fortalecimento da APS como estratégia capaz de aumentar acesso e reduzir desigualdades em saúde, cada qual à sua maneira, mas com resultados encorajadores embora persistam desafios importantes a serem superados. Não restam dúvidas, entretanto, que os ganhos em saúde e os dispêndios a eles relacionados apresentam uma relação custo-benefício bastante satisfatória, o que vai ao encontro do já demonstrado pela literatura quanto aos benefícios reais alcançados pelas sociedades e sistemas de saúde que tomaram a decisão estratégica de ter uma APS forte e bem estruturada. Além de contribuir objetivamente para a melhoria das condições de saúde, os sistemas de saúde ancorados numa APS robusta expressam a realização do desejo social de que a saúde esteja, realmente, ao alcance de todos, independentemente de suas posses ou classes sociais, por tratar-se de um direito e não de uma mercadoria.

Mas alguns desafios ainda persistem, quer a busca de maior qualidade com a utilização de tecnologias de informação (e.g. telemedicina), quer pela participação mais séria das populações na gestão das suas doenças, e já agora com uma dimensão de promoção da saúde. A resposta a estes desafios necessita de um maior envolvimento da sociedade e das instituições académicas, quer de um ponto de vista avaliativo e promotor de boas políticas, mas sobretudo como motor da inovação que a APS necessita, e vai continuar a necessitar.

- de. 2008;19(2):123-136. Disponível em < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2015.
12. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio J.)*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
13. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012;17:36-42;
14. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* 2010;19:Suppl:126-158;
15. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014-g4014.
16. Harris M. et al. Brazil's family health programme. *BMJ*, v. 341, 2010.
17. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.
18. Barros FPC. A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS - a perspectiva do CONASS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2012

Cabo Verde

19. Gonçalves, L., Santos, Z., Amado, M., Alves, D., Simões, R., Delgado, A. P., ... Lapão LV & Craveiro, I. (2015). Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. *PloS one*, 10(11), e0142955.
20. Lapão LV (2012). ANÁLISE DA GOVERNAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE.

Opinião

Dinâmica da Ilha de Santiago/Hospital Agostinho Neto. CABO VERDE. Organização Mundial de Saúde 2012.

21. República de Cabo Verde (2014). Ministério da Saúde. Pacto Nacional de Saúde. Praia, 2014
22. República de Cabo Verde (2007). Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Praia, 2007
23. República de Cabo Verde (2005). Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação. Política Nacional de Informação Sanitária, 2005;

Portugal

24. APMCG. 1991. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral., APMCG.
25. Baker, R., Lakhani, M., Fraser, R., Cheater, F. (1999), " Um modelo de governação clínica em grupos de cuidados primários ", *British Medical Journal*; 318:779-83.
26. Barringer, B. R., & Jones, F. F. (2004). Achieving rapid growth: revisiting the managerial capacity problem. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 9(1), 73.
27. Baser, H. e Morgan, P. (2008), "Capacidade, desempenho e resultados, Centro Europeu para o Desenvolvimento da Política Management", disponível em: <http://www.ecdpm.org/capacitystudy>(acessado em 2016/04/2).
28. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. 2006. Os Cuidados de Saúde Primários. In *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. Padrões Culturais Editora: Lisboa.
29. Biscaia AR. 2006. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral* 22: 67-79.
30. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. 2002. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illnes. *The Chronic Care Model, Part 2*. *JAMA* 288:1909-1914.
31. Braithwaite, J. (2008), "L (H) ≠ □ (m1, m2 ... mn)", *Lidearship in Health Services*, Vol.21 N° 1, pp.8-15.
32. Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 38-46.
33. Campbell et al, 2007; Reischauer et al, 2003
34. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. 2005. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Rev Port Clin Geral*, 21:45-59.
35. Dickson, G. (2009), "Transformações na liderança canadense do sistema de saúde: uma perspectiva analítica", *Liderança em Serviços de Saúde*, vol.22 N° 4, pp.292-305.
36. Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS. 2005. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. *Associação Portuguesa de Economia da saúde*.
37. Gregório J, Lapão LV. 2011. Portuguese community pharmacists in 2020: survival of the fittest. *Revista Portuguesa de Farmácia* 52 (5 suppl.).
38. Grumbach K, Bodenheimer T. 2004. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *JAMA* 291:1246-1251

39. Hamel, G. (2006), *O Futuro da Gestão*, da Harvard Business School Press.
40. Kingdon JW. 1995. *Agenda, Alternatives, and Public Policies*. 2nd Edition. HarperCollins College Publishers: New York.
41. Lapão LV (2014) *Erkenntnisse aus 50 Jahren Reform Erfahrung in der primären Gesundheitsversorgung in Portugal*. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 50, 30-52
42. Lapão, L. V., & Dussault, G. (2012). From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *The International journal of health planning and management*, 27(4), 295-307.
43. Lapão LV, Dussault G. 2011. PACES: a National leadership program in support of Primary-Care Reform in Portugal. *Leadership in Health Services* 24 (4).
44. Lapão LV. 2010. PACES: Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES. Lisboa, INA Editora.
45. Mable A, Marriot J, Marriot-Mable E. 2012. Canadian primary healthcare policy—The evolving status of reform, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation.
46. Macinko J, Starfield B, Shi L. 2003. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Serv. Res.* 38: 819–853.
47. Pisco L. 2008. Reform of Primary Health Care in Portugal. *Jornal Médico de Família*, n° 151 SE.
48. Plesk, PE and Wilson, T. (2001), "Complexity, leadership, and management in healthcare organizations", *British Medical Journal*, 323 (7315): 746-9.
49. Potter C, Brough R. 2004. Systemic capacity building: a hierarchy of needs, *Health Policy and Planning*, 19(5): 336–345.
50. Starfield B. 2011. "Politics, primary healthcare and health." *J Epidemiol Community Health* 65:653-655.
51. Starfield B. 2007. III Seminário Internacional de APS, Fortaleza, Brasil.
52. Starfield B, Shi L. 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60:201–218.
53. Starfield B. 1998. Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press.
54. Suraratdecha C, Saitanu S, Tangcharoensathien V .2005. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272–284.
55. Trisolini MG .2002. Applying business management models in healthcare. *The International Journal of Health Planning and Management* 17(4): 295 –314.
56. USF-AN, 2016. Website da USF Associação Nacional. Acedido em 4 de Abril de 2016.
57. WHO .1978. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978.
58. WHO (2008), *Primary-care: Now more than ever*, World Health Organization. Geneva.
59. Zwanenberg T. van and Harrison, J. (2007), *Clinical Governance in Primary Care*. 2 nd Edition, Radcliffe Medical Press, Oxford.

* As fotografias podem ser consultadas nos seguintes links:

<http://i0.wp.com/comotersaude.com/wp-content/uplo-ds/2015/12/62553.jpg>

<http://fumcul.com.br/imgbank/11990.jpg>

<http://www.agorams.com.br/jornal/wp-content/uploads/2015/12/As-mais-de-40-mil-equipos-do-programa-Sa%C3%BAdeda-Fam%C3%ADlia-em-todo-o-pa%C3%ADs-passar%C3%A3o-agora-a-ajudar-no-combate-ao-mosquito-Aedes-aegypti.jpg>

http://4.bp.blogspot.com/-Phn5t_aLRZY/Vo5gDAPzYml/AAAAAAAAHEw/zPGnOw3-rrl/s1600/002manicore.jpg