

De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental

From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right

De Alma Ata a Astaná. Atención primaria de salud y sistemas universales de salud: compromiso indisoluble y derecho humano fundamental

Lígia Giovanella ¹

Maria Helena Magalhães de Mendonça ¹

Paulo M. Buss ²

Sonia Fleury ³

Carlos Augusto G. Gadelha ⁴

Luiz Augusto C. Galvão ²

Ronald Ferreira dos Santos ⁵

doi: 10.1590/0102-311X00012219

A *Constituição Federal* brasileira de 1988 reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e estabelece “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Cria um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, há 30 anos, busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Alinha-se assim ao espírito da *Declaração de Alma-Ata*, de 1978, sobre atenção primária à saúde (APS) que convocou os governos a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos.

A Conferência de Alma-Ata ocorreu na sequência de uma série de conferências promovidas por organizações das Nações Unidas durante a década de 1970, que debateram uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países centrais e os então chamados países do terceiro mundo ¹. Mahler, na Organização Mundial da Saúde (OMS), assumiu ser impossível dissociar o desenvolvimento econômico e social e a saúde, o que bem se expressa no ideário da APS integral e saúde para todos da *Carta de Alma-Ata*.

Nos anos que se seguiram à Alma-Ata, com a ascensão ao poder de dirigentes conservadores na Europa e nos Estados Unidos foram adotadas políticas neoliberais com suas receitas únicas, sem alternativas (*one size fit all*). A partir de propostas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Fundação Rockefeller, concebeu-se a estratégia GOBI (*Growth monitoring of young children, Oral rehydration therapy, promotion of Breast feeding, and Immunization*), uma atenção primária seletiva e focalizada, voltada à saúde infantil, em contradição com o ideário amplo de equidade e saúde como direito universal da *Carta de Alma-Ata* ^{2,3}.

Na América Latina, nas décadas de 1980 e 1990, acompanhando os programas de ajuste estrutural e imposições do Banco Mundial, difundiram-se pacotes mínimos de serviços de APS direcionados a grupos específicos como o materno-infantil ou populações em extrema pobreza, o que fez Mario Testa questionar o que se pretendia: uma atenção da saúde primária ou primitiva ^{4,5}.

Nos anos 2000, com a redemocratização e assunção de governos latino-americanos comprometidos com justiça social, observaram-se processos de revitalização da APS, em uma abordagem abrangente, reafirmando princípios de Alma-Ata ⁵. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Presidência, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Conselho Nacional de Saúde, Brasília, Brasil.

Correspondência

L. Giovanella

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Av. Brasil 4036, sala 1001, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.

giovanell@ensp.fiocruz.br



pressionada pelos governos da região, promoveu um processo de renovação da estratégia de APS, enfatizando a inclusão social, equidade e integralidade ³.

Na comemoração dos 40 anos da *Declaração de Alma-Ata*, por iniciativa da OMS, do UNICEF e do Governo do Cazaquistão, realizou-se, em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (*universal health coverage* – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) ⁶.

A Conferência de Astana ocorre em um contexto internacional distinto daquele de Alma-Ata, com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia. Restringe o sentido da APS integral de Alma-Ata e o alcance do direito à saúde ao subsumi-la à UHC. A UHC, moldada na última década com forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, congrega diretrizes das reformas pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde.

A proposta de UHC na forma como foi aprovada na resolução da OMS sobre financiamento de 2011 e como uma das metas da Agenda 2030 (3.8) vem sendo difundida globalmente pelas agências internacionais com foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*) gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, afiliação por modalidade de asseguramento e definição de cesta limitada de serviços ^{7,8}. Ao enfatizar a cobertura financeira, expressa apenas a titularidade por algum tipo de seguro privado ou público, sem garantia de acesso e uso quando necessários ⁹. Contratos de seguros cobrem intervenções específicas e prescindem do desenho de um sistema de saúde integral e integrado. Dessa forma, o direito à saúde se restringe ao asseguramento de uma cesta de serviços restrita a ser contratada, reeditando a APS seletiva.

Resulta, portanto, em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme sua renda e respectivos pacotes de serviços que cristalizam desigualdades, o que é muito distinto de garantir o direito universal à saúde ¹⁰.

Diferente da cobertura segmentada por seguros, o reconhecimento do direito nos sistemas universais de saúde de financiamento fiscal implica em garantia de acesso e uso de acordo com as necessidades individuais e coletivas. Há robusta evidência empírica e analítica de que os sistemas universais são superiores em qualidade, eficiência e equidade quando possuem como pilares estruturantes: a organização de uma APS integral, o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público ^{11,12,13,14}.

Ao transmutar o direito universal à saúde em direito à UHC, ocorre uma transposição de uma ordem política a outra, do direito para a cobertura. Na UHC, o conceito de direito à saúde, baseado no princípio igualitário de justiça social, que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado, correspondente a uma concepção de cidadania restrita da visão liberal ¹⁵.

Nesse sentido, a UHC se contrapõe ao espírito de Alma-Ata e ao próprio ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

A proposta de UHC não foi validada pela OPAS que adotou a “Saúde Universal”, como definida na *Resolução CD53/5* de 2014, a qual tenta atender à solicitação dos países da América do Sul de incorporar, nesse tema, a garantia do direito à saúde e do acesso a serviços de saúde ¹⁶.

A Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde em Astana: a declaração, seu processo de negociação e compromissos assumidos

A *Declaração de Astana* apresentada na Global Conference on Primary Health Care foi submetida a consultas públicas e a processo negociador com os Estados membros da OMS em que o Brasil, representado por sua diplomacia em Genebra (Suíça), fez contribuições com o suporte técnico do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁶. As primeiras formulações da *Carta de Astana* receberam fortes críticas, pois afastavam-se dos princípios de Alma-Ata e subsumiam plenamente a APS à UHC. Privilegiavam a participação do setor privado,

reduzindo a responsabilidade governamental, fragmentavam serviços sem referência à organização de um sistema universal integral com coordenação do cuidado pela APS.

Entre as pautas prioritárias apresentadas pela Fiocruz e CNS, destacam-se: a reafirmação dos princípios da *Declaração de Alma-Ata*, a defesa do direito universal à saúde, o fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde, a responsabilidade primordial dos governos na garantia do direito à saúde, justiça social, equidade, a não comercialização da saúde, o financiamento adequado e sustentável, a determinação econômica, social e ambiental da saúde. No documento elaborado por grupo de pesquisadores da Fiocruz com apoio da Câmara Técnica de Atenção Básica do Ministério da Saúde e chancelado pelo CNS, salientou-se a APS como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, modelo eficaz e eficiente para garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da Agenda 2030 de “não deixar ninguém para trás”^{15,17}.

Nessa linha, a Diretora da OPAS, Carissa Etienne, em discurso na plenária final da Conferência, reafirmou: saúde não é mercadoria. É direito humano fundamental e responsabilidade governamental¹⁸. Clamou por uma nova “saúde para todos” que não se restrinja ao acesso a serviços de saúde de qualidade, mas seja também uma força impulsionadora do desenvolvimento sustentável, promovendo equidade e justiça social.

A *Declaração de Astana* foi apresentada na primeira plenária e aprovada por aclamação. Seguiram-se sessões plenárias e paralelas sobre APS e temas específicos como a prestação integrada de serviços, acesso a medicamentos, formação de recursos humanos para a APS, saúde mental, cuidados paliativos, doenças não transmissíveis etc., com a participação de representantes governamentais, de agências internacionais, da sociedade civil, do setor privado e da academia.

A APS de qualidade foi reiterada como a forma mais efetiva e eficiente para a aplicação de recursos, e houve um alerta sobre a necessidade de maiores investimentos públicos para saúde e uso mais eficiente: “*more money for health and more health for money*”.

A experiência brasileira de APS configurada na Estratégia Saúde da Família, parte estruturante e indissociável da constituição de nosso sistema universal de saúde, o SUS, foi mencionada por várias autoridades na plenária inaugural e em diversas sessões como modelo exitoso por seus impactos relevantes na melhoria do acesso e na saúde da população. Com suas 41 mil equipes multiprofissionais e assistindo 130 milhões de brasileiros, o exemplo brasileiro de APS, base de um sistema universal, foi apresentado concomitantemente a outros exemplos de ampliação de cobertura por seguros sociais e seguros de saúde de base comunitária em países de baixa renda.

Durante os três dias, os participantes examinaram a APS no contexto da Agenda 2030. Saúde foi destacada como tema central, indicador e a melhor evidência do sucesso na implementação da Agenda 2030. Apesar dos limites da concepção de UHC, tratar os temas da Agenda 2030 e da APS juntos pode ser uma abordagem promissora. Envolve: os determinantes sociais, econômicos, comerciais e ambientais da saúde; o acesso a serviços de saúde de qualidade; e pesquisa, desenvolvimento e inovação para disponibilizar novas tecnologias para a saúde com orientação do complexo econômico-industrial da saúde para responder às necessidades da população e enfrentar os enormes desafios de um padrão mais equânime do desenvolvimento e da saúde global¹⁹.

A *Declaração de Astana* é um referente internacional, mas não supera a de Alma-Ata, em seus princípios de justiça social e de concepção de APS integral, inseparável do desenvolvimento econômico e social. Apresenta ambiguidades e lacunas. A análise das linhas e entrelinhas da Declaração e dos termos empregados mostra o que está em disputa na arena da saúde global²⁰. Diferente de Alma-Ata, refere justiça sem o adjetivo social. Justiça social implica, necessariamente, em redistribuição de riqueza. A ênfase na cobertura da UHC pode debilitar a abordagem integral de APS e limitar o acesso da população ao primeiro nível de atenção ou à oferta de pacotes básicos com base na capacidade de pagamento das pessoas. A integralidade pode ficar comprometida tanto em seus componentes de promoção e prevenção como nos de garantia de acesso à atenção especializada e hospitalar conforme necessidades²⁰. Uma abordagem integral da APS, no espírito de Alma-Ata, com seus componentes de promoção da saúde e da equidade com enfrentamentos dos determinantes sociais, é crucial para a garantia do direito à saúde e o alcance sinérgico dos ODS²¹.

Não obstante, a Declaração afirma o compromisso com o direito fundamental de todo ser humano à saúde, reconhecendo como inaceitável a persistência de iniquidades em saúde. Indica a APS como fundamento de sistemas de saúde sustentáveis, primeiro ponto de contato efetivo e eficiente e marco

conceitual do que deve ser feito para avançar na saúde e no bem-estar. Aspira governos e sociedades que priorizem a saúde e o bem-estar e promovam e protejam a saúde mediante sistemas de saúde sólidos. Reitera, a APS de qualidade com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque mais inclusivo, eficaz, efetivo, para melhorar a saúde. Afirma a APS como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal ²².

Reconhece que o sucesso da APS será dependente de: financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares com trabalho decente e valorizado, atenção integrada para todas as pessoas, de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos e com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação.

Para tal, a APS e os serviços de saúde devem ser de “alta qualidade, seguros, integrais, integrados, acessíveis, disponíveis e alcançáveis para todos e em todos os lugares, prestados com compaixão, respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem formados, competentes, motivados e comprometidos” ²². Aspira-se ainda garantir ambientes que propiciem a boa saúde, nos quais indivíduos e comunidades estejam engajados em manter e aprimorar sua saúde e o bem-estar ²².

Entre as lacunas da Declaração, pode-se destacar a ausência de menção: à enorme importância econômica do setor saúde e os decorrentes conflitos de interesse presentes na proposta de UHC, aos determinantes econômicos e comerciais em saúde e às restrições das políticas de austeridade. É necessário reconhecer que a inviabilidade da Saúde para Todos, em grande parte, decorreu da não consideração da dinâmica econômica em saúde e da necessidade de regulação e orientação estratégica do complexo produtivo e de inovação em saúde para responder às necessidades sociais, dimensões inerentes às estratégias de desenvolvimento e à viabilidade estrutural do acesso universal ^{19,23}.

O Movimento pela Saúde dos Povos, uma rede de redes de movimentos sociais em saúde pelo mundo, difundiu uma declaração alternativa da sociedade civil com base na primeira versão da *Declaração de Astana*, na qual denuncia as crescentes e extremas desigualdades, desmascara as políticas neoliberais e seus efeitos deletérios sobre os direitos sociais e conclama por Saúde para Todos Agora! ²⁴. O CNS apoiou essa declaração ²⁵.

A Declaração ainda demandará esforços daqueles que se aliam em defesa da APS integral e do direito universal à saúde global. A Declaração possivelmente informará uma proposta de Resolução que será submetida à Assembleia Mundial da Saúde em Genebra de 2019. Finalmente, o tema será examinado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na Reunião de Alto Nível sobre UHC, em setembro de 2019.

Para avançar no espírito de Alma-Ata, é crucial reconhecer os direitos sociais, afirmar o dever do Estado, a universalidade do acesso, a orientação e regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais, envolvendo uma governança descentralizada e coordenada em âmbito nacional e global, com forte participação social ²⁶.

É necessário prosseguir na construção de sistemas públicos universais de saúde, gratuitos e de financiamento fiscal que têm a APS integral como o núcleo estruturante da rede de atenção, como o SUS pretende ser. Seu enfoque populacional exige promover políticas públicas transversais intersectoriais para enfrentar os determinantes sociais, econômicos, comerciais e ambientais da saúde, materializando o caminho mais efetivo e eficiente para promover a equidade e o direito universal à saúde e não “deixar ninguém para trás”.

Alma-Ata mobilizou e mobiliza corações e mentes em defesa do direito universal à saúde há 40 anos. A *Declaração de Astana* terá a mesma força para orientar as transformações necessárias para a consolidação desse direito?

Colaboradores

L. Giovanella, M. H. M. Mendonça, P. M. Buss, S. Fleury, C. A. G. Gadelha e L. A. C. Galvão contribuíram com a concepção, análise, revisão crítica e redação do artigo. R. F. Santos contribuiu com a concepção, análise e revisão crítica.

Informações adicionais

ORCID: Lígia Giovanella (0000-0002-6522-545X); Maria Helena Magalhães de Mendonça (0000-0002-3917-9103); Paulo M. Buss (0000-0002-9944-9195); Sonia Fleury (0000-0002-7678-7642); Carlos Augusto G. Gadelha (0000-0002-9148-8819); Luiz Augusto C. Galvão (0000-0002-3918-0286); Ronald Ferreira dos Santos (0000-0002-4905-1218).

1. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2135-44.
2. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004; 94:1867-74.
3. Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *Am J Public Health* 2018; 108:1153-5.
4. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
5. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00118816.
6. World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc> (acessado em 27/Out/2018).
7. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1763-76.
8. Sengupta A. Universal health coverage: beyond rhetoric. Ottawa: Municipal Services Project/International Development Research Centre; 2013. (Occasional Paper, 20).
9. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:847-9.
10. Laurell AEC. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev Latinoam Enferm* 2016; 24:e2668.
11. Wagstaff A. Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD. Washington DC: Development Research Group, World Bank; 2009.
12. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care. New York: The Commonwealth Fund; 2017.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
14. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:65.
15. Fundação Oswaldo Cruz; Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde Debate* 2018; 42(n esp 1):434-51.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2014. (CD53/5, Rev. 2).
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 600, de 11 de outubro de 2018. *Diário Oficial da União* 2019; 14 jan.

18. Etienne C. PAHO Director Dr. Carissa Etienne's closing remarks at Global Conference on Primary Health Care, October 2018. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14760:dr-carissa-etienne-director-paho-closing-remarks-at-global-conference-on-primary-health-care&Itemid=2270&lang=es (acessado em 09/Jan/2019).
19. Gadelha CA, Temporão JG. Development, innovation and health: the theoretical and political perspective of the Health Economic-Industrial Complex. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1891-902.
20. Vance C. De Alma-Ata a Astana: la Declaración que muestra lo que está en disputa. <http://isags-unasur.org/es/de-alma-ata-a-astana-la-declaracion-que-muestra-lo-que-esta-en-disputa/> (acessado em 09/Jan/2019).
21. Hone T, Macinko J, Millet C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018; 362:1461-72.
22. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Declaration of Astana. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (acessado em 05/Jan/2019).
23. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). *Saúde Debate* 2018; 42(n esp 1):431-3.
24. People Health Movement. Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care <http://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/> (acessado em 09/Jan/2018).
25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 609, de 13 de dezembro de 2018. *Diário Oficial da União* 2018; 31 dez.
26. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011; 377:1724-5.

Recebido em 21/Jan/2019

Aprovado em 24/Jan/2019