

## O legado de Alma-Ata, 40 anos depois

Há alguns anos, tive a oportunidade de conversar com Halfdan Mahler, diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, ano da realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, que integrava a antiga União Soviética, da qual resultou a Declaração de Atenção Primária em Saúde. Perguntei a Mahler se ele achava que algum país do mundo havia realmente implementado a Atenção Primária em Saúde (APS). Ele respondeu que os países que estavam mais perto desse ideal eram os do Norte da Europa onde existia uma boa infraestrutura social e sanitária e fortes princípios de equidade, além do direito universal à saúde.

Acredito que essa resposta esteja relacionada com a percepção generalizada de que os postulados abrangentes da Declaração de Alma-Ata nunca foram implementados e o que predominou foi a chamada Atenção Primária Seletiva de Saúde (Cueto, 2004). Esta versão da APS enfatizava intervenções tecnocráticas que fossem ‘custo-efetivas’, executadas por profissionais de saúde, em uma estrutura assistencial que postergava a prevenção. Segundo essa perspectiva, a doença seria um fenômeno biológico e natural – não social –, e o fator principal para lutar contra as doenças seriam os serviços de saúde.

Nos anos 1980 e 1990, marcados pelo neoliberalismo, a APS foi o modelo principal das agências da saúde e de novos atores na saúde internacional, entre eles o Banco Mundial. Esta perspectiva tecnocrática complementava outras reformas neoliberais como a privatização dos serviços públicos, a desregulação dos mercados, a multiplicação de parcerias público-privadas e a redução do papel do Estado. As reformas neoliberais implicavam um manejo gerencial dos serviços estatais, pressupondo que o setor privado seria mais eficiente do que o público. No entanto, na virada do século XXI, apesar das promessas neoliberais que haviam criado a expectativa de que seus programas de ajuste estrutural iriam reduzir a pobreza, o crescimento econômico neoliberal produziu grandes desigualdades sociais, a multiplicação do desemprego, os empregos parciais e mal-remunerados e a extensão da miséria em muitos países.

O legado contraditório da Atenção Primária neste contexto de crise do neoliberalismo reforçou duas perspectivas em saúde global cuja história começou no século XIX quando surgiram a medicina social e as respostas biomédicas aos problemas de saúde (Cueto, 2015). Primeiro, uma perspectiva vinculada à medicina social que promove intervenções integrais, que dá importância à participação da comunidade, considera os sanitaristas como agentes de mudança social e a saúde como direito humano. Segundo, uma perspectiva tecnocrática, efetivada por uma elite de especialistas que consideram a melhoria da saúde como uma forma de controlar surtos epidêmicos, fornecer uma atenção hospitalar assistencial e contribuir para o desenvolvimento econômico em uma sociedade liberal.

Nos últimos 13 anos, após uma Assembleia da OMS celebrada no ano 2005, essas duas perspectivas ficaram conhecidas como: os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e

a Cobertura Universal de Saúde (UHC, do inglês Universal Health Coverage). A perspectiva dos DSS vincula-se à Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde como uma unidade independente da OMS e composta por sanitaristas conhecidos por suas ideias progressistas, como o inglês Michael Marmot e o moçambicano Pascoal Mocumbi.

Segundo essa Comissão, os determinantes sociais são *a causa das causas*. Consideraram-se os DSS indicadores de condições econômicas e sociais em que as pessoas vivem, como salário, educação, emprego, habitação, alimentação e saneamento básico. O conceito dos DSS trouxe à tona uma perspectiva diferenciada sobre o conceito de saúde que já constava da Declaração de Alma-Ata: o bem-estar de uma população resulta não somente dos serviços médicos, mas, sobretudo, da influência das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem. Tal visão assemelhava-se aos postulados dos diversos relatórios sobre a equidade em saúde dos anos 1970 que inspiraram a Declaração de Alma-Ata de 1978. Os defensores dos DSS consideram que as iniquidades em saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias, podendo ser alteradas por meio de ações políticas que sejam assertivas. Outra semelhança dos DSS com a Declaração de Alma-Ata é a implicação de um modelo de sociedade na qual a equidade e a solidariedade seriam a argamassa de sua construção. Nesse sentido, a Atenção Primária e os DSS foram propostos como se a saúde pública se constituísse numa ferramenta para mudar a sociedade.

Em 2008, a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde publicou um relatório, intitulado “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, que apresentou o compromisso de reduzir em poucos anos as desigualdades na saúde. Apesar de os países-membros da OMS terem subscrito o relatório na Assembleia Mundial da Saúde de 2009, o futuro dessa perspectiva ainda é incerto. Porém, está acontecendo um fenômeno parecido com o que ocorreu com a proposta de Atenção Primária original que mencionei no começo: os DSS estão se convertendo em uma bandeira de luta de movimentos sociais e – com exceção de alguns países – ainda não existe sequer um compromisso dos governos para tornar os DSS o centro das políticas sociais.

Uma perspectiva alternativa aos DSS surgiu quase ao mesmo tempo: a Cobertura Universal de Saúde (UHC). A Cobertura contempla objetivos interligados: ampliar o acesso a serviços de saúde; diminuir as dificuldades financeiras das pessoas que utilizam esses serviços e pagam do próprio bolso; e manter a solidez financeira dos sistemas de previdência.

Em sua versão mais ambiciosa, a Cobertura Universal criaria as condições para a única dimensão igualitária numa sociedade liberal: a igualdade de oportunidades. Essa dimensão significava que o Estado deveria garantir aos cidadãos as mesmas possibilidades de acesso ao desenvolvimento individual mediante a diminuição da discriminação por motivos de raça, sexo, etnia, idade, religião ou identidade sexual. A ideia de igualdade de oportunidades não se contrapunha às desigualdades sociais gerais e às grandes disparidades na distribuição da renda. Pelo contrário, era – idealmente – a base de

uma meritocracia legítima, com desigualdades sociais. Esse ideal liberal de meritocracia, além de ser inalcançável, na realidade procura disfarçar injustiças sociais.

Contudo, um fator econômico mudou radicalmente o contexto dessas duas propostas de saúde global: a crise dos bancos iniciada em 2008. Nesse ano, as mais importantes instituições financeiras do mundo declararam ter tido perdas bilionárias em seus orçamentos. Para evitar o colapso e o clima de desconfiança generalizada, os governos norte-americano e de vários países europeus decidiram pôr de lado suas teorias neoliberais e socorrer os organismos por meio de pacotes de trilhões de dólares, a fim de evitar a quebra dos bancos.

As medidas de austeridade nos países ricos colocaram em dúvida a possibilidade de as agências internacionais de saúde fazerem propostas ambiciosas. Os DSS foram um tema postergado em muitas agências e governos. A UHC se transformou em um pacote de um número limitado de tratamentos que poderiam ser fornecidos à população mais pobre. Ao mesmo tempo, o progressivo desempoderamento da OMS ficou evidente porque esta agência não tinha controle de 80% de seu orçamento formado por doações dirigidas, porque não possuía verdadeira autoridade supranacional e porque era dependente de poderosos doadores interessados em programas de saúde tecnocráticos como a Fundação Bill & Melinda Gates. Assim se criaram problemas de governança, de liderança e de prioridades na saúde global que podem ser resumidos em ausência de articulação entre as principais instituições e de clareza do vínculo entre as propostas de Atenção Primária e os modelos de sociedade.

Existe, nos últimos anos, um debate sobre a falta de compreensão dos postulados de Alma-Ata. Vários autores sinalizam os problemas com o entendimento da APS como a simples ampliação da cobertura dos serviços de saúde nas áreas rurais e nas comunidades, a ausência de recursos financeiros e de um verdadeiro compromisso político, e a resistência das escolas de medicina que fomentaram a formação de profissionais que trabalhassem com tecnologias sofisticadas e custosas em cidades. Todas estas explicações têm razão. Entretanto, creio que existem mais dois problemas. Primeiro, o esforço insuficiente feito pelos defensores da Atenção Primária de acabar com uma cultura da sobrevivência que historicamente é parte essencial da saúde pública. Segundo, o pouco esforço em salientar o vínculo entre os postulados de Alma-Ata e o modelo de sociedade que os sanitaristas devem procurar: uma sociedade em que a prioridade seja a educação e a saúde, e não os gastos militares; e onde a equidade e a solidariedade sejam os principais objetivos de todos os atores sociais.

Agora vivemos numa confusão das diferenças entre as duas propostas de saúde, com pouca compreensão de suas particularidades. Como resultado, não existem claras e estratégicas propostas sanitárias sobre o que fazer desde a saúde com as desigualdades sociais e do papel dos sanitaristas na crise econômica e política.

Infelizmente, na confusão instalada, os inimigos da proposta igualitária da saúde pública têm maior espaço político e parecem dispostos a tornar real uma sociedade onde exista uma saúde pública que não tenha nem mesmo os princípios da UHC; na verdade,

uma saúde pública precária e semiprivatizada que coexista com um Estado sem condições de promover a melhoria das condições de vida ou a modernização dos recursos humanos de um sistema de saúde com respostas transitórias e passageiras.

Afortunadamente, a história da Atenção Primária e a da saúde internacional mostram que as duas propostas passam por ciclos e que os períodos em que a saúde tem e não tem estratégias de longo prazo também passam por ciclos. O enfoque social que apareceu na versão de Mahler na Declaração de Alma-Ata, no longínquo ano de 1978, ressurgiu nos documentos da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde e pode voltar a ser hegemônico com a ajuda dos ativistas da saúde e sanitaristas progressistas. A Atenção Primária Seletiva, que glorificava um pacote de tratamentos e tinha grandes semelhanças com a Cobertura Universal, ou UHC, pode perder a popularidade que tem hoje nas agências globais. Depende de nós qual perspectiva terá hegemonia no futuro. A APS inspirada na Declaração de Alma-Ata é uma estratégia para não esquecer.

*Marcos Cueto*

Editor da revista *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<marcos.cueto@fiocruz.br>

## Referências

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, 2004, p. 1.864-1.887.

CUETO, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.