

A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

Family and Community Medicine as the core of Health Systems Universality in Latin America: an exploratory analysis of the region

La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje de la Universalidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región

Thomas Meoño Martín. Escola de Medicina da Universidade Autônoma da América Central; Coordenação Técnica do Câncer da Gerência Médica da Caixa Costa-ricense do Seguro Social; Curso de Medicina e Cirurgia da Universidade da Costa Rica; Associação de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade da Costa Rica (MEDFAMCOM). Costa Rica. drmeono@gmail.com
(Autor correspondente)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (FCM/UERJ); Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguia de Medicina de Família e Comunidade (SUMEFAC); Grupo CIMF de Medicina de Família e Comunidade em meio rural. Uruguai. marcelacua@gmail.com

Pablo Araya Via. Universidade de Valparaiso, Chile; Movimento Waynakay na Sociedade Chilena de Medicina de Família; CESFAM Jean e Marie Thierry. Chile. pabloarayavia@gmail.com

Equipe de Trabalho

Andrea de Angulo (Colômbia), Arnaldo Ortiz Fanego (Paraguai), Carlos Martínez Rentería (México), Carmen Cabezas (Equador), Catalina Coral, Christine Leyns (Bolívia), Clarivel Presno Labrador (Cuba), Daymé Quintero (Panamá), Edgar León (Equador), Jenny Magne Anzoleaga (Bolívia), José Obando Romero (Costa Rica), Karen Muñoz (Colômbia), Lilia González (Cuba), Lysdamis Morera (Perú), Macacrena Moral (Chile), Mauricio Vargas (Costa Rica), Milagro Muñoz (Costa Rica), Sergio Minué (Espanha), Xenia Sancho Mora (Costa Rica)

Resumo

O alcance da Universalidade na prestação de serviços nos sistemas de saúde é uma das estratégias que tem demonstrado ter grande impacto sobre os indicadores globais de saúde. **Objetivo:** contribuir para o desenvolvimento de conceitos e práticas relacionadas à universalidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Ibero-América, mediante a exploração da situação dos países latino-americanos em relação ao acesso aos serviços de saúde e o papel do especialista em medicina familiar e comunitária para alcançar uma estratégia adequada para a cobertura individual, familiar e comunitária. **Metodologia:** estudo exploratório quali-quantitativo, realizado por aplicação de um questionário em formato eletrônico auto-respondido, com perguntas abertas e fechadas, dirigido aos membros de associações de medicina familiar e comunitária na Ibero-América, associações científicas, professores e gestores de saúde identificados em cada país. **Resultados:** 63 pessoas de 20 países completaram a pesquisa eletrônica enviada, havendo uma amostra representativa de os países Ibero-Americanos; 84% concordaram com o conceito de universalidade elaborado a partir do enfoque da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade; 47% concordam que o principal fator determinante que limita o alcance da universalidade nos cuidados sanitários é a estrutura da gestão em saúde, seguido do financiamento (36%) e do modelo de atenção (30%). Do total de entrevistados, 67% acreditam que a principal restrição para a cobertura universal é a gestão da estrutura da saúde e 60% sentiram que as políticas nacionais de saúde não estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e da MFC.

Como citar: Meoño TM, Anderson MIP, Cuadrado MS, Araya P. A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):4-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1382](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1382)

Palavras-chave:

Universalidade
Cobertura Universal em Saúde
Atenção Primária em Saúde
Determinantes de Saúde
Saúde Global

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.
Aprovado em: 15/09/2016.

Abstract

The scope of Universality in service delivery in health care systems is one strategy that has proven to have great impact on global health indicators; this paper explores the situation of Latin American countries in the access to health services and the role of the specialist in Family and Community Medicine as an appropriate strategy to achieve individual, family and community coverage. **Objective:** To contribute to the development of concepts and practices related to Universality in Primary Care and Family and Community Medicine in Latin America. **Methodology:** qualitative and quantitative exploratory study by applying an electronic form self-administered survey type with open and closed questions to members of associations of family and community medicine in Latin America, scientific associations, teachers and health managers identified in each country. **Results:** 63 people from 21 countries completed the electronic survey sent, taking a representative sample of Latin American countries; 84% agreed with the concept of universality with focus on Primary Health Care and Family and Community Medicine, 47% agree that the main determinant limiting the scope of the universality in health care is the structure in management and health, followed by finance (36%) and the model of care (30%). Of the total respondents, 67% believe that the main constraint to universal coverage is the structure and health management and 60% felt that national health policies are not focused and prioritized towards universality of the APS and the MFC.

Keywords:

Universality
 Universal Health Coverage
 Primary Health Care
 Health Determinants
 Global Health

Resumen

El alcance de la Universalidad en la prestación de servicios en los sistemas de salud, es una de las estrategias que ha demostrado tener gran impacto sobre los indicadores de salud global. **Objetivo:** contribuir con el desarrollo de los conceptos y de las prácticas relacionadas a la Universalidad en Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica, mediante la exploración de la situación de los países iberoamericanos en cuanto al acceso a los servicios de salud y el papel que cumple el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para lograr una adecuada estrategia de cobertura individual, familiar y comunitaria. **Metodología:** estudio exploratorio cuali-cuantitativo mediante la aplicación de un formulario electrónico autoadministrado mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a los miembros de las asociaciones de medicina familiar y comunitaria de Iberoamérica, asociaciones científicas, profesores y gestores de salud identificados en cada país. **Resultados:** 63 personas de 20 países cumplimentaron la encuesta electrónica enviada, teniendo una muestra representativa de los países iberoamericanos; 84% estuvieron de acuerdo con el concepto de universalidad con enfoque en Atención Primaria en Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, 47% acuerdan que el principal determinante que limita el alcance de la universalidad en la atención en salud es la estructura en gestión y salud, seguido del financiamiento (36%) y del modelo de atención (30%). Del total de encuestados, 67% consideran que el principal limitante hacia la cobertura universal es la estructura y gestión en salud y 60% consideraron que las políticas nacionales en salud no están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC.

Palabras clave:

Universalidad
 Cobertura Universal en Salud
 Atención Primaria en Salud
 Determinantes de Salud
 Salud Global

Introdução

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária de Saúde chamou os setores sociais e econômicos à ação pela saúde a fim de “atingir o mais alto nível possível de saúde”, levando ao movimento de Saúde para Todos que teve grande impulso nos anos 1980 e 1990, especialmente nos países com maior desenvolvimento econômico. Em 1997, um novo conceito é inserido no setor saúde, visando ampliar o suporte para incrementar as práticas sanitárias. Na Conferência de 1997 da Organização Mundial da Saúde, origina-se uma definição sobre a ação intersetorial na saúde:

“Uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor estabelecida para tomar uma decisão sobre como atingir resultados de saúde (ou resultados parciais de saúde) de uma forma mais eficaz, eficiente e sustentável do que poderia ser alcançada pelo setor saúde por si mesmo.”¹

Entretanto, a Cobertura Universal de Saúde revela um padrão insuficiente e irregular nos países da América Latina. Os dados disponíveis indicam que a melhora do acesso e da cobertura, bem como a redução das desigualdades em matéria de saúde, ainda não se tornaram realidade na maioria dos países, conforme afirmam a Organização Pan-Americana da Saúde, a OMS e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

Os sistemas de saúde da América Latina encontram-se altamente fragmentados. O direito à saúde, a cobertura e a organização institucional variam entre os diferentes grupos da população. Nos países desta região, os sistemas de saúde costumam estar organizados por uma combinação de serviços: tradicionais e de natureza pública para os grupos de baixa renda; serviços de seguro social para os trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho (em alguns casos extensivos às suas famílias); e serviços privados para aqueles que têm capacidade de pagar. A falta de coordenação entre os três subsetores tem sido fonte de ineficiências e iniquidades, já que a fragmentação dificulta o uso eficiente dos recursos requeridos para atingir a cobertura universal de saúde.

Em alguns países tentou-se integrar os sistemas contributivos, financiados por impostos sobre os salários, com os sistemas públicos financiados por impostos gerais; em outros, segue existindo uma grande segmentação. A Costa Rica é uma referência tradicional, em razão das fontes de financiamento se integrarem para assegurar um único nível de cobertura. Hoje em dia proporciona cobertura à saúde a mais de 93% da população, e aproximadamente 50% dos recursos aportados pelos trabalhadores do setor formal cobrem o financiamento dos serviços médicos da população que não contribui.²

Situação distinta ocorre no Chile, onde a integração é parcial, já que os indivíduos podem decidir pelo cadastramento no sistema público integrado (Fundo Nacional da Saúde, FONASA), financiado por suas contribuições e também por impostos gerais, ou por uma empresa privada de seguros (Instituições de Saúde Previsional, (ISAPRES). Considerando que a opção depende, de modo significativo, da renda do interessado, o sistema chileno é considerado um sistema dual. O Chile tem uma cobertura quase universal do seguro médico social, onde 80% da população se encontra coberta por FONASA, e 17% pelas ISAPRES.³

Universalidade e Cobertura Universal em Saúde

A Universalidade em Saúde é definida como a cobertura disponível para a população acessar os serviços de saúde e tornar efetivo seu direito a ela devendo, para tanto, ser protegida financeiramente por políticas públicas e ações do Estado. Estas políticas e ações devem ter escala e intensidade proporcionais às necessidades, o que, nas palavras de Marmot seria o universalismo proporcional: *“as atuações devem ser universais, mas com uma escala e intensidade que sejam proporcionais aos mais desfavorecidos, mais do que se centrar só nos mais favorecidos”*,⁴ articulando desta forma a definição de Universalidade com a de Equidade. Portanto, é necessário reconhecer o acesso equitativo aos serviços de saúde como um direito humano e não como um privilégio para aqueles que trabalham no setor formal ou que têm maiores recursos econômicos.

Refere-se então, ao direito que tem a população de ter acesso aos serviços de saúde com enfoque integral, integrado e contínuo, independentemente da condição socioeconômica ou geográfica do indivíduo, da família ou comunidade.

Construir sistemas universais de saúde requer não só vontade das autoridades sanitárias, mas também de um consenso da sociedade para que coloque a saúde e seus determinantes no centro das prioridades nacionais. Significa estabelecer um novo pacto social que empregue as maiores energias na melhoria das condições e qualidade de vida, atendendo integralmente as necessidades de saúde e promovendo intervenções propositivas em fatores e determinantes sociais como: educação, alimentação, segurança social e cuidado com o ambiente.

Embora o reconhecimento da universalidade como direito humano possa constituir um denominador comum entre as nações, as estratégias para alcançar esta meta devem ser definidas por cada país, uma vez que se trata de um processo complexo de adaptação dos sistemas de saúde no nível nacional. Atingir uma cobertura universal requer definir metas progressivas de cobertura, dos serviços oferecidos e respectivos custos.⁵

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 define o conceito de Cobertura Universal da Saúde (CUS) como um objetivo no qual *“todas as pessoas tenham acesso aos serviços e não sofram dificuldades econômicas pagando por eles”*. Segundo esta definição, o objetivo da CUS é claro, isto é, garantir, para todos, acesso à assistência sanitária que se necessita com a devida proteção financeira.⁶

Para que uma comunidade ou um país possam alcançar uma cobertura universal devem atender vários requisitos, a saber:

1. Existência de um sistema de saúde sólido, eficiente e em bom funcionamento, que satisfaça as necessidades prioritárias de saúde no contexto de uma atenção centrada nas pessoas (incluídos os serviços relacionados com a atenção a pacientes com AIDS, tuberculose, paludismo, doenças não transmissíveis, saúde materno-infantil): devendo para tanto:
 - proporcionar informação e estímulos para que as pessoas se mantenham sadias, prevenindo doenças,
 - detectar doenças, precocemente,
 - dispor de meios para tratar as doenças,
 - proporcionar serviços de reabilitação.
2. Acessibilidade: deve estruturar um sistema de financiamento dos serviços de saúde, de modo que as pessoas não tenham que enfrentar crises financeiras ao utilizá-los.
3. Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais para o diagnóstico e tratamento de problemas médicos.
4. dotação suficiente de pessoal sanitário bem capacitado e motivado para prestar serviços que satisfaçam as necessidades dos pacientes, com base das melhores evidências científicas disponíveis.

A CUS pode ser conquistada mediante diferentes estratégias institucionais e financeiras, mas chegou a ser pensada como uma oferta de planos de seguros que cobrem um conjunto limitado de ações de saúde, ofertados por instituições públicas ou privadas de saúde. Mas, diferente disto, os sistemas universais de saúde (SUS) buscam promover o desenvolvimento de uma única instituição pública que oferte e financie todos os serviços médico-assistenciais e preventivos necessários aos cidadãos.⁷

Na década de setenta, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta como o modelo central para assegurar que todo cidadão possa desfrutar seu direito à saúde, sendo os governos responsáveis por inseri-la no contexto de sistemas integrais nacionais de saúde.⁸ Este desenho institucional denominado sistema integral, unificado ou universal de saúde (SUS),^{9,10} pressupõe, portanto, a existência de uma única entidade pública responsável pela oferta de serviços preventivos e médico-assistenciais a todos os cidadãos, com o mesmo padrão de cuidado, independentemente da situação socioeconômica dos mesmos. A equidade é um dos principais objetivos do SUS, porque todas as pessoas recebem atenção integral baseada em suas necessidades de saúde e, não, na sua capacidade de pagar.⁷

Na Carta de Quito, produto final da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade, a cobertura universal é definida como: *“a garantia do direito à saúde para todos e todas, proporcionada por um sistema integral e integrado de base estatal com financiamento público, que possibilita o acesso aos serviços, de forma equitativa, igualitária, oportuna, integral e de qualidade, baseado nos princípios de solidariedade e participação social; tendo o Primeiro Nível de Atenção como eixo do cuidado, com Médicos e Médicas de Família e Comunidade nas equipes de saúde, assegurando o primeiro contato e o seguimento contínuo, centrado na pessoa no seu contexto familiar e comunitário, em conformidade com as necessidades de saúde que apresentam ao longo das suas vidas”*.¹¹

Universalidade na Ibero-América

Os sistemas de saúde Latino-Americanos enfrentam o desafio de retomar o princípio da equidade por meio de medidas a serem adotadas nas diferentes esferas de governo.

Não se trata de decidir se há que estabelecer prioridades, mas qual a melhor maneira de fazê-lo. No processo de alcançar a universalidade, os países têm utilizado de diferentes formas para definir prioridades e conformar os planos de benefícios de saúde, experiências das quais podemos extrair três lições:

1. Os planos de benefícios ofertados na região assumem formas e dimensões diferentes e não se restringem a uma lista de serviços essenciais ainda que em sociedades com severas limitações de recursos. Planos

abrangentes se descrevem em países como Chile, Colômbia, Costa Rica e Uruguai; planos restringidos se descrevem no México, Peru e Argentina.

2. Os países da região requerem capacidades institucionais para definir e atualizar regularmente os planos de benefícios. Requerem liderança política e técnica respaldada por fundamentos legais, além de contar com recursos adequados para oferecer serviços de qualidade, disponíveis, acessíveis e aceitáveis; daí a importância de recursos financeiros e investimentos em recursos humanos e infraestrutura.
3. É necessário melhorar o monitoramento das políticas em saúde e a avaliação no âmbito nacional, a fim de verificar se, de fato, os planos se traduziram em melhoras na saúde e na qualidade em saúde com uma cidadania mais satisfeita.

Para atingir a Cobertura Universal de Saúde é necessário estabelecer uma agenda centrada em pesquisa e desenvolvimento de competências para fixar prioridades, tendo as experiências Latino-Americanas como ponto de partida.³

Outro desafio é exercer uma política efetiva de Estado que se traduza em uma presença geradora de ordenamento e de provisão, levando em conta todos os recursos disponíveis e conforme as tendências tecnológicas e científico-bioéticas, que garanta o direito à proteção à saúde e se reflita em acesso com qualidade e oportunidade. Tudo isto será possível se existir um financiamento responsável e sustentável com critérios de equidade, eficiência, transparência e prestação de contas; fundamentado em um modelo de atenção homogêneo baseado nos determinantes sociais e na atenção primária cada vez mais resolutiva. Além disso, em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, organizadas por meio de redes de instituições públicas e privadas que ofereçam serviços integrais e de alta qualidade à população, que de sujeito passivo assumiria uma condição de sujeito ativo.

Atualmente vários países estão em processo de implementação de reformas de seus sistemas de saúde baseadas na APS. A maioria de se depara com desafios como: dispor de talento humano qualificado em número suficiente; necessidade de superar a fragmentação/segmentação dos sistemas de saúde, garantir a sustentabilidade financeira, melhorar a gestão, a qualidade da atenção e dos sistemas de informação, bem como, a necessidade de reduzir as inequidades em saúde, ampliar coberturas, afrontar as consequências do envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico e, por fim, de aumentar a capacidade resolutiva do sistema público de saúde.

A APS tem o potencial de reduzir as desigualdades sociais em saúde se aproximando da universalidade; para isto são sugeridos os seguintes objetivos e áreas fundamentais:¹²

1. Coletar e divulgar informação para a ação:
 - a. Variáveis sociais na história clínica como nível educativo, indicadores chave como gravidez em adolescentes; critérios de qualidade relacionados com equidade na atenção sanitária, ex. acessibilidade e perdas no acompanhamento segundo variáveis sociais; diagnóstico dos determinantes sociais da saúde; conhecimento e caracterização das necessidades da população atendida.
 - b. Gerar informação atualizada dos recursos locais e iniciativas comunitárias para os cidadãos.
 - c. Informar sobre: relação entre a posição socioeconômica e os resultados sanitários, desigualdades sociais e inequidades na qualidade da atenção relevantes em APS; impacto da gestão da APS na saúde da população, nos seus determinantes e nos determinantes sociais da saúde (DSS).
2. Fortalecer a participação social: fomentar capacidades e conhecimentos da população sobre a saúde:
 - a. Informar os usuários sobre seus direitos.
 - b. Colaborar para o desenvolvimento de programas de capacitação no âmbito da participação comunitária em saúde.
 - c. Considerar o papel de outros profissionais de saúde, como enfermeiros e farmacêuticos, e da equidade e dos determinantes sociais nas redes profissionais.

3. Formação e Capacitação de Recursos Humanos:
 - a. Ter conhecimentos práticos e competências técnicas na aplicação de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.
 - b. Reforçar a formação em promoção da saúde e prevenção da doença no contexto das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde além da difusão de boas práticas.
 - c. Aproveitar a ocorrência de distorções para mostrar a relevância da equidade. Gerar materiais formativos que revelem a contribuição da incorporação do eixo de equidade à efetividade clínica e social da atenção sanitária, e à definição dos recursos necessários para agir sobre as DSS.
4. Intersetorialidade:
 - a. Conhecer os recursos sócio sanitários.
 - b. Fomentar as relações de trabalho com outros setores - intersetorialidade (educação, serviços sociais, agentes locais, ...).
 - c. Incluir o eixo de equidade em todos os planos, projetos e ações intersetoriais.
 - d. Desenvolvimento de órgãos de participação intersetorial.
 - e. Incentivar os profissionais para favorecer a ação intersetorial.
5. Reorientação da atenção à saúde:
 - a. Considerar o impacto da prática diária nas desigualdades em saúde e de intervenções focalizadas nos mecanismos de cobertura universal.
 - b. Ampliar os programas de captação da população de rua e domiciliar não atendida.
 - c. Atenção integral da pessoa em função de suas necessidades dedicando tempo e esforço correspondentes a seus problemas de saúde.
 - d. Identificar grupos que não acessam e facilitar sua cobertura.
 - e. Desenvolvimento de estruturas a fim de reforçar a ação comunitária em saúde das equipes de atenção primária, em colaboração com outros setores (educação, serviços sociais, agentes locais, saúde pública, etc.).
 - e. Estabelecer procedimentos adequados frente às circunstâncias e necessidades dos grupos sociais desfavorecidos e marginalizados, e para eliminar as barreiras existentes de acessibilidade.

Relação entre Universalidade, Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade

No ano 2010 os estados membros da OPS/OMS reafirmaram seu compromisso com a Declaração de Alma-Ata ao reconhecer que a APS, incluindo as ações de promoção e proteção da saúde são essenciais não só para o bem-estar dos indivíduos, mas para assegurar um desenvolvimento sócio-econômico sustentável e inclusivo.

Definir um sistema de saúde baseado na APS, como uma estratégia da organização e operacionalização dos sistemas de saúde, torna o direito de alcançar o maior nível possível de saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo que maximiza a equidade e a solidariedade do sistema.

Os indivíduos podem satisfazer suas necessidades de saúde obtendo cobertura universal e acesso à rede sem que a capacidade de pagamento constitua um fator restritivo. A universalidade se converte em uma imagem objetivo para orientar a transformação do sistema. Estes preceitos costumam ser traduzidos através da existência de unidades de atenção primária distribuídas de forma homogênea em um território.

A Universalidade é determinada fortemente pela Atenção Primária especialmente porque:

- Constitui a porta de entrada ao sistema de saúde.
- A localização territorial com diagnóstico situacional, identificando grupos que não acessam.
- A capacidade de ação de sua vertente comunitária: empoderamento, participação.
- As alianças que pode estabelecer com outros atores - intersetorialidade.

Vale destacar que la APS como eje central de los sistemas de salud se presenta, en la actualidad, con un enfoque renovado, razonado y basado en la evidencia para que pueda lograr una atención universal, integral e integrada.

Estudos evidenciam que os sistemas de saúde baseados nos princípios da APS têm a capacidade de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde de uma população adscrita, a um custo sustentável, especialmente se com o apoio e participação da comunidade e de setores econômicos e sociais.

Diversas experiências de APS com a participação efetiva do Médico de Família e Comunidade podem ser encontradas em diversos países, inclusive no México, onde “a Atenção Primária é baseada na Medicina de Família, em uma atenção permanente proporcionada a partir do primeiro de contato, orientada à pessoa e a sua família, que satisfaz as necessidades de saúde de cada pessoa. Refere somente os casos pouco comuns. Coordena a atenção, o que implica em atenção contínua, em equidade, com ênfase na prevenção e promoção. Além disso, atividades de organização e gestão em todos os níveis a fim de atingir qualidade, eficiência e efetividade com recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis”.¹³

Objetivo

Considerando a importância da Universalidade e o papel da Medicina de Família e Comunidade, assim como de uma Atenção Primária qualificada para alcançá-la, este estudo teve por objetivos: realizar uma revisão do conceito de Universalidade nos Sistemas de Saúde Latino-Americanos e conhecer a perspectiva dos Médicos de Família e Comunidade sobre este conceito. Além disso, obter informação sobre a situação dos países latino-americanos em relação à cobertura universal em saúde, considerando o cenário da Atenção Primária e da Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América.

Metodologia

Estudo exploratório quali-quantitativo, realizado através da aplicação de um questionário por via eletrônica, com perguntas abertas e fechadas, para os membros das associações de medicina de família e comunitária da Ibero-América, associações científicas, professores e gestores de saúde identificados em cada país. Em uma primeira fase foi solicitado ao grupo de colaboradores revisarem uma proposta inicial de conceituação de Universalidade, baseada nos conceitos concebidos durante as cúpulas anteriores. Além disso, formular perguntas, cujas respostas poderiam atender aos objetivos relacionados à obtenção de informações sobre a situação da Ibero-América em relação ao conceito proposto. Na segunda fase, foi elaborado um questionário como instrumento de coleta de dados, baseado na análise e nas propostas do grupo colaborador (ver anexo). A terceira fase foi desenvolvida no transcurso da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade realizada nos dias 12 e 13 de abril de 2006 em San José de Costa Rica; onde o Subgrupo de Trabalho de Universalidade teve a oportunidade de revisar os aportes derivados da enquete e propor uma série de recomendações a fim de promover melhor acesso aos serviços de saúde na região, de acordo com os critérios avaliados.

Resultados

63 pessoas de 20 países responderam à enquete eletrônica perfazendo uma amostra representativa dos países ibero-americanos; 58 eram médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade e os 5 restantes, eram médicos residentes da mesma especialidade (Gráfico 1).

Em relação à concordância com o conceito proposto para Universalidade na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, 84% dos participantes concordaram com o proposto, 13% concordaram em geral, mas deram sugestões, 2% não concordaram e 1% não respondeu (Gráfico 2).

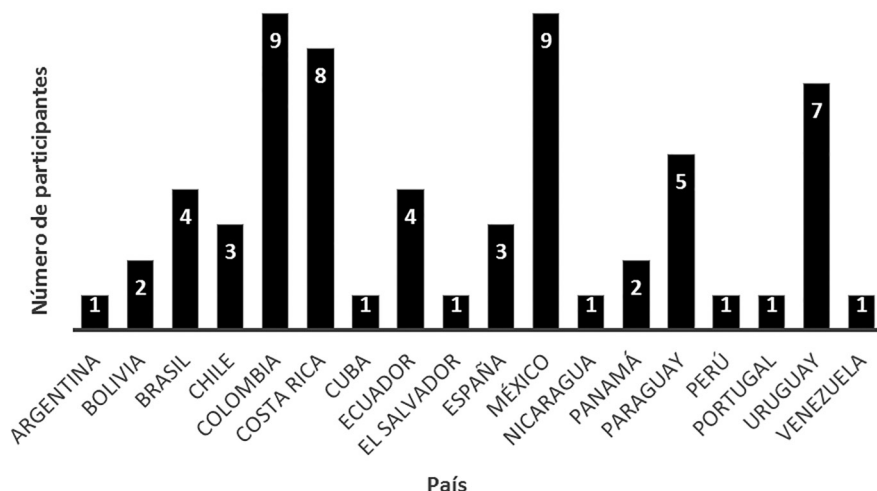


Gráfico 1. Distribuição dos participantes da enquete eletrônica sobre a avaliação da Universalidade em Saúde nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

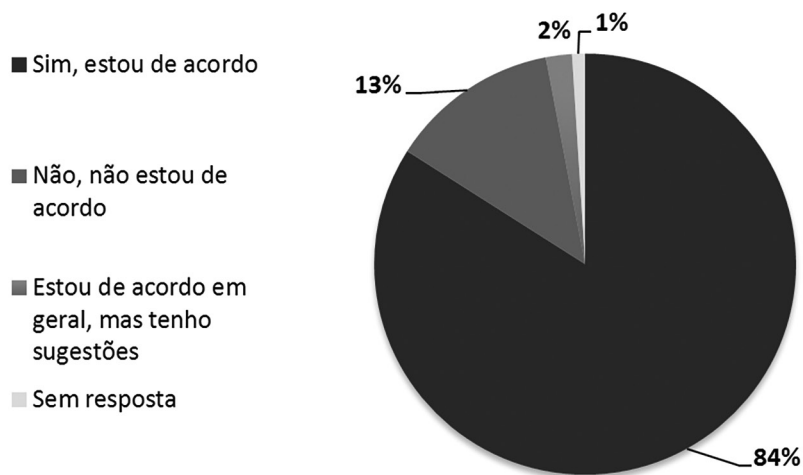


Gráfico 2. Concordância com o conceito de Universalidade proposto na enquete eletrônica sobre a avaliação da Universalidade em Saúde nos países integrantes CIMF-WONCA. 2016
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Sub Grupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

A consulta sobre os principais determinantes no âmbito latino-americano que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC revelou que: 75% dos participantes concordam que o principal determinante é a estrutura e a gestão em saúde; seguido pelo financiamento (57%), a inadequação do modelo de atenção à saúde(48%), a insuficiência de recurso humano qualificado e a ausência de uma política de saúde eficiente (35%), a participação social insuficiente e uma inadequada prestação de contas (30%), a falta de acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias (21%) e a ineficiência no desempenho das funções essenciais de saúde pública (17%). (Gráfico 3)

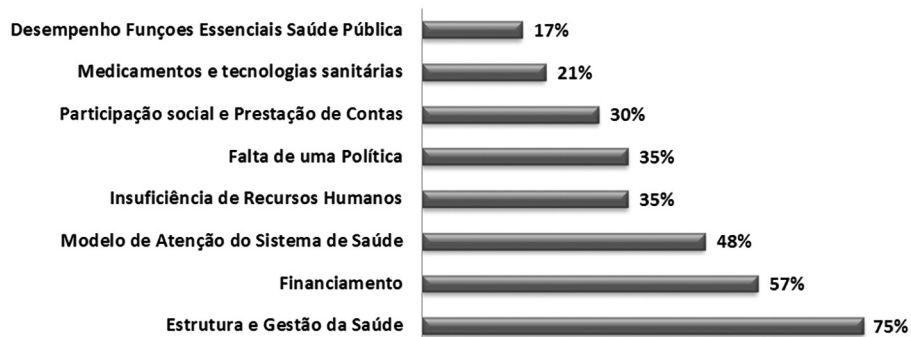


Gráfico 3. Principais determinantes no âmbito latino-americano que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e MFC nos países que integram a CIMF-WONCA. 2016
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Sub Grupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

A análise das respostas sobre os fatores considerados limitantes por país para atingir a universalidade no âmbito da APS e MFC mostrou que 67% dos participantes concordam que o principal determinante é a estrutura e gestão em saúde; seguido pelo financiamento (51%), a insuficiência de recurso humano (46%), o modelo de atenção do Sistema de Saúde (40%), a política de saúde (38%), a participação social e prestação de contas (35%), o acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias (21%) e as características do desempenho das funções essenciais de saúde pública (17%). (Gráfico 4)

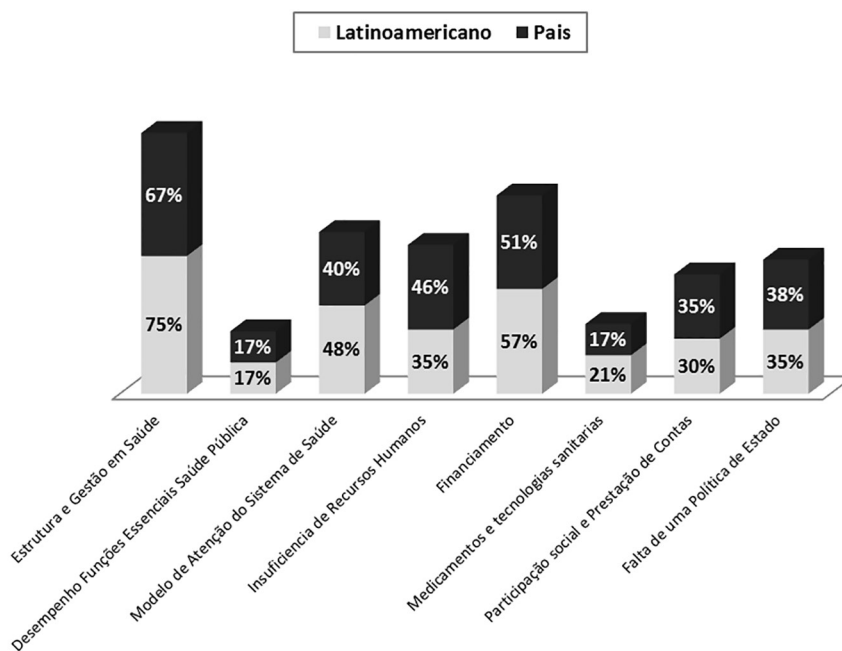


Gráfico 4. Principais determinantes no nível país que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016
 Fonte: Enquete eletrônica autoadministrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

Do total de participantes, 60% consideraram que, no âmbito da América Latina, as políticas nacionais de saúde não focalizam e priorizam a universalidade no campo da APS e da MFC e 48% pensam de forma semelhante para os seus países; 17% indicaram que existem políticas neste sentido no contexto da América Latina e 28% no respectivo contexto nacional (Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Espanha, México, Nicarágua, Portugal e Uruguai). (Gráfico 5)

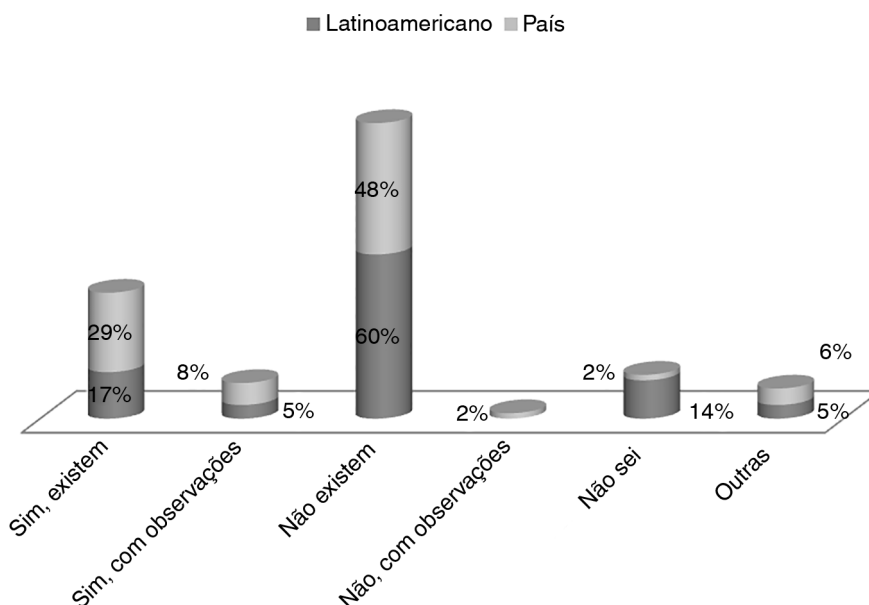


Gráfico 5. Percepção sobre a existência ou não de políticas nacionais que impulsionam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016
 Fonte: Enquete eletrônica autoadministrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

Discussão

Mesmo havendo participado mais de 20 países da América Latina, os dados colhidos na enquete representam a percepção de somente 63 participantes, o que limita a obtenção de um panorama amplo da situação da cobertura universal em saúde no âmbito da região.

Porém, é interessante verificar que a análise dos dados é concordante com dados de obtidos por outros autores, como Ortiz Salgado e colaboradores¹⁴ que realizaram uma análise comparativa de dois sistemas de saúde para evidenciar as estratégias e as dificuldades para a obtenção de uma maior cobertura em saúde, evidenciando a necessidade de implementar políticas nacionais focadas na Atenção Primária em Saúde com participação da Medicina de Família e Comunitária.

Existe variabilidade na percepção, no âmbito regional, sobre o conceito de universalidade, o que poderia ser explicado tanto pela falta de difusão dos trabalhos e propostas das cúpulas anteriores, quanto pela falta de uma melhor internalização do conceito, considerando a realidade de cada um dos países, e de seus entendimentos acerca do significado de atenção integral à saúde da população.

Conclusões

Para alcançar Cobertura Universal em Saúde devemos atuar estrategicamente nas cinco áreas fundamentais de ação da atenção primária em saúde: (1) Coleta e divulgar informação para a ação; (2): Fortalecer a participação social: fomentar capacidades e conhecimentos da população sobre a saúde; (3) Formação e Capacitação de Recursos Humanos; (4) Intersetorialidade; (5) Reorientação da atenção à saúde.

Existe um consenso latinoamericano (segundo mais de 80% dos participantes, que o conceito de universalidade envolve o direito da população em ter acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) e Medicina de Família e Comunidade - com enfoque integral, integrado e contínuo, independentemente da condição socioeconômica ou geográfica do indivíduo, da família ou da comunidade.

Embora em alguns países existam políticas para garantir acesso universal à rede de serviços de saúde é necessário um trabalho contínuo, equilibrado e estruturado para conseguir que as populações com menor possibilidade de acesso aos serviços conquistem esse direito de forma progressiva e bem definida, de acordo com suas realidades.

A participação ativa dos membros da CIMF no contexto de formulação de políticas é relevante para os países promoverem melhor acesso. Para tanto, devem ser formuladas estratégias regionais de modo que aqueles com mais experiência subsidiem a construção de propostas a serem apresentadas aos governos locais.

Recomendações

Do trabalho realizado durante os dois dias da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade na cidade de San José de Costa em abril de 2016, a partir da revisão da literatura e da análise da enquete; foram derivadas as seguintes recomendações:

1. Resgatar e divulgar o conceito de Universalidade incluído na Carta de Quito por ocasião da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunitária.
2. Reforçar o primeiro nível de atenção com a presença do Médico de Família e Comunidade baseado na estratégia de Atenção Primária em Saúde, assegurando o acesso independentemente da condição geográfica, social e econômica da população.
3. Administrar de forma efetiva e equitativa os recursos, baseados na análise da situação de saúde da população, incorporando a participação social como um dos seus eixos.
4. A Medicina de Família como eixo do primeiro nível liderando uma equipe multidisciplinar, mantendo o enfoque individual, familiar e comunitário, com ênfase nas atividades de promoção e educação em saúde e prevenção de enfermidades.
5. Implantar equipes multidisciplinares qualificadas com liderança dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade a fim de garantir o acesso efetivo de indivíduos, famílias e comunidades aos serviços de saúde no Primeiro Nível de Atenção.
6. Garantir recursos que permitam à equipe do primeiro nível de atenção realizar seu potencial para resolver pelo menos 80% dos problemas/necessidades de saúde neste nível de cuidado.
7. Cada país deve fortalecer os mecanismos de planejamento e diálogo nacional sobre os requerimentos na formação e na transformação de especialistas em Medicina de Família e Comunitária; garantindo a sua inserção laboral e uma distribuição equitativa em função das necessidades da população.

Referências

1. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). Alix Freiler, Carles Muntaner, Ketan Shankardass, Catherine L Mah, Agnes Molnar, Emilie Renahy, Patricia O'Campo. 67, 2013, *Journal Epidemiology Community Health*, pp. 1068-1072. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731>

2. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta. 2015, MEDICC Review, Vol. 17, pp. 68-72. Suplemento.
3. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Vega, J and Frenz, P. 2015, MEDICC Review, Vol. 17. Suplemento.
4. Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T, McNeosh, D., Grady, M., & Geddes, I. London: s.n., 2010, UCL Institute for Health Equity.
5. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el Siglo XXI. Suárez, J. M. 36, La Habana: s.n., 2010, Revista de Salud Pública de Cuba, Vol. 3.
6. Ortiz Hernández, L., & Pérez Salgado, D. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. s.l.: MSP Occasional Paper, 2014.
7. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Whitehead, M. and Dahlgren, G. 2006, Studies on social and economic determinants of population health No. 2.
8. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978, Declaración de Alma-Ata, URSS.
9. Health systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Giovanella, L., et al. 2012, Rio de Janeiro: South American Institute of Government in Health, pp. 21-69.
10. National health systems throughout the world. Roemer, M.I. 1993, Annual Review of Public Health, pp. 14: 335-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>
11. Carta de Quito. Padula, A. Maria Inez and León, Edgar et al. Enero a Marzo 2016, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Vol. 12.
12. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Hernández - Aguado, Ildefonso, Santaolaya Cesteros, María and Campos Esteban, Pilar. Suplemento, España: s.n., 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 26, pp. 6-13.
13. OPS/OMS. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Distrito Federal: s.n., 2013.
14. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. Ortiz Hernández, Luis and Pérez Salgado, Diana. 23, s.l.: MSP Occasional Paper, 2014, MSP Occasional Paper.

Anexos

Enquete elaborada com os aportes do grupo colaborador:

Conceito Universalidade com enfoque na APS e MFeC:

1. Quais considera que são os principais determinantes no nível latino-americano que limitam na questão de atingir a universalidade da Atenção Primária em Saúde e da Medicina de Família e Comunitária?

- a. Estrutura e gestão
- b. Desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Modelo de atenção
- d. Recursos humanos
- e. Financiamento
- f. Medicamentos e tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas
- h. Reitoria

Justifique:

Outro:

2. Quais considera que são os principais determinantes de seu país que limitam a questão de atingir a universalidade da APS e da MFC?

- a. Estrutura e gestão
- b. Desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Modelo de atenção
- d. Recursos humanos
- e. Financiamento
- f. Medicamentos e tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas
- h. Reitoria

Justifique:

Outro:

3. Considera que as políticas nacionais em saúde no nível latino-americano estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e a MFC?

- a. sim
- b. não
- c. não sei

Justifique brevemente:

4. Considera que as políticas nacionais em saúde de seu país estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e a MFC?

- a. sim
- b. não
- c. não sei

Justifique brevemente:

5. Quais são as principais fortalezas do sistema de saúde de seu país que garantem a questão de atingir a universalidade da APS e da MFC em sua região?

- a. Existência de uma política de gestão que valora e investe em APS e MFC
- b. Bom desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Existência de um Modelo de Atenção adequado à APS e à MFC
- d. Existência de uma política de Recursos Humanos em pró da manutenção e fortalecimento de uma APS e MFC qualificadas e em quantidade necessária
- e. Existência de uma política de Financiamento que apoie especificamente o desenvolvimento da APS e MFC
- f. Disponibilidade e acesso a Medicamentos e Tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas

Justifique:

Outro:

6. De que forma você acha que a Medicina de Família pode influenciar a questão de cumprir o princípio de universalidade em seu país?