

This is a repository copy of *Health For All: The Journey to Universal Health Coverage*.

White Rose Research Online URL for this paper:

<https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/92981/>

Version: Published Version

Book:

Medcalf, Alexander James, Bhattacharya, Sanjoy, Momen, Hooman, Saavedra, Monica Alexandra and Jones, Margaret, eds. (2015) *Health For All: The Journey to Universal Health Coverage*. Orient Blackswan, (127pp).

Reuse

Items deposited in White Rose Research Online are protected by copyright, with all rights reserved unless indicated otherwise. They may be downloaded and/or printed for private study, or other acts as permitted by national copyright laws. The publisher or other rights holders may allow further reproduction and re-use of the full text version. This is indicated by the licence information on the White Rose Research Online record for the item.

Takedown

If you consider content in White Rose Research Online to be in breach of UK law, please notify us by emailing eprints@whiterose.ac.uk including the URL of the record and the reason for the withdrawal request.



Orient BlackSwan

Edited by

Alexander Medcalf
Sanjoy Bhattacharya
Hooman Momen
Monica Saavedra
Margaret Jones

HEALTH FOR ALL

THE JOURNEY TO UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

SAÚDE PARA TODOS

O CAMINHO PARA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

HEALTH FOR ALL

SAÚDE PARA TODOS

HEALTH FOR ALL

THE JOURNEY OF UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE

SAÚDE PARA TODOS

O CAMINHO PARA COBERTURA
UNIVERSAL DE SAÚDE

Edited by

Alexander Medcalf, Sanjoy Bhattacharya, Hooman Momen
Monica Saavedra and Margaret Jones



UNIVERSITY *of York*



Casa de
Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Orient BlackSwan

HEALTH FOR ALL SAÚDE PARA TODOS

ORIENT BLACKSWAN PRIVATE LIMITED

Registered Office

3-6-752 Himayatnagar, Hyderabad 500 029, Telangana, India

e-mail: centraloffice@orientblackswan.com

Other Offices

Bengaluru, Bhopal, Chennai, Ernakulam, Guwahati, Hyderabad, Jaipur, Kolkata, Lucknow, Mumbai, New Delhi, Noida, Patna

© Centre for Global Health Histories, The University of York 2015

United Kingdom

This book is published by the Centre for Global Health Histories, which is a WHO Collaborating Centre; it is not a publication of the World Health Organization. The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the views, decisions or policies of the institutions with which they are affiliated.

In relation to the foreword and chapters 12 and 16, the author is a staff member of the World Health Organization. The author alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the views, decisions or policies of the World Health Organization.

Requests for permission to reproduce from this publication should be addressed to The Centre for Global Health Histories C/O The Department of History, University of York, Heslington, York, YO10 5DD.

Published by

Orient Blackswan Pvt. Ltd. 2015

ISBN 978 81 250 5900 4

Typeset in Schneidler BT 12/16.5 *by*

OSDATA, Hyderabad 500 029

Printed at

Pragati Offset Pvt. Ltd

Hyderabad 500 004

Published by

Orient Blackswan Private Limited

3-6-752 Himayatnagar, Hyderabad 500 029

e-mail: hyderabad@orientblackswan.com

CONTENTS

Foreword **vii**

Introduction **ix**

*Margaret Jones, Monica Saavedra, Hooman Momen,
Sanjoy Bhattacharya, Alex Medcalf*

One On the Origin of Primary Health Care **1**
Socrates Litsios

Two The WHO and Primary Health Care **10**
during the 1980s
Marcos Cueto

Three The Sri Lankan Path to Health for All from the
Colonial Period to Alma-Ata **19**
Margaret Jones

Four Mexico's Historical Models for Providing
Rural Healthcare **25**
Gabriella Soto Laveaga

Five Nepal: Primary Health Care, Universal Health Care
and Foreign Aid **35**
Susan Heydon

Six From Pioneer to Pariah to a Post-Apartheid Phoenix?
Primary Health Care in South Africa **45**
Vanessa Noble

Seven The NHS in Britain: Any Lessons from History
for Universal Health Coverage? **55**
Martin Gorsky

Eight Reinterpreting the Role of Traditional Chinese Medicine
in Public Health in Rural China in 1970s **63**
Xiaoping Fang

ÍNDICES

Prefácio **viii**

Introdução **xiii**

*Margaret Jones, Monica Saavedra, Hooman Momen, Sanjoy
Bhattacharya, Alex Medcalf*

Um Sobre as origens dos Cuidados de Saúde Primários **5**
Socrates Litsios

Dois A OMS e os Cuidados de Saúde Primários **14**
durante os anos 80
Marcos Cueto

Três O caminho do Sri Lanka até à saúde para todos:
do período colonial até Alma Ata **22**
Margaret Jones

Quatro Os modelos históricos do México para a
Saúde Rural **30**
Gabriella Soto Laveaga

Cinco Nepal: Cuidados de Saúde Primários, Cobertura Universal
de Saúde e ajuda estrangeira **40**
Susan Heydon

Seis De pioneiro a pária, a Fénix do pós-apartheid? Cuidados de
Saúde Primários na África do Sul **50**
Vanessa Noble

Sete O SNS na Grã-Bretanha: alguma lição da história para a
Cobertura Universal de Saúde? **59**
Martin Gorsky

Oito Reinterpretando o papel da Medicina Tradicional Chinesa
na saúde pública da China rural, nos anos 70 **67**
Xiaoping Fang

Nine Missionary Medicine and Primary Health Care in Uganda:
Implications for Universal Health Care in Africa **73**

Shane Doyle

Ten Primary Health Care Reforms in Sri Lanka: Aiming at
Preserving Universal Access to Health **82**

Susie Perera

Eleven Politics and PHC: Nepal's Story of
Primary Health Care **87**

Priyankar Chand and Ramesh Kharel

Twelve Traditional and Complementary Medicine
in Primary Health Care **93**

Qi Zhang

Thirteen Brazil: The Family Health Strategy **98**

João Nunes

Fourteen Brazil: The Challenge of
Universal Health Coverage **104**

Hooman Momen and Maria Goreti Rosa-Freitas

Fifteen Registration as the Anchor for
Universal Health Coverage? **112**
The English Early Modern Historical Example

Simon Szreter

Sixteen Universal Health Coverage and
Missionary Medicine **122**

Ian Smith and Sally Smith

Nove Medicina missionária e Cuidados de Saúde Primários:
implicações para a Cobertura Universal de Saúde em África **77**

Shane Doyle

Dez As reformas dos Cuidados de Saúde Primários
no Sri Lanka: visando preservar a Cobertura
Universal de Saúde **84**

Susie Perera

Onze A Política dos Cuidados de Saúde
Primários no Nepal **90**

Priyankar Chand e Ramesh Kharel

Doze A medicina tradicional e complementar nos
Cuidados de Saúde Primários **95**

Qi Zhang

Treze Brasil: A Estratégia Saúde Família **101**

João Nunes

Catorze O desafio da cobertura universal de
saúde no Brasil **108**

Hooman Momen e Maria Goreti Rosa-Freitas

Quinze O registo como âncora para a cobertura universal de
saúde? O exemplo histórico do início da Idade
Moderna inglesa **117**

Simon Szreter

Dezasseis Cobertura Universal de Saúde e Medicina
Missionária **125**

Ian Smith e Sally Smith

FOREWORD

Science and health technologies have made tremendous progress in recent decades. Valuable innovations have been made in locations as diverse as laboratories and hospitals, and advances considered impossible not so long ago, such as the invention of artificial hearts, have become a reality. There is much to celebrate in this regard.

However, such progress has had a relatively limited impact on society in general. In a situation where the disparities between the rich and poor have widened dramatically, and different sectors of society seem to be organised primarily on the principle of maximising profit and personal wealth, national budgets for government healthcare have shrunk in the face of numerous economic and political pressures. The challenges do not end there. Dramatic demographic shifts in many countries, in the shape of the rise of ageing populations, are ensuring that there are escalating demands on the money being available for health facilities. For all these reasons, the achievement of health equity on a global scale remains an important priority.

Universal Health Coverage is the most effective means of ensuring health equity; it is also needed worldwide as the ultimate expression of social solidarity, where the well-off are able to ensure that their less fortunate peers have access to acceptable standards of health and well-being. Many

nations have made substantial progress in this regard and taken various pathways, over a period of time, to ensure that economic and social inequalities do not translate into inequities in access to health services. It is, therefore, instructive to look at the past to better understand the processes that attended these developments. Understanding the precursors to Universal Health Coverage, in all their wondrous complexity and diversity, can help inspire the future and assist in the development of coalitions that further the democratization of the delivery and access to health services. This volume represents a constructive engagement with the past, which can help us all to dream about, plan for and work towards a better future.



Dr Marie-Paule Kieny

*Assistant Director-General, Health Systems and Innovation
World Health Organization*

PREFACIO

As tecnologias científicas e da saúde conheceram um enorme progresso nas últimas décadas. Importantes inovações em locais tão diversos como laboratórios e hospitais, além de avanços significativos, ainda há pouco considerados impossíveis, tais como a invenção de corações artificiais, tornaram-se realidade. Há muito a celebrar neste campo.

No entanto, este progresso teve um impacto relativamente limitado na sociedade em geral. Num momento em que a disparidade entre ricos e pobres aumentou drasticamente e em que diferentes setores da sociedade parecem organizar-se sobretudo com base no princípio da maximização dos ganhos e da riqueza pessoal, os orçamentos nacionais do Estado para os cuidados de saúde diminuíram, em face de inúmeras pressões económicas e políticas. Os desafios não terminam aqui. Dramáticas mudanças demográficas em muitos países, traduzindo-se no aumento do número de idosos, levam ao aumento das exigências sobre o dinheiro disponível para as instituições de saúde. Por todas estas razões, alcançar a equidade na saúde a uma escala global continua a ser uma prioridade.

A Cobertura Universal de Saúde é o meio mais eficaz de garantir a igualdade na saúde. É mundialmente necessária como expressão fundamental de solidariedade social, para que os mais favorecidos possam garantir que os seus semelhantes menos afortunados tenham acesso a condições aceitáveis de saúde e bem-estar. Muitos

países fizeram progressos consideráveis neste sentido e seguiram diversos caminhos ao longo do tempo, para garantir que as desigualdades económicas e sociais não se traduzam em desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Por isso, é importante olhar para o passado para melhor compreender o processo que acompanhou estes desenvolvimentos. Compreender os precursores da Cobertura Universal de Saúde em toda a sua extraordinária complexidade e diversidade pode ajudar a inspirar o futuro e ajudar no desenvolvimento de alianças que estimulem a democratização da prestação e acesso aos serviços de saúde. Este livro apresenta um envolvimento construtivo com o passado, que pode ajudar-nos a sonhar, planear e trabalhar para alcançar um futuro melhor.

Dra Mafie-Paule Kieny

*Assistant Director-General, Health Systems and Innovation
Organização Mundial da Saúde*

INTRODUCTION: THE JOURNEY

Universal Health Coverage (UHC) as defined by the World Health Organization (WHO) encompasses equal access for all to good quality health services and with no financial risk for those in need of them. As such it is a modern term formulated on western ideas of health, however the philosophy it conveys has existed for many centuries across different regions and cultures of the world. The promotion of good health is found in the teachings of all the great religious traditions, and is fundamental to the philosophy of many denominations of traditional medicine and the healers representing them. More recently it was also implicit in the WHO's constitution where health was defined as complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. This vision of the right to health is enshrined in the constitution of several countries considered in this volume and more besides.

After the Second World War, nationalist movements and newly independent states saw UHC as an essential means of constructing a modern post-colonial state that was consciously and conspicuously anti-imperial. These trends can at least be partially attributed to the fact that many medically trained individuals played an important role in developing ideological critiques of colonialism and its ills. The WHO (established in 1948) was not immune to these trends, and worked with other UN bodies to help in the

development of a new, free and healthy world. Whilst the effects of realpolitik on these ambitions is undeniable, the continual efforts of new nations and their administrations to fight the domination of a handful of nations in all aspects of international affairs was noteworthy. Therefore, despite the prominence of some projects, such as the malaria eradication programme, in the WHO's early years, other ideas of promoting health were not abandoned. As the WHO developed its new role as the United Nations' premier agency for health, those advocating the design and creation of new healthcare structures, in the newly independent countries, were never completely displaced within the organisation. Work on the general improvement of healthcare mechanisms was carried out through a number of WHO departments, whose names and shape changed over time. These formations also developed a variety of alliances with national governments and their different administrative arms. This action, historically, was the vanguard for the ideological push for UHC within the WHO.

International efforts to promote UHC were termed Primary Health Care (PHC) when it became a global movement in the 1970s, and was advocated by the World Health Organization and its sister UN agencies as part of an ambitious effort to expand equitable health coverage around the world. Adopted in the declaration of the

International Conference on Primary Health Care held in Alma Ata, USSR (now Almaty, Kazakhstan) in 1978, it was the core concept of the WHO's advertised goal of Health For All by the year 2000. The scope of ambition was very wide. The stated aim was to provide universal health care services with full community participation, and designed to form the nucleus of overall social and economic development. In many ways, this breadth of ambition together with the adversarial international relations produced by the Cold war proved to be the undoing of the message. Within a year of the Alma Ata meetings its core message was challenged from many quarters as being too costly and unrealistic. The criticisms created divisions amongst erstwhile allies and officials within the international agencies and UNICEF came up with a new strategy known as Selective Primary Health Care (SPHC), which was focussed on a smaller range of activities and presented as being easier to evaluate. Several national aid and global funding agencies seemed to concur with this rationale, and SPHC found favour for being more measureable, rapid, and less risky than PHC. Furthermore in the climate of the 1980s, when global development policy was dominated by neo-liberal macroeconomics with its emphasis on cuts in public spending and reduction of budget deficits, this scaling down of Alma-Ata seemed in tune with the times.

SPHC was not pushed through without opposition. PHC supporters remained active within the WHO and national health ministries, and they argued that three aspects of SPHC were damaging equitable access: opponents argued

that SPHC was over-reliant on the use of technology, it was essentially a vertical programme that was imposed top-down, and that it did not make an effort to understand community needs and, thus, did not respond directly to the concerns of the people. The debate between comprehensive and selective, horizontal and vertical, bottom-up and top down health initiatives was the major topic of discussion in global health in the 1980s and 1990s. Most donor funding agencies and policy analysts saw it at the time as an either/or choice. Since 2000 there has been a shift to combine the strengths of both approaches and indeed to use selective programmes to gradually deliver more comprehensive care. The commitment to UHC now reflects this new consensus. At the same time, UHC is also much more than a simple reiteration of past initiatives; it is a product of economic and political trends of its times. Discussions and debates about contemporary efforts to provide access to equitable healthcare have, therefore, included detailed deliberations about the form of sustainable funding mechanisms, the role of public-private partnerships, and the importance of frequent and independent evaluations of services.

This publication is based primarily on the 2014 WHO Global Health Histories (GHH) seminar series and includes contributions from speakers at the series and related contributions arising from the GHH project. The series explored the development of universal health coverage in diverse contexts, the political and economic trends that effected the running of these schemes, and, not least, critical perspectives into the variety of links between structures of national universal healthcare systems and PHC. We do not

aim in this publication to produce a consensus on which is the best model for UHC; we seek to demonstrate the rich diversity of paths the journey towards UHC has taken in a variety of contexts, after complex international, national and local engagements. The journey to the provision of complete universal coverage will require continued experimentation as countries improve their own models and assess the viability of some innovations proposed by the contributors to this publication.

The seminars were held over 2014 with generous funding from the Wellcome Trust, at the WHO headquarters in Geneva. The Global Health Histories project (www.who.int/global_health_histories/en/), brings together academics and WHO policymakers to debate pressing health issues, based on the principle that understanding the history of health, especially during the last 60 years, helps the global public health community to respond to the challenges of today. These seminars are intended to be critical reflections. The same is true for the contributions in this volume; the editors have encouraged all authors to present their personal reflections, with only minimal editorial intervention (there are many contrasting perspectives and interpretations). Although the past cannot provide a schematic for future strategies it is essential in helping to understand and reflect on current problems, and to help prepare those engaged in policy design, implementation and evaluation, as they plot a way forward and seek to cope with a variety of health challenges.

The idea of translating the texts and captions in this book into Portuguese is in tune with a methodology that

celebrates multidisciplinary and multilingual perspectives. Different languages grant access to diverse sources and, therefore, different actors' views. This, in turn, allows the presentation of more inclusive historical analyses. Multilingualism, we believe, also allows us to reach out to diverse audiences, both beyond the academic and policy contexts. We are grateful to our editorial colleagues Monica Saavedra and Hooman Momen for their diligent work in preparing the translations, and to Iraneide A. F. Cidreira for the revision.

The editors would like to thank all of the authors, who took the time to reflect on the issues discussed throughout 2014 in their individual contributions. The book would not have been possible without their help, but also the assistance of many individuals in several departments throughout the World Health Organization. Especial thanks go to Ms Jing Wang Cavallanti, coordinator of Global Health Histories at WHO, and Dr Najeeb al-Shorbaji, Director of the Department of Knowledge, Ethics and Research in the Health Systems and Innovation cluster of WHO. We would like to thank colleagues in FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil, for supporting this publication and the wider Global Health Histories project; their enthusiasm and friendship has sustained all the editors over a period of time, and we are particularly grateful to Professor Paulo Gadelha and Professor Magali Romero Sa for all their counsel and practical help. We would like to acknowledge Wellcome Images, the WHO's Photo Library, the Public Health Image Library (created by a Working Group at the Centers for Disease Control and Prevention), Dr Susan Heydon and

Dr Jeremy Kark for the supply of images in this book. Each image is individually credited. Last, but not least, we are very grateful for the continuing and generous support of the Wellcome Trust, UK. This publication is made possible by a Wellcome Trust Senior Investigator Award given to Professor Sanjoy Bhattacharya (Grant Reference: 097737/Z/11/Z).

The Centre for Global Health Histories is a constituent member of the Humanities Research Centre and the Department of History at the University of York. The Centre is committed to fostering inter-disciplinary research locally, nationally and internationally. In 2013, it was designated the WHO Collaborating Centre for Global Health Histories. It is funded by the University of York and the Wellcome Trust.

Note on the translations

The chapters translated by Monica Saavedra follow the European Portuguese 1990 orthographic convention. For this reason, the designation of some concepts may vary from the Brazilian Portuguese form (for instance, Primary Health Care translates as ‘Atenção Básica à Saúde’ in Brazilian Portuguese and as ‘Cuidados de Saúde Primários’ in European Portuguese). Chapter 14, by Hooman Momen and Maria Goreti Rosa-Freitas and Chapter 13 by João Nunes are authors’ translations following Brazilian Portuguese and European Portuguese respectively.

*Margaret Jones, Monica Saavedra, Hooman Momen,
Sanjoy Bhattacharya, Alex Medcalf*

INTRODUÇÃO: O PERCURSO

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Cobertura Universal de Saúde compreende o acesso igual, para todos, a cuidados de saúde de qualidade, e sem que isso coloque aqueles que necessitam destes serviços em risco financeiro. Assim, trata-se de um novo conceito formulado com base nas modernas ideias ocidentais sobre saúde. No entanto, a filosofia que preconiza existe desde há séculos e é transversal a diferentes regiões e culturas em todo o mundo. A promoção da boa saúde encontra-se nos ensinamentos de todas as grandes tradições religiosas e é fundamental na filosofia de muitos sistemas de medicinas tradicionais e dos praticantes que as representam. Mais recentemente, a Cobertura Universal de Saúde estava também implícita na constituição da OMS onde a saúde foi definida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou enfermidade. Esta visão do direito à saúde está inscrita na constituição dos diversos países dos quais se fala neste volume e em outros mais.

Depois da Segunda Guerra Mundial, os movimentos nacionalistas e os novos estados independentes viram na Cobertura Universal de Saúde um meio fundamental para a construção de um Estado pós-colonial moderno, deliberada e explicitamente anti-imperial. Estas tendências podem atribuir-se, pelo menos em parte, ao facto de que muitos indivíduos com treino em medicina desempenharam

um papel importante no desenvolvimento de críticas ideológicas ao colonialismo e aos seus males. A OMS (estabelecida em 1948) não ficou imune a estas tendências e trabalhou a par com outras agências da ONU para ajudar no desenvolvimento de um mundo novo, livre e saudável. Embora o efeito da *realpolitik* nestas aspirações seja inquestionável, foi notável o esforço contínuo das novas nações e suas administrações na luta contra a dominação de alguns países em todas as áreas das questões internacionais. Por isso, apesar do destaque de alguns projetos, como o programa de erradicação da malária, nos anos iniciais da OMS, não foram abandonadas outras ideias sobre a promoção da saúde. À medida que a OMS afirmava o seu novo papel como a principal agência das Nações Unidas responsável pela saúde, os que defendiam o planeamento e criação de novas estruturas de saúde nos novos países independentes nunca foram totalmente desalojados dentro da organização. O trabalho na melhoria geral dos mecanismos de saúde foi desenvolvido por diversos departamentos da OMS, cuja designação e forma mudaram ao longo do tempo. Estas formações também desenvolveram diversas alianças com governos nacionais e seus diferentes ramos administrativos. Historicamente, esta ação constituiu a vanguarda do impulso ideológico em favor da Cobertura Universal de Saúde dentro da OMS.

Os esforços internacionais para promover a Cobertura Universal de Saúde foram designados por Cuidados de Saúde Primários (CSP), quando se tornaram um movimento global, nos anos 70, e foram defendidos pela Organização Mundial da Saúde, bem como pelas agências da ONU a ela ligadas, como parte de um esforço ambicioso para expandir a igualdade da cobertura de saúde em todo o mundo. Adotado na declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma Ata, URSS (hoje Almaty, Cazaquistão), em 1978, CSP era o conceito central do publicitado objetivo da OMS de Saúde Para Todos no Ano 2000. O escopo da ambição era muito amplo. O objetivo declarado era oferecer serviços de saúde universais, com a total participação da comunidade, e concebidos para constituírem a parte fundamental do desenvolvimento social e económico geral. Em larga medida, esta proposta ambiciosa, conjuntamente com as relações internacionais tensas geradas pela Guerra Fria, tornou-se adversa à mensagem. No espaço de um ano após os encontros de Alma Ata, a sua mensagem fundamental foi questionada por muitos como sendo demasiado dispendiosa e irrealista. As críticas geraram divisões entre antigos aliados, e oficiais das agências internacionais e da UNICEF chegaram a uma nova estratégia, conhecida como Cuidados de Saúde Primários Seletivos (CSPS), focada num menor número de atividades, apresentadas como sendo mais fáceis de avaliar. Diversas agências de ajuda e financiamento, nacionais e internacionais, pareciam concordar com este princípio e os CSPS ganharam preferência por serem mensuráveis, mais rápidos e menos arriscados do que os CSP. Além disso, no

clima dos anos 80, quando a política de desenvolvimento global estava dominada pela macroeconomia neoliberal, com ênfase nos cortes da despesa pública e na redução do *deficit* orçamental, a diminuição de Alma Ata parecia estar em harmonia com o ar do tempo.

Os CSPS não se impuseram sem resistência. Os defensores dos CSP continuaram ativos dentro da OMS e dos ministérios da saúde e argumentavam que três aspetos dos CSPS prejudicavam a igualdade no acesso à saúde: dependiam excessivamente do uso de tecnologia, constituíam essencialmente um programa vertical imposto de cima para baixo, e não procuravam compreender as necessidades das comunidades, não correspondendo, assim, diretamente às preocupações das pessoas. O debate entre iniciativas de saúde abrangentes e seletivas, horizontais e verticais, de baixo para cima ou de cima para baixo era o principal tópico de discussão na saúde global durante os anos 80 e 90. A maioria das agências de financiamento e dos analistas políticos da época viam o debate como uma escolha entre um ou outro. Desde 2000 tem-se observado uma mudança no sentido de combinar os pontos fortes de ambas as abordagens e de usar os programas seletivos para, gradualmente, oferecer cuidados mais abrangentes. O compromisso com a Cobertura Universal de Saúde reflete este novo consenso. Ao mesmo tempo, é muito mais do que uma simples repetição de iniciativas passadas; é antes um produto das tendências económicas e políticas do seu tempo. Discussões e debates sobre os esforços presentes para promover o acesso a cuidados de saúde igualitários têm, por isso, incluído deliberações detalhadas sobre a

forma dos mecanismos de financiamento sustentáveis, o papel das parcerias público-privadas e a importância da avaliação frequente e independente dos serviços.

A presente publicação baseia-se, sobretudo, na série dos seminários da OMS *Global Health Histories* (GHH) de 2014 e inclui contribuições de palestrantes da série, bem como outras contribuições relacionadas, ligadas ao projeto GHH. A série versou sobre o desenvolvimento da cobertura universal de saúde em diversos contextos, as tendências políticas e económicas que influenciaram o curso destes esquemas e, não menos importante, perspectivas críticas sobre a variedade de ligações entre as estruturas de sistemas universais de saúde nacionais e os CSP. Não é nossa intenção produzir um consenso sobre qual será o melhor modelo para a Cobertura Universal de Saúde; procuramos, antes, demonstrar a rica diversidade de trajetos que o percurso até ela assumiu em diferentes contextos, seguindo complexos compromissos internacionais, nacionais e locais. O caminho para o provimento da cobertura universal requererá experimentação contínua, à medida que os países melhoram os seus próprios modelos e ponderam a viabilidade de algumas inovações propostas pelos autores incluídos nesta publicação.

Os seminários ocorreram ao longo do ano de 2014, na sede da OMS, em Genebra, graças ao financiamento da Wellcome Trust. O projeto *Global Health Histories* (www.who.int/global_health_histories/en/) reúne académicos e agentes políticos para debaterem questões de saúde, baseando-se no princípio de que compreender a história da saúde, especialmente nos últimos 60 anos, ajuda a

comunidade global da saúde pública a responder aos desafios do presente. Estes seminários pretendem ser reflexões críticas. O mesmo acontece com as contribuições neste volume. Os editores encorajaram todos os autores a apresentar as suas reflexões pessoais, fazendo apenas intervenções editoriais pontuais (são apresentadas perspectivas e interpretações contrastantes). Embora o passado não possa oferecer um modelo para as estratégias futuras, é essencial para se compreender e refletir sobre os problemas atuais e para ajudar a preparar os envolvidos na elaboração, implementação e avaliação das políticas de saúde, à medida que estes traçam um caminho para diante e procuram lidar com múltiplos desafios à saúde.

A ideia de traduzir os textos e as legendas das imagens neste livro para português vai ao encontro de uma metodologia que celebra a perspectiva multidisciplinar e o multilinguismo. Línguas diferentes permitem o acesso a diversas fontes e, conseqüentemente, ao ponto de vista de diferentes atores. Esta abordagem possibilita a apresentação de uma análise histórica mais inclusiva. Acreditamos também que o multilinguismo nos permite chegar a diversas audiências, para lá dos contextos académico e político. Agradecemos aos nossos colegas Monica Saavedra e Hooman Momen pelo seu trabalho na preparação das traduções e a Iraneide A. F. Cidreira pelas revisões.

Os editores agradecem a todos os autores por se disponibilizarem a refletir sobre os assuntos discutidos ao longo de 2014 nas suas contribuições individuais. Este livro não teria sido possível sem a sua ajuda, bem como sem a ajuda de muitas pessoas em diversos departamentos da

Organização Mundial da Saúde. Agradecemos em especial a Jing Wang Cavallanti, coordenadora de *Global Health Histories* na OMS, e ao Dr Najeeb al-Shorbaji, diretor do departamento de Conhecimento, Ética e Investigação no núcleo dos Sistemas de Saúde e Inovação da OMS. Gostaríamos também de agradecer aos colegas da Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, pelo apoio a esta publicação e ao projeto *Global Health Histories*; o seu entusiasmo e amizade foram um encorajamento para os editores durante parte deste processo. Agradecemos especialmente ao Professor Paulo Gadelha e à Professora Magali Romero Sá pelas suas sugestões e ajuda prática. O nosso reconhecimento vai também para a Wellcome Images, a Photo Library da OMS, a Public Health Image Library (criada por um grupo de trabalho no Centers for Disease Control and Prevention), à Dra Susan Heydon e ao Dr Jeremy Kark pela cedência de imagens. Cada imagem está individualmente creditada. Por fim, mas não menos importante, agradecemos calorosamente o apoio continuado e generoso da Wellcome Trust, Reino Unido. Esta publicação foi possível graças ao Wellcome Trust Senior Investigator Award concedido ao Professor Sanjoy Bhattacharya (Referência 097737/Z/11/Z).

O Centre for Global Health Histories faz parte integrante do Humanities Research Centre e do Departamento de História, na Universidade de York. O Centro procura promover a investigação interdisciplinar ao nível local, nacional e internacional. Em 2013, foi designado WHO Collaborating Centre for Global Health Histories. É financiado pela Universidade de York e pela Wellcome Trust.

Nota sobre as traduções

Os capítulos traduzidos por Monica Saavedra seguem o português europeu e o Acordo Ortográfico de 1990. Por esta razão, as designações de alguns conceitos podem diferir em relação ao português do Brasil (por exemplo, em português do Brasil diz-se ‘Atenção Básica à Saúde’ e em português europeu diz-se ‘Cuidados de Saúde Primários’). O capítulo 14, por Hooman Momen e Maria Goreti Rosa-Freitas, e o capítulo 13, por João Nunes, são traduções dos autores, seguindo, respectivamente, o português do Brasil e o português europeu.

*Margaret Jones, Monica Saavedra, Hooman Momen,
Sanjoy Bhattacharya, Alex Medcalf*

O N E

ON THE ORIGIN OF PRIMARY HEALTH CARE

Primary Health Care (PHC) is usually associated with the declaration of the 1978 International Conference in Alma Ata, Kazakhstan (known as the “Alma Ata Declaration”). Alma-Ata put health equity on the international political agenda for the first time, and PHC became a core concept of the World Health Organization’s (WHO) goal of *Health for all*. This PHC concept was proposed in a paper submitted to the Executive Board of WHO in January 1975 in the form of seven principles to be followed by governments wishing to improve their health services. These principles stressed the need for shaping PHC around the life patterns of the population; for their involvement; for maximum reliance on available community resources while remaining within cost limitations; for an integrated approach of preventive, curative and promotive services for both the community and the individual; for interventions to be undertaken at the most peripheral practicable level of the health services by the workers most simply trained for this activity; for other echelons of services to be designed in support of the needs of the peripheral level; and for PHC services to be fully integrated with the services of the other sectors involved in community development.

The PHC concept paper was prepared under the guidance of Kenneth Newell, Director of WHO’s Strengthening of Health Services Division. The team responsible for writing

it was influenced by many individuals and publications, some of which I am going to trace here. As a member of that team, personally, the most important influences, aside from the case studies that appeared in the publications *Health by the People* and *Alternative Approaches*, were the contact with staff of the Christian Medical Commission (CMC) and its Board—James McGilvray, Nita Barrow, Haken Hellberg, Jack Bryant, and Carl Taylor; they provided inspiration, encouragement and knowledge which extended ours.¹ But there were also influences which stretch further back into history: PHC-like ideas dated back to at least the early decades of the twentieth century. Rural health programs in China developed with the assistance of the Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organization in the 1930s and, along with conferences organized by the latter, brought ideas together and outlined a direction for the future. The chapter will explore the actions of some of the personalities involved, their interconnections, ideas and experiences and the role they played in the formation and passing of this declaration.

1. K. W. Newell, ed., *Health by the People* (Geneva: World Health Organization, 1975); V. Djukanovic, E. P. Mach, ed., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 1975); S. Litsios, “The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization’s Primary Health Care Approach,” *AJPH* 94, no. 11 (2004): 1884–93.

Interconnections and personalities

UNICEF's program in basic services; ILO's in basic needs; and UNRISD's in civil society served as models for broader developmental frameworks well-suited for PHC's community focus. Similarly, the writings of Paulo Freire, Ivan Illich, and Ernst Schumacher, each in their own way, contributed to the importance given to appropriate technology and community participation.² In my belief the PHC of the 1970s was rooted in the work of earlier individuals, the most important of which I believe are Jack Bryant, Rex Fendall, John Grant, Selskar Gunn, Sydney Kark, Maurice King, Milton Roemer, Henry Sigerist, and Andrija Štampar.³

Bryant's book *Health and the Developing World* (1969) outlined the important role that universities could

play in developing learning settings most suitable for supporting community-level work. Roemer, who wrote the conclusions in the *Alternative Approaches* study, underlined the importance of a firm national policy of providing health care for the underprivileged, in order to overcome the inertia or opposition of the health professional and other well-entrenched vested interests.

King's collection of essays reinforced these messages as well as others. He stressed the importance of organizing medical services from the bottom up and not from the top down. Fendall's numerous papers were drawn upon for the writing of the chapters on health centers and auxiliaries. Fendall also played a central role in the Rockefeller Foundation's study that led to Bryant's publication. Another contributor, Kark, outlined an approach to public health which featured the use of community diagnosis for gathering epidemiological data; among the actions needed he considered that of health education as the most essential one. Influence was, however, taken from many areas: evidence suggests that the key South African health leaders, for whom Kark would later work, who were in China in the early 1930s, learned of various innovative rural health programs and brought those ideas back to South Africa on their return.

Roemer studied medical history under Sigerist during his medical school years at Johns Hopkins, and thus would have been well-indoctrinated in Sigerist's forceful belief in socialized medicine and the necessity for medical students to study history, political economy and sociology. Roemer would have learned about two of Sigerist's favourite historical figures—Štampar and Grant.

2. P. Freire, *The Pedagogy of the Oppressed* (New York: Seabury Press, 1970); Ivan Illich, *Tools for Conviviality* (London: Calder and Boyars, 1973); E. F. Schumacher, *Small is Beautiful: A Study of Economics as if People Mattered* (New York: Harper & Row, 1973).
3. J. Bryant, *Health in the Developing World* (Ithaca: Cornell University Press, 1969); M. King, *Medical Care in Developing Countries* (Nairobi: Oxford University Press, 1966); N. R. E. Fendall, "Kenya's Experience: Planning Health Services in Developing Countries," *Public Health Reports* 78, no. 22 (1963): 977–88; S. Litsios, "John Black Grant: A Twentieth Century Public Health Giant," *Perspectives in Biology and Medicine* 54, no. 4 (2011): 532–49; M. B. Bullock, *An American Transplant: The Rockefeller Foundation & Peking Union Medical College* (Berkeley: University of California Press, 1980); *Health Care for the Community: Selected Papers of Dr John B. Grant* (Conrad Seipp, ed.), *The American Journal of Hygiene*, no. 21, 1963; N. R. E. Fendall, "Organization of Health Services in Emerging Countries," *The Lancet* 284, no. 11 (1964): 53–56; S. L. Kark, *Epidemiology and Community Medicine* (New York: Appleton-Century-Croft, 1974); M. Roemer, "Rural Health Programs in Different Nations," *Milbank Memorial Fund Quarterly* 26, no. 1 (1948): 58–87. E. Fee and T. Brown, ed., *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997); M. D. Grmek, ed., *Serving the Cause of Public Health: Selected Papers of Andrija Štampar* (Zagreb: University of Zagreb, 1966).

Štampar was a fierce advocate for social medicine, who almost single-handedly helped Yugoslavia develop one of the finest health systems in the world at the time (1920s). Sigerist judged him to be “one of the most powerful contemporary figures in the public health field”—a “man of action, not of words”.⁴ Furthermore, Sigerist also had laudable things to say about Grant, with whom he collaborated in assisting the 1946 Indian Bhore Committee in its deliberations. Sigerist qualified Grant as a “brilliant public health man of wide experience, an excellent teacher and administrator, who very tactfully succeeded in inspiring and steering the committee”.⁵

Roemer and Grant worked in parallel in the early 1950s to develop comprehensive demonstration projects under the aegis of WHO that aimed to demonstrate a unit of well-balanced health services; the application of modern methods and techniques for the prevention of diseases and promotion of health of the people; and how by simultaneously organizing multiple approaches, the social and economic development of a community can be achieved more efficiently and effectively.

Roemer knew about Kark having heard Grant speak in 1947 about his visit to Kark’s Pholela Health Centre in South Africa earlier that year. Roemer reported how Grant informed his American audience that Kark’s work could serve as a model of how to use nursing personnel attached to health centers in areas under-supplied with

physicians. Sigerist identified Kark’s Institute of Family and Community Health in Durban, South Africa, as a good example of how young physicians may be trained for practice under special conditions.

Grant and Štampar were together in China in the early 1930s; Grant as a staff member of the Peking Union Medical College (PUMC), Štampar as a League of Nations Health Organization (LNHO) consultant. Both worked to help the Chinese government develop their rural health services and to improve their medical schools. Also present in China was Gunn, Vice-President of the Rockefeller Foundation who developed, with the help of Grant, a rural reconstruction project in China that was based on the recognition that the task facing those working in health was “made more difficult, if not impossible, unless activities in the fields of economics, sociology, agriculture and education are carried out at the same time”.⁶

Before joining the Foundation in 1917, Gunn’s career was primarily confined to urban and state level public health concerns. It was from Štampar, who Gunn first met when he was responsible for the Foundation’s European office in Paris, that he learned about social medicine, in particular about rural health and the linkages between rural health and other sectors especially that of agriculture. Gunn, himself, was largely responsible for Štampar receiving significant financial support from the Foundation.⁷

4. H. E. Sigerist, “Yugoslavia and the Eleventh International Congress of the History of Medicine,” in *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, ed. M. Roemer (New York: MD Publications, Inc., 1960).
5. H. E. Sigerist, “Report on India,” in *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, ed. M. Roemer (New York: MD Publications, Inc., 1960), 290.

6. *Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene*, (Geneva: League of Nations Health Organization, 1937), 23.
7. See S. Litsios, “Selskar ‘Mike’ Gunn and Public Health Reform in Europe,” in *Of Medicine and Men: Biographies and Ideas in European Social Medicine between World Wars*, ed. Iris Borowy and Anne Hardy (Germany: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2008), 23–43.

Gunn wrote the introduction to the League of Nations Health Organization Conference on Rural Hygiene that was held in Bandoeng, Indonesia, in 1937—a recognized public health “mile-stone”. The conference approached the problem of rural hygiene from an “intersectoral and interagency perspective and focused not only on the need to improve access to modern medicine and public health but also on the fundamental challenges of education uplift, economic development, and social advancement”.⁸ However, here we must be cautious. As important as this conference was, there is little direct evidence that it had an impact on global health thinking following World War II, thus the question marks in Figure 1.

A revolution in organizing and delivering care

This brief overview has sought to trace what are, in my view, some of the chief actions and personalities in the formation of the primary health care concept. It has also sought to demonstrate the interconnections, and that PHC did not emerge fully formed in an easy manner; there were many influences. The Alma Ata declaration was much criticized for being too idealistic and having an unrealistic timescale. However, PHC revolutionized the way health was interpreted and radically altered prevailing models for organizing and delivering care. Specific approaches have since been made for the control and prevention of diseases but in recent years the World Health Organization has

again promoted PHC and many of its concepts underline the new approach of WHO to universal health coverage.

Dr Socrates Litsios

Retired WHO Senior Scientist

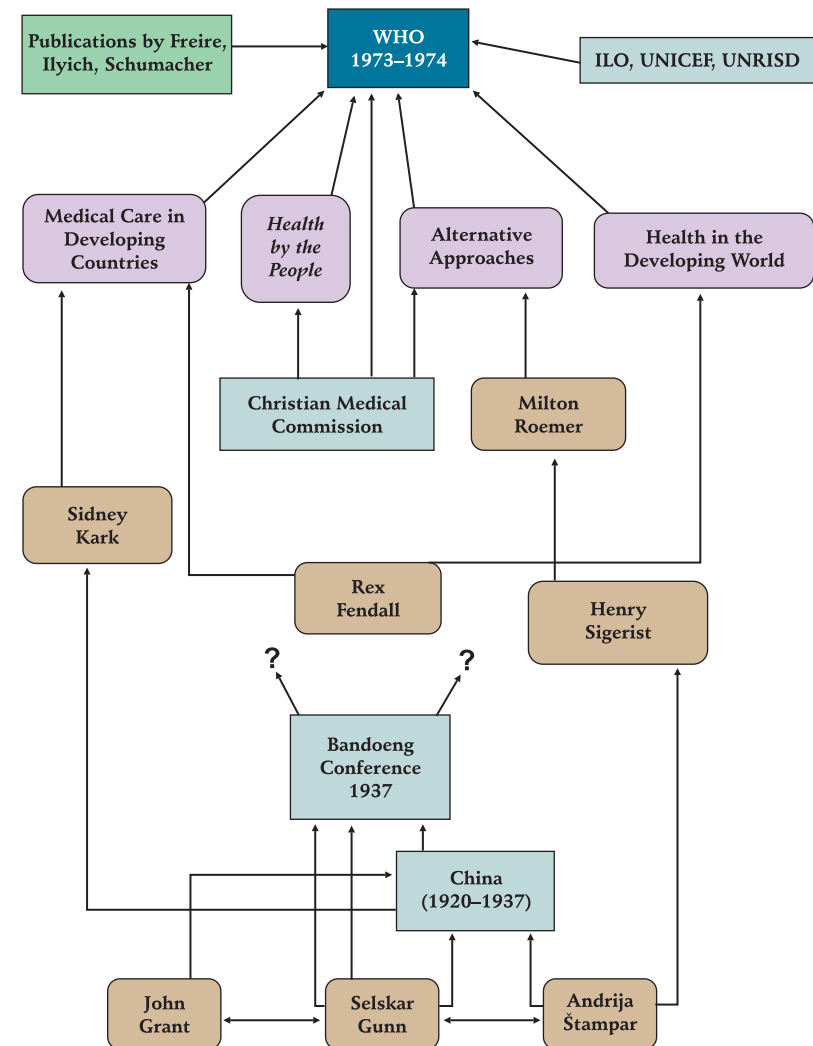


Fig. 1: A schematic portrayal of the origins of PHC (Author)

8. T. M. Brown and E. Fee, “The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development,” *AJPH* 98, no. 1 (2008): 42.

SOBRE AS ORIGENS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são geralmente associados à declaração da Conferência Internacional de Alma Ata, Cazaquistão, de 1978 (conhecida como “Declaração de Alma Ata”). Alma Ata colocou pela primeira vez a equidade na saúde na agenda política internacional e os CSP tornaram-se um conceito central da meta *Saúde para todos*, da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito de CSP foi apresentado num *paper* submetido ao Conselho Executivo da OMS, em Janeiro de 1975, sob a forma de sete princípios a serem observados pelos governos que pretendessem melhorar os seus serviços de saúde. Estes princípios realçavam a necessidade de adequar os CSP aos padrões de vida das populações; o envolvimento destas; a dependência máxima dos recursos disponíveis na comunidade, dentro dos limites de despesa; uma abordagem integrada aos serviços preventivos, curativos e promotores da saúde, tanto para a comunidade como para os indivíduos; intervenções conduzidas ao nível mais periférico dos serviços de saúde por funcionários o mais elementarmente treinados para essa atividade; o planeamento de outros escalões de serviço para apoio às necessidades dos níveis periféricos; e a integração cabal dos CSP com outros sectores do desenvolvimento comunitário.

O texto que apresentou o conceito de CSP foi preparado sob a orientação de Kenneth Newell, diretor da Divisão para o Reforço dos Serviços de Saúde. A equipa responsável pela sua redação inspirou-se em diversas personalidades

e publicações, algumas das quais serão referidas a seguir. Pessoalmente, como membro dessa equipa, as influências mais importantes, para além dos estudos de caso que surgiram nas publicações *Health by the People* e *Alternative Approaches*, foram os contactos com o pessoal da *Christian Medical Commission* (CMC) e com os seus Quadros – James McGilvray, Nita Barrow, Haken Hellberg, Jack Bryant e Carl Taylor; estes proporcionaram inspiração, encorajamento e conhecimentos que expandiram os nossos.¹ Mas houve também outras influências históricas mais recuadas; ideias semelhantes aos CSP remontam pelo menos às primeiras décadas do século XX. Os programas de saúde rural na China desenvolveram-se com a ajuda da Fundação Rockefeller e da Organização de Saúde da Sociedade das Nações (OSSN), nos anos 30; em conjunto com conferências organizadas pela OSSN, reuniram ideias e esboçaram os caminhos para o futuro. Este capítulo explora as ações de algumas das personalidades envolvidas, as suas relações, ideias e experiências e o papel que tiveram na formação e aprovação da Declaração de Alma Ata.

1. K. W. Newell, ed., *Health by the People* (Geneva: World Health Organization, 1975); V. Djukanovic, E. P. Mach, ed., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 1975); S. Litsios, “The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization’s Primary Health Care Approach,” *AJPH* 94, no. 11 (2004): 1884–93.

Interligações e personalidades

O programa da UNICEF na área dos serviços básicos, o da Organização Internacional do Trabalho na área das necessidades básicas e o do Instituto de Investigação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social no âmbito da sociedade civil serviram de modelo para esquemas de desenvolvimento mais alargados, adequados ao enfoque dos CSP na comunidade. De igual modo, os trabalhos de Paulo Freire, Ivan Illich e Ernst Schumacher, cada um à sua maneira, contribuíram para a importância dada à escolha da tecnologia adequada e à participação da comunidade.² É minha convicção que os CSP dos anos 70 se basearam em trabalhos anteriores de algumas personalidades, das quais as mais importantes foram, segundo creio, Jack Bryant, Rex Fendall, John Grant, Selskar Gunn, Sydney Kark, Maurice King, Milton Romer, Henry Sigerist e Andrija Štampar.³

2. P. Freire, *The Pedagogy of the Oppressed* (New York: Seabury Press, 1970); Ivan Illich, *Tools for Conviviality* (London: Calder and Boyars, 1973); E. F. Schumacher, *Small is Beautiful: A Study of Economics as if People Mattered* (New York: Harper & Row, 1973).
3. J. Bryant, *Health in the Developing World* (Ithaca: Cornell University Press, 1969); M. King, *Medical Care in Developing Countries* (Nairobi: Oxford University Press, 1966); N. R. E. Fendall, "Kenya's Experience: Planning Health Services in Developing Countries," *Public Health Reports* 78, no. 22 (1963): 977–88; S. Litsios, "John Black Grant: A Twentieth-Century Public Health Giant," *Perspectives in Biology and Medicine* 54, no. 4 (2011): 532–49; M. B. Bullock, *An American Transplant: The Rockefeller Foundation & Peking Union Medical College* (Berkeley: University of California Press, 1980); *Health Care for the Community: Selected Papers of Dr John B. Grant* (Conrad Seipp, ed.), *The American Journal of Hygiene*, no. 21, 1963; N. R. E. Fendall, "Organization of Health Services in Emerging Countries," *The Lancet* 284, no. 11 (1964): 53–56; S. L. Kark, *Epidemiology and Community Medicine* (New York: Appleton-Century-Croft, 1974); M. Roemer, "Rural Health Programs in Different Nations," *Milbank Memorial Fund Quarterly* 26, no. 1 (1948): 58–87. E. Fee and T. Brown, ed., *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997); M. D. Grmek, ed., *Serving the Cause of Public Health:*

O livro de Bryant *Health and the Developing World* (1969) sublinhava o papel importante que as universidades podiam desempenhar no desenvolvimento de centros de aprendizagem adequados para apoiarem o trabalho nas comunidades. Roemer, que escreveu as conclusões do estudo *Alternative Approaches*, sublinhou a importância de uma política nacional sólida, para oferecer cuidados de saúde aos mais desfavorecidos, de modo a superar a inércia ou a oposição dos profissionais de saúde e outros interesses estabelecidos.

A coletânea de ensaios de King reforçou essas e outras mensagens. Sublinhou a importância de organizar serviços médicos a partir das bases e não o inverso. Os inúmeros trabalhos de Fendall serviram de referência para a redação dos capítulos sobre os centros e os auxiliares de saúde. Fendall teve também um papel fulcral no estudo da Fundação Rockefeller, que resultou na publicação de Bryant. Outra contribuição, a de Kark, esboçou uma abordagem à saúde pública que incluía o uso do diagnóstico comunitário para a recolha de dados epidemiológicos. Entre as medidas necessárias, Kark considerava a educação para a saúde a mais importante. Outras influências de muitas áreas fizeram-se também sentir. Os dados sugerem que os principais líderes sul-africanos da área da saúde (para quem Kark viria mais tarde a trabalhar), e que estiveram na China nos anos 30, tomaram conhecimento de vários programas inovadores de saúde rural e levaram essas ideias para a África do Sul, no seu regresso.

Selected Papers of Andrija Štampar (Zagreb: University of Zagreb, 1966).

Roemer estudou história da medicina com Sigerist, durante os seus estudos médicos na Johns Hopkins. Deste modo, teria recebido a influência da convicção de Sigerist sobre a medicina socializada e a necessidade de os estudantes de medicina aprenderem história, economia política e sociologia. Roemer deve ter ouvido falar de duas das figuras históricas favoritas de Sigerist: Štampar e Grant.

Štampar era um defensor acérrimo da medicina social que, praticamente sozinho, conseguiu ajudar a Jugoslávia a desenvolver um dos melhores sistemas de saúde da época (anos 20). Sigerist considerava-o uma “das mais poderosas personalidades contemporâneas na área da saúde pública” e “um homem de ação, não de palavras”.⁴ Além disso, Sigerist também admirava Grant, com quem tinha colaborado na ajuda às deliberações da Comissão Bhore, da Índia, em 1946. Sigerist considerava Grant um “brilhante homem da saúde pública, com vasta experiência, um professor e administrador excelente, que conseguira, com grande tato, inspirar e orientar a comissão”.⁵

No início dos anos 50, Roemer e Grant trabalharam em paralelo para desenvolver projetos demonstrativos abrangentes, sob a égide da OMS, que pretendia apresentar uma unidade de serviços equilibrados, a aplicação de métodos e técnicas modernos para a prevenção das doenças, bem como para a promoção da saúde das pessoas e mostrar ainda como se pode alcançar mais eficiente e eficazmente

o desenvolvimento social e económico da comunidade, através da organização simultânea de diversas abordagens.

Roemer sabia que, em 1947, Kark ouvira Grant falar sobre a sua visita ao centro de saúde de Kark, em Pholela, na África do Sul, no início daquele ano. Roemer relatou que Grant informou o seu público americano de que o trabalho de Kark poderia servir de modelo para como usar pessoal de enfermagem ligado a centros de saúde em áreas com falta de médicos. Sigerist apontou o Instituto de Saúde Familiar e Comunitária dos Kark, em Durban, na África do Sul, como um bom exemplo de como jovens médicos podiam ser treinados para exercer a sua profissão sob condições especiais.

Grant e Štampar estiveram juntos na China, no início dos anos 30. Grant como membro do pessoal do Union Medical College de Pequim e Štampar como consultor da Organização de Saúde da Sociedade das Nações. Ambos trabalharam para auxiliar o governo chinês a desenvolver os seus serviços de saúde rural e a melhorar as suas escolas de medicina. Gunn, vice-presidente da Fundação Rockefeller, esteve também na China onde, com a ajuda de Grant, desenvolveu um projeto de reconstrução rural baseado no reconhecimento de que a tarefa com que se deparavam aqueles que trabalhavam na área da saúde “se tornava mais difícil, se não impossível, a não ser que se desenvolvessem ao mesmo tempo ações nas áreas da economia, sociologia, agricultura e educação”.⁶

Antes de integrar a Fundação, em 1917, a carreira de Gunn estivera sobretudo ligada a preocupações com a

4. H. E. Sigerist, “Yugoslavia and the Eleventh International Congress of the History of Medicine,” in *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, ed. M. Roemer (New York: MD Publications, Inc., 1960).
5. H. E. Sigerist, “Report on India,” in *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, ed. M. Roemer (New York: MD Publications, Inc., 1960), 290.

6. *Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene* (Geneva: League of Nations Health Organization, 1937), 23.

saúde pública urbana e estatal. Gunn conheceu Štampar quando dirigia o gabinete europeu da Fundação, em Paris. Foi com Štampar que aprendeu sobre a medicina social, em especial saúde rural e sobre as ligações entre esta e outros sectores, especialmente o da agricultura. O próprio Gunn foi em larga medida responsável pelo significativo apoio financeiro da Fundação a Štampar.⁷

Gunn escreveu a introdução da conferência da Organização de Saúde da Sociedade das Nações sobre saúde e higiene rural, que teve lugar em Bandoeng, na Indonésia, em 1937 e que é um reconhecido marco da saúde pública. A conferência abordou o problema da higiene rural numa “perspectiva intersectorial e interagências, focando-se não apenas nas necessidades de melhorar o acesso à medicina moderna e à saúde pública, mas também nos desafios fundamentais do progresso educativo, desenvolvimento económico e avanço social”.⁸ Contudo, devemos ser cautelosos neste ponto. Embora esta conferência tenha sido muito importante, há poucos indícios diretos de que tenha tido um impacto significativo no pensamento da saúde global depois da Segunda Guerra Mundial; daí os pontos de interrogação na Figura 1.

Uma revolução na organização e prestação de cuidados

Esta breve panorâmica procurou identificar aquelas que são, na minha perspectiva, algumas das principais personalidades e ações na formação do conceito de Cuidados de Saúde Primários. Procurou ainda demonstrar as suas interligações e que os CSP não surgiram como uma fórmula estabelecida, nem de modo simples; conheceram muitas influências. A declaração de Alma Ata foi muito criticada por ser demasiado idealista e ter uma meta temporal irrealista. No entanto, os CSP revolucionaram o modo como a saúde era interpretada e mudaram radicalmente os modelos dominantes na organização e prestação de cuidados. Desde então têm sido feitas abordagens específicas para o controlo e prevenção de doenças. Mas, recentemente, a Organização Mundial da Saúde tem, uma vez mais, promovido os CSP, e muitos dos seus conceitos estão subjacentes à nova abordagem da OMS para a cobertura universal de saúde.

Dr Socrates Litsios

Cientista Sénior Aposentado da Organização Mundial da Saúde

7. See S. Litsios, “Selskar ‘Mike’ Gunn and Public Health Reform in Europe,” in *Of Medicine and Men: Biographies and Ideas in European Social Medicine between World Wars*, ed. Iris Borowy and Anne Hardy (Germany: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2008), 23–43.
8. T. M. Brown and E. Fee, “The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development,” *AJPH* 98, no. 1 (2008): 42.

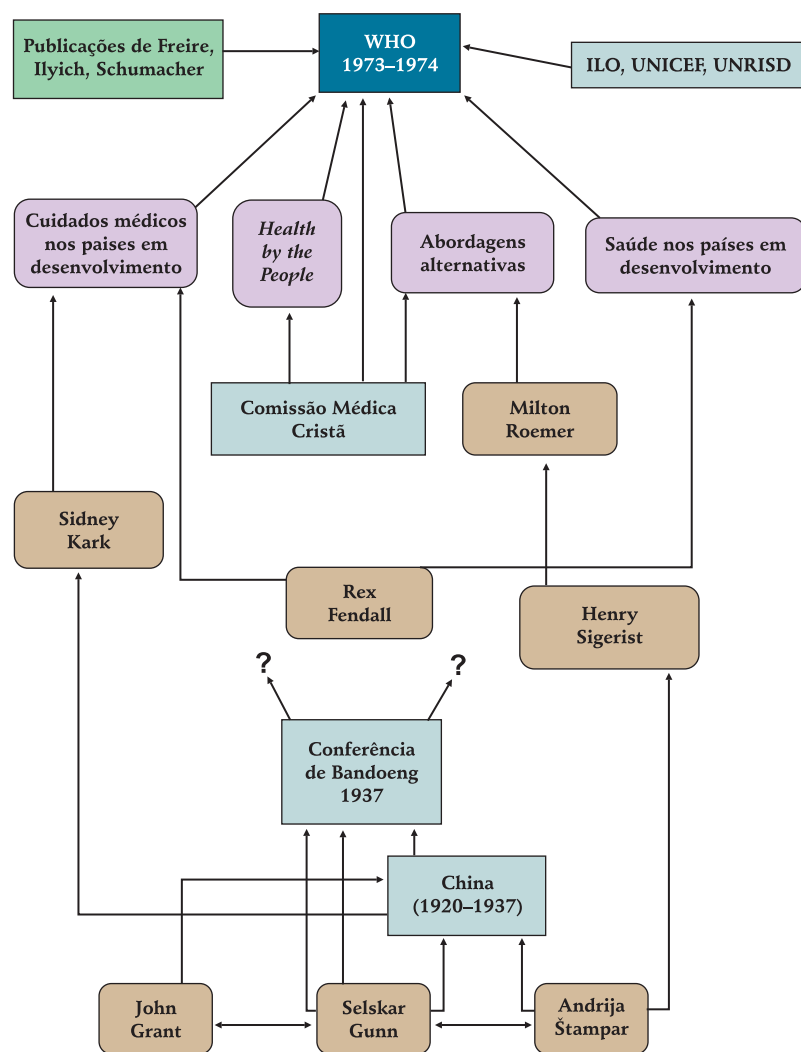


Fig. 1: A schematic portrayal of the origins of PHC (Author)

T W O

THE WHO AND PRIMARY HEALTH CARE DURING THE 1980s

The Conference of Alma Ata, that took place in 1978, made Primary Health Care (PHC) a central concern for the WHO and many health workers around the world. PHC benefited from the political climate of the 1970s when leftwing and revolutionary movements in developing countries demanded an equitable distribution of resources, real economic independence, and radical agrarian and social reforms. However, during the early 1980s, conservative and neoliberal policies became prominent and subverted the ideals of PHC.

The Republican Ronald Reagan took office as US President in January 1981 and US foreign policy, slowly and steadily focused on regaining the prestige of America as a world power. Reagan's election was part of a global revival of conservatism and neoliberal policies. In the UK Margaret Thatcher's electoral triumph in 1979, and her re-election in 1983 and 1987, as Prime Minister, also promoted the conviction that reducing the role of the state in the economy was a means to stimulate economic growth. As with Thatcher, Reagan's neoliberal legislation reduced government programs and expenditures, cut taxes, curbed inflation, and—contradictorily—increased spending on national defense.

Concomitant with the emergence of Reagan's policies, was the disillusion with communism in many developing countries and with State planning; typical of the Soviet system. Not even Mikhail Gorbachev could reverse the perception of the disadvantages of the Soviet system when he unsuccessfully tried to reform the system from within (1985–1990). In addition, the fall of the Berlin Wall in 1989, an iconic symbol of the Cold War, was a severe blow to Communist propaganda.

These developments contributed to the idea that US Foreign policy could radically transform the international political order. As a result, the Reagan administration withdrew from UNESCO, and threatened its withdrawal from other international agencies including the WHO.¹ Moreover, during the Reagan presidency, the US reduced and delayed its payments to the UN and cast the single vote against a World Health Organization International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes.

The emergence of Selective Primary Health Care (SPHC)

Shortly after Alma Alta a number of agencies believed that the WHO did not establish a clear source of funding for PHC,

1. Paul Kennedy, *The Parliament of Man: the Past, Present, and Future of the United Nations* (New York: Random House, 2006), 175.

and the deadline of “by the year 2000” was unrealistic. These agencies organized a Conference in 1979 at the Rockefeller Foundation Center of Bellagio, Italy. The purpose of the meeting was to identify the most cost-effective strategies for PHC. The heads of important agencies attended the meeting including Robert McNamara, President of the World Bank, and John J. Gillian, Administrator of USAID.² The meeting did not openly criticize the Alma Ata Declaration but searched for an “interim” strategy, namely entry points for the development of specific and successful health interventions. After the meeting, SPHC became for many the realistic alternative for implementing Alma Ata.

A debate emerged between the advocates of the original concept of PHC—sometimes called “Comprehensive PHC” and the supporters of SPHC. The former emphasized the incorporation of health programs into socioeconomic development and sparking social change from the bottom up. However, the “Comprehensive”, or holistic, interpretation of Primary Health Care, was difficult to enforce and not only because of political factors. The education of health personnel, the challenges of involving community participation and the economic costs of PHC were never clear before 1980. The ideal for PHC was a multipurpose health worker operating in small health centers. They had to collaborate with lay healers such as traditional and midwives. In reality, many professional health workers in developing countries had received an education where prevention was subordinate to treatment, they aspired to work in big hospitals or private practices, and were

2. John H. Knowles to Carl Wahren, July 6, 1978. RFA. R.G. A82. Series 120. Box 1776. Folder “Health and Population”. RAC.

unwilling to collaborate with lay healers.³ Frequently, they distrusted lay personnel working as medical auxiliaries.

Community engagement, namely gaining the support of local communities in urban slums and rural villages, was difficult to achieve.⁴ There was an assumption of the revolutionary potential of enlightened experts and bottom-up community health efforts. The limited political power of the rural poor was overestimated. Local “Communities” were idealized as single pyramidal structures willing to participate in health programs after their leaders received adequate information. In fact, these communities and their learning process were usually diverse, and complex.⁵

GOBI—The SPHC mantra

During the 1980s, it became difficult for developing countries to achieve a more even distribution of health resources and personnel and to spend more funds in preventive care. As a result, SPHC, or a more restricted interpretation of PHC, became popular. For supporters, SPHC was the minimum package of health care services that was possible to provide to the poor.⁶ UNICEF was a leader in this contending interpretation of Alma Ata. Its understanding of SPHC was as a set of specific, low-cost interventions associated with the acronym GOBI,

3. L. Rees, J. Wass, “Undergraduate Medical Education,” *British Medical Journal* 306, no. 6872 (1993): 258–61.

4. P. Freyens, Martin N. Mbakuliyemo, “How Do Health Workers See Community Participation?,” *World Health Forum* 14, no. 3 (1993): 253–57.

5. A. W. Parker, J. M. Walsh, M. A. Coon, “Normative Approach to the Definition of Primary Health Care,” *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54 (1976): 415–38.

6. Kenneth S. Warren, “The Evolution of Selective Primary Health Care,” *Social Science & Medicine*, 26 (1988): 891–98.

representing four major interventions: *Growth* monitoring to reduce the risk of death and abnormal growth because of inadequate nutrition (an intervention that meant the use of child growth charts by mothers in their homes), *Oral* rehydration techniques for diarrhoeal diseases, *Breast feeding* and *Immunization*.

In 1983 UNICEF, announced GOBI as the main tool for a “Child Survival and Development Revolution.”⁷ Several health ministries in developing countries were attracted to SPHC and launched units that emphasised one or other aspects of GOBI, sometimes as a means to attract funding under the PHC banner. Frequently they merely recreated technical interventions that were originally dismissed at Alma Ata.

Even this restricted interpretation of GOBI interventions had a mild impact. The use of anthropometry for the assessment of nutritional status was difficult for mothers.⁸ They could not always perform accurate measurements and provide data on weight-length development necessary to diagnose treatment. As a result the high expectations on the health intervention diminished.

Although it received important political support, Oral Rehydration Techniques (ORT) also experienced complications. At the time it was estimated that diarrhea

took a toll of five million children annually from poor families all over the world but unfortunately it was not well known in millions of households. ORT was embraced by some bilateral agencies such as USAID, and during the first five years of the 1980s its annual production rose dramatically. However, the technique could not solve structural problems such as the lack of an adequate supply of potable water, deficient sanitation services and unhealthy hygienic practices. ORT became a remedial intervention in places where unsafe water systems persisted as in most shantytowns.⁹

Expanded Program on Immunization (EPI)

Of all the interventions of GOBI, immunization achieved the greatest success and prestige. This partially occurred because new immunization programs paid due attention to community participation and education and was no longer pledged to a rigid “top-down” design. GOBI’s Immunization efforts was built on WHO’s prior commitment to vaccination. In 1974 WHO launched an Expanded Program on Immunization, EPI, with the mandate to fight six diseases of infants: diphtheria, pertussis (whooping cough), neonatal tetanus, measles, poliomyelitis and tuberculosis.

The relevance of EPI was recognized in the Alma Ata Declaration, and by the World Health Assembly of 1982.¹⁰

7. UNICEF, *The State of the World’s Children: 1982/1983* (New York: Oxford University Press, 1983); Richard Cash, Gerald T. Keusch, Joel Ramstein, ed., *Child Health and Survival: the UNICEF GOBI-FFF Program* (London: Croom Helm, 1987). On Grant, see C. Bellamy, P. Adamson, S. B. Tacon, et al., *Jim Grant: UNICEF Visionary* (Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Center, 2001).
8. Marcia Griffiths, *Growth Monitoring of Preschool Children: Practical Considerations for Primary Health Care Projects* (Washington: American Public Health Association, International Health Programs, 1981).

9. Joshua Ruxin, “Magical Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy,” *Medical History*, 38 (1991): 363–97, and David Werner, David Sanders, *Questioning the Solution, The Politics of Primary Health Care and Child Survival, with an in-Depth Critique of Oral Rehydration Therapy* (Palo Alto: Health Rights, 1997).
10. World Health Organization, “Expanded Program on Immunization, Global

The term “expanded” referred to the addition of measles and poliomyelitis to the vaccines traditionally used in immunization programs. These infections were selected on the basis of their high incidence, and the availability of low-cost reliable vaccines. The term “expanded” also had a deeper connotation: it emphasized the need to increase the coverage of immunization in developing countries, train more health workers on immunization techniques, reduce the drop-out rate between first and last immunizations, and improve services in shantytowns and rural areas. Moreover, immunization recruited new allies, such as Rotary International, which became a partner with WHO and UNICEF in the polio campaign. Rotary made a remarkable contribution in raising funds, in providing a network of volunteers all over the world and in attracting political commitment to its “Polio-Plus” Initiative.

Although before EPI there was no accurate global immunization information system, it was estimated that in the mid-1970s, most developing countries had low immunization coverage; 5 per cent on average among infants (for one or more of the six most important vaccines: measles, tetanus, diphtheria, tuberculosis, poliomyelitis, and whooping cough). Differences in coverage enhanced the gaps between rich and poor nations. For example, measles, which in the mid-1980s, killed about two per 10,000 cases in the US; killed two per 100 cases in developing countries.¹¹

By 1989 WHO could point to remarkable indicators: over half of the children of the developing world received

immunization each year. In addition, smallpox was eliminated from the globe in 1980, and polio was controlled in several regions of the world.

Concluding Remarks

Although PHC could not fulfill the promise of its 1978 goals; the term and its comprehensive initial goals became aspirations for health workers. As an ideal it ran against the prevailing tide of political conservatism during the decade when UN agencies were also unfairly belittled. At the same time, PHC revealed the urgency of medical education reform, the proper integration of local leaders and lay health workers, and the challenge of increasing people’s self-reliance in health.

Professor Marcos Cueto

Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brazil

Médium-Term Program.” August 1983 EPI/MTP/83.1 WHO Archives.

11. World Health Organization, “Expanded Program on Immunization, Global Medium-Term Program.” August 1983 EPI/MTP/83.1 WHO Archives.

A OMS E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DURANTE OS ANOS 80

A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, fez dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) uma questão central para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e muitos funcionários de saúde em todo o mundo. Os CSP beneficiaram do clima político dos anos 70, quando os movimentos revolucionários e de esquerda nos países em desenvolvimento exigiam a distribuição equitativa dos recursos, efetiva independência econômica e reformas sociais e agrárias radicais. Contudo, durante o início dos anos 80, as políticas conservadoras e neoliberais ganharam relevo e subverteram os ideais dos CSP.

O Republicano Ronald Reagan tomou posse como Presidente dos Estados Unidos em Janeiro de 1981 e a política externa dos EUA focou-se em recuperar o prestígio da América como potência mundial. A eleição de Reagan fez parte da revitalização mundial das políticas conservadoras e neoliberais. No Reino Unido, o triunfo eleitoral de Margaret Thatcher, em 1979, e a sua reeleição como Primeira-Ministra em 1983 e 1987 também alimentaram a convicção de que reduzir o papel do Estado na economia era um meio para estimular o crescimento económico. Tal como aconteceu com Thatcher, a legislação neoliberal de Reagan reduziu os programas e despesas governamentais, baixou os impostos, travou a inflação e, contraditoriamente, aumentou as despesas com a defesa nacional.

Paralelamente à emergência das políticas de Reagan, em muitos países em desenvolvimento surgia a desilusão com o comunismo e com o planeamento estatal típico do sistema Soviético. Nem mesmo Mikhail Gorbachev conseguiu inverter a percepção das desvantagens do sistema soviético quando tentou, sem sucesso, reformá-lo a partir de dentro, entre 1985 e 1990. Além disso, a queda do muro de Berlim, em 1989, foi um duro golpe para a propaganda comunista.

Tudo isto contribuiu para a ideia de que a política externa dos EUA poderia transformar radicalmente a ordem política internacional. Como resultado, a administração Reagan retirou-se da UNESCO e ameaçou retirar-se de outras agências internacionais, incluindo a OMS.¹ Para além disso, durante a presidência de Reagan, os EUA reduziram e atrasaram os seus pagamentos às Nações Unidas e foram o único voto contra um Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno, da Organização Mundial da Saúde.

A emergência dos Cuidados de Saúde Primários Seletivos (CSP seletivos)

Pouco depois de Alma Ata, algumas agências consideravam que a OMS não tinha estabelecido uma fonte de

1. Paul Kennedy, *The Parliament of Man: The Past, Present, and Future of the United Nations* (Nova Iorque: Random House, 2006), 175.

financiamento clara para os CSP e que o objetivo da Saúde para Todos “no ano 2000” era irrealista. Essas agências organizaram uma conferência em 1979, no Centro Rockefeller, em Bellagio, Itália. O objetivo do encontro era identificar as estratégias de melhor relação custo benefício para os CSP. Diretores de agências de relevo participaram da conferência, entre os quais Robert McNamara, presidente do Banco Mundial, e John J. Gillian, administrador da USAID.² O encontro não criticou abertamente a Declaração de Alma Ata, mas procurou alcançar uma estratégia “provisória”, nomeadamente o estabelecimento de pontos-chave, para o desenvolvimento de intervenções específicas e de sucesso. Após o encontro, os CSP seletivos tornaram-se, para muitos, a alternativa mais realista para a implementação de Alma Ata.

Dessa forma, desencadeou-se um debate entre os defensores do conceito original de CSP, por vezes denominados “CSP abrangentes”, e os defensores dos CSP seletivos. Os primeiros destacavam a incorporação dos programas de saúde no desenvolvimento socioeconómico e o estímulo das transformações sociais a partir das bases. Contudo, a interpretação “abrangente” ou holista dos Cuidados de Saúde Primários era difícil de implementar, não somente por razões políticas: a formação de pessoal de saúde, os desafios que a participação comunitária envolvia e os custos económicos dos CSP nunca foram pontos muito claros antes de 1980. O ideal para os CSP era um funcionário de saúde versátil, trabalhando em pequenos centros de saúde. Este profissional teria de colaborar com curandeiros,

2. John H. Knowles para Carl Wahren, 6 de Julho, 1978. RFA. R.G. A82. Series 120. Box 1776. Folder “Health and Population”. RAC.

praticantes tradicionais e parteiras. Na realidade, muitos profissionais de saúde dos países em desenvolvimento tinham recebido formação que subordinava a prevenção ao tratamento. Aspiravam a trabalhar em grandes hospitais ou clínicas privadas e eram resistentes à colaboração com os praticantes tradicionais.³ Muitas vezes desconfiavam do pessoal leigo que trabalhava como auxiliar médico.

Era difícil conseguir o envolvimento da comunidade, sobretudo conquistar o apoio das comunidades locais nos bairros pobres das cidades e nas aldeias.⁴ Tomava-se por certo o potencial revolucionário dos especialistas ilustrados e dos esforços da saúde comunitária a partir das bases. O poder político limitado dos mais pobres nas áreas rurais era sobrevalorizado. As “Comunidades” locais eram idealizadas como estruturas piramidais singulares, prontas para participar dos programas de saúde assim que os seus líderes recebessem informação adequada. De facto, estas comunidades e o seu processo de aprendizagem eram geralmente diversos e complexos.⁵

GOBI—o mantra dos CSP seletivos

Durante os anos 80, tornou-se difícil para os países em desenvolvimento alcançarem uma distribuição mais equilibrada de recursos e pessoal de saúde e despendem mais verbas para os cuidados preventivos. Como resultado,

3. L. Rees, J. Wass, “Undergraduate Medical Education,” *British Medical Journal* 306, no. 6872 (1993): 258–61.
4. P. Freyens, Martin N. Mbakuliyemo, “How Do Health Workers See Community Participation?,” *World Health Forum* 14, no. 3 (1993): 253–57.
5. A. W. Parker, J. M. Walsh, M. A. Coon, “Normative Approach to the Definition of Primary Health Care,” *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54 (1976): 415–38.

os CSP seletivos, uma interpretação mais restrita dos CSP, tornaram-se populares. Para os seus defensores, os CSP seletivos eram o conjunto básico de serviços de saúde que se podia proporcionar aos mais pobres.⁶ A UNICEF liderou esta interpretação discordante de Alma Ata. Entendia os CSP seletivos como um conjunto de intervenções económicas e específicas, associadas no acrónimo GOBI, que representava as quatro principais intervenções: monitorização do crescimento [*growth*] para reduzir o risco de morte e crescimento anómalo devido à alimentação inadequada (uma intervenção que implicava as mães usarem tabelas de crescimento, em casa), terapia de reidratação *oral* para doenças diarreicas, amamentação [*breastfeeding*] e imunização.

Em 1983, a UNICEF anunciou o GOBI como o principal instrumento para uma “*Child Survival and Development Revolution*” [revolução na sobrevivência e desenvolvimento da criança].⁷ Vários ministros da saúde de países em desenvolvimento interessaram-se pelos CSP seletivos e lançaram unidades que enfatizavam um ou outro aspeto do GOBI, por vezes como estratégia para atrair fundos sob a bandeira dos CSP. Muitas vezes, limitavam-se a recriar intervenções técnicas que haviam sido descartadas em Alma Ata.

Mesmo essa interpretação restrita do GOBI teve um baixo impacto. O uso da antropometria para avaliar o estado nutricional era difícil para as mães.⁸ Elas nem sempre conseguiam fazer medidas rigorosas e apresentar os dados sobre o desenvolvimento proporcional peso-comprimento, necessários para diagnosticar o tratamento. Assim, as grandes expectativas sobre a intervenção na saúde diminuíram.

Embora tenham recebido apoio político considerável, as Terapias de Reidratação Oral (TRO) também apresentaram dificuldades. Na época, estimava-se que a diarreia vitimava cinco milhões de crianças anualmente, nas famílias carentes em todo o mundo; porém, infelizmente, ainda era desconhecida em milhões de casas. A TRO foi adotada por algumas agência bilaterais, como a USAID, e durante os primeiros cinco anos da década de 80 a sua produção anual cresceu drasticamente. No entanto, a técnica não resolvia problemas estruturais, tais como inexistência de abastecimento de água potável, serviços sanitários deficientes e práticas de higiene pouco saudáveis. A TRO tornou-se uma intervenção terapêutica em lugares onde persistiam os sistemas de abastecimento de água pouco eficientes, como, por exemplo, nos bairros degradados.⁹

6. Kenneth S. Warren, “The Evolution of Selective Primary Health Care,” *Social Science and Medicine*, 26 (1988): 891–98.

7. UNICEF, *The State of the World's Children: 1982/1983* (Nova Iorque: Oxford University Press, 1983); Richard Cash, Gerald T. Keusch, Joel Ramstein, ed., *Child Health and Survival: the UNICEF GOBI-FFF Program* (Londres: Croom Helm, 1987). Sobre Grant, veja-se C. Bellamy, P. Adamson, S. B. Tacon, et al., *Jim Grant: UNICEF Visionary* (Florença, Itália: UNICEF Innocenti Research Center, 2001).

8. Marcia Griffiths, *Growth Monitoring of Preschool Children: Practical Considerations for Primary Health Care Projects* (Washington: American Public Health Association, International Health Programs, 1981).

9. Joshua Ruxin, “Magical Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy,” *Medical History*, 38 (1991): 363–97, e David Werner, David Sanders, *Questioning the Solution, The Politics of Primary Health Care and Child Survival, with an in-Depth Critique of Oral Rehydration Therapy* (Palo Alto: Health Rights, 1997).

O Programa Ampliado de Imunização (EPI)

De todas as intervenções compreendidas no GOBI, a imunização foi a que alcançou maior sucesso e prestígio. Isso deveu-se, em parte, ao facto de novos programas de imunização terem dado a devida atenção à participação e educação das comunidades, não estando tão empenhados num modelo vertical rígido. O esforço de imunização do GOBI alicerçou-se no anterior empenho da OMS na vacinação. Em 1974, a OMS lançou o Programa Ampliado de Imunização (EPI) com a diretiva de combater seis doenças infantis: difteria, coqueluche (tosse convulsa), tétano neonatal, sarampo, poliomielite e tuberculose.

A importância do EPI foi reconhecida pela Declaração de Alma Ata, assim como pela Assembleia Mundial da Saúde de 1982.¹⁰ O termo “ampliado” referia-se à adição do sarampo e da poliomielite ao conjunto de vacinas tradicionalmente usado nos programas de imunização. Estas infecções foram selecionadas com base na sua elevada incidência, bem como na existência de vacinas eficazes e económicas. A expressão “ampliado” tinha ainda uma conotação mais marcante: enfatizava a necessidade de aumentar a cobertura vacinal nos países em desenvolvimento, formar mais funcionários de saúde em técnicas de vacinação, reduzir os índices de desistência entre a primeira e a última imunização e melhorar os serviços nos bairros pobres e nas áreas rurais. Além disso, a imunização arrolava novos aliados, como, por exemplo, os Rotary International, que se tornaram parceiros da OMS e da UNICEF na campanha da poliomielite. Os

Rotary tiveram uma contribuição notável na angariação de fundos, organizando uma rede de voluntários em todo o mundo e atraindo empenho político para a sua Iniciativa “Polio-Plus”.

Embora antes da EPI não houvesse um sistema de informação rigorosa sobre imunização, estimava-se que, em meados dos anos 70, a maior parte dos países em desenvolvimento tinha uma baixa taxa de cobertura vacinal. A média seria de 5 por cento entre as crianças com menos de um ano (para uma ou mais das seis vacinas mais importantes: sarampo, tétano, difteria, tuberculose, poliomielite e tosse convulsa). Diferenças na cobertura aumentaram as diferenças entre países ricos e pobres. Por exemplo, em meados dos anos 80, nos EUA, o sarampo causava cerca de duas mortes em 10 mil casos; nos países em desenvolvimento, causava duas mortes a cada 100.¹¹

Em 1989, a OMS podia apresentar indicadores notáveis: mais de metade das crianças nos países em desenvolvimento recebiam imunização anualmente. Além disso, a varíola foi erradicada em 1980 e a poliomielite controlada em diversas regiões do globo.

Considerações finais

Embora os CSP não tenham cumprido os seus objetivos de 1978, o conceito e os seus propósitos iniciais abrangentes tornaram-se referências para os técnicos de saúde. Quanto aos ideais, remaram contra a maré política conservadora dominante, durante a década em que as agências da ONU

10. World Health Organization, “Expanded Program on Immunization, Global Medium-Term Program.” August 1983 EPI/MTP/83.1 WHO Archives.

11. World Health Organization, “Expanded Program on Immunization, Global Medium-Term Program.” August 1983 EPI/MTP/83.1 WHO Archives.

foram também injustamente depreciadas. Por outro lado, os CSP revelaram a urgência de uma reforma na educação médica, da integração dos líderes locais e dos funcionários de saúde leigos, bem como os desafios da crescente autonomia das pessoas nas questões da saúde.

Professor Marcos Cueto

Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasil

T H R E E

THE SRI LANKAN PATH TO HEALTH FOR ALL FROM THE COLONIAL PERIOD TO ALMA-ATA

Sri Lanka (the British colony of Ceylon until independence in 1948), has despite economic, political and social problems and thirty years of a bitter civil war ending in 2009, consistently maintained overall exemplary health indicators for a developing country. In the first decade(s) of the twenty-first century it has health indicators (life expectancy of 82 for women, 78 for men and an infant mortality rate (IMR) rate of 5 per 1000 live births) akin to much richer countries. Whilst acknowledging the contribution of socio-economic and political factors to this achievement, the effectiveness of its health care system, must take pre-eminence.

The foundations of this health care system, which has made it a model for developing countries, were laid down in 1858 in the colonial period. From the beginning western trained Sri Lankans were providers of state medical care in hospitals and dispensaries. The Colombo medical school, founded in 1870, was crucial in the extension of the medical services as it was from these Colombo trained professionals that pressure for the extension of the health services to the general population came. The two decades of self-government before independence following the Donoughmore Constitution in 1931 with the instigation of

universal suffrage contributed to a further rapid expansion of health services as politicians sought support from the electorate.

Furthermore, the devastating 1934–35 Malaria epidemic (with an estimated 80–100,000 deaths) was instrumental in extending the health infrastructure to hitherto neglected rural regions. It also exposed the widespread poverty of the Sinhala peasants (who constituted the majority of the population). It entrenched welfarism (free health care, food subsidies and free education) in nationalist elitist politics and shaped public policy and state interventionism in the first three decades after independence. Free education was also particularly salient for health; by the end of the colonial period Sri Lanka was notable for its levels of female literacy—44 per cent by the mid-1940s. Since women are deemed the principal health providers in families and communities, this was a significant contributing factor to this health record.

The experience of the traditional medical systems—principally Ayurveda, alongside Siddha and Unani—was also singular in the colonial period. In the 1920s and 1930s the colonial government established and subsidized a Board of Indigenous Medicine, a training college and a hospital.

Although funded minimally compared with expenditure on the Western medical services, traditional medicine was from the onset of independence an integral part of the official medical landscape. Additionally, the indigenous medicine of Sri Lanka places great value on good health and eschews a fatalistic attitude to illness. Thus, cultural norms fostered a health seeking behaviour that encouraged accessing medical aid in whatever form and medical pluralism was firmly established.

Lastly, Sri Lanka had an extensive preventive health care system from the 1920s. In 1926 as a collaborative venture between the Rockefeller Foundation and the colonial government a Health Unit was established at Kalutara. The programme of work of this first health unit included maternity and child welfare services, health education, sanitary work, communicable diseases work and school medical inspections. In 1937 malaria control work was also incorporated into health unit programmes concurrently with the multiplication of these units. The purpose of the health unit was preventive not curative and as they expanded across the island they formed the basis of the primary health care infrastructure that continues to this day.

The legacy of the colonial period was an extensive infrastructure of both curative and preventive services. In 1949 S. W. D Bandaranaike, then Minister of Health, declared his government's acceptance of the WHO's concept of health as a fundamental human right. All governments since have recognized and maintained this commitment. By the 1970s there were nearly 2000

hospitals, five specialized campaigns for tuberculosis, malaria, filariasis, leprosy; and 98 health units. However, whilst mortality declined the incidence of morbidity did not. Aside from the underlying causes of ill-health (poor housing, insanitary conditions, lack of pure water supply, poverty), there were inherent problems within the health care system itself. Firstly, not all had equal access to these services. The ad-hoc establishment of medical institutions meant a vastly uneven spread. The rural poor, who made up about 70 per cent of population, were ill served by this infrastructure. They lived in villages, away from roads and transport links, in areas where doctors were reluctant to serve and where services were thin on the ground. The Tamil labourers on the tea estates too suffered from the same disparities. Their health indicators noticeably deteriorated in the decades following independence in relation to the general population. Between 1972 and 1975 IMR in this rural estate sector was over 100 per 1000 live births—twice the reported national rate.

Moreover, there was little coordinated planning in the use of the health services. There was no structure of referral and people by-passed the local institutions for the hospital that had the specialists, the best facilities, medical technology and the drugs. Therefore the large urban hospitals of Colombo, especially were always oversubscribed and the smaller provincial and district institutions under-utilised further cementing the inequalities. An offshoot of this was that it was hard to persuade doctors to work in rural areas where career and monetary rewards were limited.

The Ayurveda sector was government funded and flourishing. The ratio of government funding between the Western and Ayurveda sector increased from 73:1 in 1946–47 to 18:1 in 1972—but this still only made up about 3 per cent of total health expenditure. Their services were easily accessible—in 1972 the average distance to an Ayurveda practitioner or institution was 0.8 miles. They constituted a system for providing services spread over the whole country but they did not participate in either family health or in the control of communicable diseases.

It was recognized from the 1940s onwards that what was needed was a ‘health policy’ rather than a ‘disease policy’ as summed up by the director of the medical services Dr W. G. Wickremesinghe as early as 1945. Despite this ongoing acceptance of the benefits of preventive medicine the balance of government expenditure was overwhelmingly in favour of curative medicine as is the case in most other countries. One estimate of this balance in 1975 suggested that for every rupee spent on the curative sector only 12 cents was spent on prevention of disease and the promotion of health. This situation prompted the director of the Colombo Hospital to ask in 1970: “Was it more important to improve sanitation, nutrition, and health education and provide basic facilities for health and patient care for the masses of this country; or was it more important to go in for sophisticated and expensive programs like heart transplant units?” (*Daily News*, 3 Sept 1970). However, the hospitals were the visible symbol of Sri Lanka’s free health service and the symbol of modernity; switching resources

to preventive public health was a highly politically contentious issue.

There were deep roots to the development of primary health care services in Sri Lanka and it represented at international level an example of what could be done without the levels of expenditure common in developed countries. Sri Lanka’s experience was an essential part of the debate on primary health care which took centre stage at international level in the 1970s. Furthermore, given the extent of its hospital based curative system it was also a perfect illustration of the limits of that model for low-income countries in the context of a burgeoning population and economic crisis. However, in the succeeding decades the challenge for Sri Lanka has remained that of finding the most effective route to reducing morbidity. This is now an ever more pressing priority with the demographic transition to an ageing population and the resulting double disease burden.

Dr Margaret Jones
University of York
United Kingdom

T R Ê S

O CAMINHO DO SRI LANKA ATÉ À SAÚDE PARA TODOS: DO PERÍODO COLONIAL ATÉ ALMA ATA

O Sri Lanka (a colônia britânica de Ceilão até à independência em 1948) tem mantido indicadores de saúde consistentemente exemplares para um país em vias de desenvolvimento, apesar dos seus problemas económicos, políticos e sociais e de trinta anos de uma guerra civil persistente, que terminou em 2009. Na(s) primeira(s) década(s) do século XXI, o país apresenta indicadores (esperança de vida de 82 anos para as mulheres, 78 para os homens e uma taxa de mortalidade de crianças com menos de 1 ano de 5 por cada 1000 nados vivos) semelhantes aos de países muito mais ricos. Embora reconhecendo a contribuição dos factores socioeconómicos e políticos para estes resultados, a eficácia do seu sistema de saúde ganha, necessariamente, preponderância.

As bases deste sistema de cuidados de saúde, que se tornou um modelo para os países em desenvolvimento, foram estabelecidas em 1858, durante o período colonial. Desde o início, cingaleses treinados em medicina ocidental proporcionavam cuidados médicos estatais em hospitais e dispensários. A escola médica de Colombo, fundada em 1870, foi crucial na expansão dos serviços médicos, uma vez que a pressão para extensão dos serviços de saúde à população em geral vinha dos profissionais aí treinados. As duas décadas de auto-governança, antes da independência, seguindo a Constituição de Donoughmore em 1931, que

instigava o sufrágio universal, contribuíram para promover a rápida expansão dos serviços de saúde, à medida que os políticos procuravam apoio do eleitorado.

Acrescente-se a isto a devastadora epidemia de malária de 1934–1935 (com 80 mil a 100 mil mortos estimados), crucial para a expansão da infraestrutura de saúde a regiões até então negligenciadas, que revelou também a pobreza generalizada dos camponeses cingaleses (que constituíam a maior parte da população). Enraizou ainda o bem-estar social (cuidados de saúde gratuitos, subsídios de alimentação e educação gratuita) nas políticas nacionalistas das elites e moldou as políticas públicas e o intervencionismo do Estado nas primeiras três décadas após a independência. A educação gratuita era também particularmente importante para a saúde. No final do período colonial, o Sri Lanka destacava-se pelos seus níveis de literacia feminina—44 por cento em meados dos anos 40. Uma vez que as mulheres são consideradas as principais provedoras de saúde nas famílias e nas comunidades, este era um factor importante que contribuía para os registos da saúde.

A experiência dos sistemas médicos tradicionais—sobretudo o Aiurvédico, junto com o Siddha e o Unani—foi também única durante o período colonial. Nos anos 20 e 30, o governo colonial estabeleceu e subsidiou um Quadro de Medicina Indígena, uma faculdade para formação e

um hospital. Embora diminutamente financiada, em comparação com a despesa nos serviços de medicina ocidental, a medicina tradicional foi, desde a independência, uma parte integrante da medicina oficial. Além disso, a medicina tradicional do Sri Lanka valoriza a boa saúde e rejeita atitudes fatalistas em relação à doença. Assim, as normas culturais estimularam comportamentos de busca da saúde, recorrendo a qualquer forma de ajuda médica, e o pluralismo médico foi solidamente estabelecido.

Por fim, o Sri Lanka teve um amplo sistema de cuidados de saúde, desde os anos 20. Em 1926, foi estabelecida uma Unidade de Saúde em Kalutara, na sequência da colaboração entre a Fundação Rockefeller e o governo colonial. O programa de trabalho da primeira unidade de saúde incluía assistência materno-infantil, educação para a saúde, trabalho sanitário, trabalho com doenças transmissíveis e inspeções médicas escolares. Em 1937, ao mesmo tempo que as unidades de saúde se multiplicavam, o controlo da malária foi também incorporado no seu programa. O propósito das unidades de saúde era preventivo e não curativo e, à medida que se distribuía por toda a ilha, formaram a base da infraestrutura de cuidados de saúde primários que continuou até ao presente.

O legado do período colonial foi uma extensa infraestrutura de serviços tanto curativos como preventivos. Em 1949, S. W. D. Bandara Naike, o então ministro da Saúde, declarou que o seu governo aceitava o conceito defendido pela OMS de que a saúde é um direito humano fundamental. Desde então, todos os governos têm reconhecido e mantido este compromisso. Nos anos 70, havia quase dois mil hospitais,

cinco campanhas especializadas para a tuberculose, a malária, a filaríase, a lepra e 98 unidades de saúde. No entanto, embora a mortalidade tenha descido, a morbidade não. Para além das causas subjacentes à falta de saúde (mau estado das habitações, condições insalubres, falta de água potável, pobreza), existiam problemas inerentes ao próprio sistema de cuidados de saúde. Primeiro, nem toda a gente tinha acesso a estes serviços. O estabelecimento de instituições médicas ao acaso resultou na sua distribuição irregular. Os indivíduos carenciados das áreas rurais, que constituíam cerca de 70 por cento da população, eram mal servidos por esta infraestrutura. Viviam em aldeias distantes de estradas e transportes, em áreas onde os médicos tinham relutância em trabalhar e onde os serviços eram fracos. Os trabalhadores Tamil das plantações de chá sofriam das mesmas desigualdades. Os seus indicadores de saúde deterioraram-se visivelmente, em comparação com o resto da população, nas décadas que se seguiram à independência. Entre 1972 e 1975, a taxa de mortalidade de crianças com menos de 1 ano na área das plantações foi de mais de 100 por 1000 nados vivos—duas vezes o valor nacional registado.

Além disso, havia pouca coordenação no planeamento do uso dos serviços de saúde. Não existia uma estrutura de referenciação e as pessoas evitavam as instituições locais, dirigindo-se ao hospital onde havia especialistas, melhores instalações, tecnologia médica e medicamentos. Assim, os grandes hospitais, sobretudo os de Colombo, estavam sempre sobrelotados, enquanto as instituições das províncias e as distritais eram subutilizadas, consolidando

as desigualdades. Como resultado, era difícil convencer os médicos a trabalhar em áreas rurais onde a carreira e as compensações monetárias eram limitadas.

O setor do Aiurveda era financiado pelo governo e estava em alta. O rácio de financiamento do governo entre o setor da medicina ocidental e o da aiurvédica aumentou de 73:1 em 1946–47 para 18:1 em 1972; mas, ainda assim, só representava cerca de 3 por cento do total das despesas com a saúde. Os serviços eram de fácil acesso—em 1972, a distância média até um praticante ou uma instituição de medicina aiurvédica era pouco mais de um quilómetro. Constituíam um sistema para provimento de serviços por todo o país, mas não participavam na saúde familiar ou no controlo das doenças transmissíveis.

A partir dos anos 40, reconheceu-se que era necessária uma “política de saúde”, em vez de uma “política de doença”, como resumiu o diretor dos serviços de saúde Dr W. G. Wickremesinghe em 1945. Apesar da contínua aceitação dos benefícios da medicina preventiva, o balanço dos gastos do governo era esmagadoramente favorável à medicina curativa, como acontecia em quase todos os países. Uma estimativa deste balanço em 1975 sugeria que, por cada rupia gasta no sector curativo, apenas 12 cêntimos eram gastos na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Esta situação levou o diretor do Hospital de Colombo a perguntar, em 1970, se “Seria mais importante neste país melhorar as condições sanitárias, a nutrição e a educação para a saúde, e oferecer instalações básicas para a saúde e o cuidado dos doentes, para o povo; ou seria mais importante investir em programas sofisticados e dispendiosos, como

as unidades de transplante cardíaco?” (*Daily News*, 3 de setembro de 1970). Contudo, os hospitais eram o símbolo visível do serviço gratuito de saúde do Sri Lanka e um símbolo de modernidade; transferir recursos para a saúde pública preventiva era um questão política altamente contenciosa.

O desenvolvimento dos cuidados de saúde primários no Sri Lanka tinha raízes profundas e, a nível internacional, era um exemplo do que podia ser feito sem os níveis de despesa dos países desenvolvidos. A experiência do Sri Lanka foi uma parte essencial do debate sobre cuidados de saúde primários, que assumiu um lugar central na comunidade internacional nos anos 70. Dada a extensão do seu sistema curativo baseado nos hospitais, era também um exemplo perfeito dos limites desse modelo nos países de baixos rendimentos, no contexto de uma população em crescimento e de crise económica. Contudo, nas décadas seguintes, o desafio para o Sri Lanka continuou a ser encontrar uma via eficaz para a redução da morbilidade. Esta é agora, mais do que nunca, uma prioridade pungente, dada a transição demográfica para uma população envelhecida e o duplo peso da doença daí resultante.

Dra Margaret Jones
Universidade de York
Reino Unido

F O U R

MEXICO'S HISTORICAL MODELS FOR PROVIDING RURAL HEALTHCARE

Providing effective primary health care in rural areas remains a persistent global challenge today. Though a lasting, successful solution has proven elusive, Mexico's past programs offer innovative alternatives to this ongoing challenge. While serving as possible global models, the results of two very different Mexican health programs, discussed below, also illustrate the complicated nature of delivering care in a racially diverse country with deep economic disparities. Mexico is an interesting case for studying rural health because of the sheer variety and long history of government-sponsored programs throughout the twentieth century. Tellingly, Mexico's past experiences also reveal how the fate of apparently remote national health programs is tightly woven into the global economy.

The population of Mexico living in extreme poverty in the 1930s as compared to today, with some slight variation, is rooted in the same areas: predominantly indigenous, rural Mexico. Not surprisingly these areas—mostly southern and south central Mexico—also harbour some of the highest rates of maternal death and preventable diseases. This is more than an issue of income distribution and racial inequality. Problems are also rooted in the geographic distribution of health centres and, especially, of health care providers.

Modern Mexico's commitment to provide public health to its citizens can be traced to the 1917 Constitution. This new constitution assured that employers would be responsible for insuring the health of their employees and that the state would provide the needed health care institutions. Yet this constitutional right faced many challenges. Chief among the obstacles was that most labourers were located in urban spaces. This meant that many health initiatives—such as medical coverage for family members—were centred on the well-being of industrial, not peasant, workers.

By 1935, Mexico's population was nearly eighteen and half million and more than half of the population was rural. Nevertheless most health services were urban based. In fact, a 1938 study revealed that, worryingly, more than 67 per cent of rural municipalities lacked a physician. This translated to an average of 21,000 patients per rural physician at a time when the League of Nations recommended 2,000 per doctor. Concomitantly, the health of the countryside's inhabitants was in a deplorable condition. The leading cause of death was gastrointestinal diseases linked to poor sanitation, lack of drinkable water and working sewage systems. Challenges to implementing a national health program in rural areas were compounded by the vast and diverse terrain that included mountain

ranges, deserts, tropical regions, and, culturally, more than fifty languages, in addition to racial hierarchies that acted as barriers to one, cohesive, health plan.

Rural Healthcare Delivery—The Social Service Year

The country's unequal distribution of doctors was so pervasive that it caught the attention of populist President Lázaro Cardenas (president from 1934–1940). Cardenas, by general consensus the most beloved past president, ushered in a period of unprecedented social change with record-breaking land redistribution in favour of peasants, the building of rural schools, and labour laws in favour of workers. But it is in the area of health where Cardenas made an exceptional contribution. He opted to demand that all medical students spend a set amount of time working and living among the poorest citizens, indigenous Mexicans.

Cardenas's plan to bring revolutionary zeal to medical schools was brilliant in its simplicity: advanced medical students would need to spend a minimum of five months (in later years changed to a full year) practicing medicine in rural communities before graduating. The program was remarkable for it sought to address several problems at once: it would bring the presence of health care personnel to areas where doctors had previously not existed; it would introduce young doctors to illnesses which were not part of their urban medical training and, arguably, make them better, well-rounded physicians. It would compel urban students to come face to face with the poverty and daily struggle of rural Mexicans. The program, a reflection of the

populist ideals of the times, was also intended to create a level of empathy with the poor which could potentially alter the practice of medicine in the country. To ensure that this would become part of the permanent record each student was required to write a bi-monthly report which would culminate in a thesis that covered a specific ailment or health issue of each community.

While the project was branded as a public health measure and an attempt to redistribute the number of physicians in the countryside, it was also a fact-gathering mission. At the time there was little accurate data on remote populations and their inhabitants. So the Mexican state relied on young doctors to report back on the economic potential, physical layout, landholding patterns, epidemics, chronic diseases, and political landscape of rural towns where they were based. While medical students were most certainly neither bureaucrats, politicians, nor social workers, doctors did in fact take on many of these roles.

Within a few months the, often, transitory presence of young doctors in the countryside yielded a wealth of new information on rural Mexico. They sent detailed reports about rural infrastructure, health conditions, access to education, primary crops in the region, migratory patterns, existing roads, and even lists of rivers, lakes, and mountain ranges. Doctors also unwittingly recorded how pernicious local racism and preconceived notions of rural Mexicans coloured how public health measures were implemented. But it was in health where results were unexpected. As archival records illustrate, areas with a doctor had

a discernible and sometimes dramatic increase in the community's health.

Yet the well-intentioned social service year had some unexpected flaws in its conception. For instance, medical students were not given cultural sensitivity training nor linguistic aid before setting out into the countryside. Often medical students were the only outsiders and they found little, if any, technical or moral support as they travelled to the corners of the nation. Students often had to leave roads and paths to walk on foot trails only to arrive in communities where no Spanish was spoken and locals were distrustful of western medicine. With time, however, some of these issues were resolved. Moreover, by the mid-1940s the social service year was written into the Mexican constitution making it mandatory for all professional students to give back to the nation by spending a period of their training treating the nation's poor. Though the program had, and continues to have after nearly 80 years, mixed results, it continues to be the leading option for primary health care for some remote, indigenous communities.

Coplamar

The second example of rural healthcare delivery is different both in its goals and how it was carried out because by the 1970s Mexico, too, was a different country. The population hovered at 53 million but the majority now lived in urban spaces. Comprehensive health coverage for the rural poor still did not exist and while health care delivery was still a concern the rhetoric shifted from the provision of primary healthcare to that of poverty alleviation in the countryside. This change reflected global development aid strategies

that sought to eradicate poverty in a similar fashion to how philanthropic organizations, such as the Rockefeller Foundation, had in earlier eras targeted disease. Also the Government of Mexico was influenced by the Alma Ata Declaration (1978) which pinpointed primary health care as the foundation of universal health and also advocated the use of traditional healers in providing this care. Moreover, the moment for Mexico to devise a national, rural health program that more accurately addressed national needs and not international dictates was made easier by the discovery of oil off its gulf coast. Political leaders proclaimed that this potential oil wealth, once harnessed, could enable Mexico to create its own models for development. So, spurred by development projects, global talk about the 'war' on poverty, and the declaration signed in Alma Ata, the Mexican government launched a multi-year, national survey to try to define poverty within a Mexican context. Key to the eradication of poverty was a four-pronged approach that sought to change education, housing, nutrition and, of course, health. Among the study results was the finding of, again, few physicians in rural areas.

Though the medical social service year had alleviated some pressing needs for physicians in some areas it had not solved the problem of unequal distribution of health care providers. Instead of turning to medical schools or outside doctors the new health program sought to produce health changes from within the community. At the centre of health care provision would be local people, local healers, and the autonomy of each community. Reflecting global

trends Mexican officials sought to license midwives and traditional healers so that they could, under the auspices of the government, provide primary health care to their local communities. But health would not be dependent on the health care provider. Rather the entire community would be responsible for its healthcare. To drive this point home the program, aptly named the Program for Social Protection of Marginal Groups or Coplamar, its acronym in Spanish, urged the community to build its own clinic, plant its own medicinal plant garden, work together in building drainage systems and latrines, and rely on community health promoters to learn about basic hygiene. Midwives, trained by the state, were responsible for providing prenatal, maternal health and family planning information to their community. In addition, traditional healers met to exchange knowledge in state-sponsored conferences that crossed state, linguistic, and ethnic barriers. In these gatherings traditional healers aired their dissatisfaction with western-trained physicians and explained the obvious importance of language in diagnosing and understanding their patients. Crucial to the success of the program was the belief that each patient's culture, language, and beliefs about health and healing would be respected.

Within a few months the Ministry of Health began to receive letters of gratitude from faraway communities who, many for the first time, were experiencing the value of a community-based health practitioner. Despite its immediate and clear successes funding for the program was slashed in late 1983, mere years after it had been launched. As it turned out Mexico's oil reserves, though vast, were

not enough to avoid mismanagement nor the unregulated use of loans taken on oil futures. By 1982 Mexico was in the midst of, arguably and up to that point, the worst financial crisis in its history. On the verge of defaulting on international loans, international financial institutions arrived to restructure the country's economy. In addition to cuts in spending on education, infrastructure, and health, funding for programs such as Coplamar was dramatically slashed. Despite protest by local community members many clinics, often built by neighbours, were closed.

A few years later a version of Coplamar re-emerged in the Mexican countryside but this time as a conditional cash transfer program, today known as *Oportunidades* or Opportunities.

Conclusion

This brief examination of two Mexican rural health initiatives offers distinct approaches to the problem of rural health. Though more than four decades apart both initiatives were government sponsored. Though the goals were the same—healthcare in the countryside—they could not be more different. Both examples illustrate the challenges of effecting long-lasting change in the countryside and the need to revisit problems that were believed solved, or on the path to being solved, in earlier eras. Both programs were very much a product of the times in which they were conceived: one focused on the top-down solution which characterized the populism of Cardenas's time and the specific role of doctors while the other, the Coplamar program, relied more heavily on communities

to achieve health solutions. The obligatory social service program reflected the nation's 1930s belief in welfare programs and the social obligation of the professional classes while Coplamar showed the global influence of the Alma Ata accords in its reliance on traditional healers to address the lack of rural physicians. Whereas social service year continues to be obligatory for all Mexican health care students it is still marred by the inability to address issues of cultural respect toward the indigenous population. Though Coplamar successfully and surprisingly integrated local people to national healthcare initiatives the rural health program fell victim to Mexico's 1982 peso crisis which led the government to slash public spending in areas such as healthcare. Despite these domestic issues and economic challenges, Mexico continues to create new programs aimed at trying to bring health to all citizens, both rural and urban.

Dr Gabriela Soto Laveaga

University of California, Santa Barbara
USA

Q U A T R O

OS MODELOS HISTÓRICOS DO MÉXICO PARA A SAÚDE RURAL

Prestar cuidados de saúde eficazes nas áreas rurais continua a ser um desafio global nos dias de hoje. O México é um caso interessante para estudar a saúde rural por causa da marcada variedade e longa história dos programas financiados pelo governo, durante todo o século XX. Embora uma solução duradoura e de sucesso se tenha revelado ilusória, os programas mexicanos do passado oferecem alternativas inovadoras para este desafio persistente. Ao mesmo tempo que se oferecem como possíveis modelos globais, os resultados de dois programas de saúde mexicanos, muito distintos, apresentados a seguir também ilustram a complexidade da prestação de cuidados de saúde num país racialmente diverso e com profundas diferenças económicas. As experiências passadas do México também revelam como o destino de programas de saúde nacionais, aparentemente afastados, está estritamente ligado à economia global.

Com pequenas variações em comparação com o presente, a população do México que vivia em extrema pobreza durante os anos 30, está enraizada nas mesmas áreas: o México predominantemente indígena e rural. Não surpreende que nestas áreas—sobretudo o Sul e o Centro-Sul do México—também se encontrem alguns dos índices mais elevados de mortalidade materna e doenças evitáveis. Trata-se de mais do que uma questão de distribuição do

rendimento e desigualdade racial. Os problemas residem também na distribuição geográfica dos centros de saúde e, sobretudo, dos prestadores de cuidados de saúde.

O compromisso do novo México de oferecer saúde pública aos seus cidadãos remonta à Constituição de 1917. Esta nova constituição decretava que os empregadores seriam responsáveis por assegurar a saúde dos seus funcionários e que o Estado providenciaria as necessárias instituições de saúde. Contudo, este direito constitucional enfrentou muitos desafios. O principal obstáculo era que a maior parte dos trabalhadores se encontrava nas áreas urbanas. Isto significava que muitas iniciativas de saúde—tais como a cobertura médica para membros da família—se centravam no bem-estar dos trabalhadores da indústria e não no dos trabalhadores rurais, ilustrando com clareza o que na época se entendia por “trabalhador”.

Em 1935, a população do México era de quase 18 milhões e meio e mais de metade vivia em áreas rurais. No entanto, a maior parte dos serviços de saúde continuava maioritariamente localizada nas áreas urbanas. De facto, um estudo de 1938 revelou que, inquietantemente, mais de 67 por cento dos municípios rurais não tinham médico. Este facto espelhava-se no rácio de 21 mil pacientes por médico, numa época em que a Sociedade das Nações recomendava 2 mil. Concomitantemente, a saúde da população das

áreas rurais encontrava-se num estado deplorável. A principal causa de morte eram as doenças gastrointestinais relacionadas com deficientes condições sanitárias, falta de água potável e de sistema de esgotos. Os obstáculos à implementação de um programa nacional de saúde nas áreas rurais eram agravados pela extensão e variedade do terreno, que incluía cordilheiras montanhosas, desertos, regiões tropicais e, culturalmente, mais de cinquenta línguas somadas a hierarquias raciais, que constituíam barreiras a um plano de saúde uno e coeso.

Prestação de Cuidados de Saúde Rurais—O ano de Serviço Social

A distribuição desigual de médicos nos país era de tal modo prevalente que chamou a atenção do presidente populista Lázaro Cardenas (presidente entre 1934 e 1940). Cardenas, consensualmente considerado o antigo presidente mais querido da nação, iniciou um período de transformações sociais sem precedentes, batendo recordes na distribuição de terras a favor dos trabalhadores rurais, na construção de escolas rurais e na implementação de leis laborais favoráveis aos trabalhadores. Mas foi na área da saúde que Cardenas teve uma contribuição excecional. Optou por determinar que todos os estudantes de medicina passassem uma temporada a trabalhar e a viver entre os cidadãos mais pobres, os indígenas mexicanos.

O plano de Cardenas de levar o zelo revolucionário às escolas médicas era brilhante pela sua simplicidade: os estudantes médicos dos graus avançados teriam que passar um mínimo de cinco meses (mais tarde passou a ser um ano completo) a praticar a medicina nas comunidade

rurais, antes de se formarem. O programa era notável pois procurava responder a diversos problemas de uma só vez: levaria pessoal de saúde a áreas onde antes não existiam médicos; colocaria jovens médicos em contacto com doenças que não faziam parte da sua formação quotidiana na cidade, supostamente fazendo deles melhores médicos e com uma formação abrangente. Colocaria ainda os estudantes citadinos face a face com a pobreza e as dificuldades diárias do México rural. O programa, reflexo das ideias populistas da época, tinha também por objetivo criar um nível de empatia com os pobres, com o potencial de modificar a prática médica no país. Para garantir que esta medida se tornaria parte do registo permanente, cada estudante tinha que escrever um relatório bimestral, que terminaria com uma tese sobre uma doença ou problema de saúde específico de cada uma das comunidades.

Embora o projeto tenha sido classificado como uma medida de saúde pública e uma tentativa de redistribuição do número de médicos nas zonas rurais, também foi uma missão de recolha de dados. Na época, existia pouca informação rigorosa sobre as populações mais remotas e os seus habitantes, em particular. Por isso, o Estado mexicano dependia dos jovens médicos para obter informação sobre o potencial económico, a capacidade física, os padrões de propriedade da terra, as epidemias, as doenças crónicas e o ambiente político das localidades rurais onde estavam colocados. Embora os estudantes de medicina não fossem, certamente, burocratas, nem políticos, nem assistentes sociais, acabaram, de facto, por desempenhar muitos destes papéis.

Em poucos meses, a presença transitória dos jovens médicos nas áreas rurais produziu uma abundância de novas informações sobre o México rural. Estes enviavam relatórios detalhados sobre a infraestrutura rural, as condições de saúde, o acesso à educação, os principais produtos agrícolas da região, os padrões migratórios, as estradas existentes e até listas de rios, lagos e cordilheiras montanhosas. Registavam também, indiretamente, o modo como o pernicioso racismo local e noções preconcebidas sobre os mexicanos rurais influíam no modo como as medidas de saúde eram implementadas. Mas foi na saúde que os resultados se mostraram mais surpreendentes. Como mostram os registros arquivados, as áreas onde havia um médico apresentavam uma melhoria considerável, e por vezes dramática, na saúde da comunidade.

Contudo, o bem intencionado ano de serviço social tinha algumas falhas imprevistas na sua concepção. Por exemplo, os estudantes de medicina não recebiam formação sobre a cultura e língua locais antes de partirem para as áreas rurais. Muitas vezes, os estudantes eram os únicos forasteiros e tinham pouco ou nenhum apoio técnico ou moral quando viajavam pelos cantos da nação. Tinham muitas vezes que deixar as estradas e caminhos para cruzarem trilhas e alcançarem comunidades onde não se falava espanhol e onde a população local não confiava na medicina ocidental. No entanto, com o tempo, alguns destes problemas foram resolvidos. Em meados dos anos 40, o ano de serviço social passou a integrar a Constituição mexicana, tornando obrigatório para todos os estudantes retribuir à nação, passando um período de formação a tratar dos mais pobres.

Embora o programa tivesse—e continue a ter, depois de 80 anos—resultados mistos, continua a ser a principal opção de cuidados de saúde primários para algumas comunidades indígenas de áreas remotas.

Coplamar

O segundo exemplo de prestação de cuidados de saúde é diferente tanto nos seus objetivos como no modo como foi implementado, porque, nos anos 70, o México também era um país diferente. A população era de cerca de 53 milhões, mas a maioria vivia em áreas urbanas. Ainda não existia cobertura de saúde abrangente para as populações rurais mais pobres e, embora a prestação de cuidados de saúde ainda fosse uma preocupação, a retórica mudou do provimento de cuidados de saúde primários para a mitigação da pobreza nas zonas rurais. Esta mudança refletia as estratégias da ajuda global para o desenvolvimento, que procurava erradicar a pobreza de maneira semelhante à que as associações filantrópicas, como a Fundação Rockefeller, tinham usado para as doenças. O governo do México foi também influenciado pela Declaração de Alma Ata (1978), que identificava os cuidados de saúde primários como a base da saúde universal, defendendo também o recurso a médicos tradicionais na prestação destes cuidados. Para além disso, o momento de o México planear um programa nacional de saúde rural, que respondesse com mais rigor às necessidades nacionais e não tanto aos ditames internacionais, tornou-se mais fácil com a descoberta de petróleo ao largo da sua costa. Os líderes políticos anunciaram que essa potencial riqueza petrolífera, uma vez arrecadada, permitiria ao México criar os seus próprios modelos de desenvolvimento.

Assim, estimulado por estes, pelos discursos globais sobre a “guerra” à pobreza e pela declaração assinada em Alma Ata, o governo mexicano lançou um inquérito nacional plurianual, para tentar definir pobreza no contexto mexicano. O elemento chave para a erradicação da pobreza era uma abordagem em quatro frentes que pretendia mudar a educação, a habitação, a nutrição e, claro, a saúde. Entre os resultados do estudo encontrava-se, novamente, a existência de um reduzido número de médicos nas áreas rurais.

Embora o ano de serviço social médico tivesse aliviado algumas das necessidades mais prementes de médicos em algumas áreas, não tinha resolvido o problema da distribuição desigual de prestadores de cuidados de saúde. Em vez de recorrer às escolas médicas ou a médicos externos, o novo programa de saúde tentou promover as mudanças na saúde a partir do interior das comunidades. No centro da prestação dos cuidados de saúde estariam a população local, os praticantes locais e a autonomia de cada comunidade. Mas a saúde não dependeria do prestador de cuidados de saúde. Em vez disso, toda a comunidade seria responsável. Para levar este objetivo adiante, o programa, adequadamente denominado Programa para a Proteção Social de Grupos Marginalizados ou Coplamar, o seu acrónimo em espanhol, instava a comunidade a construir a sua própria clínica, plantar a sua própria horta de plantas medicinais, trabalhar em conjunto na construção de sistemas de drenagem e latrinas e contar com os promotores de saúde comunitária para aprenderem princípios básicos de higiene. As parteiras, treinadas pelo Estado, eram

responsáveis por prestar informação pré-natal, de saúde materna e de planeamento familiar à sua comunidade. Além disso, curandeiros tradicionais reuniam-se para trocar conhecimentos em conferências patrocinadas pelo Estado, que ultrapassavam barreiras estaduais, linguísticas e étnicas. Nestes encontros, os curandeiros tradicionais manifestavam o seu desagrado em relação aos praticantes de medicina ocidental e explicavam a importância evidente da linguagem no diagnóstico e na compreensão dos seus pacientes. Crucial para o sucesso do programa era a convicção de que a cultura, a linguagem e as crenças sobre saúde e cura de cada paciente seriam respeitadas.

Em poucos meses, o Ministério da Saúde começou a receber cartas de agradecimento de comunidades remotas que, algumas pela primeira vez, experimentavam o valor de ter um profissional de saúde da comunidade. Apesar do seu sucesso claro e imediato, o financiamento do programa foi cortado em 1983, apenas alguns anos depois de ter sido lançado. Como se veio a verificar, as reservas de petróleo do México, embora vastas, não eram suficientes para evitar a má gestão nem o uso desregulado de empréstimos feitos com base em rendimentos petrolíferos futuros. Em 1982, o México estava, indiscutivelmente, no meio da pior crise financeira da sua história, até então. No limiar de atrasar o pagamento dos empréstimos estrangeiros, as instituições financeiras internacionais chegaram para reestruturar a economia do país. Para além dos cortes nas despesas com a educação, infraestruturas e saúde, o financiamento de programas como o Coplamar foi drasticamente cortado. Apesar dos protestos de membros das comunidades locais,

várias clínicas, muitas delas construídas pelos vizinhos, foram fechadas.

Alguns anos mais tarde, ressurgiu uma versão do Coplamar nas áreas rurais mexicanas, desta vez como um programa de transferência condicionada de rendimento, hoje conhecido por *Oportunidades*.

Conclusão

Esta breve análise de duas iniciativas de saúde rural mexicanas oferece abordagens distintas ao problema da saúde rural. Embora separadas por mais de quatro décadas, ambas as iniciativas eram financiadas pelo governo. Ainda que os objetivos fossem os mesmos—cuidados de saúde nas áreas rurais—estes programas não podiam ser mais diferentes. Ambos os exemplos ilustram os desafios de levar a cabo mudanças duradouras nas zonas rurais e a necessidade de rever problemas que se acreditavam resolvidos, ou no caminho para a resolução, em épocas anteriores. Ambos os programas foram em grande parte produto do momento em que foram idealizados: um centrava-se em soluções verticais, que caracterizaram o populismo da época de

Cardenas e o papel específico dos médicos; enquanto o outro, o programa Coplamar, se baseava mais nas comunidades para alcançar soluções de saúde. O serviço social obrigatório refletia a convicção nacional dos anos 30 nos programas de assistência e nas obrigações sociais das classes profissionais, enquanto o Coplamar demonstrou a influência global dos acordos de Alma Ata na sua dependência de praticantes tradicionais para responder à falta de médicos rurais. Embora o ano de serviço social continue a ser obrigatório para todos os estudantes de cuidados de saúde do México, continua marcado pela inabilidade de responder a questões de respeito pela cultura das populações indígenas. Embora o Coplamar tenha, surpreendentemente e com sucesso, integrado as populações locais em iniciativas nacionais de saúde, o programa de saúde rural foi vítima da crise do Peso mexicano em 1982, o que levou o governo a cortar a despesa pública em áreas como os cuidados de saúde. Apesar destas questões domésticas e dos desafios económicos, o México continua a criar novos programas visando levar a saúde a todos os cidadãos, tanto das áreas rurais como das urbanas.

Dra Gabriela Soto Laveaga
Universidade da Califórnia, Santa Bárbara
EUA

F I V E

NEPAL: PRIMARY HEALTH CARE, UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND FOREIGN AID

Foreign aid comes in many forms—both official and unofficial and ranging from the individual to the global. Together these have had a central role in the provision and shaping of healthcare and development in Nepal since 1951. In January of that year the USA gave the first foreign aid (US \$2000) in modern times and in February the authoritarian Rana regime ended bringing a new set of political leaders that wanted to modernise Nepal.¹ Providing healthcare for the wider population of Nepal was part of that process but many challenges lay ahead. Foreign aid involvement in health has increased considerably, but working in Nepal has often proved difficult and frustrating for donors. Exploring the factors influencing the implementation of aid, therefore, is important for understanding why projects and plans may not work as intended.

In 1951 the task facing the Nepalese government was enormous. Nepal was (and remains) one of the world's poorest countries. Its infrastructure was very limited and with an estimated literacy level of 2 per cent it had few

educated people to effect the changes needed or desired. Nepal is sandwiched between the regional powers of India and China and both, more commonly seen as non-traditional donors, began providing aid in the 1950s. Geographically Nepal is varied and challenging, extending from the hot plains of northern India to the icy peaks of the highest mountains in the world. In Nepal's first modern census in 1952/54, the population was nearly 8.5 million. A Hindu kingdom, Nepal in practice was culturally diverse and its population unevenly spread; importantly, 97 per cent lived in rural areas, with the mountains being the least densely populated. Life expectancy was estimated, since births and deaths were not recorded, to be just 28 years and the infant mortality rate 255/1000 live births.²

"Modern" medicine (as it is commonly referred to in Nepal) was limited and existed within a plural medical environment. In 1933 the Department of Health Services was established and made responsible for the promotion, regulation and management of facilities provided by the government—both "modern" and Ayurvedic. Nevertheless these services were inadequate for the overall population's health needs and very limited in rural areas. Not until the

1. S. Sharma, "A Century of Foreign Aid," introduction to *Foreign Aid and Politics in Nepal: A Case Study*, by Eugene Bramer Mihaly, *Foreign Aid and Politics in Nepal: A Case Study*, 2nd ed. (Lalitpur, Nepal: Himal Books, 2002), xix–lx.

2. H. Dixit, *Nepal's Quest for Health* (Kathmandu: Educational Publishing, 2005).

first national health survey in the mid-1960s did people inside and outside Nepal get a more comprehensive view about the country's health issues. Most Nepalese lived and died away from any formal healthcare. The government's first Five Year Plan in 1956 listed 34 hospitals with just 625 beds, 24 dispensaries and 63 Ayurvedic pharmacies (*aushadhalaya*). Health personnel consisted of basic level health workers, compounders, who distributed medicines and gave injections, dressers who attended to wounds and about 50 doctors who had trained in India.

How then was the government to proceed? Foreign aid was thought to be the answer—although there was less agreement about the kind of aid and what it would be used for. Unlike much of the South Asian region, Nepal had not been colonised and the country was ill prepared to cope with foreign aid and the demands both from donor projects and the many people from an increasing number of organisations and countries who began to arrive. Initially optimistic, donors underestimated the difficulties and had little understanding of the society in which they were working.³ Nevertheless the amount of aid grew, peaking in 1989 when 80 per cent of development expenditure was via foreign aid.

At first foreign aid was directed mainly towards economic and rural development, but some was used for health projects. In the 1950s, malaria eradication was supported by the WHO and USAID, and WHO also supported a nursing school. Aid's paradigm was "modern",

3. J. Justice, *Policies, Plans, & People: Foreign Aid and Health Development* (Kathmandu: Mandala in association with University of California Press, 1986).

i.e. western, medicine. Christian mission health services also began to develop after the government changed its stance to allow some non-proselytising activities. Health as a major focus for foreign aid came later with Primary Health Care (PHC) in the 1970s. Nepal had an official delegation at the Alma Ata conference and was a signatory of the 1978 declaration. Like most countries Nepal became committed to providing PHC to its citizens, focusing on the more limited version and with goals being set and revised over time. Donors provided money, goods and expertise and had considerable influence on policies and plans, but the Nepalese government, was already committed in the 1960s to a more community health approach and wanted to move away from vertical to integrated programmes.

Khunde Hospital⁴

The Khunde hospital provides an interesting case study on the challenges facing donor aided healthcare in Nepal. It was in the 1960s that New Zealander Sir Edmund Hillary, who in 1953 with Tenzing Norgay had made the successful first ascent of Mt Everest, received permission from the Nepalese government to build a small hospital. Khunde Hospital was built in 1966 to provide free, basic medical services (both curative and preventive) and medicines for the approximately 3000, mainly Sherpa inhabitants of the remote Mt Everest region, near Nepal's northern border. This rugged area still has no roads, but mountaineering and tourism have underpinned its economic development and this has brought considerable change. Most people are

4. S. Heydon, *Modern Medicine and International Aid: Khunde Hospital, Nepal 1966–1998* (New Delhi: Orient BlackSwan, 2009).

seen and treated as outpatients (now about 8000 annually), but the hospital also has inpatient facilities and today runs village clinics to bring services closer to where people live. As Nepal had few trained health workers, overseas medical volunteers assisted by local personnel staffed the hospital until 2002. The project has been run by an NGO, the Himalayan Trust—but since 2002 from Nepal rather than New Zealand. It also has had considerable Canadian involvement, with both NGO and official government aid through the Canadian International Development Agency (CIDA). Further aid is provided through visitor donations.

Although small, Khunde Hospital's story of the introduction and spread of modern healthcare and the implementation of an aid project over nearly fifty years, tells us much that has wider applicability. It highlights the importance of infrastructural support, multiple viewpoints, time and relationships, and how these all may influence what happens at any given time for any given issue. Both change and continuity are important forces. Two main lessons can be drawn: firstly, that even where a project seemingly has had everything in place, things still may not go as planned; and, secondly, that even if an outcome appears the same, people bring different perspectives to bear on issues and these all matter.

As a project, Khunde Hospital has been staffed continuously since it was opened and has provided a wide range of services and medicines. A lack of staff, not being open and insufficient medicines are often used to help explain why people may not use health services as intended. These factors are important, but other explanations also

need thinking about. The first doctor thought that when people saw the superiority of the hospital's medicine, the existing spirit-based beliefs and practices would disappear. They did not. People used the hospital pragmatically and selectively, based on perceptions of whether using the hospital was appropriate. Staff soon learned to be both reactive and proactive, as they continued to work in a plural medical environment.

Changes have come—but not as quickly, or as wholeheartedly, as donors might have expected. Although antenatal and delivery services were available, it was two years before the first baby was born at the hospital. Modern scientific knowledge was not necessarily accepted as superior to other explanations. Only in 1997 did most parents in an upper valley decide to bring their children for vaccination. A baby had died in 1980 following an injection (not a vaccination) and people were reluctant to have any form of injection. Implementation of a policy, however important such as dealing with the area's severe iodine deficiency, over time could fluctuate as staff also needed to respond to a range of other health issues, acutely ill patients, practical or external factors and donor demands. Not until the 1990s was iodised salt widely available and used and could replace the iodised oil injections. Today the problem is classified as mild.

One of the strengths of the project has been its longevity and the hospital is well accepted in the community. Plans to train a Sherpa doctor began in the 1970s—but for many reasons a Sherpa doctor in charge of the hospital only became a reality in 2002. Yet throughout this time

policies were in place and funding available. One example, however, where the project might be considered to have “failed” concerns community participation, a key aspect of the Primary Health Care programme. The community are involved in many ways, but the project, despite several attempts, does not have a functioning community hospital committee. Working with Sherpas as equals, however, has been the core relationship in Hillary’s aid programme and predates the concept of partnership as a mainstream international development idea.

From these varied examples it becomes evident that many factors and viewpoints have influenced healthcare provision from Khunde Hospital. These multiple perspectives all mattered as the hospital’s experience with village health workers illustrates. From a medical perspective, factors such as access, appropriate services nearer to where people lived, knowledge and training are relevant. From a Sherpa perspective, education and training requirements, employment opportunities, competition from trekking, levels of pay, status of health work and cultural concerns about having single female health workers are issues. From an aid perspective, the different donors had their own ideas about how they wanted their money to be spent, ideas that also changed over time. In wider aid circles, the emphasis shifted to having female village health workers. In 2008, Khunde Hospital had three clinics where there were well-trained, female village health workers who could provide a good standard of basic preventive and curative programmes in the community. Getting there, however, was a complex process and the situation continues to change.

Looking to the future there are challenges. Some are specific to the project such as its sustainability and viability in a region where now there could be said to be oversupply. Others relate to different health challenges such as the cost and management of non-communicable disease in a primary care setting. Medicines have been central to the introduction and spread of modern healthcare in the Mt Everest area with many older people’s first experience of modern medicines being a smallpox vaccination during the 1963 smallpox epidemic.⁵ Khunde Hospital soon became the main supplier of medicines and until very recently there were no pharmacies in the region. Today the small community is concerned about deaths from stomach cancer; published research by hospital staff shows the rate to be high and that the high prevalence of *H pylori* is significant.⁶ As elsewhere, other chronic, non-communicable disease (NCD), such as diabetes, is increasing. The medicines needed in today’s Universal Health Coverage environment, therefore, are different from those of 1970s Primary Health Care, often need to be taken long term, require appropriate management and supply, and will cost more. They are also different from the essential medicines currently provided free by the government at its health posts, although the government has plans to include medicines for NCDs. People’s expectations throughout Nepal are increasing, but how to pay for medicines for NCDs presents challenges for

5. S. Heydon, “Medicines, Travellers and the Introduction and Spread of ‘Modern’ Medicine in the Mt Everest Region of Nepal,” *Medical History* 55, no. 4 (2011): 503–21.
6. T. W. Sherpa et al., “The Prevalence of *Helicobacter Pylori* Infection in Sherpa Residents of the Upper Khumbu, an Isolated Community in Eastern Nepal,” *New Zealand Medical Journal* 125, no. 1365 (2012): 30–37.

both patients and funders—and not just in countries such as Nepal.

Providing healthcare to its population who continue to mostly live in rural areas has been at the heart of Nepalese government health policy since 1951 and foreign aid collectively has had considerable influence in its development and implementation. Challenges and slow progress, however, have often frustrated donors as plans and projects often did not work as intended. A detailed case study over time of even a small aid project can help us to better understand why this may occur. Since the 1960s Khunde Hospital has been staffed and provided services, has been supplied with medicines and well thought of in

the community. These are all important, but other factors also are relevant. If you want people to use a service, adopt a new way of doing something and so on, you also need to understand the way things work on the ground from people's different perspectives, that there are multiple viewpoints and that many things may be going on at the same time, that implementing policies and bringing about change takes time, that progress may be up and down and especially that people and relationships are crucial to your success.

Dr Susan Heydon
University of Otago
New Zealand

C I N C O

NEPAL: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E AJUDA ESTRANGEIRA

A ajuda estrangeira assume diversas formas: pode ser oficial e não oficial e vai do individual ao global. A combinação destas formas teve um papel central na prestação e na configuração dos cuidados de saúde e do desenvolvimento no Nepal, desde 1951. Em janeiro daquele ano, os EUA deram a primeira ajuda estrangeira da era moderna (US\$ 2000) e em fevereiro o regime autoritário Rana chegou ao fim, dando lugar a um novo grupo de líderes políticos que queriam modernizar o Nepal.¹ Prestar cuidados de saúde à população nepalesa fazia parte desse processo; mas colocam-se muitos desafios. A participação de ajuda estrangeira nos cuidados de saúde aumentou consideravelmente; porém, trabalhar no Nepal tem-se revelado difícil e frustrante para os doadores. Por isso, é importante explorar os fatores que influenciam a implementação da ajuda, para compreender porque os projetos e planos podem não funcionar como pretendido.

Em 1951, a tarefa com que se deparava o governo nepalês era enorme. O Nepal era (e continua a ser) um dos países mais pobres do mundo. As suas infraestruturas eram muito limitadas e, com um nível estimado de alfabetização de 2 por cento, tinha poucas pessoas com educação formal

que concretizassem as mudanças necessárias ou desejadas. O Nepal está “entalado” entre as potências regionais da Índia e da China, e ambas, geralmente consideradas como doadoras não tradicionais, começaram a fornecer ajuda nos anos 50. Geograficamente, o Nepal é muito variado e desafiador, estendendo-se desde as planícies quentes do norte da Índia até aos picos gelados das montanhas mais altas do mundo. No primeiro recenseamento nepalês da época moderna, em 1952/54, a população era cerca de 8,5 milhões. Embora sendo um reino Hindu, na prática, o Nepal era culturalmente diversificado e a sua população estava desigualmente distribuída. Significativamente, 97 por cento vivia em zonas rurais, sendo as montanhas as regiões de menor densidade populacional. A esperança de vida estimada, uma vez que os nascimentos e os óbitos não eram registados, era de apenas 28 anos, e a taxa de mortalidade infantil era de 255 por cada 1000 nados vivos.²

A medicina “moderna”, como é geralmente denominada no Nepal, era limitada e existia num ambiente de pluralismo médico. Em 1933, estabeleceu-se o Departamento dos Serviços de Saúde, responsável pela promoção, regulação e administração de serviços oferecidos pelo governo—tanto de medicina “moderna” como de aiurvédica. No entanto,

1. S. Sharma, “A Century of Foreign Aid,” introduction to *Foreign Aid and Politics in Nepal: A Case Study*, by Eugene Bramer Mihaly, *Foreign Aid and Politics in Nepal: A Case Study*, 2nd ed. (Lalitpur, Nepal: Himal Books, 2002), xix–lx.

2. H. Dixit, *Nepal's Quest for Health* (Catmandu: Educational Publishing, 2005).

estes serviços não respondiam às necessidades de saúde da população e eram muito limitados nas áreas rurais. Só após o primeiro inquérito nacional de saúde, em meados dos anos 60, se teve uma ideia mais abrangente, dentro e fora do Nepal, sobre os problemas de saúde do país. A maior parte dos nepaleses vivia e morria longe de qualquer tipo de cuidados de saúde formais. O primeiro Plano Quinquenal do governo, em 1956, registava 34 hospitais com apenas 625 camas, 24 dispensários e 63 farmácias aiurvédicas (*aushadhalaya*). O pessoal de saúde consistia em funcionários do nível básico, assistentes médicos que distribuíam medicamentos e aplicavam injeções, auxiliares que tratavam de feridas e cerca de 50 médicos treinados na Índia.

Como podia então o governo avançar? A ajuda estrangeira foi considerada a alternativa, embora não houvesse acordo sobre o tipo de ajuda e para o que deveria ser usada. Ao contrário da maior parte do sul da Ásia, o Nepal não tinha sido colonizado e o país estava mal preparado para lidar com a ajuda estrangeira, com as exigências dos projetos doadores e das muitas pessoas pertencentes ao número crescente de organizações e países que começaram a chegar. Inicialmente otimistas, os doadores subestimaram as dificuldades e tinham um entendimento limitado sobre a sociedade onde estavam a trabalhar.³ Ainda assim, o volume de ajuda aumentou, atingindo o auge em 1989, quando 80 por cento das despesas de desenvolvimento eram provenientes da ajuda estrangeira.

3. J. Justice, *Policies, Plans, & People: Foreign Aid and Health Development* (Catmandu: Mandala in association with University of California Press, 1986).

De início, essa ajuda destinou-se, sobretudo, ao desenvolvimento económico e rural, mas uma parte foi usada em projetos de saúde. Nos anos 50, a erradicação da malária teve o apoio da OMS e da USAID; a OMS também apoiou o estabelecimento de uma escola de enfermagem. O paradigma da ajuda era a medicina “moderna”; i.e., ocidental. Os serviços de saúde das missões tinham também começado a desenvolver-se depois que o governo mudou a sua posição e permitiu algumas atividades não proselitistas. O lugar central da saúde na ajuda estrangeira veio mais tarde com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), nos anos 70. O Nepal teve uma delegação oficial na conferência de Alma Ata e foi um dos signatários da declaração de 1978. Como a maioria dos países, o Nepal comprometeu-se a proporcionar CSP aos seus cidadãos, centrando-se na versão mais restrita e com objetivos estabelecidos e revistos ao longo do tempo. Os doadores providenciavam dinheiro, produtos e conhecimento especializado e tinham grande influência nas políticas e planos; mas, nos anos 60, o governo nepalês já tinha adotado uma abordagem mais baseada na saúde comunitária e procurava afastar-se dos programas verticais para se aproximar dos integrados.

O Hospital de Khunde⁴

O hospital de Khunde constitui um interessante estudo de caso sobre os desafios colocados aos cuidados de saúde com financiamento estrangeiro no Nepal. Foi nos anos 60 que o neozelandês Sir Edmund Hillary—que em 1953, com Tenzing Norgay, tinha feito a primeira escalada bem-

4. S. Heydon, *Modern Medicine and International Aid: Khunde Hospital, Nepal 1966–1998* (Nova Deli: Orient BlackSwan, 2009).

sucedida do monte Everest—teve permissão do governo nepalês para construir um pequeno hospital. O hospital de Khunde foi construído em 1966, para prestar serviços médicos básicos (curativos e preventivos) e gratuitos, bem como distribuir medicamentos, aos aproximadamente 3 mil habitantes, maioritariamente Sherpa, da região do monte Everest, próximo da fronteira norte do Nepal. Esta região acidentada ainda não tem estradas, mas o montanhismo e o turismo estimularam o seu desenvolvimento económico e isso trouxe mudanças significativas. A maioria das pessoas é assistida em ambulatório (cerca de 8 mil anualmente), mas o hospital também tem instalações para internamento e, atualmente, gere clínicas nas aldeias de modo a levar os serviços para mais perto das áreas de residência das pessoas. Uma vez que o Nepal tinha poucos técnicos de saúde qualificados, médicos voluntários estrangeiros assistidos por pessoal local constituíam o pessoal hospitalar até 2002. O projeto tem sido administrado por uma ONG, a Himalayan Trust – desde 2002, a partir do Nepal, em vez da Nova Zelândia. Também tem tido um significativo envolvimento canadiano, com ajuda governamental e de ONG, através da Agência Internacional Canadiana para o Desenvolvimento (CIDA). Outras ajudas advêm de donativos dos visitantes.

Embora pequeno, a história do hospital de Khunde na introdução e disseminação dos cuidados de saúde modernos e na implementação de um projeto de assistência ao longo de 50 anos, diz-nos muito e tem aplicações mais vastas. Esta história realça a importância do apoio das infraestruturas, de múltiplos pontos de vista, do tempo e das relações, e como

tudo isto pode influenciar o que acontece num determinado momento, em relação a qualquer questão. Tanto a mudança como a continuidade são forças importantes. Podemos tirar duas lições principais: primeiro, mesmo quando um projeto tem aparentemente tudo no lugar, as coisas podem não correr como planeado; segundo, mesmo que um resultado pareça o mesmo, as pessoas têm diferentes perspectivas sobre os assuntos, e todas elas importam.

Como projeto, o Hospital de Khunde tem tido sempre pessoal, desde a sua abertura, e tem providenciado um vasto leque de serviços e medicamentos. Pessoal insuficiente, encerramento e falta de medicamentos são recorrentemente usados para explicar porque razão as pessoas não podem usar os serviços de saúde como pretendido. Estes fatores são importantes, mas outras explicações também requerem reflexão. O primeiro médico pensou que, quando as pessoas vissem a superioridade da medicina do hospital, as crenças e práticas locais, baseadas na espiritualidade, desapareceriam. Não foi assim. As pessoas usavam o hospital pragmática e seletivamente, baseando-se em percepções sobre se era apropriado fazê-lo. O pessoal em breve aprendeu a ser reativo e proactivo, à medida que continuava a trabalhar num ambiente de pluralismo médico.

Houve mudanças, mas não tão rápidas ou entusiásticas como os doadores esperariam. Embora serviços pré-natal e de partos estivessem disponíveis, demorou dois anos até que nascesse o primeiro bebé no hospital. O conhecimento científico moderno não era necessariamente aceite como superior a outras explicações. Foi só em 1997 que um grupo de pais, de um vale mais elevado, decidiu trazer os seus

filhos para vacinação. Em 1980, tinha morrido um bebê, depois de um injeção (não uma vacinação), e as pessoas mostravam-se relutantes em aceitar qualquer forma de injeção. A implementação de uma política, por mais importante, como resolver o grave problema da carência de iodo existente na região, podia variar ao longo do tempo, conforme o pessoal de saúde precisava de atender uma variedade de outros problemas de saúde, doentes graves, fatores práticos ou externos, e exigências dos doadores. O sal iodado só se tornou disponível e usado em larga escala nos anos 90, substituindo as injeções de óleo iodado. Atualmente, o problema é classificado como moderado.

Um dos pontos fortes do projeto tem sido a sua longevidade e o hospital é bem aceite na comunidade. Nos anos 70, iniciaram-se os planos para o treinamento de um médico Sherpa, mas, por diversas razões, apenas em 2002 o hospital passou a ser dirigido por um. Ainda assim, durante esse tempo, puseram-se programas em prática e houve disponibilidade de financiamento. No entanto, pode-se considerar que o projeto “falhou” em um aspeto—a participação da comunidade, elemento chave do programa de Cuidados de Saúde Primários. A comunidade está envolvida de diversas maneiras, porém, apesar de inúmeras tentativas, o hospital não tem uma comissão comunitária em funcionamento. Contudo, trabalhar com os Sherpas em igualdade tem sido a forma de relacionamento privilegiada no programa de ajuda de Hillary e é anterior ao conceito de parceria como ideia do desenvolvimento internacional dominante.

Destes diferentes exemplos, torna-se evidente que muitos fatores e pontos de vista influenciaram o provimento de cuidados de saúde no hospital de Khunde. Todas essas perspectivas tiveram importância, como mostra a experiência do hospital com os funcionários de saúde das aldeias. Numa perspectiva médica, fatores como acesso, serviços apropriados mais próximos da residência das pessoas, conhecimento e treinamento são relevantes. Na perspectiva dos Sherpa, a necessidade de educação e treinamento, as oportunidades de emprego, o apelo do turismo, o nível dos salários, o estatuto do trabalho em saúde e as reservas culturais sobre funcionárias de saúde do sexo feminino solteiras são importantes. Do ponto de vista da ajuda, os diferentes doadores têm as suas próprias ideias sobre como querem que o seu dinheiro seja gasto, ideias essas que também variaram ao longo do tempo. Em círculos mais amplos de ajuda, a ênfase mudou para o ter-se funcionárias de saúde do sexo feminino. Em 2008, o hospital de Khunde tinha três clínicas com funcionárias de saúde bem treinadas que podiam aplicar programas preventivos e curativos básicos de boa qualidade na comunidade. Contudo, alcançar esse ponto foi um processo complexo e a situação continua a mudar.

O futuro traz desafios. Alguns são específicos do programa, tais como a sua sustentabilidade e visibilidade, numa região onde se pode dizer que há agora um excesso de oferta. Outros estão relacionados com diferentes desafios da saúde, tais como o custo e a gestão das doenças não-transmissíveis num espaço de cuidados primários. Os medicamentos têm sido fundamentais para a introdução

e disseminação dos cuidados de saúde modernos na área do monte Everest, onde a primeira experiência de muitas pessoas mais velhas com medicamentos modernos foi a vacinação antivariólica, durante a epidemia de varíola em 1963.⁵ O hospital de Khunde depressa se tornou o principal fornecedor de medicamentos e até muito recentemente não existiam farmácias na região. Hoje, a pequena comunidade está preocupada com as mortes por cancro de estômago. Investigações publicadas por funcionários do hospital mostram um número elevado de casos e significativa prevalência de *H pylori*.⁶ Como em outros locais, outras doenças crónicas e não-transmissíveis, como a diabetes, estão a aumentar. Os medicamentos necessários no contexto atual de Cobertura Universal de Saúde são diferentes dos incluídos nos Cuidados de Saúde Primários dos anos 70, têm muitas vezes de ser tomados por um longo período de tempo, requerem provimento e gestão apropriados e são mais caros. São também diferentes dos medicamentos essenciais que no presente o governo disponibiliza gratuitamente nos seus postos de saúde, embora este tencione contemplar medicamentos para as doenças não-transmissíveis. As expectativas das pessoas em todo o Nepal estão a aumentar, mas pagar os medicamentos para as doenças não-transmissíveis ainda representa um desafio tanto para os pacientes como para os financiadores; e não apenas em países como o Nepal.

5. S. Heydon, "Medicines, Travellers and the Introduction and Spread of 'Modern' Medicine in the Mt Everest Region of Nepal," *Medical History* 55, no. 4 (2011): 503–21.
6. T. W. Sherpa et al., "The prevalence of Helicobacter Pylori Infection in Sherpa Residents of the Upper Khumbu, an Isolated Community in Eastern Nepal," *New Zealand Medical Journal* 125, no. 1365 (2012): 30–37.

Prestar cuidados de saúde à sua população que continua a viver maioritariamente em áreas rurais tem sido o cerne das políticas de saúde do governo nepalês desde 1951; e a ajuda estrangeira teve uma influência considerável no seu desenvolvimento e implementação. No entanto, desafios e avanços lentos muitas vezes frustraram os doadores, uma vez que os planos e projetos frequentemente não funcionaram como previsto. Um estudo de caso detalhado sobre apenas um pequeno projeto de ajuda, ao longo do tempo, permite-nos compreender melhor porque podem suceder estas coisas. Desde os anos 60, o hospital de Khunde tem pessoal e presta serviços, recebe medicamentos e é bem aceite pela comunidade. Estes fatores são importantes, mas outros são também relevantes. Se queremos que as pessoas utilizem um serviço ou adotem uma nova maneira de fazer algo, temos também de compreender como as coisas funcionam no terreno, de acordo com as diferentes perspectivas das pessoas. Temos de perceber que existem múltiplos pontos de vista e que muitas coisas podem estar a acontecer ao mesmo tempo; implementar políticas e conseguir mudanças leva tempo, e os avanços podem ter altos e baixos, mas as pessoas e os relacionamentos são cruciais para o nosso sucesso.

Dra Susan Heydon
Universidade de Otago
Nova Zelândia

S I X

FROM PIONEER TO PARIAH TO A POST-APARTHIED PHOENIX? PRIMARY HEALTH CARE IN SOUTH AFRICA

The origins of an organised, state-subsidised form of primary health care (PHC) service in South Africa, began in the segregationist (though pre-apartheid) World War Two era. At that time a worsening public health care system and more reformist political climate enabled the establishment of a network of PHC centres across the country. PHC was initiated by a married couple of socially-conscious doctors, Sidney and Emily Kark, who were employed by the Department of Health. In 1939 they piloted a new type of PHC service in the area of Pholela, an underserved, impoverished and rural African ‘reserve’ area at the foothills of the Drakensberg mountains in the province of Natal.¹ At the time, public health care services, for many living in South Africa but particularly for its majority black population, were in a state of serious neglect, which consequently resulted in the spread of many diseases. It was in Pholela, a community representative of many others, where the Karks were given the task of scaling back diseases, and making public health care services more accessible and appropriate for the community they served.

After arriving in Pholela and assessing the situation, the Karks saw that opening another clinic, which simply treated established diseases, would not solve the many

health care problems that affected this community. Tuberculosis, syphilis, typhoid, bacillary dysentery and measles were common killers, as were nutritional diseases such as pellagra and kwashiorkor. They needed to develop a comprehensive or holistic approach that provided curative, but also importantly, preventive and health educational services. For this to work properly, they also realized that their services could not be imposed on the people from the top-down, but had to be bottom-up, community-oriented and community-based.

A core element of the Karks’ approach was that health personnel at their centre worked in a multi-skilled team. Over the years, it was composed of qualified nurses, university-trained medical aids to assist the doctors, but also a variety of community health workers (CHWs); most of whom were locally-recruited (to help reduce suspicion of outsiders) and ‘on-the-job’ trained in preventive and health promotion techniques. While the doctors, medical aids and nurses did most of the curative work, the CHWs were regularly sent to different parts of the Pholela community to survey the health of individuals and families, monitor the spread of diseases, identify and encourage early treatments for common diseases, and to provide preventive and health educational advice. This included the promotion of personal and environmental hygiene, such as protection of

1. Sidney and Emily Kark, *Promoting Community Health: From Pholela to Jerusalem* (Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1999).

clean water supplies and safe waste removal, as well as the promotion of good nutrition, by encouraging people to plant vegetable gardens. Regular team meetings ensured that all personnel were kept abreast of major biomedical, social-economic, cultural and environmental issues affecting the Pholela community's health.

In a short space of time, this comprehensive primary level health care service led to significant reductions in many infectious and preventable diseases in the local community. In the early 1940s when the government-appointed National Health Services Commission was asked to report back on its investigation as to the best way forward to provide an improved health care service for South Africa, the efforts of the Karks and their team at Pholela were lauded. By 1946 they became the model for the development of a nation-wide network of state-subsidised PHC centres as part of the country's new National Health Service plan.

Accompanying this new plan was the formation of the Institute of Family and Community Health (IFCH), which became the Department of Health's main training site for the staff of the country's new health centres. The Karks were asked to move from Pholela to the coastal city of Durban to develop this training programme. The IFCH offered three to six months postgraduate courses for already qualified doctors and nurses, and full courses extending from one to three years, for various categories of CHWs.² In addition to seminars and demonstrations, training by specialists took

place in a number of urban, peri-urban and rural health centres that were attached to the Institute, and included subjects such as: home, family and community health, nutrition, personal and environmental hygiene, infectious disease control, epidemiological methods, mental and behavioural disorders, and laboratory and survey work.

Nevertheless, despite these forward-thinking health care and training initiatives, the incorporation of PHC as a key focus area within the country's established medical schools did not follow suit. There were two main reasons for this. Firstly, a long history of training doctors (the majority of whom were white) to practice a disease-oriented, curative, and hospital-based type of medicine in line with most 'developed' countries, produced little interest in changing a tried and tested formula. Secondly, an altered political context, which saw the promotion of an increasingly discriminatory apartheid environment, came to influence the story of the development of PHC in South Africa from the 1950s.

Rather, PHC training for student doctors in South Africa was initiated at a new, largely state-funded medical school, which opened its doors for 'non-Europeans', under the aegis of the University of Natal, in 1951.³ A good example of the government's 'separate development' approach, this school was caught up in apartheid politics from the start. In fact, one of the strongest reasons for building it in Durban was to link it to the IFCH whose health centres, it was envisaged, could then be used as a practical training

2. Karks, *Promoting Community Health*, especially Chapter 7: "The Institute of Family and Community Health".

3. Vanessa Noble, *A School of Struggle: Durban's Medical School and the Education of Black Doctors in South Africa* (Scottsville, Pietermaritzburg: University of KwaZulu-Natal Press, 2013).

base for black students, many of whom would staff the country's new health centres which were located mostly in 'non-European' areas.⁴

Soon after opening, the Dean of this medical school, Dr G. W. Gale, approached the Rockefeller Foundation for financial assistance. By the mid-1950s, after intensive negotiations, a five-year funding package was provided to help create a new Department of Social, Preventive and Family Medicine. Because of his experience, Sidney Kark was asked to head this initiative.⁵ The new department worked within the framework of Social Medicine, an approach that promoted a more sophisticated and holistic understanding of the complex and multi-layered causes of ill-health. The medical curriculum was extended from six to seven years to enable the teaching of additional Humanities and Social Science subjects, such as English, History and Sociology, as well as Psychology in the preclinical years. These subjects were then built upon during the clinical years when students were required to spend equal amounts of time learning in hospital wards, and doing "family practice" clerkships as members of multi-skilled teams in the IFCH's health centres.

Thus, this fledgling medical school, instead of conforming to the usual hospital-based training, committed itself to what became known as a Community-Oriented Primary Health Care (COPC) approach. It taught students how

to prevent diseases as well as how to treat them; and to appreciate the complex biomedical but also wider socio-economic, environmental, and cultural causes of ill-health. It also actively sought to teach doctors to promote good health through health education strategies for individuals, families and neighbourhoods in primary level community spaces beyond the walls of the teaching hospital.

However, this institutional effort to train students in progressive COPC approaches did not last long. By the late 1950s it faced mounting hostility.

The strongest opposition came from more reactionary, apartheid-era politicians who increasingly objected to their predecessor government's leftist-leaning "socialist health centre movement." In an era of heightened anti-communist rhetoric during the Cold War, the association of "social medicine" with "socialised medicine"—which was based on Kark and his team's free distribution of food and milk to impoverished patients at health centres—was considered too threatening.⁶ So too were their grass-roots approaches that encouraged patient empowerment through health education, and their focus on the underlying socio-economic causes of many diseases. As a result, from the late 1950s, no new health centres were built, funding was cut for personnel, most health centres had either been closed or converted into out-patient curative clinics, and many of the country's senior COPC advocates had emigrated. Furthermore, once the Rockefeller Foundation's funding dried up at the end of 1960, the IFCH was formally closed

4. G. W. Gale, "The Aftermath: The Gluckman Report an Abiding Value," in *Abiding Values: Speeches and Addresses*, Henry Gluckman (Johannesburg: Caxton, 1970), 495–518.
5. S. L. Kark, "Family and Community Practice in the Medical Curriculum: A Clinical Teaching Program in Social Medicine," *Journal of Medical Education* 34, no. 9 (1959): 905–10.

6. Shula Marks, "South Africa's Early Experiment in Social Medicine: Its Pioneers and Politics," *American Journal of Public Health* 87, no. 3 (1997): 456.

and the teaching of COPC was phased out at the medical school, bringing it firmly into line with the curative-focused, hospital-based educational models of their contemporaries.

The world gained from the relocation of South Africa's COPC leading lights. In more politically-supportive environments, the Karks and their colleagues found receptive ground for their public health care and medical educational ideas. In countries such as the USA and Israel, they built upon the lessons learnt in South Africa, and trained countless numbers of people who then spawned similar projects in places around the world. In 1978, their efforts achieved international recognition when the COPC approach was formally endorsed by the WHO at its Alma Ata conference as the most effective way forward to provide improved health care for all.

However, the official abandonment of COPC in South Africa meant that its public health care services remained hopelessly inadequate. Policies that encouraged fragmentation and racial inequalities in health care services, as well as an overemphasis on expensive, curative approaches, produced a dire health situation that saw the rampant spread of diseases, especially in black townships and rural areas. Yet, unofficially, several things kept COPC alive in the 1960s and in later years. Medical students in Durban, inspired by their predecessors, continued to explore the value of COPC outside the formal curriculum at reading groups, students' workshops, and by volunteering on weekends and during the holidays at community clinics. Similar activities were encouraged too by progressive

students' organisations at some of the English-speaking universities, such as the Universities of Cape Town and the Witwatersrand. Some black medical student campaigners also politicised the issue and actively promoted the merits of COPC amongst their colleagues and in various black communities.⁷

By the 1980s, a number of doctors of all races strongly criticised, on ethical grounds, the worsening abuses and inequalities of apartheid medicine, and joined new organisations such as the National Progressive Primary Health Care Network (NPPHCN) to combat these inequalities.⁸ As members of progressive health organisations (the NPPHCN also aligned itself with the non-racial, anti-apartheid organisation, the United Democratic Front), these doctors worked actively to build community level PHC projects around the country, raise awareness and NGO funds for their projects, and campaigned to promote PHC as a national strategy to counteract the rapidly deteriorating health care services for the majority of South Africans.

These activities managed to keep the COPC flame burning until the apartheid government began negotiations

7. For more on medical students' activities in Durban, see Noble, *A School of Struggle*, especially Chapter 7. And for students' extra-curricular PHC activities in organisations like SHAWCO on campuses like UCT in the 1980s, see for example, Stuart Saunders, *Vice-Chancellor on a Tightrope: A Personal Account of Climatic Years in South Africa* (Cape Town: David Philip, 2000), 104–105.
8. Laurel Baldwin-Ragaven, Jeanelle de Grunchy and Leslie London, ed., *An Ambulance of the Wrong Colour: Health Professionals, Human Rights and Ethics in South Africa* (Cape Town: University of Cape Town Press, 1999). Also see Keegan Kautzky and Stephen M. Tollman, "A Perspective on Primary Health Care in South Africa," *South African Health Review* (2008): 17–30, www.hst.org.za/uploads/files/chap2_08.pdf accessed 9 January 2015.

with the exiled African National Congress (ANC). This eventually led to the democratic transition in 1994. What is more, a number of exiled doctors who had been influenced by a more supportive global trend towards PHC from the late 1970s, returned to South Africa in the early 1990s to help restructure a new national health plan along these lines.

This instigated an important step forward for PHC in the country, though in practice, it has not been easy. ANC support has ensured strong support at the national level, which has also led to responsive changes being made in medical schools. During the first decade of the twenty-first century the South African government has committed itself to implementing major health care reforms and to providing what the WHO has termed “universal health coverage” for its citizens. This has included discussions to establish a new National Health Insurance (NHI) system to provide quality public health care services for all to be funded primarily by general tax revenues.⁹

However, undoing the deeply entrenched inequalities, health service fragmentations, and curative, hospital-focused priorities of the apartheid era, has proved more difficult. Limited resources, inadequacies in the public health sector, shortages of adequately trained health workers, deficiencies in health system leadership, as well as the changing burden of diseases (e.g. HIV/AIDS), continue to limit progress. As of 2014, the NHI system has not been

finalised and financing and other policy issues outlining its details are still under discussion.

The history of PHC in South Africa has been a complex one, but its story is still in progress. With much work still to do and difficulties to overcome, we shall have to wait and see how universal health coverage will unfold in the years to come.

Dr Vanessa Noble
University of KwaZulu-Natal
South Africa

9. John Ele-Ojo Ataguba and James Akazili, “Health Care Financing in South Africa: Moving towards Universal Coverage,” *Continuing Medical Education* 28, no. 2 (February 2010): 74–78.

DE PIONEIRO A PÁRIA, A FÉNIX DO PÓS-APARTHEID? CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ÁFRICA DO SUL

As origens de um serviço de cuidados de saúde primários (CSP) organizado e subsidiado pelo Estado, na África do Sul, remontam à era segregacionista (mas pré-apartheid) da Segunda Guerra Mundial. Nessa altura, um sistema de saúde pública em falência e um clima político reformista permitiram o estabelecimento de uma rede de centros de CSP em todo o país. Os CSP foram iniciados por Sidney e Emily Kark, um casal de médicos com consciência social, empregados pelo Departamento de Saúde. Em 1939 deram início a um novo tipo de CSP na área de Pholela, uma “reserva” rural africana com carência de serviços, empobrecida, situada no sopé das montanhas Drakensberg, na província de Natal.¹ Nessa época, para muitos dos habitantes da África do Sul, mas especialmente para a maioria negra, os serviços públicos de cuidados de saúde encontravam-se sujeitos a completa negligência, resultando na disseminação de muitas doenças. Foi em Pholela, uma comunidade como tantas outras, que foi dada aos Kark a tarefa de reduzir as doenças e tornar os serviços públicos de cuidados de saúde mais acessíveis e adequados à comunidade que serviam.

Depois de chegarem a Pholela e de avaliarem a situação, os Kark perceberam que abrir uma clínica apenas para tratar as doenças locais não resolveria os muitos problemas de

cuidados de saúde dessa comunidade. Tuberculose, sífilis, febre tifoide, disenteria bacilar e sarampo eram causas de morte comuns, tal como as doenças de nutrição, como a pelagra e o kwashiorkor. Era preciso desenvolver uma abordagem inclusiva ou holística que prestasse serviços curativos, mas também, e mais importante, serviços preventivos e de educação para a saúde. Perceberam também que, para que funcionassem, os seus serviços não podiam ser impostos às pessoas a partir de cima; antes, tinham que partir de baixo, ser orientados para a comunidade e baseados nela.

Um elemento chave da abordagem dos Kark foi o facto de o pessoal de saúde empregado no seu centro trabalhar numa equipa polivalente. Ao longo dos anos, esta equipa foi composta por enfermeiros qualificados, auxiliares médicos com formação universitária para ajudar os médicos, além de uma variedade de agentes comunitários de saúde (ACS), a maioria dos quais era recrutada localmente (para reduzir as desconfianças em relação a estranhos) e treinada no terreno, nas técnicas de saúde preventiva e de promoção da saúde. Enquanto os médicos, os auxiliares médicos e os enfermeiros faziam a maior parte do trabalho curativo, os ACS eram regularmente enviados para diferentes partes da comunidade de Pholela para avaliar a saúde dos indivíduos e das famílias, monitorizar a disseminação de doenças,

1. Sidney e Emily Kark, *Promoting Community Health: From Pholela to Jerusalem* (Joanesburgo: Witwatersrand University Press, 1999).

identificar e encorajar o tratamento precoce das mais comuns e prestar aconselhamento sobre educação para a saúde e saúde preventiva. Este aconselhamento incluía a promoção de higiene pessoal e ambiental, tal como a proteção dos reservatórios de água limpa e a remoção segura do lixo, bem como a promoção de boa nutrição, encorajando as pessoas a plantar hortas. Reuniões periódicas da equipa garantiam que todo o pessoal estava a par dos principais factos biomédicos, socioeconómicos, culturais e ambientais que afetavam a saúde da comunidade de Pholela.

Num curto espaço de tempo, esta abrangência dos cuidados de saúde primários conduziu a reduções significativas de muitas doenças infecciosas e evitáveis na comunidade local. No início da década de 40, quando foi pedido à Comissão Nacional dos Serviços de Saúde, nomeada pelo governo, um relatório das suas pesquisas sobre a melhor forma de avançar no provimento de serviços de saúde na África do Sul, os esforços dos Kark e da sua equipa em Pholela foram louvados. Em 1946, tornaram-se o modelo para o desenvolvimento de uma rede nacional de centros de CSP subsidiados pelo Estado, como parte do novo plano Nacional de Serviços de Saúde do país.

Acompanhando este novo plano estava a formação de um Instituto de Saúde da Família e da Comunidade (ISFC), que se tornou o principal centro de formação do Departamento de Saúde, para o pessoal dos novos centros de saúde do país. Os Kark foram convidados a mudar-se de Pholela para a cidade costeira de Durban, para desenvolverem o programa de formação. O ISFC oferecia cursos de pós-graduação com a duração de três a seis meses para médicos e enfermeiros

graduados; e cursos completos de um a três anos de duração para várias categorias de ACS.² Para além de seminários e demonstrações, especialistas davam formação em diversos centros de saúde urbanos, periurbanos e rurais associados ao Instituto, incluindo matérias como saúde da casa, família e comunidade; nutrição; higiene pessoal e ambiental; controlo das doenças infecciosas; métodos epidemiológicos; perturbações mentais e comportamentais; e trabalho de avaliação e de laboratório.

Contudo, apesar dessas iniciativas avançadas de cuidados de saúde e formação, a integração dos CSP como área fundamental nas escolas médicas já estabelecidas no país não teve seguimento. Houve duas razões principais para isso: primeiro, uma longa história de treinamento dos médicos (a maioria dos quais era branca) para a prática de um tipo de medicina orientada para a doença, a cura e baseada no hospital, em harmonia com os países mais “desenvolvidos”, resultava em pouco interesse na mudança de uma fórmula já testada e experimentada; segundo, um contexto político alterado, que assistiu à promoção de um ambiente cada vez mais discriminatório de apartheid, influenciou a história do desenvolvimento dos CSP na África do Sul, a partir dos anos 50.

Em alternativa, a formação em CSP para estudantes de medicina na África do Sul começou numa nova escola médica, maioritariamente financiada pelo Estado, que abriu as portas a “não-europeus” sob a égide da Universidade de Natal, em 1951.³ Esta escola foi enredada na política

2. Karks, *Promoting Community Health*, particularmente o capítulo 7: “The Institute of Family and Community Health”.

3. Vanessa Noble, *A School of Struggle: Durban’s Medical School and the Educa-*

de apartheid desde o início, sendo um bom exemplo da abordagem de “desenvolvimento separado” do governo. De facto, uma das principais razões para construí-la em Durban foi ligá-la aos ISFC, cujos centros de saúde, segundo o plano, poderiam ser usados como uma base de treinamento prático para os estudantes negros, muitos dos quais iriam trabalhar nos novos centros de saúde majoritariamente localizados em áreas “não-europeias”.⁴

Pouco tempo após a sua abertura, o diretor da escola médica, o Dr G. W. Gale, abordou a Fundação Rockefeller em busca de financiamento. Em meados da década de 50, depois de intensas negociações, foi oferecido um pacote de financiamento por cinco anos, para ajudar a criar um novo departamento de Medicina Social, Preventiva e da Família. Por causa da sua experiência, Sidney Kark foi convidado para dirigir a iniciativa.⁵ O novo departamento trabalhava no âmbito da Medicina Social, uma abordagem que promovia um entendimento mais sofisticado e holista das múltiplas e complexas causas da falta de saúde. O curriculum médico estendeu-se de seis para sete anos, para permitir o ensino de disciplinas de Humanidades e Ciências Sociais, tais como Inglês, História e Sociologia, bem como Psicologia, nos anos pré-clínicos. Estas disciplinas eram depois desenvolvidas durante os anos clínicos, quando era requerido que os estudantes passassem igual período de

tion of Black Doctors in South Africa (Scottsville, Pietermaritzburg: University of KwaZulu-Natal Press, 2013).

4. G. W. Gale, “The Aftermath: The Gluckman Report an Abiding Value,” in *Abiding Values: Speeches and Addresses*, Henry Gluckman (Joanesburgo: Caxton, 1970), 495–518.
5. S. L. Kark, “Family and Community Practice in the Medical Curriculum: A Clinical Teaching Program in Social Medicine,” *Journal of Medical Education* 34, no. 9 (1959): 905–10.

tempo aprendendo em enfermarias hospitalares e fazendo trabalho de secretaria da “prática familiar”, como membros de equipas polivalentes nos centros de saúde do ISFC.

Por conseguinte, em vez de se adequar à habitual formação de base hospitalar, a escola médica estreante dedicou-se à abordagem que viria a ser conhecida como Cuidados de Saúde Primários Orientados para a Comunidade (CSPOC). Ensinava os estudantes a prevenir as doenças, bem como a tratá-las, e a valorizar as complexas causas biomédicas, mas também socioeconómicas, ambientais e culturais da falta de saúde. Procurava também ativamente ensinar os médicos a promover a saúde através de estratégias educativas para os indivíduos, famílias e bairros, nos espaços de nível básico da comunidade, para lá dos muros do hospital-escola.

No entanto, o esforço institucional para treinar os estudantes em abordagens progressistas de CSPOC não durou muito. No final dos anos 50, conheceu antagonismo crescente.

A oposição mais cerrada veio dos políticos mais reacionários da era do apartheid, que cada vez mais rejeitavam o “movimento dos centros de saúde socialista” do anterior governo de tendências esquerdistas. Numa era de retórica anticomunista crescente, durante a Guerra Fria, a associação entre “medicina social” e “medicina socializada”—iniciada por Kark e a sua equipa e baseada na distribuição gratuita de alimentos e leite aos pacientes pobres, nos centros de saúde—era considerada uma ameaça.⁶ Também o era a sua abordagem às pessoas, encorajando o empoderamento dos

6. Shula Marks, “South Africa’s Early Experiment in Social Medicine: Its Pioneers and Politics,” *American Journal of Public Health* 87, no. 3 (1997): 456.

pacientes através da educação para a saúde, e o seu foco nas causas socioeconómicas subjacentes a tantas doenças. Por fim, a partir da década de 50, não foram construídos mais centros de saúde, cortou-se o financiamento para pessoal, a maioria dos centros de saúde tinha fechado ou tinha sido convertido em clínicas de tratamento ambulatorio e muitos dos mais antigos defensores dos CSPOC tinham emigrado. No final dos anos 60, quando terminou o financiamento da Fundação Rockefeller, o ISFC foi formalmente encerrado e o ensino de CSPOC foi gradualmente desaparecendo da escola médica, aproximando-a dos modelos educacionais centrados na ação curativa e baseados no hospital, preconizados pelos seus contemporâneos.

O mundo lucrou com a realocização dos pioneiros sul-africanos dos CSPOC. Em ambientes politicamente mais receptivos, os Kark e os seus colegas encontraram apoio para os seus cuidados de saúde pública e as suas ideias de educação médica. Em países como os EUA e Israel, basearam-se nas lições aprendidas na África do Sul e treinaram um sem número de pessoas, que depois desenvolveram projetos semelhantes em outros lugares, por todo o mundo. Em 1978, os seus esforços alcançaram reconhecimento internacional, quando a abordagem dos CSPOC foi formalmente endossada pela OMS na sua conferência de Alma Ata, como a forma mais eficaz de oferecer cuidados de saúde melhorados para todos.

No entanto, o abandono oficial dos CSPOC na África do Sul significou que os seus cuidados de saúde pública continuaram lamentavelmente inadequados. Políticas que encorajavam a fragmentação e as desigualdades raciais

nos serviços de saúde, assim como a ênfase exagerada numa abordagem dispendiosa e curativa, produziram uma situação lamentável na saúde que resultou num alastramento repentino de doenças, especialmente em aglomerados populacionais negros e nas zonas rurais. Contudo, não oficialmente, diversos fatores mantiveram os CSPOC vivos durante a década de 60 e em anos posteriores. Os estudantes de medicina em Durban, inspirados pelos seus predecessores, continuaram a explorar os valores dos CSPOC em grupos de leitura e *workshops* fora do curriculum formal, e fazendo voluntariado em clínicas comunitárias aos fins de semana e nas férias. Atividades semelhantes foram também encorajadas por organizações progressistas de estudantes em algumas das universidades de língua inglesa, tais como a Universidade da Cidade do Cabo e a Witwatersrand. Alguns ativistas negros, estudantes de medicina, também politizaram a questão e promoveram ativamente os valores dos CSPOC entre os seus colegas e em diversas comunidade negras.⁷

Nos anos 80, alguns médicos de todas as raças criticaram vivamente, com base em princípios éticos, os crescentes abusos e desigualdades da medicina do apartheid e juntaram-se a novas organizações, como a Rede Nacional Progressista de Cuidados de Saúde Primários (RNPCSP) [National Progressive Primary Health Care Network], para combater

7. Para mais detalhes sobre as atividades dos estudantes de medicina em Durban ver Noble, *A School of Struggle*, em particular o capítulo 7. E sobre as atividades extracurriculares de CSP dos estudantes, em organizações como a SHAWCO, nos campus universitários como a UCT, durante os anos 80, ver, por exemplo, Stuart Saunders, *Vice-Chancellor on a Tightrope: A Personal Account of Climatic Years in South Africa* (Cidade do Cabo: David Philip, 2000), 104–105.

estas desigualdades.⁸ Como membros de organizações de saúde progressistas (a RNPCSP alinhava com a organização não racial e antiapartheid Frente Democrática Unida [United Democratic Front]), estes médicos trabalhavam ativamente para criar projetos de CSP nas comunidades por todo o país, faziam campanhas de sensibilização e reuniam fundos das ONG para os seus projetos, além de se empenharem na promoção dos CSP como uma estratégia nacional para inverter a rápida degradação dos serviços de saúde para a maior parte dos sul-africanos.

Estas atividades conseguiram manter acesa a chama dos CSPOC até que o governo começou as negociações com o Congresso Nacional Africano (ANC) no exílio, levando, por fim, à transição democrática de 1994. Além disso, alguns médicos exilados, que tinham recebido a influência de uma tendência global para um maior apoio aos CSP a partir do final da década de 70, regressaram à África do Sul no início da década de 90, para ajudar a reestruturar um novo plano nacional de saúde nessas linhas.

Isto incentivou um avanço significativo dos CSP no país, embora, na prática, não tenha sido fácil. A aprovação do ANC garantiu forte apoio a nível nacional, o que, por sua vez, conduziu a mudanças de abertura nas escolas médicas. Durante a primeira década do século XXI, o governo da África do Sul comprometeu-se a implementar reformas de

fundo na saúde e a oferecer aquilo a que a OMS chamou “cobertura universal de saúde” para os seus cidadãos. Isto incluiu discussões para estabelecer um novo sistema Nacional de Seguros de Saúde, para proporcionar serviços de saúde pública de qualidade para todos, financiados fundamentalmente pelo produto dos impostos.⁹

Contudo, desfazer as desigualdades arraigadas, a fragmentação dos serviços de saúde e as prioridades curativas e centradas no hospital da era do apartheid tem-se mostrado muito difícil. Recursos limitados, inadequações no setor público da saúde, falta de pessoal de saúde com formação suficiente, deficiências na liderança dos sistemas de saúde, bem como as mudanças no peso das doenças (por exemplo, o VIH/SIDA), continuam a limitar os avanços. Em 2014, o sistema Nacional de Seguros de Saúde ainda não estava finalizado e o seu financiamento, bem como outras questões de política subjacentes às suas particularidades, ainda estavam em discussão.

A história dos CSP na África do Sul tem sido complexa e ainda está em aberto. Teremos de esperar para ver como a cobertura universal dos cuidados de saúde se desenvolverá nos próximos anos, em face do muito trabalho ainda por fazer e das dificuldades a superar.

Dra Vanessa Noble

Universidade de KwaZulu-Natal

África do Sul

8. Laurel Baldwin-Ragaven, Jeanelle de Grunchy e Leslie London, ed., *An Ambulance of the Wrong Colour: Health Professionals, Human Rights and Ethics in South Africa* (Cidade do Cabo: University of Cape Town Press, 1999). Ver também Keegan Kautzky and Stephen M. Tollman, “A Perspective on Primary Health Care in South Africa,” *South African Health Review* (2008): 17–30, www.hst.org.za/uploads/files/chap2_08.pdf consultado em 9 de janeiro 2015.

9. John Ele-Ojo Ataguba e James Akazili, “Health Care Financing in South Africa: Moving towards Universal Coverage,” *Continuing Medical Education* 28, n.º 2 (Fevereiro 2010): 74–78.

S E V E N

THE NHS IN BRITAIN: ANY LESSON FROM HISTORY FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE?

At its inception in 1948 the British National Health Service (NHS) was regarded as highly distinctive, with its features of universal health coverage (UHC), comprehensive provision and services free at the point of use.¹ In the following decades, Britain also pioneered new methods of ‘universalising the best’, so that UHC did not simply extend access to inferior services. As we approach the post-2015 Millennium Development Goals with universalism firmly on the agenda, what can we learn from the experience of a forerunner? This chapter sketches the history of Britain’s health system and discusses ideas about its development and performance.

Before the NHS, Britain had an apparently successful mixed economy of health care, blending private, public and voluntary provision. By 1900 there were some 800 voluntary hospitals in which acute care was given, funded largely by philanthropy. The local state provided institutional care through the Poor Law, though mostly in low-quality, stigmatising workhouses. Local government also delivered public health services, both environmental and increasingly clinical, for mothers, children and infectious disease sufferers. Primary care was partly

commercial and partly accessed through friendly societies, a form of sickness insurance rooted in working-class culture. Change came first in 1911, when the foundations of the welfare state were laid. Borrowing from Bismarck’s model, National Health Insurance (NHI) legislation scaled up friendly society sickness cover, making it compulsory for manual labourers.

Why though, by 1948, had Britain diverged from the trajectory of countries taking the NHI route to universalism, like Germany, France and Japan? Standard accounts emphasize growing financial difficulties in the voluntary hospitals, as charity proved inadequate to mass demand, leaving user fees or unsystematic contributory schemes to fill the gap. Meanwhile popular sentiment rejected the deterrent philosophy underpinning the Poor Law. As municipal medicine expanded, opinion shifted to accept public provision as a right of citizenship, not a dispensation for the marginal. Dissatisfaction also grew towards the limitations of NHI, which by 1938 covered some 54 per cent of the population, though excluded not only the middle class but also those outside the workplace, principally women, children and older people. Thus a growing reform consensus emerged in the 1930s among health bureaucrats and medical elites in favour of greater rationalisation and integration. The immediate

1. For further reading on the history of the NHS, see Martin Gorsky, “The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography,” *Social History of Medicine* 21, no. 3 (2008): 437–60.

catalyst though was World War II, and the formation of a state-directed Emergency Medical Service to deal with military and civilian casualties. Then came the Beveridge Report, whose popular blueprint for a postwar welfare state promised to slay the 'five giants': 'want', 'ignorance', 'squalor', 'idleness' and 'disease'.

It was the political expectation raised by Beveridge which set the context for the NHS legislation of 1946/7. Planning had begun under the wartime coalition government and a 1944 White Paper proposed a pluralist, localist NHS. This was soon mired in disagreement between the interest groups, and only when the left-wing Labour Party won a large electoral majority in 1945 was the stalemate broken. A unified, hierarchical system was established instead, with all hospitals 'nationalised' under appointed boards; GPs remained independent but became NHS contractors overseen by executive committees. Local government retained only minimal public health responsibilities, though a network of new health centres was planned in which primary and preventive care would be merged. Most finance came from the Treasury, apportioned according to existing expenditure patterns. Local democracy was now replaced by accountability to Parliament, and central ministerial responsibility.

How do theorists of health system development account for this outcome? Like all the pioneer welfare states, Britain was a rich country, though comparative researchers find no consistent correlation between level of development and state health spending. One classic argument emphasizes early democratisation, the broadening of

political citizenship bringing social entitlement in its train. It is certainly true that health and welfare had entered party electoral platforms by 1911. However, the earlier start of authoritarian Germany confounds this general explanation. Some Marxist theorists claim that labour mobilisation is the key, though in Britain trade unions and friendly societies were ambivalent towards NHI in 1911. Instead the 'legitimation' thesis, by which ruling classes conceded welfare to dampen socialism's appeal, seems more plausible. Labour's importance was undoubted in 1948 however, with Bevan's socialist stance underpinning hospital nationalisation and the redistributive mode of funding. British governance structures were also conducive to reform. A professional, neutral civil service was established from the 1850s, a broadening tax base fostered popular consent, and bureaucratic expertise in health was nurtured in the Local Government Board (1871) and then a Ministry of Health (1919). The electoral system typically delivered strong majorities to a single party, whose cabinet leadership proposed legislation; a strong party 'whip' guaranteed internal loyalty, and the legislative process offered few veto points to oppositional pressure groups. Lastly, political culture mattered, both at the elite level, where collectivist thought displaced individualism, and the popular, where charity hospitals and friendly societies had long engrained acceptance of free health care and mutual contribution.

So, universal coverage was achieved in 1948, and the early years saw a backlog of need addressed. It was soon clear however, that Bevan's assumption of demand quickly

stabilising was misplaced. Instead, like all health systems in advanced industrial nations, rising health spending exerted relentless pressure, fuelled by costly technologies, aging populations and consumerist expectations. There was also the founding promise that the NHS would ‘universalise the best’, with its implication that policy should enhance equity of access to high quality services. What also became clear, as comparative national indicators were standardised, was that the NHS model system was relatively cheap. Typically the UK spent a lower proportion of GDP on health than comparable high income nations, such as the United States, Germany and France, and, when broader economic policy dictated, expenditure growth was periodically restrained. UK policy-makers generally took this as effective cost containment rather than underfunding, dismissing comparatively poor population health indicators as too crude, at least until the 2000s when compelling evidence emerged of a British lag in outcomes. Some commentators ascribed this to the long period of tight settlements during the Conservative hegemony of the 1980s and 1990s, which ended the broadly bipartisan consensus for growth in the early decades, and which Tony Blair’s New Labour sought to overturn.

With the levers of the state controlling both finance and provision much scope existed for technocratic ‘supply-side’ policies, which sought, in a resource limited system, to ensure gradual improvement in equity of access regardless of place, income or condition. In the 1950s and 1960s progress was fairly modest. In the hospital sector standardised accounting, regional purchasing and financial

controls improved institutional efficiency, though on the clinical side there was only modest redistribution of medical specialties. The 1962 Hospital Plan began the process of replacing unsuitable Victorian infrastructure with new general hospitals, designed to meet accepted bed/population ratios; the reality fell short of the ideal however. In primary care the promised network of health centres also failed due to postwar austerity and professional hostility, but a new GP contract which offered better pay, cheap borrowing and administrative support raised quality and encouraged joint practices.

The arrival of health economists heralded more ambitious and complex programmes. In the 1970s the Resource Allocation Working Party devised a weighted population formula which progressively redistributed financing across and within regions. ‘Programme budgeting’ began a similar reallocation of resources across different activities: acute care, mental health, older people, and so on. As the fiscal crisis of the welfare state intensified in the 1980s, Mrs Thatcher’s approach emphasized cost containment over equity, and the Black Report, a celebrated report on inequalities of outcome, was sidelined. Rejecting a radical ‘privatisation’ approach as politically impossible, the Conservatives concentrated first on introducing commercial management disciplines into the NHS, alongside multiple performance indicators. The more sweeping ‘internal market’ reforms in the 1990s aimed to inject consumer demand and supplier incentives into the service, with organisations representing primary care becoming ‘purchasers’ of services that quasi-independent

hospital trusts would provide. Statist instruments were revived by New Labour, including publication of league tables to incentivise performance—‘targets and terror’—and the establishment of the National Institute of Clinical Excellence (NICE), which soon won international plaudits for its impartial and transparent approach to health technology assessment.

In sum, Britain’s NHS probably deserves the criticism that it ‘institutionalised parsimony’,² and although it generally scores highly on equity indicators, it is not always well-placed in comparative rankings of health outcomes. But nor is it *that* badly-placed either, and it is noteworthy that public satisfaction tends to rise alongside spending levels rather than in response to periodic structural reforms. The NHS has repeatedly demonstrated capacity for innovation within a statist system, and allayed uninformed prejudice against ‘socialised medicine’. On balance the affection it retains vindicates its founder’s belief that a society becomes ‘... more wholesome, more serene, and spiritually healthier, if its citizens have the knowledge that they and their fellows, have access, when ill, to the best that medical skill can provide.’³

Dr Martin Gorsky

*London School of Hygiene and Tropical Medicine
United Kingdom*

2. R. Klein, *The New Politics of the NHS* (Oxford: Radcliffe Publishing, 2006), 253.
3. A. Bevan, *In Place of Fear* (London: Simon & Schuster, 1952), 75.

S E T E

O SNS NA GRÃ-BRETANHA: ALGUMA LIÇÃO DA HISTÓRIA PARA A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE?

No seu início, em 1948, o Serviço Nacional de Saúde britânico (SNS) foi considerado único, por oferecer cobertura universal de saúde e serviços integrados e gratuitos para o utilizador.¹ Nas décadas seguintes, a Grã-Bretanha foi também pioneira de novos métodos de “universalização do melhor”, para que a cobertura universal de saúde não se limitasse a promover o acesso a serviços de qualidade inferior. À medida que nos aproximamos do pós-Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2015, tendo o universalismo um lugar assegurado na agenda, o que podemos aprender com a experiência de um pioneiro? Este capítulo faz o esboço da história do sistema de saúde britânico e debate ideias sobre o seu desenvolvimento e desempenho.

Antes do SNS, a Grã-Bretanha tinha uma economia de cuidados de saúde mista, aparentemente bem-sucedida, misturando serviços privados, públicos e voluntários. Em 1900, existiam cerca de 800 hospitais voluntários prestando cuidados em situações de doença aguda e financiados maioritariamente por filantropias. O governo local prestava cuidados institucionais através da Lei dos Pobres [*Poor Law*], embora, em geral, de fraca qualidade e nos estigmatizantes asilos de pobres [*workhouses*]. Também prestava serviços

de saúde pública, tanto ambientais como, crescentemente, clínicos, para mães, crianças e pessoas sofrendo de doenças infecciosas. Os cuidados primários eram parcialmente comerciais e parcialmente prestados pelas associações mutualistas, uma forma de seguro de saúde enraizada na cultura das classes trabalhadoras. As primeiras mudanças deram-se em 1911, quando se estabeleceram as fundações do Estado assistencialista. Inspirada no modelo Bismarckiano, a legislação do Seguro Nacional de Saúde impulsionava a cobertura de doença pelas associações mutualistas, tornando-a obrigatória para os trabalhadores manuais.

No entanto, por que razão, em 1948, a Grã-Bretanha divergiu da trajetória de universalização do seguro nacional de saúde, seguida por países como Alemanha, França e Japão? Os relatos correntes enfatizam as dificuldades financeiras crescentes dos hospitais voluntários, na medida em que a caridade se revelava inadequada à procura em massa, deixando as lacunas para serem preenchidas por taxas de utilização ou esquemas contributivos irregulares. Entretanto, o sentimento popular rejeitava a filosofia restritiva subjacente à Lei dos Pobres. À medida que a medicina municipal crescia, as opiniões mudavam e passavam a considerar os serviços públicos como um direito de cidadania e não como uma indulgência para os marginalizados. Cresceu também a insatisfação pela

1. Para mais leituras sobre a história do SNS britânico veja-se Martin Gorsky, “The British National Health Service 1948–2008: A Review of the History,” *Social History of Medicine* 21, no. 3 (2008): 437–60.

limitação do seguro nacional de saúde, que, em 1938, cobria cerca de 54 por cento da população, excluindo não apenas a classe média mas também aqueles que ficavam fora dos locais de trabalho, especialmente mulheres, crianças e idosos. Consequentemente, um consenso crescente para a reforma emergiu, nos anos 30, entre os administradores da saúde e as elites médicas, a favor de uma maior racionalização e integração. No entanto, o catalisador imediato foi a Segunda Guerra Mundial e a formação de um Serviço de Emergência Médica dirigido pelo Estado, para dar resposta às baixas militares e civis. Depois veio o Relatório Beveridge, cuja proposta mais popular para um Estado assistencialista do pós-guerra era a promessa de liquidar os “cinco gigantes”: “necessidade”, “ignorância”, “miséria”, “ociosidade” e “doença”.

Foi a expectativa política criada por Beveridge que estabeleceu o contexto para a legislação do SNS de 1946/47. O planeamento iniciara-se durante o governo de coligação do período da guerra e um Livro Branco de 1944 propunha um SNS pluralista e localista. Este foi prontamente travado pelo desacordo entre os grupos interessados e só quando o Partido Trabalhista de esquerda foi eleito por larga maioria em 1945 se venceu o impasse. Foi estabelecido um sistema unificado e hierarquizado, com todos os hospitais ‘nacionalizados’ e dirigidos por conselhos nomeados. Os clínicos gerais mantinham a sua independência, mas eram contratados pelos SNS e supervisionados por comités executivos. O governo local mantinha apenas responsabilidades mínimas na área da saúde pública, embora estivesse programada uma rede de centros de saúde

reunindo prevenção e cuidados de saúde primários. A maior parte do financiamento provinha do Tesouro, distribuído de acordo com os padrões de despesa existentes. A democracia local foi substituída pela resposta direta ao Parlamento e responsabilidade do ministério central.

Como é que os teóricos do desenvolvimento dos sistemas de saúde explicam este resultado? Como todos os pioneiros do Estado assistencialista, a Grã-Bretanha era um país rico, embora investigadores comparativos não encontrem uma relação consistente entre o nível de desenvolvimento e as despesas estatais com a saúde. Um argumento clássico realça a democratização precoce e a extensão da cidadania política, que trazia a noção de direito no seu encaixe. É, sem dúvida, verdade que a saúde e a assistência tinham entrado nas plataformas partidárias em 1911. No entanto, o início anterior da Alemanha autoritária confunde esta explicação geral. Alguns teóricos marxistas afirmam que a chave está na mobilização laboral, embora em 1911, na Grã-Bretanha, os sindicatos e as associações mutualistas fossem ambivalentes em relação ao seguro nacional de saúde. Ao invés, a tese da ‘legitimação’, segundo a qual as classes dominantes fizeram uma concessão ao assistencialismo para deter o apelo socialista, parece mais plausível. Em 1948, a importância dos Trabalhistas era inquestionável, com a posição socialista de Bevan sustentando a nacionalização dos hospitais e o financiamento redistributivo. As estruturas governativas britânicas também favoreciam a reforma. Um serviço civil profissional e neutro estabelecido nos anos 50 do século XIX, uma extensa base de impostos impulsionando o consentimento popular e o Conselho

de Governo Local (1871), e, mais tarde, o Ministério da Saúde (1919) estimulavam a experiência burocrática na área da saúde. O sistema eleitoral tipicamente concedia maiorias sólidas a um só partido, cuja liderança do gabinete apresentava propostas legislativas; uma forte disciplina partidária garantia lealdade interna e o processo legislativo oferecia poucas possibilidades de veto aos grupos de pressão oposicionistas. Por último, a cultura política tinha importância tanto ao nível das elites, onde o pensamento coletivista substituíra o individualismo, como ao nível das classes populares, onde os hospitais de caridade e das associações mutualistas tinham desde longa data incutido a aceitação dos cuidados médicos gratuitos e das contribuições mutualistas.

Por conseguinte, a cobertura universal foi alcançada em 1948 e nos primeiros anos deu-se resposta a muitas necessidades acumuladas. No entanto, cedo se percebeu que os cálculos de Bevan sobre a breve estabilização da procura estavam errados. Em vez disso, e como nos sistemas de saúde de todos os países industrializados, os gastos crescentes com a saúde exerciam pressão permanente, alimentada por tecnologias dispendiosas, uma população envelhecida e expectativas de consumo. Havia ainda a promessa fundadora, de que o SNS “universalizaria os melhores cuidados”, implicando que as políticas deveriam promover a igualdade no acesso a serviços de elevada qualidade. O que também se tornou claro, à medida que os indicadores nacionais comparativos foram padronizados, foi que o modelo do SNS era relativamente barato. Em média, o Reino Unido gastava uma percentagem mais baixa

do seu PIB na saúde do que outras nações de rendimentos elevados, como os Estados Unidos, a Alemanha e a França; e, quando a política económica mais geral o determinava, o crescimento da despesa era periodicamente diminuído. Os políticos britânicos geralmente consideravam esta medida como uma eficiente contenção de custos, em vez de como subfinanciamento, descartando indicadores negativos da saúde da população como demasiado imperfeitos, pelo menos até aos anos 2000, quando provas irrefutáveis da estagnação dos resultados britânicos vieram à tona. Alguns comentadores atribuem estes factos ao longo período de financiamentos restritivos durante a hegemonia Conservadora dos anos 80 e 90, que acabou com o consenso amplamente bipartidário a favor do crescimento nas primeiras décadas, e que o Novo Partido Trabalhista [*New Labour*] de Tony Blair tentou inverter.

Com o apoio do Estado a controlar tanto o financiamento como o provimento, existia uma larga margem para as políticas tecnocráticas do “lado do suprimento” que, num sistema de recursos limitados, procuravam garantir a melhoria gradual na igualdade de acesso, independentemente do local, do rendimento ou da condição. Nos anos 50 e 60, os avanços foram bastante modestos. No sector hospitalar, a contabilidade padronizada, as aquisições regionais e o controlo financeiro melhoraram a eficácia institucional, embora na vertente clínica houvesse apenas uma modesta redistribuição das especialidades médicas. O Plano dos Hospitais de 1962 iniciou o processo de substituição de infraestruturas vitorianas inadequadas, por novos hospitais gerais, planeados para corresponder a um

rácio cama/população aceitável. No entanto, a realidade não correspondeu ao plano. Nos cuidados primários, a prometida rede de centros de saúde também falhou, devido à austeridade do pós-guerra e à hostilidade profissional; mas um novo contrato de Clínica Geral que garantia melhor remuneração, empréstimos baratos e apoio administrativo elevou a qualidade e encorajou os consultórios conjuntos.

O surgimento dos economistas da saúde anunciou programas mais ambiciosos e complexos. Nos anos 70, o Grupo de Trabalho para a Distribuição dos Recursos [*Resource Allocation Working Party*] criou uma fórmula ponderada de cálculo da população, que progressivamente redistribuiu o financiamento pelas diferentes regiões e em cada uma delas. A “orçamentação dos programas” deu lugar a uma redistribuição semelhante dos recursos por diferentes atividades: cuidados na doença aguda, saúde mental, idosos, etc. À medida que se intensificava a crise fiscal do Estado providência, nos anos 80, a abordagem da Sra. Thatcher valorizava a contenção das despesas em detrimento da equidade e o *Black Report*, um documento célebre sobre a desigualdade de resultados, foi ignorado. Rejeitando uma “privatização” radical como sendo politicamente impossível, os conservadores concentraram-se primeiro na introdução de disciplinas de gestão comercial no SNS, ao lado de múltiplos indicadores de desempenho. As reformas mais abrangentes do “mercado interno”, nos anos 90, tinham por objectivo promover o consumo e incentivar o fornecimento nos serviços, com organizações representando os cuidados primários a tornarem-se “compradoras” dos serviços prestados por

administrações hospitalares quase independentes. O *New Labour* recuperou os instrumentos estatizantes, incluindo a publicação das tabelas classificativas, para estimular o desempenho—“objetivos e terror” (*‘targets and terror’*)—e o estabelecimento do Instituto Nacional de Excelência Clínica, que logo ganhou o aplauso internacional pela sua abordagem imparcial e transparente à avaliação das tecnologias de saúde.

Em suma, o SNS britânico provavelmente merece a crítica de que “institucionalizou a parcimónia”² e, embora tenha bons resultados nos indicadores de equidade, nem sempre fica bem colocado nas escalas comparativas de resultados de saúde. Mas também não está *assim tão* mal colocado; e vale a pena realçar que a satisfação do público tende a aumentar com os níveis de despesa e não tanto em resposta a reformas estruturais periódicas. O SNS demonstrou inúmeras vezes capacidade de inovação dentro de um sistema estatizante e rejeitou o preconceito desinformado contra a “medicina socializada”. Em balanço, o carinho que mantém, vindica a convicção dos seus fundadores de que uma sociedade se torna “. . . mais sã, mais tranquila e espiritualmente mais saudável, se os seus cidadãos souberem que tanto eles como os seus concidadãos têm acesso, quando doentes, ao melhor que a competência médica pode proporcionar.”³

Dr Martin Gorsky

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Reino Unido

2. R. Klein, *The New Politics of the NHS* (Oxford: Radcliffe Publishing, 2006), 253.
3. A. Bevan, *In Place of Fear* (Londres: Simon & Schuster, 1952), 75

E I G H T

REINTERPRETING THE ROLE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE IN PUBLIC HEALTH IN RURAL CHINA IN 1970S

In 1968, at the height of the Cultural Revolution, the Chinese Communist Party endorsed a radical new system of health-care delivery for the rural masses. Soon every village had at least one barefoot doctor to provide basic medical care, creating a national network of health-care services for the very first time. They formed the lowest level of a three-tiered state medical system that comprised the so-called county, commune (township), and brigade (village) levels. With the implementation of rural reform policies and the dismantling of the people's commune system after 1978, the barefoot doctor program began gradually to disintegrate. Barefoot doctors who passed medical examinations and continued practicing medicine in villages were renamed "village doctors".

From their first appearance, the barefoot doctors attracted the attention of scholars and social commentators. The barefoot doctor program has been regarded, both inside and outside of China, as "a low-cost solution built around easily available indigenous medicines."¹ They presented a suitably revolutionary image: young people who waded undaunted through the mud of the rice paddies to provide

medical services in answer to Mao's call to "stress rural areas in medical and health work." Their main equipment was popularly described as "one silver needle and a bunch of herbs", a reference to acupuncture and Chinese herbal medicine, but they combined Chinese and western medicine in medical practice. Barefoot doctors and cooperative medical services together with the three-tiered rural medical system have been associated with improvements in basic health indicators after the founding of the People's Republic of China in 1949. In the late 1970s, some people inside the WHO promoted the Chinese system as a model of primary health care for developing countries.

However, the evidence drawn from local archives of the Cultural Revolution period and personal interviews with villagers and doctors demonstrate that rather than consolidating traditional Chinese medicine, as purported by government propaganda, the barefoot doctor program introduced modern western medicine to rural China, effectively modernizing established methods and forms of care. From the early 1950s the traditional family and apprenticeship-based knowledge transmission modes, whose sources were mainly confined to the local community, started to change gradually. Meanwhile, western medical knowledge had already entered Chinese villages and encountered Chinese medicine primarily

1. Victor W. Sidel, "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China," *New England Journal of Medicine* 286 (1972): 1292–1300; World Bank, *China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition*, (Washington, D.C.: The World Bank, 1992), 18.

through vaccination. During the 1970s, a key impetus for change was the fact that the barefoot doctors became new positions of authority in villages. The selection criteria for barefoot doctors included the young, the moderately educated and women.

In contrast to the old-style village healers, the barefoot doctors absorbed both Chinese and western medical knowledge, taking their information from both western style physicians and legitimate folk healers. However, the majority of the instructors were western-oriented medical doctors from outside the local community, such as from county health schools. With the advent of the barefoot doctors, textbooks that specifically targeted them were soon widespread. The barefoot doctors' training was therefore further facilitated by the appearance of unified medical textbooks. In general, the content of these books was oriented more towards western medical knowledge, though this was combined with Chinese medicine to a certain degree. Because of the barefoot doctors' low literacy, limited training, and self-study, they were more inclined to adopt the simple medical knowledge and practical skills of western medicine than the more complicated customs of Chinese medicine, though the latter was acquired in both study and practice.

This process was also influenced by the proliferation of western pharmaceuticals, which allowed the barefoot doctors to develop a medical knowledge structure influenced by western ideas. This trend was also accompanied by the transformation of healers through their acquisition of modern medical knowledge in communes, which began in

the early 1950s and coincided with the natural ageing of folk healers within local communities. Ironically, although Chinese medicine doctors served as the first agents for the introduction of Western medical knowledge into the Chinese countryside, these doctors faded away as a result of the spread of the very knowledge that they helped introduce into their own communities.

With the transformation in the transmission of medical knowledge and medical structures in rural China, there were also significant changes in the distribution of medicines. County pharmaceutical companies were first set up in rural China in the early 1950s, with the aims of managing the wholesale distribution and supplies of medicines within the county through the union clinic pharmacies, supply and marketing cooperatives, and pharmacies at district and commune levels, as well as some medicine peddlers. By the mid-1960s, ordinary villagers were much more familiar with the cheapest, most common western medicines, than they had been in the early 1950s. However, in the majority of rural areas, this pharmaceutical sales network only reached the commune level by the late 1960s.

Cooperative medical stations (health centres) were established with the popularization of barefoot doctors in rural China after 1968. The medical stations extended the pharmaceutical sales network throughout rural China at a rapid pace. Meanwhile, the wholesale pharmaceutical network was further extended to the commune level. In each county, the people's disease prevention and treatment hospital commissioned each commune clinic to serve as a medicine wholesaler. The cooperative medical stations

could buy Chinese and western medicines and medical instruments at wholesale prices.

Network, prices, and quantity were all crucial factors with regard to access by villagers to pharmaceuticals. In the 1950s and 1960s, pharmaceutical prices were still high compared with villagers' incomes. For example, in 1957, a bottle (100 x 2.5g tablets) of tetracycline cost RMB 170.13, yet the average annual income of villagers that year was less than RMB 50. In other words, villagers would have to work for three years to buy a single bottle of tetracycline. As such, the reduction of prices was crucial for villagers. On August 1, 1969, prices for 1,230 kinds of antibiotics, fever-reducing medicines, pain-relieving medicines, vitamins, and other medicines were reduced by 37.2 per cent. These products constituted about 72.1 percent of the total pharmaceuticals available at the time. By 1971, medicine retail prices were only one-fifth of the prices they had been in 1949.

Like Western drugs for common diseases, vaccines (or biological products) were of great significance for combating acute epidemic diseases. The vaccines for the most serious epidemic diseases—measles and epidemic cerebrospinal meningitis—were produced and applied in rural China by 1970. As the mortality rates of measles and epidemic cerebrospinal meningitis were the highest of all the infectious diseases affecting rural China, the production and application of vaccines for them were of great significance. The mortality rates of infectious disease started declining after 1968 and dropped to their lowest ever levels by 1970, where they have remained ever since.

In this new system, western medicine was not only available, but also affordable to villagers for the first time because of the significant reductions in prices. Meanwhile, Chinese medicine received renewed official legitimacy and was promoted within a nationalist narrative—but it was also popularized because of its relative affordability compared to western medicine. This formation of a nationwide pharmaceutical scheme combined with the spread of barefoot doctors meant that two kinds of medicines appeared at the village level on a large scale for the first time in the social history of China. However, the Chinese medicine encountered difficulties in term of constant and reliable supply sources and faced dilemmas when it was promoted on a large scale. In this sense, the barefoot doctor program provided the first real context in which Chinese and western medicines would compete at the village level.

Together with medical knowledge and pharmaceuticals, the healing techniques of western medicine gradually entered the villages from the early 1950s onwards. By the 1970s, a variety of different methods were applied by the barefoot doctors, including Chinese herbal medicine, acupuncture, and western medicine. Although the barefoot doctors also employed Chinese medicine, they tended to increasingly apply modern medical instruments, albeit rudimentary, and prescribe western drugs. This trend resulted from a combination of their training, and the greater availability and convenience of western medicine as well as the revolutionary new knowledge structures that had emerged around health delivery since 1949. Meanwhile, the villagers as patients gained a greater

degree of access to the new healing styles and techniques, and formed ideas about the comparative value of Chinese and western medicine. For example, Chinese and western medicine were considered to have different strengths and weaknesses in terms of treating “symptoms” and “roots”, or being “quick” and “slow”, or being better suited for some conditions rather than others.

Because of the long-term stability of medical stations in villages, the consumption of medicines underwent a significant change during the 1970s. The statistical data indicates that the establishment of the medical stations and the presence of the barefoot doctors around 1970 increased pharmaceutical consumption significantly.

As discussed earlier, Western pharmaceutical prices were reduced by about 37 per cent in 1969, and there were further reductions in 1974 and 1984. Therefore, increasing expenditure and decreasing prices resulted in a significant increase of Western pharmaceutical consumption throughout the 1970s in villages. Antibiotics predominated among these Western medicines.

However, the advent of the barefoot doctors and the establishment of medical stations also led to the overuse of medicines in villages from the very beginning. Barefoot doctors were legally entitled to prescribe drugs without restriction, with little or no supervision. When rural reform was initiated in the early 1980s, barefoot doctors became private medical practitioners. Because no fees were usually charged for consultations and examinations, village clinics came to depend on profits from pharmaceutical sales to

maintain daily operations. Prescribing western medicines became even more popular.

From the 1950s onwards, Western medicine was rapidly introduced into Chinese villages due to changes in knowledge transmission modes, the extension of pharmaceutical sales networks, and the decline in pharmaceutical prices. Although Chinese medicine—that is, herbal medicine, acupuncture, and Chinese *materia medica*—was legitimized by the state, it lost practical acceptance among the villagers. As to the integration of Chinese and western medicine widely promoted by the state after the mid-1950s and enhanced by the barefoot doctor program after 1968, it was an asymmetrical process, which was ultimately dominated by western medicine. Simultaneously, with the decline of Chinese medicine in rural China, its pharmacopeia underwent processes of standardization, urbanization and globalization.

Professor Xiaoping Fang

Nanyang Technological University

Singapore

REINTERPRETANDO O PAPEL DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA SAÚDE PÚBLICA DA CHINA RURAL, NOS ANOS 70

Em 1968, no auge da Revolução Cultural, o Partido Comunista Chinês adotou um novo sistema radical de promoção dos cuidados de saúde para a população rural. Em pouco tempo, todas as aldeias tinham pelo menos um “médico de pés descalços” (*barefoot doctor*) para prestar cuidados médicos básicos, criando pela primeira vez uma rede nacional de serviços de saúde. Estes constituíam o nível mais elementar de um sistema médico em três escalões, que compreendia a região, a comuna (distrito) e a brigada (aldeia). Com a implementação das políticas de reforma rural e o desmantelamento do sistema de comunas populares, depois de 1978, o programa dos médicos de pés descalços começou a desintegrar-se lentamente. E os médicos de pés descalços aprovados nos exames médicos que continuaram a praticar medicina nas aldeias passaram a ser designados “médicos da aldeia”.

Desde que apareceram pela primeira vez, os médicos de pés descalços atraíram a atenção de académicos e críticos sociais. O programa dos médicos de pés descalços foi considerado, dentro e fora da China, como uma “solução de baixo custo baseada nas medicinas locais de acesso fácil”.¹ Representavam uma imagem revolucionária adequada:

1. Victor W. Sidel, “The Barefoot Doctors of the People’s Republic of China,” *New England Journal of Medicine* 286 (1972): 1292–1300; World Bank, *China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition*, (Washington, D.C.: The World Bank, 1992), 18.

jovens determinados que avançavam através da lama dos campos de arroz para prestarem serviços médicos, em resposta à chamada de Mao para que se “privilegiassem as áreas rurais no trabalho médico e de saúde”. As suas ferramentas principais eram uma agulha de prata e um punhado de ervas, uma referência à acupuntura e à medicina Chinesa; mas, na prática, eles combinavam as medicinas ocidental e chinesa. Os médicos de pés descalços e os serviços médicos cooperativos, juntamente com o sistema médico rural em três escalões, foram associados às melhorias nos indicadores básicos de saúde, depois da fundação da República Popular da China, em 1949. No final da década de 70, algumas pessoas na Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveram o sistema chinês como modelo de cuidados de saúde primários para os países em desenvolvimento.

Contudo, os dados recolhidos nos arquivos locais, referentes ao período da Revolução Cultural, assim como as entrevistas com aldeãos e médicos, mostram que, em vez de consolidar a medicina chinesa, como afirmava a propaganda do governo, o programa dos médicos de pés descalços levou a medicina ocidental moderna até à China rural, modernizando de modo eficaz métodos estabelecidos e maneiras de cuidar. Desde o início da década de 50, os métodos de transmissão tradicional de conhecimentos

baseados na família e na aprendizagem, cujas fontes estavam sobretudo limitadas às comunidades locais, começaram a mudar paulatinamente. Entretanto, o conhecimento médico ocidental tinha já entrado nas aldeias chinesas e tinha-se cruzado com a medicina local, principalmente por via da vacinação. Durante os anos 70, um dos principais impulsos para a mudança foi o facto de que os médicos de pés descalços assumiram novas posições de autoridade nas aldeias. Os critérios de seleção destes médicos incluíam os jovens, os medianamente educados e as mulheres.

Contrastando com os curandeiros ao estilo antigo das aldeias, os médicos de pés descalços incorporaram conhecimentos das medicinas chinesa e ocidental, recolhendo informações, quer dos médicos de prática ocidental, quer dos legítimos curandeiros tradicionais. No entanto, a maioria dos instrutores era praticante da medicina ocidental, vindo de fora da comunidade local, nomeadamente das escolas médicas regionais. Com o advento dos médicos de pés descalços, rapidamente se vulgarizaram compêndios que lhes eram especificamente destinados. A sua formação foi assim facilitada pelo surgimento de compêndios unificados. Em geral, o conteúdo destes livros orientava-se mais para os conhecimentos médicos ocidentais, embora, até certo ponto, estes se combinassem com medicina chinesa. Devido à baixa escolaridade dos médicos de pés descalços, à sua formação limitada e à autoaprendizagem, estes sentiam-se mais inclinados a adotar os conhecimentos médicos simples e as competências práticas da medicina ocidental do que os métodos complexos da medicina chinesa, embora esta fosse aprendida tanto no estudo como na prática.

O processo foi também influenciado pela proliferação da farmacêutica ocidental, que permitiu aos médicos de pés descalços desenvolverem uma estrutura de conhecimentos médicos influenciada pelas ideias ocidentais. Esta tendência foi ainda acompanhada pela transformação de médicos tradicionais, por intermédio da sua aquisição de conhecimentos da medicina moderna nas comunas, iniciada nos anos 50, e coincidindo com o envelhecimento dos praticantes tradicionais nas comunidades locais. Ironicamente, embora os praticantes de medicina chinesa tenham servido como os primeiros agentes para a introdução dos conhecimentos da medicina ocidental na China rural, acabaram por desaparecer progressivamente, como resultado da expansão do conhecimento que ajudaram a introduzir nas suas próprias comunidades.

Com as mudanças na transmissão do conhecimento médico e nas estruturas médicas da China rural, ocorreram também grandes transformações na distribuição de medicamentos. As companhias farmacêuticas regionais foram inicialmente estabelecidas na China no começo dos anos 50, com o objetivo de gerir a distribuição por grosso e o fornecimento de medicamentos na região, através das farmácias clínicas do sindicato, das cooperativas de fornecimento e marketing, de farmácias distritais e da comuna, assim como através de alguns retalhistas de medicamentos. Em meados dos anos 60, as aldeias estavam muito mais familiarizadas com os medicamentos mais comuns e baratos da medicina ocidental do que no início da década de 50. No entanto, na maior parte das áreas rurais, esta rede de venda de medicamentos alcançou o nível da comuna apenas no final da década de 60.

Depois de 1968, com a popularização dos médicos de pés descalços na China rural, foram estabelecidos postos médicos cooperativos (centros de saúde). Estes centros alargaram a rede de vendas dos produtos farmacêuticos através das regiões rurais da China a um ritmo acelerado. Entretanto, a rede de vendas por grosso de produtos farmacêuticos ampliou-se até ao nível da comuna. Em cada região, o hospital para a prevenção e tratamento das doenças da população encarregava cada clínica da comuna de servir como um distribuidor de medicamentos. Além disso, os postos médicos cooperativos podiam comprar medicamentos e instrumentos médicos chineses e ocidentais a preços de revenda.

Redes, preços e quantidade eram fatores fundamentais no que respeita ao acesso dos aldeãos aos medicamentos. Nos anos 50 e 60, os preços dos produtos farmacêuticos eram ainda elevados, quando comparados com os rendimentos da população rural. Em 1957, por exemplo, um frasco (100 pastilhas de 2,5 g) de tetraciclina custava RMB 170,13; no entanto, o rendimento médio anual de um camponês era menos de RMB 50. Ou seja, os camponeses teriam de trabalhar três anos para comprar um único frasco de tetraciclina. Por isso, a redução dos preços era fundamental para as populações rurais. No dia 1 de agosto de 1969, os preços de 1230 tipos de antibióticos, antipiréticos, analgésicos, vitaminas e outros medicamentos baixaram 37,2 por cento. Estes produtos representavam cerca de 72,1 por cento do total de produtos farmacêuticos disponíveis na época. Em 1971, os preços de venda dos medicamentos a retalho eram apenas um quinto do que haviam sido em 1949.

Tal como os medicamentos ocidentais para doenças comuns, as vacinas (ou produtos biológicos) eram de grande importância para combater doenças epidémicas agudas. Em 1970, as vacinas para as doenças epidémicas mais graves—sarampo e meningite cerebrospinal epidémica—eram já produzidas e aplicadas na China rural. Uma vez que os índices de mortalidade por sarampo e meningite cerebrospinal epidémica eram os mais elevados entre as doenças infecciosas que afetavam as zonas rurais da China, a produção e aplicação de vacinas para estas doenças tinham grande importância. As taxas de mortalidade por doenças infecciosas começaram a declinar depois de 1968, chegando ao seu nível mais baixo em 1970, onde se têm mantido desde então.

No novo sistema, a medicina ocidental não só estava pela primeira vez disponível, como também era acessível às populações rurais por causa da significativa redução nos preços. Entretanto, a medicina chinesa conheceu nova legitimação oficial e foi promovida no âmbito de uma narrativa nacionalista; mas foi também popularizada devido à sua relativa acessibilidade, em comparação com a medicina ocidental. A formação de um esquema farmacêutico à escala nacional, juntamente com a disseminação dos médicos de pés descalços, resultou no aparecimento de dois tipos de medicina nas aldeias, a uma escala alargada, pela primeira vez na história social da China. No entanto, quando passou a ser promovida em larga escala, a medicina chinesa conheceu dificuldades em termos de regularidade e fiabilidade dos fornecedores e enfrentou dilemas. Neste sentido, o programa dos médicos de pés descalços constituiu

o primeiro contexto real no qual as medicinas chinesa e ocidental iriam competir nas aldeias.

A partir da década de 50, as técnicas de cura da medicina ocidental entraram gradualmente nas aldeias, juntamente com os seus conhecimentos e medicamentos. Nos anos 70, vários e diferentes métodos eram usados pelos médicos de pés descalços, incluindo as ervas medicinais chinesas, a acupuntura e a medicina ocidental. Embora os médicos de pés descalços também usassem medicina Chinesa, utilizavam cada vez mais instrumentos médicos modernos, ainda que rudimentares, e receitavam medicamentos ocidentais. Esta tendência resultava da combinação da sua formação com a maior disponibilidade e conveniência dos medicamentos ocidentais, bem como com as novas estruturas revolucionárias de conhecimento sobre a prestação de cuidados de saúde que surgiram a partir de 1949. Entretanto, os pacientes nas aldeias tinham mais fácil acesso aos novos tipos e técnicas de tratamento e formavam opiniões sobre o valor comparativo das medicinas chinesa e ocidental. Considerava-se, por exemplo, que as medicinas chinesa e ocidental tinham diferentes pontos fortes e fracos em termos do tratamento de “sintomas” e “origens”, ou serem “rápidas” ou “lentas”, ou serem mais adequadas ao tratamento de determinadas doenças do que de outras.

O consumo de medicamentos sofreu uma transformação significativa durante os anos 70 devido à estabilidade a longo prazo dos postos médicos nas aldeias. Os dados estatísticos indicam que o estabelecimento desses postos e a presença dos médicos de pés descalços, cerca de 1970, aumentaram consideravelmente o consumo de produtos farmacêuticos.

Como se disse anteriormente, os preços dos produtos farmacêuticos ocidentais diminuíram cerca de 37 por cento em 1969 e baixaram ainda mais em 1974 e 1984. Assim, o aumento da despesa e a redução dos preços resultaram num significativo aumento do consumo de produtos farmacêuticos ocidentais nas aldeias, durante os anos 70, e os antibióticos predominavam entre os medicamentos ocidentais consumidos.

Contudo, o aparecimento dos médicos de pés descalços e o estabelecimento dos postos médicos conduziram também ao excesso do uso de medicamentos nas aldeias, desde o início. Os médicos de pés descalços estavam legalmente autorizados a receitar medicamentos, sem restrições e com pouca ou nenhuma supervisão. Assim, quando se iniciou a reforma das áreas rurais, no início da década de 80, esses médicos tornaram-se praticantes de medicina privados. Como, em regra, não cobravam pelas consultas e exames, as clínicas das aldeias passaram a depender da venda de medicamentos para manterem o seu funcionamento diário. Desta forma, receitar medicamentos ocidentais tornou-se ainda mais comum.

A medicina ocidental foi rapidamente introduzida nas aldeias chinesas a partir dos anos 50 devido às transformações no modo de transmissão do conhecimento, à extensão da rede de vendas de produtos farmacêuticos e à queda dos seus preços. Embora a medicina chinesa—ou seja, as ervas medicinais, a acupuntura e a *materia medica* chinesa—fosse reconhecida pelo Estado, perdeu aceitação prática entre a população rural. Quanto à integração de ambas as medicinas, largamente promovida pelo Estado a partir de

meados da década de 50 e impulsionada pelo programa dos médicos de pés descalços depois de 1968, foi um processo assimétrico, resultando no domínio da medicina ocidental. Simultaneamente, com o declínio da medicina chinesa na China rural, a sua farmacopeia passou por um processo de standardização, urbanização e globalização.

Professor Xiaoping Fang

Nanyang Technological University

Singapura

IMAGES

IMAGENS



Convened by WHO and UNICEF, the International Conference on Primary Health Care, which met at Almaty, Kazakhstan (at that time Alma-Ata, USSR), in September 1978, adopted a declaration which called for urgent and effective international and national action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries. WHO

Organizada pela OMS e pela UNICEF, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, reunida em Almaty, Cazaquistão (à época Alma-Ata, URSS), em setembro de 1978, adotou a declaração que apelava às ações internacional e nacional urgentes e eficazes para desenvolver e implementar cuidados de saúde primários em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. OMS



The Conference met at the Palace of Lenin, pictured above. 1978. WHO

A Conferência aconteceu no Palácio Lenine, representado acima. 1978. OMS



Top Left: Alma-Ata welcomes the participants to the International Conference on Primary Health Care. WHO

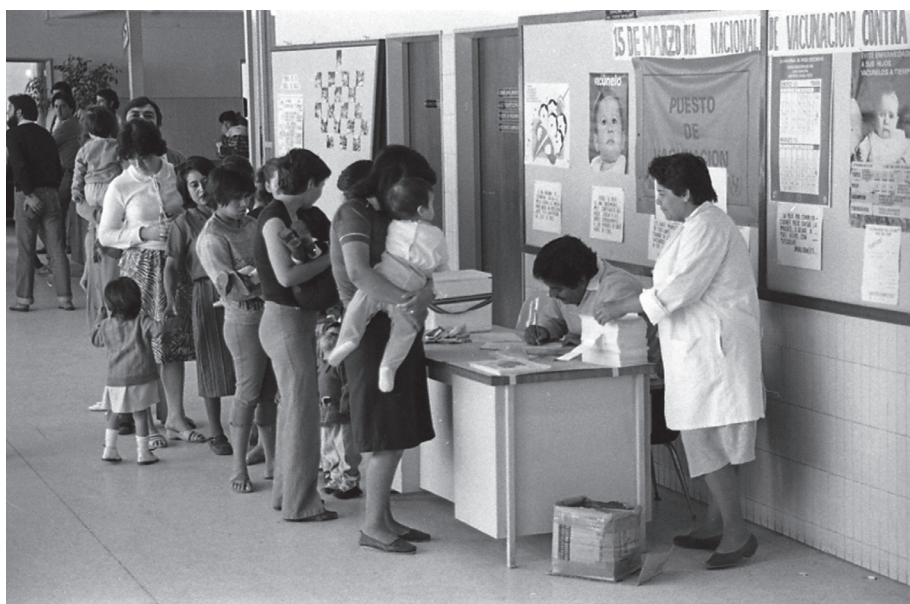
Acima, à esquerda: Alma-Ata dá as boas-vindas aos participantes da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. OMS

Top Right: The Conference met at the Palace of Lenin. WHO

Acima, à direita: A Conferência aconteceu no Palácio Lenine. OMS

Left: Inside the Palace of Lenin. WHO

À esquerda: Interior do Palácio Lenine. OMS



Top Left: Mexico, 1986. Queue at a health centre as parents bring their babies for vaccination. WHO/Liba Taylor

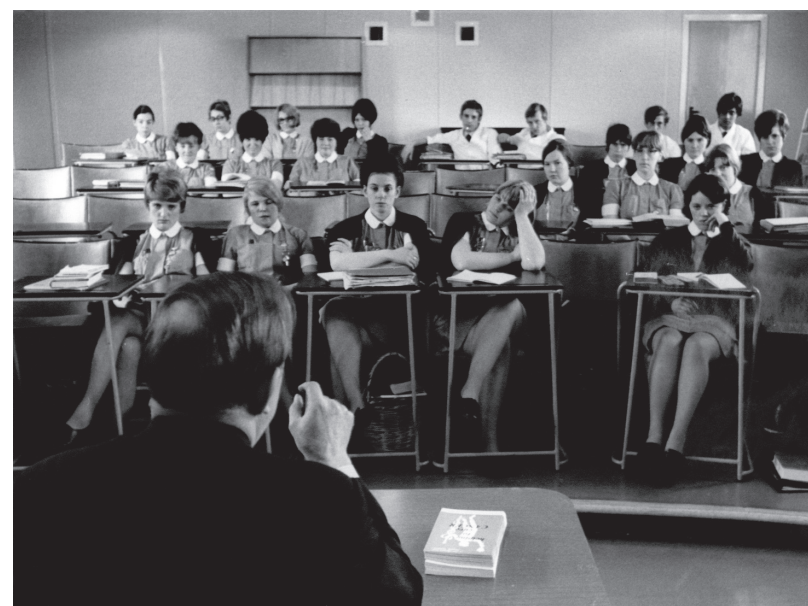
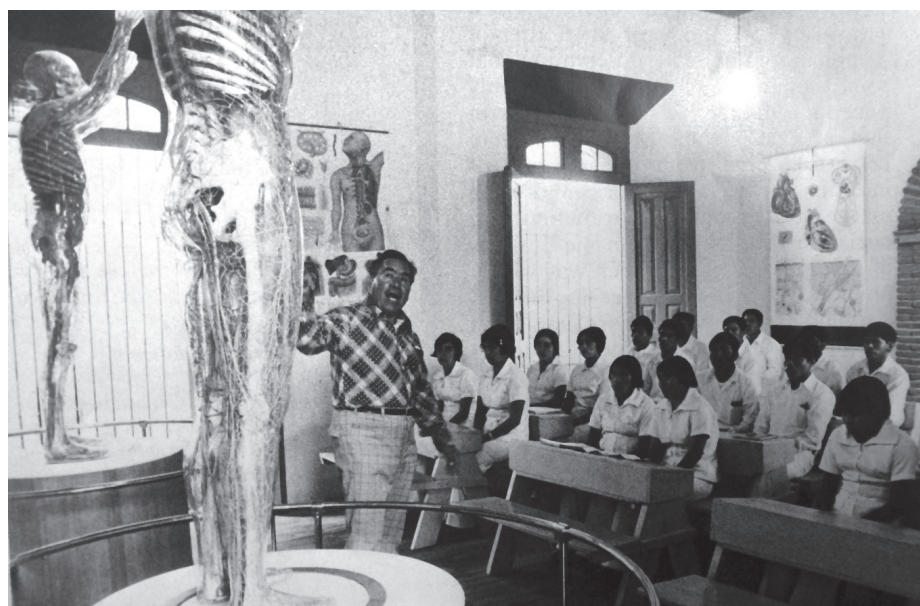
Acima, à esquerda: México, 1986. Fila num centro de saúde onde os pais trazem os seus filhos para vacinação. OMS/Liba Taylor

Top Right: Patients waiting outside Khunde Hospital, Nepal. Susan Heydon

Acima, à direita: Pacientes aguardando no exterior do Hospital de Khunde. Susan Heydon

Left: Mexico, 2009. People waiting outside the Regional General Hospital. Next to them, a big banner explaining general measures to take to be healthy. WHO/Harold Ruiz

À esquerda: México, 2009. Um grupo de pessoas aguarda no exterior do Hospital Geral regional. Ao lado delas, um grande cartaz explicando as medidas básicas para ser saudável



Top Left: Girls and youths from isolated rural communities come to San Cristobal to attend a three-month course in basic health care. What they learn will be carried back and used to good purpose in their home communities. 1977. WHO/UNICEF/D. Mangurian

Acima, à esquerda: Jovens de ambos os sexos de comunidades rurais isoladas vêm a San Cristobal participar de um curso de três meses sobre cuidados básicos de saúde. Quando regressarem às suas comunidades farão bom uso do que aprenderam. 1977. OMS/UNICEF/ D. Mangurian

Top Right: United Kingdom, 1969. Mr R. L. Davison, of the Manchester Committee on Cancer, lecturing at the Rochdale School of Nursing. WHO /Tibor Farkas

Acima, à direita: Reino Unido, 1969. Mr R. L. Davidson, da Comissão de Manchester sobre o Cancro, ensinando na Escola de Enfermagem de Rochdale. OMS/Tibor Farkas



Left: Students in the Teaching laboratory, Medical School, Yakusu Hospital, Yakusu, Belgian Congo. Wellcome Library, London

À esquerda: Estudantes no laboratório escolar, Escola Médica, Hospital de Yakusu, Congo Belga. Biblioteca Wellcome, Londres



Dr Emily Kark examines a young patient, early 1940s.
Credit: Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

A Dra Emily Kark examina uma criança, Início dos anos 40. Créditos: Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.



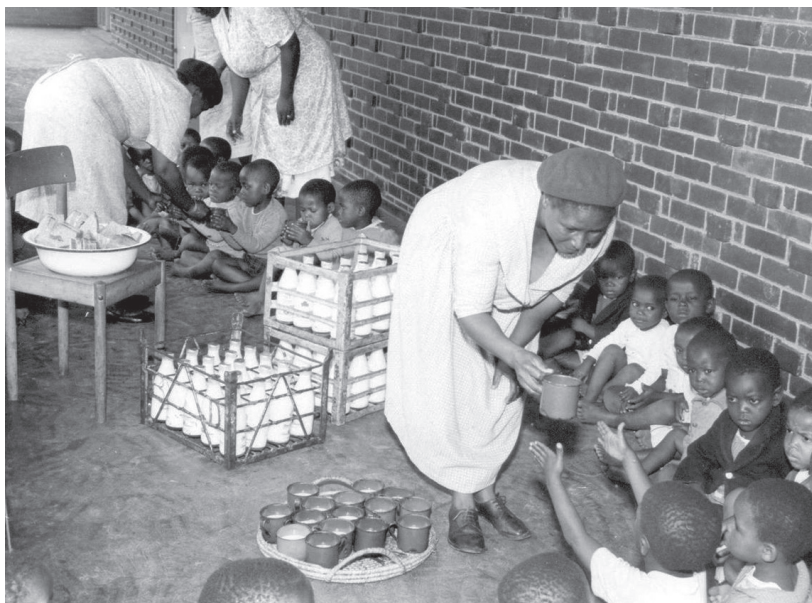
Mexico, 1977. No fear of the doctor here as this cheerful little girl has her ears checked for any possible infection by a health worker as a community-built clinic. From *World Health* (Feb–Mar 1977). WHO/UNICEF/D. Mangurian

México, 1977. Aqui não se tem medo do médico. Esta menina sorri enquanto uma funcionária de saúde lhe observa os ouvidos para descartar possibilidade de infecções, numa clínica construída pela comunidade. Reproduzido de *World Health* (Fev.—Mar. 1977). OMS/UNICEF/D. Mangurian



Sri Lanka, 1980. Polio - a controllable disease. Even in well-immunized countries sudden outbreaks of a poliomyelitis show that importation of virulent wild polioviruses remain a threat. No nation can be safe except by maintaining high immunization levels. WHO/V. Sirisena

Sri Lanka, 1980. Poliomielite, uma doença evitável. Mesmo em países com boa cobertura vacinal, surtos súbitos de poliomielite mostram que a importação de estirpes selvagens do vírus continua a ser uma ameaça. Nenhum país está a salvo senão mantendo elevados níveis de imunização. OMS/V. Sirisena



Left: Milk distribution to children organized by a Durban Health Centre as a key nutritional activity. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

À esquerda: Distribuição de leite para as crianças, organizada por um Centro de Saúde de Durban, como um elemento central das atividades de nutrição. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.



Right: Nepal, 2009. In a health care facility, a health worker filling a syringe with DPT vaccine (diphtheria, pertussis and tetanus). WHO/Christopher Black

À direita: Nepal, 2009. Num centro de saúde, um funcionário enche uma seringa com vacina DTP (difteria, tétano e tosse convulsa). OMS/Christopher Black



Left: King's Hospital, London: the waiting-room of the diabetes department. 1970.
WHO/Peter Larsen

À esquerda: King's Hospital, Londres – sala de espera do serviço de diabetes. 1970.
OMS/Peter Larsen



Right: Sri Lanka, 2007. Waiting room in the Obstetric & Gynecology outpatient clinic where patients are seated in in the Castle Street Hospital for Women. WHO / SEARO / Doris Mugrditchian

À direita: Sri Lanka, 2007. Sala de espera na clínica de obstetrícia e ginecologia onde as pacientes aguardam sentadas, no Hospital Castle Street para Mulheres. OMS/SEARO/ Doris Mugrditchian



Left: Two Chinese staff members prepare herbal prescriptions at a TCM clinic in Simao. Yunnan Province, China. 2010. WHO/TDR/Simon Lim

À esquerda: Duas funcionárias preparam receitas com ervas medicinais numa clínica de medicina tradicional chinesa, em Simao. Província de Yunnan, China, 2010. OMS/TDR/Simon Lim



Right: Nepal, 2009. In a health care facility, women take notes in a registry. WHO/Christopher Black

À direita: Nepal, 2009. Num centro de saúde, funcionárias fazem anotações num livro de registo. OMS/Christopher Black



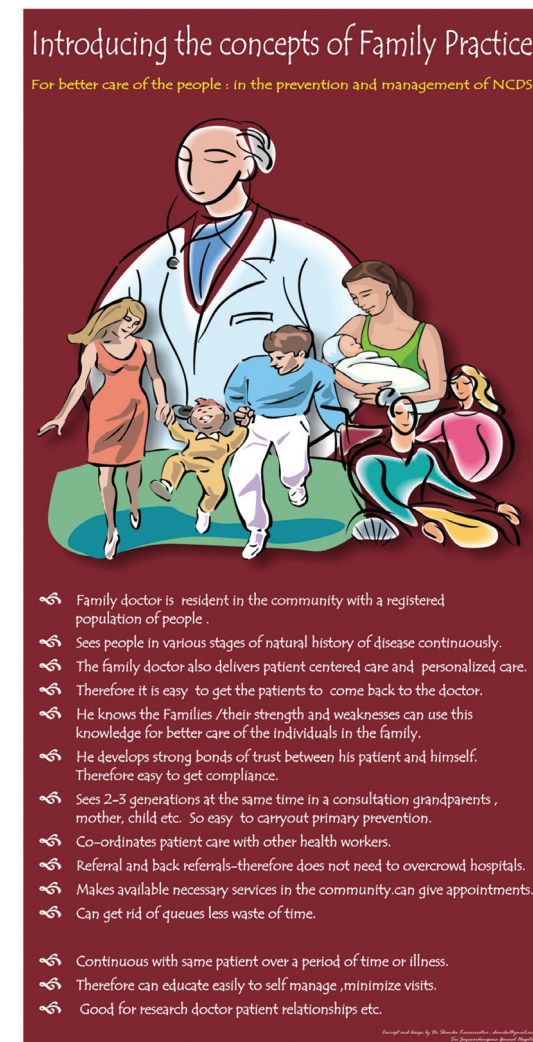
Left: Health education poster: Immunisation, tuberculosis (TB), Oral rehydration salts (ORS). 1998. WHO/TDR/Andy Crump

À esquerda: Póster de educação para a saúde—imunização, tuberculose (TB), sais de reidratação oral (SRO). 1998. OMS/TDR/Andy Crump



Centre: Poster for the launch of the Expanded Programme on Immunization (EPI). 1974. WHO

Ao centro: Póster para o lançamento do Programa Ampliado de Imunização (EPI). 1974. OMS



Right: Sri Lanka—The concept of family practice poster. Dr Shanika Karunaratna, Sri Jayawardenapura General Hospital; Professor Antoinette Perera, Professor of Family Medicine, Sri Jayawardenapura University

À direita: Sri Lanka—Póster sobre o conceito de medicina familiar. Dr Shanika Karunaratna, Sri Jayawardenapura General Hospital; Professora Antoinette Perera, Professora de Medicina Familiar, Universidade Sri Jayawardenapura.



Top Left: A mother breastfeeding her child. Wellcome Library, London

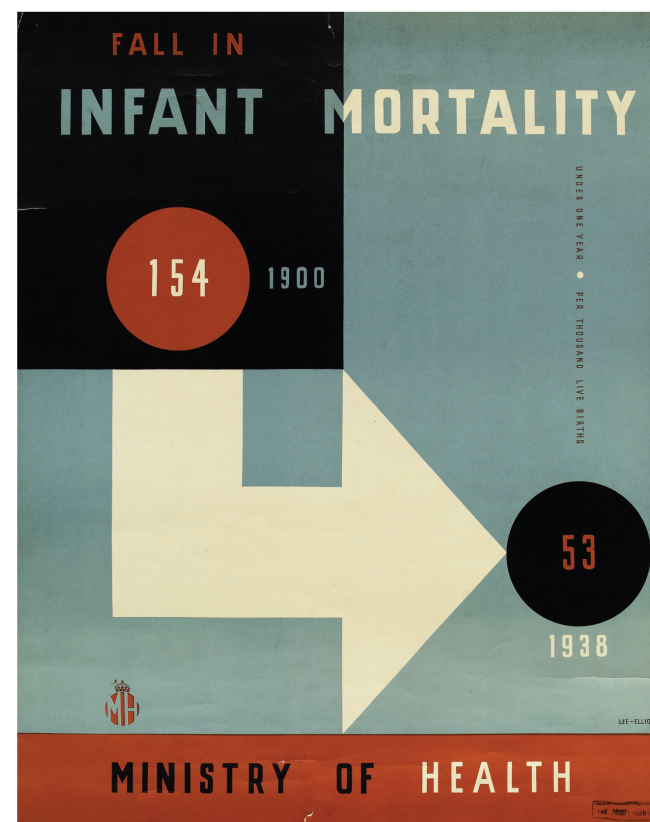
Acima, à esquerda: Mãe amamentando o seu filho. Biblioteca Wellcome, Londres

Top Right: 'Super Eight' logo, Sri Lanka. The College of Community Physicians of Sri Lanka

Acima, à direita: Logo do "Super 8", Sri Lanka. Associação de Médicos Comunitários do Sri Lanka

Right: Poster declaring the fall of infant mortality in Great Britain from 154 per thousand live births in 1900 to 53 per thousand in 1938. Wellcome Library, London

À direita: Póster anunciando a descida da taxa de mortalidade infantil na Grã-Bretanha, de 154 por mil nados vivos, em 1900, para 53 por mil, em 1938. Biblioteca Wellcome, Londres





China. A “barefoot” doctor listens in to the heartbeat of the unborn child. These useful community health workers used once to be literally barefoot, when they brought their healing skills to workers in the rice paddy-fields. From *World Health* (December 1979). WHO/D. Henrioud

China. Um “médico de pés descalços” escuta o coração de um feto. Estes imprescindíveis funcionários de saúde comunitária andaram em tempos realmente de “pés descalços”, quando levaram as suas competências curativas até aos trabalhadores dos campos alagados de arroz. Reproduzido de *World Health* (Dezembro 1979). OMS/D. Henrioud



Sri Lanka, 2011. A health worker checking a pregnant woman during a home visit. WHO / SEARO /Nimal Garnage

Sri Lanka. 2011. A funcionária de saúde observa uma mulher grávida durante a visita domiciliar. OMS/SEARO/Nimal Garnage



Left: In a pilot project, Sri Lanka has shown that the primary health care worker can be trained to detect cases of mouth cancer. 1970. WHO

À esquerda: Num projeto piloto, o Sri Lanka mostrou que o funcionário dos cuidados de saúde primários pode ser treinado para detetar casos de cancro da boca. 1970. OMS

Below: China: a traditional doctor examines her patient's tongue and makes her diagnosis. From *World Health* (December 1979). WHO/D. Henrioud

Abaixo: China, 1979. Uma médica tradicional examina a língua do seu paciente e faz o diagnóstico. Reproduzido de *World Health* (Dezembro 1979). OMS/D.





Left: Nepal, Kathmandu Valley. From the photo story 'No life without water'. 1980. WHO/Claudine Stauffer

À esquerda: Nepal, Vale de Catmandu. Da história fotográfica "Não há vida sem água". 1980. OMS/Claudine Stauffer

Centre: Water supply in Sri Lanka. 1980. WHO/Claudine Stauffer

Ao centro: Abastecimento de água no Sri Lanka. 1980. OMS/Claudine Stauffer

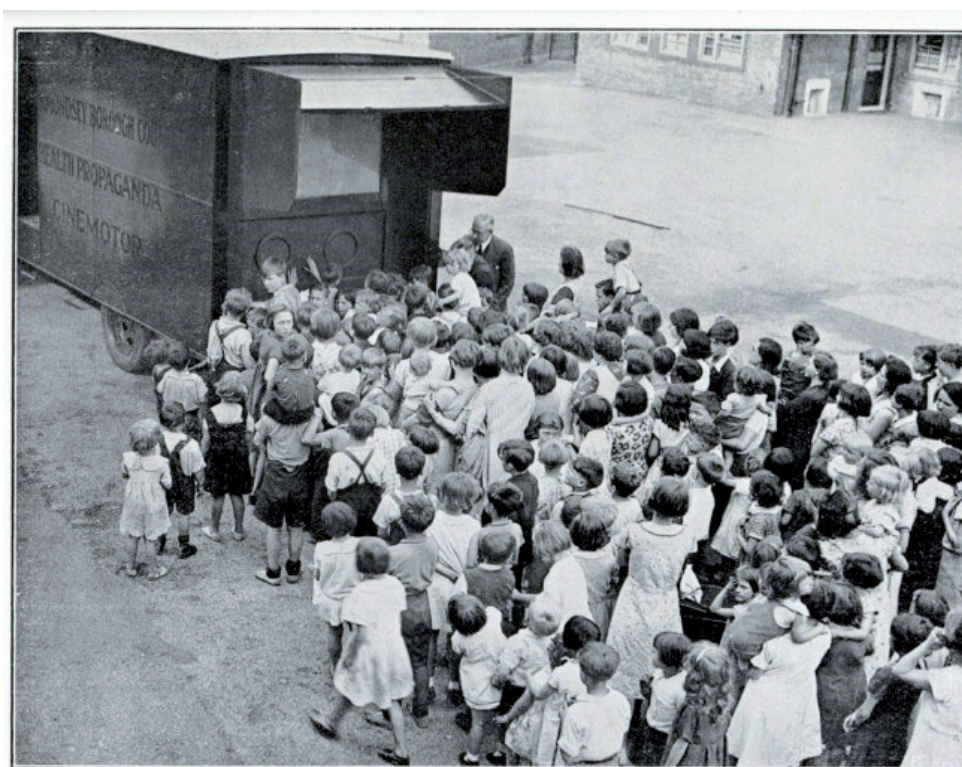
Right: Blue Flag Volunteer, Fatimata Jalloh at her Oral Rehydration Post in New Town community, with posters about cholera and ORS preparation, Sierra Leone. 2012. WHO /Fid Thompson

À direita: Fatimata Jalloh, voluntária da Bandeira Azul, no seu posto de Reidratação Oral, na comunidade de New Town, com pósteres sobre cólera e SRO [sais de reidratação oral]. Serra Leoa. 2012. OMS/Fid Thompson



Mexico, 1962. A teacher in the village of Calotmul gives his class a course on malaria. He shows how blood samples are taken and how they are examined in the laboratory. WHO /Paul Almasy

México, 1962. Um professor dá uma aula sobre malária aos seus alunos na aldeia de Calotmul. Demonstra como se recolhem amostras de sangue e como examiná-las no laboratório. OMS/Paul Almasy



Open air public health propaganda Cinemotor with a typical young audience, United Kingdom, 1938. Wellcome Library, London

Cinemotor, propaganda de rua sobre saúde pública, seguido por crianças locais. Reino Unido, 1938. Biblioteca Wellcome, Londres

Top Right: Becky Prevots (Cntr) is administering polio vaccine during National Immunization Day in Rocinha, Rio De Janeiro, Brazil, 2001. CDC/ Dr Becky Prevots

Acima, à direita: Becky Prevots (Cntr) administra vacina da poliomielite na Rocinha durante o Dia Nacional de Imunização, Rio de Janeiro, Brasil. 2001. CDC/Dr Becky Prevots

Bottom Left: Children receiving vaccinations, Pholela, early 1940s. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Abaixo, à esquerda: Crianças sendo vacinadas. Pholela, início dos anos 40. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Bottom Right: Schoolchildren march through the streets in Mexico carrying banners in favour of immunization. 1986. WHO/Liba Taylor

Abaixo, à direita: Crianças de uma escola marcham nas ruas do México, transportando cartazes a favor da imunização. 1986. OMS/Liba Taylor





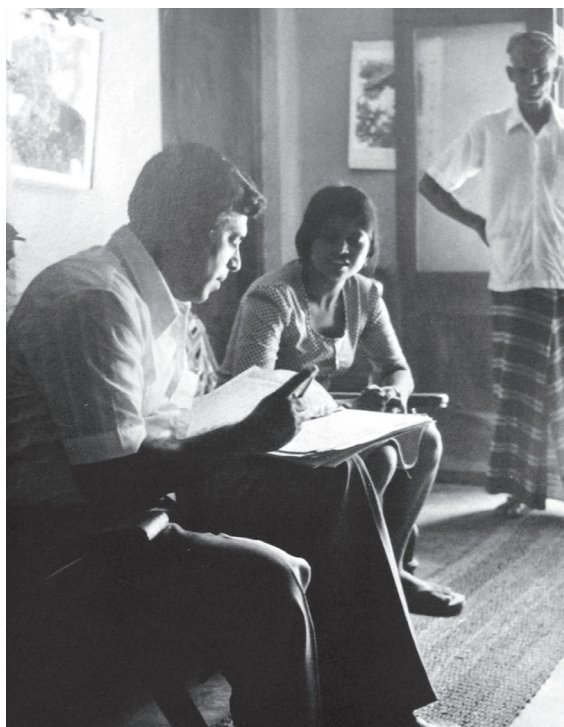
Local children at play, Pholela, early 1940s. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Crianças brincando. Pholela, início dos anos 40. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.



Prenatal care at the Pholela Health Centre. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Cuidados pré-natais no Centro de Saúde de Pholela.
Créditos: Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.



Watched by her father from whom she took over the malaria work, volunteer Kalyani Thilakalatha Bandara discusses her cases with Dr R. Bernard, in charge of malaria control in Anuradhapura district. Sri Lanka. From World Health (May 1978). WHO/D. Gibson

Observada pelo pai, a quem sucedeu no trabalho da malária, a voluntária Kalyani Thilakalatha Bandara comenta os seus casos com o Dr. R. Bernard, responsável pelo controlo da malária no distrito de Anuradhapura. Sri Lanka, Reproduzido de World Health (Maio 1978). OMS/D. Gibson



A class on child care, Pholela, early 1940s. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Uma aula sobre o cuidado das crianças. Pholela, início dos anos 40. Todas as imagens: Créditos: Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Top Right: Immunization day, Durban, early 1940s. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

À direita: Dia de vacinação, Durban, início dos anos 40. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.



Bottom Right: Khunde and Khumjung villages. Susan Heydon

Acima, à direita: As aldeias de Khunde e Khumjung. Susan Heydon





Top Left: Printed reproduction showing Bermondsey Medical Mission Hospital, south London, 1929. (The Hospital was founded by Dr Selina Herbert Fox (1871–1958) in 1904. The staff were all women and the work was for women and children only. After the NHS was formed in 1948, the Hospital offered in-patient facilities for elderly infirm women). Wellcome Library, London

Acima, à esquerda: Reprodução impressa, mostrando o Hospital da Missão Médica Bermondsey, sul de Londres, 1929. (O hospital foi fundado pela Dra. Selina Herbert Fox (1871–1958), em 1904. Todo o pessoal era feminino e o trabalho realizado era exclusivamente para as mulheres e crianças. Depois da criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1948, o hospital oferecia internamento para mulheres idosas). Biblioteca Wellcome, Londres

Top Right: Khunde Hospital. Susan Heydon

Acima, à direita: Hospital de Khunde. Susan Heydon



Bottom Left: The Mahamodara Hospital, Sri Lanka, 2005. WHO / SEARO / Gary Hampton

Abaixo, à esquerda: O Hospital Mahamodara, Sri Lanka, 2005. OMS/SEARO/ Gary Hampton



Left: Combating soil erosion in Pholela by teaching contour ploughing [using the A-frame adopted from a missionary]—a Health Centre activity directed to increasing food production. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

À esquerda: Combatendo a erosão do solo em Pholela através da aração em contorno [usando a grade A, adoptada de um missionário]—uma atividade do Centro de Saúde visando aumentar a produção de alimentos. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

Right: Cooperative buying of staples and their distribution—initiated by the Health Centre—reduced costs and brought some power to the people. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.

À direita: A compra de produtos essenciais e a sua distribuição nas cooperativas—iniciativa do Centro de Saúde—reduziu os custos e trouxe mais poder à população. Jeremy D. Kark, M.D., Ph.D.





Patient convalescing after having a compound fracture of the left femur and Miss Timpson seated to the left, Mengo Hospital, Uganda, c. 1890s. Wellcome Library, London

Paciente em convalescença, após fratura exposta do fêmur esquerdo, e Miss Timpson sentada à esquerda. Hospital Mengo, Uganda, década de 1890. Biblioteca Wellcome, Londres



Sir Albert Ruskin Cook (1870–1951) Physician and medical missionary in Uganda, c. 1930. Wellcome Library, London

Sir Albert Ruskin Cook (1870–1951). Médico e missionário no Uganda, cerca de 1930. Biblioteca Wellcome, Londres



Top: Brazil 1956. The youth health club at Varjao. WHO /Eric Schwab

Acima: Brasil, 1956. O clube juvenil de saúde em Varjão, OMS/Eric Schwab



Bottom: Brazil 1956. Health education and schistosomiasis control are closely linked. Here the family health club of Varjao, meeting at night, discusses cesspool problems. WHO /Eric Schwab

Abaixo: Brasil, 1956. A educação para a saúde e o controle da bilharziose estão estreitamente ligadas. Aqui o clube de saúde familiar de Varjão, reunido à noite, discute o problema das fossas. OMS/Eric Schwab

N I N E

MISSIONARY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE IN UGANDA: IMPLICATIONS FOR UNIVERSAL HEALTH CARE IN AFRICA

This chapter examines the role played by missionary medicine in the development of a system of primary health care in one African case study, Uganda, and considers the significance of this experience in terms of the future prospects of universal health coverage here, and in other parts of the developing world. While all world religions share a commitment to providing healthcare for the afflicted, medical mission is most commonly associated with evangelizing Christianity. The era of the modern medical missionary began in China in the 1830s, with a self-conscious goal of using healthcare to overcome cultural antagonism. In the decades that followed missionary medicine became particularly associated with Africa, where individuals such as David Livingstone helped convince secularizing European societies of the humanitarian instincts of missionary expansion. For Albert Schweitzer medical mission was penitential, a means of righting ‘the injustice and cruelties that in the course of centuries [Africans] have suffered at the hands of Europeans’. Other mission doctors though often imagined illness as a manifestation of spiritual corruption, regarding Africans as inherently diseased and sinful. For Albert Cook, medical mission ‘deals with the problem of waste lives on a two-fold basis. It has to treat the physical problem of suffering and disease, and it has to deal with the spiritual and moral

problem of sin.’¹ The most common missionary viewpoint was more functional, seeing medical mission’s value in its potential to bring new souls into the church, with illness creating a captive audience for the word of God.

Colonial governments often sought to contrast the aims of state-provided healthcare with that offered by missions, asserting that the former was ‘concerned with the mass of the people and particularly with the prevention of the spread of disease’, whereas the missions were occupied ‘more particularly with the individual and with, so far, the curative aspect’.² Some scholars have sustained this line of argument, suggesting that a focus on curative care reflected missionary medicine’s strategic interest in using healing as a route to personal conversion. Yet missions’ curative focus was due in large part to the inadequacy of state provision. Before 1945 in much of Africa government hospitals and dispensaries were situated mainly in urban areas, serving a fraction of the total population. In many rural communities healthcare was provided by medical missionaries alone. Yet the implicit assertion that missionary medicine was more

1. A. Schweitzer, *On the Edge of the Primeval Forest* (New York: Macmillan, 1931), 115; CMS Mengo Hospital Annual Report 1912–13 (Albert Cook Archive, Mulago Hospital, Kampala).
2. Quoted in M. Jennings, “Healing of Bodies, Salvation of Souls: Missionary Medicine in Colonial Tanganyika, 1870s–1939,” *Journal of Religion in Africa* 38, no. 1 (2008): 37.

equitable than secular healthcare is undermined by the other reason for medical mission's curative focus. Religious institutions depended on patient fees for the bulk of their income until after the Second World War. While missions claimed patients were never denied treatment if they lacked the means to pay, later studies indicated that user fees did discourage the poorest from attending their clinics.³

Medical mission though did waive or reduce fees for particular groups of patients, those defined as particularly vulnerable, or especially important to the religious aims of the mission. Where missions looked beyond the individual, they often concentrated on relief for disadvantaged groups such as lepers, the blind and the 'crippled'; 'biblical manifestations of disease and misery'. Maternal and child health was another area pioneered by missions across Africa. In Uganda for example missionaries began training indigenous women as midwives and nurses as early as 1918. By 1932 the Church Missionary Society alone had established twenty-three maternity and child welfare centres, mostly in Central Uganda. These clinics were tasked with improving local morality, and serving as 'a beacon light of hygienic village life, in the midst of the surrounding insanitary darkness.' Over time, attendances rose as the emphasis on sin reduced, so that by the 1950s approximately a fifth of pregnant women in Uganda attended a mission clinic, and around double that number received ante-natal advice. Both Catholic and Protestant

clinics operated an impressive referral system, channelling high risk cases to the major maternity hospitals in Kampala so efficiently that by the 1930s the rural centres recorded maternal and child mortality rates similar to those found in England and Wales. Mission referral hospitals' maternal and neo-natal mortality rates fell dramatically in the 1950s due to the introduction of the lower segment caesarean section, blood transfusion, tube feeding, and penicillin. Ante-natal guidance in the 1960s focused particularly on improved hygiene for home births, resulting in a similarly impressive decline in rates of neo-natal tetanus and gastro-enteritis.⁴

Arguably then the distinctive concerns that shaped mission medicine in the first half of the twentieth century made it an unusually good fit with some of the core principles of primary/universal healthcare: the equitable provision of medical guidance and treatment irrespective of gender, age, disability or place of residence; the development of an indigenous healthcare workforce; a multi-sectional approach that engaged local communities in the transformation of health-related attitudes and behaviours in order to improve people's lives.

The reality was more complex than this benign depiction. Some scholarship suggests that medical missions often associated leprosy with damnation. Missions in Uganda

3. Jennings, "Healing," 35–40; O. Akerele, I. Tabidzadeh and J. McGilvray, "A New Role for Medical Missionaries in Africa," *WHO Chronicle* 30, no. 5 (1976): 175–80; Uganda, *Annual Medical Report 1951* (Entebbe: Government Printer, 1952).

4. Akerele, Tabidzadeh and McGilvray, "A New Role," 175–80; Jennings, "Healing," 35; R. Billington, *A Tune on Black and White Keys. Partnership in Healing: The Story of Mengo Hospital* (London: Janus, 1993), 29; A. Cook, 'Report of the Lady Coryndon MTS', Namirembe, 1933, CMS archive, Birmingham, M/Y/A7 1931-5; S. Doyle, *Before HIV: Sexuality, Fertility and Mortality in East Africa, 1860–1980* (Oxford: British Academy and Oxford University Press, 2013), 262–63, 303–4.

cross-subsidised maternity provision by deliberately grossly overcharging STD patients (whose condition, it seems likely, was often misdiagnosed). In some areas it appears that quality of care was limited by a determination to reach the maximum number of potential converts, so that a second-rate service deemed adequate for Africans typified much mission provision. And community engagement often depended on the coercive assistance of local chiefs, commercial interests or colonial officials, all seeking the production of a new modernity, shaped by hygiene and greater productivity. Missionary doctors of course also worked in alliance with religious and lay members of their orders or societies. Clerics for example endeavoured to persuade Africans of the benefits of soap and ventilated housing decades before the public health campaigns of the colonial era.⁵

While missionary medicine has commonly been associated in the western imagination with the colonial era, the visible presence, and suffering, of western missionaries in the response to the epidemic of Ebola which started in late 2013 has highlighted the ongoing role of church-related health workers after independence. This apparent continuity conceals several changes in the nature of missionary medicine after the Second World War, not least

the gradual displacement of European by North American personnel. One notable initiative was the pioneering work of missionary doctors in the development of rural health centres in countries such as Uganda. The principles on which these were founded, and the goals which they sought to achieve, map closely onto those of the Alma Ata Declaration. What was proposed was a system of community-oriented primary health care, using relatively simple technology, with local community leaders helping to set priorities. The prioritisation of disease prevention led to a focus on latrines, drinking water, disease vector control, and improved nutrition. In much of Africa mission institutions were increasingly subsidised by the state, and in many cases absorbed into a new national health system after independence. Even where their autonomous status survived missionaries often sought to align themselves with the medical strategies of the state, and to Africanise their institutions' leadership.⁶

In many cases, as political instability and economic decline affected many countries after independence, mission institutions sought to fill the gaps left by a retreating state. In Uganda in the 1970s church hospitals and clinics, benefiting from lower salary costs and from access to external income and sources of medical provisions, expanded their activities in spheres such as maternity care and vaccination enormously. Even leprosy hospitals opened their doors to general outpatients, becoming the leading healthcare provider in many Ugandan districts during

5. M. Vaughan, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness* (Stanford: Stanford University Press, 1991), 77–84; C. Good, *The Steamer Parish: The Rise and Fall of Missionary Medicine on an African Frontier* (Chicago: University of Chicago Press, 2004); Doyle, *Before HIV*, 82–86, 306; N. R. Hunt, *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization and Mobility in the Congo* (Durham: Duke University Press, 1999), 161; J. Comaroff and J. Comaroff, *Of Revelation and Revolution: The Dialectics of Modernity on a South African Frontier*, Volume II (Chicago and London: University of Chicago Press, 1997).

6. Billington, *A Tune*; J. Stanfield, "The Luteete Family Health Centre: Nutrition Rehabilitation in a Comprehensive Rural Development Strategy," *Journal of Tropical Paediatrics* 17, no. 1 (1971): 67–82.

the Idi Amin era. Missionaries, released from leadership positions within medical units, increasingly turned their attention to emerging crises, playing crucial roles in care and advocacy relating to new epidemics such as HIV/AIDS. The Catholic Church claims that its medical institutions treat a quarter of all AIDS patients in the world, while medical missionaries played an early role in HIV prevention in Uganda and elsewhere.⁷

While the quality of the care provided by medical missions has sometimes been questioned, on the basis that their institutions were ‘often severely understaffed and many health workers were under-qualified’, the enduring contribution of medical missions, particularly in rural areas and among disadvantaged groups which are often neglected by the state, should not be discounted.⁸ In Uganda today churches still provide 30 per cent of all healthcare provision. Moreover, church institutions may have a crucial role to play in helping the Ugandan government to establish an effective system of universal health coverage in coming decades. In 2009 a bill proposing the establishment of a National Health Insurance Fund was rejected by parliament, due to employer and worker organizations’ concerns about the efficacy of the Ugandan medical system. Yet similar proposals are likely to re-

emerge given that a 2008 WHO study revealed that 29 percent of reported household expenditure in Uganda went on healthcare. Popular demand for a more cost-efficient system of universal care undoubtedly exists. It may be that a new programme will seek to build on the local mutual health organizations which have been set up across Uganda, often by not-for-profit church hospitals seeking to assist the poor to achieve control over their medical expenditure by investing in community insurance schemes. However, popular anxieties about the possibility that premiums will be misappropriated are lessened but not eradicated by the moral principles shaping mission institutions. Moreover, mission healthcare may seem to some policy-makers to provide a structural obstacle to the integration, coordination and consistency implied by universal health coverage. The precise role that medical mission might play is uncertain, but it is to be hoped that its particular strengths—palliative care, concern for the marginalized, crisis response—can be harnessed in future reforms.⁹

Dr Shane Doyle

University of Leeds

United Kingdom

7. C. Dodge and P. Wiebe, ed., *Crisis in Uganda: The Breakdown of Health Services* (Oxford: Pergamon Press, 1985); M. Duggan, “Combating the Spread of AIDS,” in *Culture of Life-Culture of Death*, ed. L. Gormally (London: Linacre Center, 2002), 257–67.
8. O. Olakanmi and P. Perr, “Medical Volunteerism in Africa: An Historical Sketch,” *Virtual Mentor* 8, no. 12 (2006): 863–70; B. Schmid, E. Thomas, J. Olivier and J. Cochrane, *The Contribution of Religious Entities to Health in Sub-Saharan Africa* (Cape Town: African Religious Health Assets Programme, 2008), 177.

9. Uganda Ministry of Health, *Access to and Use of Medicines by Households in Uganda* (Kampala, 2008), 12; R. Basaza, B. Criel and P. Van der Stuyft, “Low Enrolment in Ugandan Community Health Insurance Schemes: Underlying Causes and Policy Implications,” *BMC Health Services Research* 7 (2007): 1–12.

N O V E

MEDICINA MISSIONÁRIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: IMPLICAÇÕES PARA A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE NA ÁFRICA

Este capítulo analisa o papel desempenhado pela medicina missionária no desenvolvimento do sistema de Cuidados de Saúde Primários, a partir de um caso na África-o Uganda e atentando na importância desta experiência em termos de expectativas futuras para a cobertura universal de saúde nesse país, bem como em outros países em desenvolvimento. Embora todas as religiões do mundo partilhem o compromisso de prestar cuidados de saúde aos necessitados, a medicina missionária é mais comumente associada à evangelização cristã. A era da medicina missionária moderna iniciou-se na China na década de 30 do século XIX, com o objetivo de usar os cuidados de saúde para ultrapassar oposições culturais. Nas décadas seguintes, a medicina missionária ficou especialmente associada à África, onde pessoas como David Livingstone ajudaram a convencer as sociedades europeias, cada vez mais seculares, acerca da natureza humanitária da expansão missionária. Para Albert Schweitzer, a missão médica era penitencial, um meio de compensar “a injustiça e as crueldades que [os africanos] têm sofrido ao longo de séculos, às mãos dos europeus”. No entanto, outros médicos missionários por vezes concebiam a doença como uma manifestação de corrupção espiritual, considerando os africanos inerentemente doentes e pecaminosos. Para Albert Cook, a missão médica “lida com o problema das vidas desperdiçadas de duas maneiras. Tem de tratar o

problema físico do sofrimento e da doença e tem de lidar com o problema espiritual e moral do pecado”.¹ O ponto de vista missionário mais comum era funcional, encarando o valor da missão médica como potencial para trazer novas almas à igreja, sendo que a doença criava uma audiência cativa para a palavra de deus.

Os governos coloniais procuravam, muitas vezes, comparar os objetivos dos cuidados de saúde prestados pelo Estado com os dos cuidados oferecidos pelas missões, afirmando que os primeiros se “preocupavam com a massa da população e especialmente com a prevenção da disseminação das doenças”, enquanto as missões se ocupavam “mais particularmente com o indivíduo e, até agora, mais com o aspeto curativo”.² Alguns investigadores defenderam esta linha de argumentação, sugerindo que o centramento nos cuidados curativos refletia o interesse estratégico das missões médicas em usar a cura como uma via para a conversão pessoal. Contudo, o foco curativo das missões devia-se, em larga medida, à deficiência dos cuidados prestados pelo Estado. Antes de 1945, na maior parte da África, a maioria dos hospitais e dispensários do

1. A. Schweitzer, *On the Edge of the Primeval Forest* (Nova Iorque: Macmillan, 1931), 115; CMS Mengo Hospital Annual Report 1912–13 (Albert Cook Archive, Mulago Hospital, Kampala).
2. Citado em M. Jennings, “Healing of Bodies, Salvation of Souls: Missionary Medicine in Colonial Tanganyika, 1870s–1939,” *Journal of Religion in Africa* 38, no. 1 (2008): 37.

Estado situava-se em áreas urbanas, servindo apenas uma pequena parte da população total. Em muitas comunidades rurais, os cuidados de saúde eram prestados apenas pelas missões médicas. No entanto, a afirmação implícita de que a medicina missionária era mais igualitária do que os cuidados médicos seculares é desmentida pela outra razão para o enfoque curativo da medicina missionária. Até ao final da Segunda Guerra Mundial, a maior parte do rendimento das instituições religiosas dependia das taxas pagas pelos pacientes. Embora as missões afirmassem que nunca lhes era negado tratamento, mesmo se não pudessem pagar, estudos posteriores indicaram que as taxas de utilização desencorajavam os mais pobres a recorrerem às clínicas missionárias.³

No entanto, as missões médicas dispensavam ou reduziam as taxas a grupos específicos de pacientes: os considerados especialmente vulneráveis ou importantes para os objetivos religiosos das missões. Nos locais onde as missões olhavam para lá do indivíduo, centravam-se muitas vezes no alívio de grupos desfavorecidos, como os leprosos, os cegos e os “aleijados”; “manifestações bíblicas de doença e desventura”. A saúde materno-infantil foi outra área na qual as missões foram pioneiras em toda a África. No Uganda, por exemplo, os missionários começaram a formar mulheres indígenas como parteiras e enfermeiras logo em 1918. Em 1932, só a Sociedade Igreja Missionária tinha já estabelecido vinte e quatro centros de assistência

materno-infantil, sobretudo no centro do Uganda. Estas clínicas tinham por missão promover localmente a moralidade e servir como “luz guia para a vida higiénica das aldeias, no meio da escuridão da insalubridade reinante”. Ao longo do tempo, os comparecimentos nos centros de saúde aumentaram, à medida que se reduziu a ênfase no pecado. Nos anos 50, aproximadamente um quinto das mulheres grávidas no Uganda recorria a uma clínica das missões e aproximadamente o dobro desse número recebia aconselhamento pré-natal. Tanto as clínicas católicas como as protestantes controlavam um impressionante sistema de referência, encaminhando casos de alto risco para as maiores maternidades de Kampala com tal eficiência que, nos anos 30, os centros rurais registaram índices de mortalidade materna e infantil semelhantes aos da Inglaterra e do País de Gales. Os níveis de mortalidade maternal e neonatal nos hospitais de referência das missões baixaram drasticamente nos anos 50 devido à introdução das cesarianas do segmento inferior do útero, das transfusões de sangue, da alimentação por sonda e da penicilina. O aconselhamento pré-natal nos anos 60 centrou-se particularmente no melhoramento da higiene dos partos em casa, resultando num declínio igualmente notável nos níveis de tétano neonatal e de gastroenterites.⁴

3. Jennings, “Healing,” 35–40; O. Akerele, I. Tabidzadeh and J. McGilvray, “A New Role for Medical Missionaries in Africa,” *WHO Chronicle* 30, no. 5 (1976): 175–80; Uganda, *Annual Medical Report 1951* (Entebbe: Government Printer, 1952).

4. Akerele, Tabidzadeh e McGilvray, “A New Role,” 175–80; Jennings, “Healing,” 35; R. Billington, *A Tune on Black and White Keys. Partnership in Healing: The Story of Mengo Hospital* (Londres: Janus, 1993), 29; A. Cook, ‘Report of the Lady Coryndon MTS’, Namirembe, 1933, CMS archive, Birmingham, M/Y/A7 1931–5; S. Doyle, *Before HIV: Sexuality, Fertility and Mortality in East Africa, 1860–1980* (Oxford: British Academy and Oxford University Press, 2013), 262–63, 303–4.

Provavelmente, aquilo que mais preocupava as missões médicas e que as moldou na primeira metade do século XX tornou-as numa invulgar acomodação aos princípios fundamentais dos cuidados de saúde primários e da cobertura universal de saúde: a prestação de orientação médica e de tratamento igualitários, independentemente do género, idade, incapacidade ou local de residência; a expansão de uma força de trabalho de saúde indígena; uma abordagem polivalente que envolvia as comunidades locais na transformação das atitudes e comportamentos relacionados com a saúde, de modo a melhorar a vida das pessoas.

A realidade era mais complexa do que esta representação complacente. Alguns trabalhos académicos sugerem que as missões médicas associavam frequentemente a lepra com maldição. As missões no Uganda faziam subvenção cruzada dos serviços de maternidade cobrando taxas deliberadamente altas aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (cuja situação, muito provavelmente, era frequentemente mal diagnosticada). Em algumas áreas, parece que a qualidade dos cuidados era afetada pela determinação em alcançar o maior número possível de potenciais convertidos. Assim, um serviço de segunda categoria, considerado adequado para os africanos, tipificava grande parte dos cuidados prestados pelas missões. O envolvimento das comunidades dependia frequentemente da colaboração coerciva dos chefes locais, bem como dos interesses comerciais dos oficiais coloniais, esforçando-se todos por produzir uma nova modernidade marcada pela higiene e por maior produtividade. Os médicos missionários trabalhavam também em conjunto com

membros laicos e religiosos das suas ordens ou sociedades. Os clérigos, por exemplo, tentavam persuadir os africanos sobre os benefícios do sabão e das casas ventiladas, décadas antes das campanhas de saúde pública da era colonial.⁵

Embora no imaginário ocidental a medicina missionária esteja geralmente associada à era colonial, a presença e o sofrimento visíveis dos missionários ocidentais na resposta à epidemia de ébola, que começou no final de 2013, chamou a atenção para o papel ininterrupto dos trabalhadores de saúde ligados à igreja, depois da independência. Esta aparente continuidade esconde diversas mudanças na medicina missionária desde o final da Segunda Guerra Mundial, entre elas a substituição de pessoal europeu por norte-americanos. Uma iniciativa notável foi o trabalho pioneiro dos médicos missionários no desenvolvimento de centros de saúde rurais em países como o Uganda. O princípio no qual estes se baseavam e os objetivos que procuravam alcançar aproximam-se dos da Declaração de Alma Ata. Propunha-se um sistema de cuidados de saúde primários orientados para a comunidade, usando tecnologias relativamente simples e com a participação dos líderes locais no estabelecimento de prioridades. A prioridade dada à prevenção das doenças levou ao centramento nas latrinas, na água de consumo, no controlo de vetores e na melhoria da nutrição. Em

5. M. Vaughan, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness* (Stanford: Stanford University Press, 1991), 77–84; C. Good, *The Steamer Parish: The Rise and Fall of Missionary Medicine on an African Frontier* (Chicago: University of Chicago Press, 2004); Doyle, *Before HIV*, 82–86, 306; N. R. Hunt, *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization and Mobility in the Congo* (Durham: Duke University Press, 1999), 161; J. Comaroff e J. Comaroff, *Of Revelation and Revolution: The Dialectics of Modernity on a South African Frontier*, Volume II (Chicago e Londres: University of Chicago Press, 1997).

grande parte da África, as instituições missionárias eram cada vez mais subsidiadas pelo Estado e, em muitos casos, absorvidas no novo sistema nacional de saúde, depois da independência. Mesmo onde a sua autonomia se mantinha, os missionários procuravam alinhar-se com as estratégias médicas do Estado e africanizar a liderança das suas instituições.⁶

Em muitos casos, quando a instabilidade política e o declínio económico afetavam muitos países na pós-independência, as instituições missionárias procuraram preencher os vazios deixados pelo recuo do Estado. No Uganda, nos anos 70, os hospitais e clínicas da Igreja expandiram grandemente as suas atividades em áreas tais como os cuidados maternos e a vacinação, beneficiando de custos salariais mais baixos, do acesso a rendimentos externos e a provedores de produtos médicos. Mesmo os hospitais de lepra abriram as suas portas aos pacientes externos em geral, tornando-se os principais prestadores de cuidados médicos em muitos distritos do Uganda, na era de Idi Amin. Cada vez mais missionários, aliviados dos seus cargos de liderança nas unidades médicas, voltavam a sua atenção para as crises emergentes, desempenhando papéis centrais nos cuidados de saúde e no apoio em casos como o das novas epidemias, nomeadamente o VIH/SIDA. A Igreja Católica afirma que as suas instituições médicas tratam um quarto de todos os pacientes com SIDA no mundo; os médicos missionários tiveram também um

papel importante nos primórdios da prevenção do VIH no Uganda e em outros lugares.⁷

Embora a qualidade dos cuidados prestados pelos médicos missionários tenha sido por vezes questionada, com o argumento de que as suas instituições tinham “muitas vezes pessoal a menos e muito do pessoal de saúde não tinha qualificações”, não se pode ignorar a persistente contribuição das missões médicas, particularmente nas áreas rurais e entre os grupos mais desfavorecidos, frequentemente negligenciados pelo Estado.⁸ Atualmente, no Uganda, as igrejas ainda oferecem 30 por cento de todos os cuidados médicos. Além disso, as instituições religiosas podem ter um papel fundamental a desempenhar na ajuda ao governo do Uganda para o estabelecimento de um sistema eficaz de cobertura universal de saúde nas próximas décadas. Em 2009, uma lei propondo a criação de um Fundo Nacional de Seguros de Saúde foi rejeitada pelo parlamento devido às reticências das organizações de patrões e trabalhadores sobre a eficácia do sistema médico do Uganda. No entanto, é provável que surjam novas propostas, dado que um estudo da OMS de 2008 revelou que 29 por cento das despesas domésticas reportadas no Uganda se destinavam aos cuidados de saúde. Não há dúvida de que existe uma procura da população por um

6. Billington, *A Tune*; J. Stanfield, “The Luteete Family Health Centre: Nutrition Rehabilitation in a Comprehensive Rural Development Strategy,” *Journal of Tropical Paediatrics* 17, no. 1 (1971): 67–82.

7. C. Dodge e P. Wiebe, ed., *Crisis in Uganda: The Breakdown of Health Services* (Oxford: Pergamon Press, 1985); M. Duggan, “Combating the Spread of AIDS,” in *Culture of Life-Culture of Death*, ed. L. Gormally (Londres: Linacre Center, 2002), 257–67.

8. O. Olakanmi e P. Perr, “Medical Volunteerism in Africa: An Historical Sketch,” *Virtual Mentor* 8, no. 12 (2006): 863–70; B. Schmid, E. Thomas, J. Olivier e J. Cochrane, *The Contribution of Religious Entities to Health in Sub-Saharan Africa* (Cidade do Cabo: African Religious Health Assets Programme, 2008), 177.

sistema de cuidados universais mais eficaz na relação custo-benefício. Pode ser que um novo programa procure basear-se nas organizações mutualistas locais que se estabeleceram por todo o Uganda, muitas vezes por iniciativa de hospitais religiosos sem fins lucrativos, que procuram ajudar os pobres a controlarem as suas despesas médicas, investindo em esquemas de seguros comunitários. Contudo, os receios populares quanto à possibilidade de os prémios serem desviados diminuem, mas não desaparecem, em face dos princípios morais que formam as instituições missionárias. Além disso, os cuidados de saúde missionários podem ser percebidos por alguns responsáveis pelas políticas públicas como obstáculos estruturais à integração, coordenação e consistência implícitas na cobertura universal de saúde. O papel exato que as missões médicas poderão desempenhar é incerto; mas espera-se que os seus pontos fortes—cuidados paliativos, atenção aos marginalizados, resposta às crises—possam ser integrados em reformas futuras.⁹

Dr Shane Doyle
Universidade de Leeds
Reino Unido

9. Uganda Ministry of Health, *Access to and use of Medicines by Households in Uganda* (Kampala, 2008), 12; R. Basaza, B. Criel e P. Van der Stuyft, “Low Enrolment in Ugandan Community Health Insurance Schemes: Underlying Causes and Policy Implications”, *BMC Health Services Research*, 7 (2007), 1–12.

PRIMARY HEALTH CARE REFORMS IN SRI LANKA: AIMING AT PRESERVING UNIVERSAL ACCESS TO HEALTH

Sri Lanka's model of primary health care, available free through a government health system with island wide availability, forms a sound basis for providing universal health coverage. However, this system is increasingly under pressure notably from the high burden of non-communicable diseases (NCDs), increasing elderly care needs and the growing out of pocket expenditure for chronic diseases. Whilst the government's commitment to maintaining universal health services of good quality for all continues, the need for change has been recognized. The government is exploring now how a rational model of care can best be instituted given limited resources.

Primary health care in Sri Lanka developed, as two parallel services:

1. Community health services, focusing mainly on maternal and child health and on communicable diseases and adopting prevention and health promotion strategies, based on the health unit system. The health units have defined catchment areas that coincide with local government administrative units and currently number 341 areas. Also known as MOH areas, they are managed by a medical doctor, supported by public health field staff.

2. Curative services consisting of 496 Divisional hospitals providing both hospitalization and ambulatory services and 474 Primary Medical Care units providing only ambulatory care which function with non-specialist medical doctors and other staff.

The present decentralized pyramidal system was established in 1989. Three levels of health care are offered. At the first, management of the primary health care services was devolved to provincial councils. At the secondary level 68 basic hospitals and 18 district general hospitals provide diagnosis and treatment facilities. At the tertiary level the central authority manages the National Hospital, the teaching hospital and 10 larger specialist hospitals together with the procurement of drugs, recruitment and deployment of staff and training.

This system has many positive aspects, not least that the continuing government commitment ensures a good standard of free healthcare from government services. With the abolition of user fees in 1977 healthcare is financed by general taxation and delivered by graduate and post-graduate trained (at government expense) health personnel. Other factors having a positive effect on the policy environment for universal healthcare include the free education system. Universal education has had a positive impact on female empowerment and has promoted the

health seeking behaviour of mothers, who are the chief health providers of the family. In addition the permission given to government health personnel to work in the private sector after duty hours has improved retention of personnel in rural areas by compensating for low salaries. It has also improved access to health services at all hours even though this out of duty hours service is not free.

However, the problems with this system are evident with ever-increasing challenges within the health environment. Decentralisation has contributed to an unequal distribution of health resources which is exacerbated by the emphasis on expanding specialised services. This has reduced funding for primary care, the subsequent effect of this on the quality of primary level services, alongside the lack of a referral/gatekeeping system to filter access to specialized services, has accentuated the by-passing of primary level care; inefficiency is thus built into the system. Furthermore, chronic diseases result in a more difficult to define health package; the present system does not yet cater for this and the individual is left to negotiate his/her own way through this problem entailing much out of pocket expenditure.

In the period 2008–2013 the policy unit at the Ministry of Health undertook an analysis with pilot studies and discussions with Sri Lankan experts on a suitable model for reform. The consensus was that the existing model should be expanded to adopt chronic care needs rather than setting up a parallel structure for NCDs at the primary level. An important aspect of this will be a transition from the present episodic type of patient management to a continuing personalised and family centred care which is much more

appropriate for NCDs. In addition, the principles of family medicine need to be integrated into health training so that attitudes and practices of primary level personnel are adapted to this approach. Improvements also need to be effected in the availability of essential drugs and basic laboratory tests for NCDs in order to limit the necessity to by-pass primary level units. Lastly, there should be an emphasis on community education to reduce risk and improve health seeking behaviour.

To facilitate and foster these improvements a new organisational structure is proposed termed the Shared Care Cluster System. Services will be grouped around a hospital providing specialist care at the apex with surrounding primary care curative institutions at divisional and primary level. The objective is to provide universal access to continuing care that makes the best use of the existing system and the optimum use of resources. The cluster system is designed to bring about a system of accountability for care as it will have a defined catchment area and defined areas of responsibility. While it is hoped that it will rationalise and make government allocation more efficient and effective there remains still the unfinished agenda of health financing the accompanying dilemma attached to the challenge of NCDs to Sri Lanka's primary health care model.

Dr Susie Perera

*Director, Organization Development
Ministry of Health, Sri Lanka*

AS REFORMAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO SRI LANKA: VISANDO PRESERVAR A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

O modelo de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Sri Lanka, disponível gratuitamente através de um sistema de saúde do Estado que se estende a toda a ilha, constitui uma base sólida para proporcionar a cobertura universal de saúde. No entanto, este sistema está cada vez mais sob pressão, principalmente por conta do peso das doenças não transmissíveis, das crescentes necessidades de cuidados aos idosos e das crescentes despesas extraordinárias com as doenças crônicas. Embora se mantenha o compromisso do governo de garantir serviços de saúde universais de boa qualidade para todos, reconheceu-se a necessidade de mudar. O governo está agora a avaliar a melhor maneira de estabelecer um modelo racional de cuidados de saúde, tendo em conta a escassez de recursos.

Os CSP no Sri Lanka desenvolveram-se em dois serviços paralelos:

1. Cuidados de saúde comunitários, focados sobretudo na saúde materno-infantil e nas doenças transmissíveis, adotando estratégias de prevenção e promoção da saúde baseadas no sistema de unidades de saúde. Essas unidades de saúde cobrem áreas específicas que coincidem com as unidades administrativas do governo local e que, atualmente, são 341. Estas divisões, também conhecidas por MOH (*Medical Officers of Health*), são

geridas por um médico auxiliado por pessoal de saúde pública;

2. Serviços curativos consistindo em 469 hospitais divisionários que oferecem internamento e serviços ambulatoriais, além de 474 unidades de cuidados médicos primários com apenas assistência ambulatoria e que funcionam sem médicos ou outro pessoal especializado.

O atual sistema descentralizado e piramidal foi estabelecido em 1989, oferecendo três níveis de cuidados de saúde. No primeiro nível, a gestão dos serviços foi delegada nos conselhos provinciais. No nível secundário, 68 hospitais básicos e 18 hospitais gerais de distrito dispõem de instalações para diagnóstico e tratamento. No terceiro nível, a autoridade central gere o hospital nacional, o hospital-escola e mais dez hospitais de especialidade, bem como a aquisição de medicamentos, o recrutamento e distribuição de pessoal e a formação.

Este sistema tem múltiplos aspectos positivos, sendo um deles o facto de que o contínuo envolvimento do governo assegura um bom nível de serviços de saúde estatais, gratuitos. Com a abolição das taxas moderadoras em 1977, os cuidados de saúde são financiados pelos impostos gerais e prestados por pessoal de saúde de formação superior, graduada e pós-graduada (paga pelo Estado). Outros

fatores com influência positiva no ambiente político para a cobertura universal de saúde incluem o sistema de ensino gratuito. A universalização da educação teve um impacto positivo no empoderamento das mulheres e promoveu a procura dos cuidados de saúde por parte das mães, que são as principais promotoras da saúde na família. Além disso, a licença dada ao pessoal de saúde do Estado para trabalhar no sector privado depois das horas de expediente ajudou a reter o pessoal nas áreas rurais, complementando os baixos salários. Melhorou também o acesso aos serviços de saúde a qualquer hora, embora aqueles prestados fora da hora de expediente não sejam gratuitos.

No entanto, os problemas com este sistema são evidenciados pelos desafios crescentes no contexto da saúde. A descentralização contribuiu para a distribuição desigual dos recursos da saúde, exacerbada pela ênfase na expansão dos serviços especializados. Isto resultou na redução de financiamento para os cuidados primários, com repercussões na qualidade dos serviços de nível primário e conduzindo à falta de um sistema de referência para triar o acesso aos serviços especializados. Em consequência, os cuidados de nível básico passaram a ser crescentemente contornados e a ineficiência passou a fazer parte do sistema. Além disso, as doenças crónicas tornam ainda mais difícil a definição de um pacote de saúde. O sistema atual não contempla esta necessidade e os indivíduos têm de resolver o problema por si próprios, o que representa despesas extra.

No período 2008–2013, o departamento político do Ministério da Saúde levou a cabo uma análise que incluiu um estudo piloto e debates com especialistas cingaleses

sobre um modelo adequado para a reforma. Concordou-se que o modelo existente deveria ser alargado para abranger as necessidades de cuidados a doenças crónicas, em vez de estabelecer uma estrutura paralela para as doenças não transmissíveis no nível primário. Um dos aspetos importantes desta decisão será a transição do presente cuidado episódico de pacientes, para cuidados continuados, personalizados e centrados na família, muito mais apropriados às doenças não transmissíveis. Além disso, os princípios da medicina familiar devem ser integrados na formação em saúde, para que as atitudes e práticas do pessoal do nível primário se adaptem a esta abordagem. É necessário também melhorar a disponibilização de medicamentos essenciais e dos testes laboratoriais básicos para as doenças não transmissíveis, de modo a reduzir a necessidade de saltar as unidades de nível primário. Por último, deveria reforçar-se a educação comunitária, de modo a reduzir os riscos e promover a procura dos cuidados de saúde.

Para facilitar e promover estas melhorias, propõe-se uma nova estrutura organizacional denominada *Shared Care Cluster System* (sistema agrupado de cuidados partilhados). Os serviços serão agrupados em torno de um hospital que oferece cuidados especializados, como ponto fulcral, rodeado de unidades de cuidados primários curativos nos níveis divisionário e primário. O objetivo é proporcionar acesso universal aos cuidados continuados, que faça o melhor uso possível do sistema existente e otimize os recursos. O sistema agrupado é concebido para produzir um sistema de responsabilidade pelos cuidados prestados, uma vez que estará ligado a zonas geográficas específicas

e a determinadas áreas de responsabilidade. Embora se espere que venha a racionalizar as dotações estatais e a torná-las mais eficazes, persiste a agenda incompleta do financiamento da saúde, o dilema que acompanha os desafios impostos pelas doenças não transmissíveis ao modelo de Cuidados de Saúde Primários do Sri Lanka.

Dra Susie Perera

*Directora da Organização Desenvolvimento
Ministério da Saúde
Sri Lanka*

E L E V E N

POLITICS OF PRIMARY HEALTH CARE IN NEPAL

The primary health care (PHC) principles of universal accessibility, community involvement, inter-sectoral coordination, and appropriate technology have been central to the national health care policies of the Government of Nepal, since the signing of the Alma Ata declaration by Nepal in 1978. During the 1970s the Government looked beyond vertical control programs for diseases such as malaria, smallpox and leprosy and focused on the establishment of district health services. The Government's emphasis also shifted from curative health care towards provisions for family planning, services for maternal and child health and facilities for drinkable water. However, Nepal's path to provide equitable as well as affordable preventive, curative and rehabilitative health care services has not been straightforward.

Nepal's Himalayan terrain has always provided challenges for infrastructural improvements in health service delivery. Additionally, Nepal's ever-changing political landscape has impeded stable governance and delivery of governmental services. Multiparty democracy was restored in Nepal following the People's Movement of 1990. After this political transition a new National Health Policy was introduced in 1991, with the primary aim of expanding PHC services to rural and disadvantaged populations. The government aimed to set up a health facility for every village

development committee and a PHC Centre with a birthing facility for every electoral constituency. The delivery of PHC in Nepal is still based on networks of district level and below district level health care facilities such as Sub-Health Posts. The Government has also been successful in mobilising Female Community Health Volunteers for basic health care services such as distribution of contraceptives, folic acid, Vitamin A and oral rehydration packets. At the grassroots level the combination of Health Posts and Female Community Health Volunteers has been at heart of PHC work in Nepal.

Starting from 1997 the Nepalese Ministry of Health and Population has been guided by the Second Long Term Health Plan (1997–2017). This Plan has a vision of creating “a health care system with equitable access and quality services in both rural and urban areas” while encompassing the concepts of “sustainability, full community participation, decentralisation, gender sensitivity, effective and efficient management, and private and NGO participation.” Nepal is still in the process of achieving this vision. Until recently the political environment in Nepal was not conducive for expansion of health services, as a civil war was being fought from 1996 till 2006.

Despite the decade long civil war and transitioning from being a monarchy into a federal democratic republic, Nepal

has made significant achievements on reducing maternal and child mortality. The infant mortality rate has dropped from 108 deaths per 1,000 live births in 1990 to 46 deaths per 1,000 live births in 2013 according to the data from the health ministry. Similarly, the ministry has reported that the maternal mortality rate has dropped from 850 deaths per 100,000 live births to 170 deaths in 2013. Nepal is on track to achieve targets for the Millennium Development Goals 4 (reduce child mortality) and 5 (improve maternal health). Nepal's achievements in infant and maternal care have been attributed to numerous factors. The Government's dedication to PHC and to improve rural health care services has been instrumental: 50,007 Female Community Health Volunteers work across Nepal to provide basic health services; 205 PHC Centres, 1,311 Health Posts and 2,511 Sub Health Posts are present across the country; and 87 per cent of children receive all basic vaccinations (BCG, measles, 3 doses each of DPT and polio). Additionally, the expansion of roads, rising incomes and higher literacy rates have also contributed to Nepal's improved maternal and child health.

However, Nepal is still lagging in other areas. Only 33 per cent of women in the lowest wealth quintile have access to skilled birth attendants, whereas 92 per cent of women in the highest wealth quintile have access. In rural areas 43 per cent of the population has no sanitation facilities, whereas 90 per cent of the population in urban areas does. Only 67 per cent of women are literate compared to 87 per cent of men. Even in light of recent progress, Nepal still

needs to work on addressing the inequities in health care access.

Currently, PHC is being bolstered by the Nepal Health Sector Program-II (2010–2015), which aims to improve essential health care services through the Primary Health Care Revitalisation Division established in 2009. Pilot programs have begun for community health insurance. The government is also working on public-private partnerships. Free health care services have also been provided: 70 essential drugs can be obtained from governmental Health Posts. The Government has also made inpatient and emergency services free for groups such as senior citizens, poor citizens, Dalits, Female Community Health Volunteers and differently-abled people. The Government is also initiating urban health programs, implementing the Equity and Access Program for women's empowerment and continuing primary health care outreach services to improve access to family planning and safe birthing facilities. The Government is additionally making an effort to provide universal access to essential medical services.

As of now, the Interim Constitution of 2006 guarantees basic healthcare as a right for all Nepalis: "Every citizen shall have the right to get basic health service free of cost from the State as provided for in the law." Since 2006, the people of Nepal have elected two different constitutional assemblies to write a new constitution for Nepal, which will respect the human right to health. However, the implementation of the idea of universal health coverage requires further improvement of Nepal's PHC facilities. As the Second Long Term Health Plan comes to a close in 2017,

the Government will need to consider shaping policies for the new health care challenges of Nepal. In comparison to the 1990s, Nepal's population has grown from 18 million in 1991 to 26 million in 2011. Nepal's PHC system will have to tackle issues of chronic illnesses, healthcare financing, non-communicable diseases and even mental health. In the years to come, increasing political stability will perhaps facilitate the implementation of universal health coverage in Nepal.

Priyankar Bahadur Chand

*Global Health Fellow, Yale Global Health Initiative
Yale University, USA*

Dr Ramesh Kharel

*Director, Primary Health Care Revitalisation Division
Department of Health Services
Ministry of Health and Population, Nepal*

A POLÍTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO NEPAL

Os princípios dos cuidados de saúde primários (CSP) incluindo o acesso universal, o envolvimento da comunidade, a coordenação intersectorial e tecnologia adequada têm sido fundamentais nas políticas nacionais de cuidados de saúde do governo do Nepal, desde que o país assinou a declaração de Alma Ata, em 1978. Durante os anos 70, o governo foi além dos programas verticais para o controlo de doenças como malária, varíola e lepra, e focou-se no estabelecimento de serviços de saúde distritais. A ênfase do governo também mudou da saúde curativa para a disponibilização de planeamento familiar, serviços de saúde materno-infantil e instalações para água potável. Contudo, o percurso do Nepal no sentido de oferecer cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação igualitários e acessíveis não foi fácil.

O terreno nepalês dos Himalaias sempre representou um desafio à melhoria das infraestruturas para provimento de serviços de saúde. Além disso, a situação política nepalesa em constante mudança impediu uma administração estável e a provisão de serviços governamentais. A democracia multipartidária foi restabelecida no Nepal na sequência do Movimento Popular de 1990. Após esta transição política, foi introduzida uma nova política nacional de saúde em 1991, com o objetivo de estender os CSP às áreas rurais e às populações desfavorecidas. O governo pretendia

estabelecer uma unidade de saúde para cada comissão de desenvolvimento das aldeias e um centro de CSP com instalações para partos em cada distrito eleitoral. A prestação de CSP no Nepal ainda assenta em unidades de saúde de nível distrital e sub-distrital, tais como os Sub-Postos de Saúde. O governo também foi bem-sucedido na mobilização das mulheres como Voluntárias de Saúde Comunitária, para cuidados básicos de saúde, tais como distribuição de contraceptivos, ácido fólico, vitamina A e kits de reidratação oral. Ao nível da população, a combinação dos Postos de Saúde e das Voluntárias de Saúde Comunitária ocuparam o centro do trabalho em CSP no Nepal.

Desde 1997, o Ministério da Saúde e da População nepalês tem pautado a sua ação pelo Segundo Plano de Saúde de Longo Prazo (1997–2017). Este plano pretende criar “um sistema de cuidados de saúde de acesso e qualidade igualitários, tanto nas áreas rurais como nas urbanas”, contemplando ao mesmo tempo os conceitos de “sustentabilidade, participação plena da comunidade, descentralização, sensibilidade de género, administração eficaz e eficiente, e participação da iniciativa privada e de ONG”. O Nepal ainda caminha para alcançar este objetivo. Até recentemente, o ambiente político no país não era favorável à expansão dos serviços de saúde, com a guerra civil em curso desde 1996 até 2006.

Apesar dos dez anos de guerra civil e da transição de uma monarquia para uma república federal democrática, o Nepal conseguiu importantes resultados na redução da mortalidade materno-infantil. A taxa de mortalidade de crianças com menos de 1 ano caiu de 108 por 1000 nados vivos em 1990, para 46 por 1000 nados vivos em 2013, segundo os dados do Ministério da Saúde. De igual modo, o Ministério registou que a taxa de mortalidade materna caiu de 850 por 100 mil nados vivos para 170 em 2013. O Nepal está no caminho para alcançar os objetivos 4 (redução da mortalidade infantil) e 5 (melhorar a saúde materna) dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os resultados conseguidos pelo Nepal na área dos cuidados materno-infantis devem-se a vários fatores. O empenho do governo nos CSP e na melhoria dos serviços de saúde rurais foi fundamental: 50007 Voluntárias de Saúde Comunitária trabalham em todo o país para garantir serviços de saúde básicos; em todo o território, funcionam 205 centros de CSP, 1311 postos de saúde e 2511 sub-postos de saúde; 87 por cento das crianças recebem as vacinas básicas (BCG, sarampo, três doses de DTP e da poliomielite). A expansão das estradas, o aumento dos salários e dos índices de alfabetização também contribuíram para a melhoria da saúde materno-infantil.

No entanto, o Nepal ainda fica para trás em outras áreas. Apenas 33 por cento das mulheres na faixa mais baixa de rendimento têm acesso a assistência no parto, em contraste com 92 por cento das mulheres na faixa superior. Nas áreas rurais, 43 por cento da população não tem instalações sanitárias, contra 90 por cento da população

nas áreas urbanas. Apenas 67 por cento das mulheres são alfabetizadas, contrastando com 87 por cento dos homens. Mesmo em vista dos recentes progressos, o Nepal ainda precisa de trabalhar para responder às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Atualmente, os CSP estão a ser fomentados pelo Programa do Sector da Saúde-II (2010–2015), que visa melhorar os serviços de saúde através da Divisão de Revitalização dos Cuidados de Saúde Primários, estabelecida em 2009. Além disso, iniciaram-se programas piloto de seguros de saúde comunitários. O governo está também a trabalhar com parcerias público-privadas. Cuidados de saúde gratuitos foram também disponibilizados: 70 medicamentos essenciais podem ser adquiridos em postos de saúde do governo. O governo também tornou os internamentos e serviços de emergência gratuitos para grupos tais como idosos, cidadãos carenciados, *Dalit*, Voluntárias de Saúde Comunitária e portadores de deficiência. Deu ainda início a programas de saúde urbana, à implementação do Programa Igualdade e Acesso para o empoderamento das mulheres e à contínua extensão dos serviços de cuidados de saúde primários, de modo a melhorar o acesso ao planeamento familiar e a instalações para partos seguros. Além disso, o governo tem feito esforços no sentido de proporcionar acesso universal aos serviços médicos essenciais.

Atualmente, a Constituição Provisória de 2006 garante cuidados de saúde básicos como um direito de todos os nepaleses: “Todos os cidadãos deverão ter o direito de obter serviços básicos de saúde gratuitamente, a partir do Estado, de acordo com a lei”. Desde 2006, os nepaleses elegeram

duas assembleias constitucionais diferentes para redigirem uma nova constituição para o Nepal, que deverá respeitar o direito humano à saúde. Contudo, a implementação da ideia de cobertura universal de saúde requer futuras melhorias nos equipamentos dos CSP do Nepal. À medida que o Plano de Saúde de Longo Prazo se aproxima do seu termo, em 2017, o governo vai precisar de pensar em novas políticas para os novos desafios aos cuidados de saúde no país. Em comparação com os anos 90, a população nepalesa cresceu de 18 milhões em 1991 para 26 milhões em 2011. O sistema de CSP terá que responder ao problema das doenças crónicas, do financiamento dos cuidados de saúde, doenças não transmissíveis e da saúde mental. Nos próximos anos, a estabilidade política crescente poderá facilitar a implementação da cobertura universal de saúde no Nepal.

Priyankar Bahadur Chand

Yale Global Health Initiative

Universidade de Yale, EUA

Dr. Ramesh Kharel

Diretor, Primary Health Care Revitalisation Division

Department of Health Services

Ministério da Saúde e da População, Nepal

T W E L V E

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE IN PRIMARY HEALTH CARE

Health systems around the world are experiencing increased levels of chronic illness, population aging and escalating health care costs. Patients and health care providers alike are demanding that health care services be revitalized, with a stronger emphasis on individualized, person-centred care. This includes expanding access to traditional and complementary medicine (T&CM) products, practices and practitioners, in particular in primary health care.

Traditional medicine is often seen as more accessible, more affordable, and more acceptable to local populations and can therefore be a tool to help achieve universal health coverage. Traditional medicine is commonly used in large parts of Africa, Asia and Latin America. For many millions of people, often living in rural areas in developing countries, herbal medicines, traditional treatments and traditional practitioners are the main, sometimes the only, source of health care. In wealthy countries, traditional medicine meets an additional set of needs. People want natural products and want to have more control over their health. They turn to complementary and alternative medicine to relieve common symptoms, improve their quality of life and protect against illness and diseases in a holistic way. In the best of all worlds, traditional medicine would be an option, a choice, offered by a well-functioning, people-

centred and integrated health system that balances curative services with preventive care.

Patterns of use of T&CM particularly in primary health care vary among and within countries depending on a number of factors such as culture, historical significance and regulations. In some countries Traditional Medicine is one of the primary sources of health care. It is typical of these countries that the availability and/or accessibility of conventional medicine-based health services is, on the whole, limited. The widespread use of Traditional Medicine in Africa and some developing countries can be attributed to its availability and being readily affordable. In the Lao People's Democratic Republic, 80 per cent of the population lives in rural areas made up of a total of 9,113 villages: each village has one or two traditional health practitioners. A total of 18,226 traditional health practitioners provide a large part of health care service for 80 per cent of the population's health.

In other countries the utilization of Traditional Medicine is due to cultural and historical influences. For example Singapore and the Republic of Korea where the conventional health care system is quite well established, 76 per cent and 86 per cent of the respective populations still commonly use Traditional Medicine. In some countries

particularly those with high income where the health system structure is typically well developed T&CM is used as complementary therapy.

Although there are common themes underlying the reasons which motivate people to use T&CM, there are also many differences between individual countries and regions. In many developing countries, Traditional Medicine plays an important role in meeting the primary health care needs of the population, and specific types of Traditional Medicine have been used for a long time. In other countries, some studies have shown that individuals choose T&CM for various reasons including an increased demand for all health services, a desire for more information leading to an increased awareness of available options, an increasing dissatisfaction with existing health care services, and a rekindled interest in “whole person care” and disease prevention which are more often associated with T&CM. In addition, T&CM recognizes the need to focus on quality of life when cure is not possible. In France, chronic musculoskeletal disorder patients made up a greater proportion of visits to physicians who offered alternatives to conventional medicine. An extensive number of patients with multiple sclerosis resort to T&CM treatments: prevalence of use ranges from 41 per cent in Spain to 70 per cent in Canada and 82 per cent in Australia

Mindful of the traditions and customs of peoples and communities, governments should consider how T&CM, including self-health care, might support disease prevention or treatment, health maintenance and health promotion in primary health care in line with patient

choice and expectations and consistent with evidence on quality, safety and effectiveness,. Informed choice is one of the cornerstones of good health care practice. Shared decision-making promotes people-centred care. Ethical and legal aspects should support and shape the key aspects and considerations of informed choice. Education should also play an important role in informed choice. In many countries, self-selection of T&CM products account for a large part of the T&CM sector.

Based on each country’s realities, models for integrating T&CM into national health systems, in particular into primary health care and universal health coverage, should be explored. This includes deciding which forms of T&CM ought to be integrated, and how. Many initiatives are under way across the world: their goal is to develop models of best health care delivery which are sustainable, feasible and likely to improve health outcomes. Depending on the circumstances of the individual country, care may take the form of a single discipline, multiple disciplines, a self-health care model or adopt a more integrative approach. Often the best models are developed by partnerships and collaborations and will be people-centred, relying on approaches that are safe, appropriate and cost-effective.

Dr Qi Zhang

*Traditional and Complementary Medicine Unit,
Service Delivery and Safety Department
World Health Organization*

A MEDICINA TRADICIONAL E COMPLEMENTAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam um número cada vez maior de doenças crónicas, população envelhecida e despesas crescentes com os cuidados de saúde. Pacientes e prestadores de cuidados de saúde pedem que os serviços sejam revitalizados, dando maior ênfase aos cuidados individualizados, centrados na pessoa. Isto inclui o alargamento do acesso aos produtos, práticas e praticantes da medicina tradicional e complementar, especialmente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A medicina tradicional é muitas vezes percebida como mais acessível, mais barata e mais aceitável para as populações locais e pode, por isso, ser um instrumento auxiliar da cobertura universal de saúde. Além disso, é correntemente utilizada em vastas regiões da África, Ásia e América Latina. Para milhões de pessoas que vivem nas zonas rurais dos países em desenvolvimento, as ervas medicinais, bem como os tratamentos e praticantes tradicionais são a principal, e muitas vezes a única, forma de cuidados de saúde. Nos países ricos, a medicina tradicional vai ao encontro de um outro tipo de necessidades. As pessoas procuram os produtos naturais e querem ter maior controlo sobre a sua saúde. Recorrem às medicinas complementares e alternativas para o alívio de sintomas comuns, para melhorarem a sua qualidade de vida e para se protegerem das doenças de um modo holista. Idealmente, a medicina

tradicional deveria ser uma opção, uma escolha, oferecida por um sistema de saúde integrado, eficiente e focado nas pessoas, que garantisse o equilíbrio entre serviços curativos e cuidados preventivos.

Os padrões de utilização da medicina tradicional e complementar nos cuidados de saúde primários variam em cada país e entre países, dependendo de diversos fatores, tais como cultura, importância histórica e regulamentação. Em alguns países, a medicina tradicional é um dos principais recursos dos cuidados de saúde. Tipicamente, nestes países, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde baseados na medicina convencional são, em geral, limitadas. A generalização do uso das medicinas tradicionais na África e em alguns países em desenvolvimento pode ser atribuída à sua disponibilidade e ao facto de serem prontamente adquiríveis. Na República Democrática Popular Lau, 80 por cento da população vive em áreas rurais constituídas por um total de 9113 aldeias, cada uma com um ou dois praticantes de saúde tradicionais. Um total de 18226 praticantes de saúde tradicionais oferecem uma considerável parte da resposta a 80 por cento das necessidades de saúde da população.

Em outros países, o recurso à medicina tradicional deve-se a influências culturais e históricas. Por exemplo, em Singapura e na República da Coreia, onde o sistema de

cuidados convencionais de saúde está bem implantado, 76 por cento e 86 por cento da população, respetivamente, ainda usam correntemente a medicina tradicional. Em alguns países, especialmente os de elevados rendimentos, onde a estrutura do sistema de saúde está geralmente bem estabelecida, a medicina tradicional e complementar é usada como terapêutica suplementar.

Embora haja razões comuns subjacentes ao uso que as pessoas fazem da medicina tradicional e complementar, existem também muitas diferenças entre países e regiões. Em muitos países em desenvolvimento, a medicina tradicional tem um papel importante na resposta às necessidades básicas de saúde da população e tipos específicos de medicina tradicional vêm sendo usados desde longa data. Alguns estudos têm demonstrado que, em outros países, alguns indivíduos escolhem a medicina tradicional e complementar por diversas razões, incluindo a crescente procura de serviços de saúde holistas, a procura de mais informação conduzindo a um maior conhecimento das opções disponíveis, uma insatisfação crescente com os serviços de saúde existentes e um maior interesse pelo “cuidado integral da pessoa” e pela prevenção das doenças, frequentemente associadas com a medicina tradicional e complementar. Além disso, a medicina tradicional e complementar reconhece a necessidade de focagem na qualidade de vida quando a cura não é possível. Na França, pacientes com disfunções musculoesqueléticas constituíram a larga maioria das visitas aos médicos que oferecem alternativas à medicina convencional. Um grande número de pacientes com esclerose múltipla recorre a tratamento

da medicina tradicional e complementar; a prevalência de utilização varia entre 41 por cento em Espanha, 70 por cento no Canadá e 82 por cento na Austrália.

Conscientes dos costumes e tradições das populações e comunidades, os governos deveriam considerar em que medida a medicina tradicional e complementar, incluindo o autocuidado, poderiam apoiar a prevenção das doenças ou o seu tratamento, a manutenção e a promoção da saúde nos CSP, de acordo com as escolhas e expectativas do paciente e em conformidade com indicadores de qualidade, segurança e eficácia. A escolha informada é uma das pedras de toque das boas práticas de cuidados de saúde. As decisões partilhadas promovem os cuidados centrados na pessoa. Aspectos éticos e legais deveriam sustentar e informar os pontos-chave e as considerações sobre a escolha informada. A educação deveria também ter um papel importante nessa escolha. Em muitos países, a escolha individual de produtos da medicina tradicional e complementar representa uma parte considerável deste setor.

Com base nas realidades específicas de cada país, dever-se-ia experimentar modelos de integração da medicina tradicional e complementar nos sistemas de saúde, especialmente nos CSP e na cobertura universal de saúde; isto inclui decidir quais as formas de medicina tradicional e complementar a serem integradas e de que modo. Existem muitas iniciativas em curso em todo o mundo. O seu objetivo é desenvolver modelos para a melhor prestação de cuidados de saúde que sejam sustentáveis, exequíveis e com boa probabilidade de melhorarem os resultados na saúde. Dependendo das circunstâncias específicas de

cada país, os cuidados de saúde podem assumir a forma de uma disciplina única, múltiplas disciplinas, um modelo de autocuidado ou adotar uma abordagem mais integrada. Muitas vezes, os melhores modelos são desenvolvidos em parcerias e colaborações e centrados na pessoa, baseando-se em abordagens seguras, apropriadas e com boa relação custo-benefício.

Dr Qi Zhang

*Unidade de Medicina Tradicional e Complementar,
Departamento de Prestação e Segurança de Serviços,
Organização Mundial da Saúde*

T H I R T E E N

BRAZIL: THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Since the beginning of the 2000s, the Family Health Strategy (*Estratégia de Saúde da Família*, ESF) has been a crucial component of Brazil's approach to primary health care and the universalization of its public health coverage. Similarly to other countries, it relies on the work of multi-disciplinary teams bound to a particular territory and primarily devoted to health promotion and prevention. At the same time, the ESF has distinguishing features that stem from the specific challenges faced by Brazil. This is a country where access to healthcare is still a major issue even in urban centres; where income inequalities and the emergence of a new middle class have resulted in the rise of private health plans in the context of a chronically underfunded public health system; and where recent economic growth has led to a combination of health challenges of developing nations (like tropical diseases and poor sanitation), alongside the problems of affluent societies (such as obesity and heart disease).

The current ESF is the result of a long process that has its origins in the 1970s, when local initiatives began to promote the collaboration between health professionals and voluntary community members. Placing community agents at the forefront of primary health care signified a recognition of the deficiencies of the Brazilian public health system—namely the dearth of medically-trained staff and

its limited ability to reach populations on the peripheries of major cities and particularly in the communities commonly known as *favelas*. The notion of 'family health' was first introduced in official documents in 1994; in 1998, family health programmes were recognized as a structuring principle of the Universal Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS). The beginning of the 2000s saw the reorganization of family health into a full-blown strategy. According to Ministry of Health data, in October 2014 there were almost 39,000 family health teams working on the ground—each of them comprising at least one physician, one nurse, one nursing assistant and a variable number of community agents. An estimated 120 million people were covered.

The ESF must be framed within the overall context of the SUS, particularly the latter's attempt to develop a new healthcare model. At the most immediate level, the ESF seeks to promote the goals of the SUS by enhancing coverage. Arguably, however, its more radical elements pertain to the kind of coverage envisaged. Three ideas are particularly noteworthy. The first is the aim of providing humanized healthcare, going beyond the hospital-based model and avoiding as much as possible pharmacological and technological interventions deemed intrusive. The ESF seeks to humanize healthcare by its proximity to

populations, by the promotion of certain habits and practices (such as natural birth and breastfeeding), and by the establishment of a dialogue with alternative medical practices (including popular and non-Western medicine).

In connection with this, the ESF upholds an integral vision of healthcare. The term ‘family health’ already hints at a departure from medical models centred on the health of individuals. In addition to this, ESF teams are tasked with promoting a holistic approach to health comprising prevention of disease, promotion of healthy life-styles, health education, post-disease or post-injury rehabilitation, and even interventions in the social environment (such as the promotion of social activities for old people or initiatives against domestic violence). These tasks are supplemented by special attention to vulnerable groups and supported by permanent data collection and monitoring of the health status of populations.

Finally, the ESF speaks to one of the core objectives of the SUS: increased public participation in health policymaking and in the provision of healthcare. Public participation in the definition and delivery of policies is a cross-sectoral requirement in Brazil, enshrined in the country’s constitution. In the case of health, this is reflected by the engagement with neglected groups, community movements (including patient and carer organizations) and lay knowledge.

Taken together, these three features show the extent to which the ESF, as part of the SUS, has sought to resist the encroachment of the Western biomedical model

characterized by curative, pharmaceutical and hospital-based interventions.

The ESF has had very important achievements, including decisive steps in vaccination coverage, maternal health and the reduction of infant mortality. It is, nonetheless, still dogged by numerous challenges. One of the most serious problems paradoxically results from the decentralizing principle underpinning the SUS. The ESF teams’ dependence upon municipal authorities means that they are subject to political vagaries. This results in unevenness—for example, technologically-developed units sitting alongside others where even electricity is unreliable—and also in difficulties with guaranteeing the sustainability of medium- or long-term health interventions, which often rely on the personal initiative of health professionals and community agents. An interrelated problem is that the work and goodwill of many of these professionals is sometimes affected by the precarious employment situation in which they find themselves.

A further challenge relates to the difficulties of monitoring health indicators in regions where population is highly mobile and susceptible to significant seasonal fluctuations. This ties in with the challenge of improving these indicators: like any other primary health strategy, the successes of the ESF are not always measurable or quantifiable, and part of the ability to achieve outcomes relies upon the existence of relations of trust with the population. These long-term, ‘soft’ targets are vulnerable to the encroachment of the managerial, outcome-centred and efficiency-based approach to healthcare that is becoming

dominant in many societies. Brazil is not immune to these latter tendencies, with the growth of private health and the funding pressures upon the SUS demonstrating the coexistence of diverging visions of healthcare.

Finally, the ESF has not been able to completely escape the influence of the Western biomedical model. Such influence is visible in the clash between the purposes of ESF and the expectations of the populations. Many people, especially those from traditionally-neglected backgrounds, still find it difficult to understand the purpose of healthcare units that do not have curative procedures or the dispensing of medicines as their primary objectives. Hence, some ESF units are actually hybrids—places where primary health care sits alongside the functions of traditional hospitals and emergency units.

Dr João Nunes

University of York

United Kingdom

BRASIL: A ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA

Desde o início do século XXI, a Estratégia Saúde Família (ESF) tem sido um componente essencial da política brasileira de atenção básica e dos esforços de universalização da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). À semelhança do que acontece noutros países, baseia-se no trabalho de equipas multi-profissionais ligadas a um determinado território e prioritariamente dedicadas à prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo, a ESF tem características particulares que resultam dos desafios específicos que o Brasil enfrenta. Neste país, o acesso aos cuidados de saúde constitui ainda um grande problema, inclusive nos centros urbanos; as desigualdades de renda e o surgimento de uma nova classe média resultaram no aumento dos planos privados, num contexto de sub-financiamento crónico do sistema público de saúde; e o crescimento económico dos últimos anos tem levado a uma combinação de problemas de saúde característicos de nações em desenvolvimento (doenças tropicais e problemas de saneamento, por exemplo) com problemas de sociedades afluentes (obesidade e doenças cardiovasculares).

A ESF é o resultado de um longo processo com as suas origens na década de 1970, altura em que iniciativas de nível local começaram a promover a colaboração entre profissionais de saúde e agentes comunitários voluntários. A colocação de agentes comunitários na primeira linha da atenção básica

demonstrou o reconhecimento das insuficiências do sistema público de saúde brasileiro—nomeadamente a escassez de profissionais de saúde qualificados e a incapacidade de chegar às populações das regiões e bairros periféricos e marginalizados. O termo “saúde família” foi introduzido pela primeira vez em documentos oficiais em 1994. Em 1998, programas de saúde família foram reconhecidos como princípio estruturante do SUS. No início do século XXI, a saúde família foi reorganizada enquanto estratégia. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em outubro de 2014 existiam quase 39 mil equipas de saúde família no terreno – cada uma incluindo pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários. A cobertura populacional estimada era de 120 milhões.

A ESF deve ser vista no contexto geral do SUS, e em particular no contexto da promoção de um novo modelo assistencial. Em primeiro lugar, a ESF procura realizar os objetivos do SUS através de um aumento da cobertura da assistência. Porém, os seus elementos mais radicais estão relacionados com o tipo de cobertura pretendido. Três ideias são particularmente importantes neste contexto. A primeira é o objetivo de humanizar os cuidados de saúde, indo além de um modelo centrado no hospital e evitando, tanto quanto possível, intervenções de âmbito

farmacológico e tecnológico consideradas intrusivas. A ESF procura humanizar a assistência pela sua proximidade às populações, através da promoção de determinados hábitos e práticas (como o parto natural e o aleitamento materno), e pelo estabelecimento de diálogo com práticas médicas alternativas (incluindo medicina popular e não ocidental).

Em segundo lugar, a ESF promove uma visão integral da assistência. O termo “saúde família” já denota um distanciamento dos modelos assistenciais centrados na saúde do indivíduo. Para além disto, as equipas da ESF têm como missão promover uma abordagem holística à saúde incluindo prevenção de doenças, promoção de estilos de vida saudáveis, educação para a saúde, reabilitação pós-doença, e mesmo intervenções a nível do ambiente social (como a promoção de atividades sociais para idosos ou iniciativas contra a violência doméstica). Estas atividades são suplementadas por uma atenção especial a grupos vulneráveis e apoiadas na permanente recolha de dados e monitorização dos indicadores de saúde das populações.

Finalmente, a ESF insere-se noutro dos objetivos prioritários do SUS: o aumento da participação pública na elaboração das políticas de saúde e na assistência. A participação pública na elaboração e implementação de políticas é um requisito constitucional no Brasil. No caso da saúde, este requisito reflete-se no envolvimento de grupos negligenciados, de movimentos comunitários (incluindo organizações de pacientes e cuidadores) e na atenção dada aos saberes tradicionais e não-profissionais.

Estas três características demonstram até que ponto a ESF, enquanto parte integrante do SUS, tem procurado

resistir ao modelo biomédico ocidental caracterizado por intervenções curativas, farmacológicas e centradas em hospitais.

A ESF teve importantes sucessos, incluindo passos decisivos na cobertura de vacinação, na saúde materna e na redução da mortalidade infantil. No entanto, numerosos desafios persistem. Um dos problemas mais sérios resulta paradoxalmente do princípio descentralizador que subjaz ao SUS. A situação de dependência em que a ESF se encontra face às autoridades municipais significa uma vulnerabilidade às flutuações políticas. Isto resulta em desequilíbrios—por exemplo, unidades tecnologicamente avançadas ao lado de outras nas quais a eletricidade é pouco fiável—e também em dificuldades no que diz respeito a garantir a sustentabilidade a médio e longo prazo das intervenções, que muitas vezes dependem da iniciativa pessoal dos profissionais de saúde e agentes comunitários. Em muitos casos, o trabalho e a boa vontade destes profissionais são afetados pela situação profissional precária na qual se encontram.

Um outro desafio está relacionado com as dificuldades de monitorização dos indicadores de saúde em regiões onde a população é altamente móvel e suscetível a flutuações sazonais significativas. O melhoramento destes indicadores é também um desafio: como qualquer outra estratégia de atenção básica, os sucessos da ESF nem sempre são mensuráveis ou quantificáveis, e parte da capacidade de atingir objetivos depende da existência de relações de confiança com a população. Estas metas de longo prazo encontram-se vulneráveis face à crescente importância, em muitas sociedades, de critérios de eficiência na assistência. O

Brasil não está imune a estas tendências: o crescimento dos planos de saúde privados e as pressões sobre o financiamento do SUS demonstram a coexistência de visões divergentes face à assistência em saúde.

Finalmente, a ESF não tem conseguido escapar por completo à influência do modelo biomédico ocidental. Essa influência é visível no choque entre os objetivos da ESF e as expectativas das populações. Muitas pessoas, em especial aquelas de grupos tradicionalmente negligenciados, demonstram ainda dificuldades em entender a razão de ser de unidades de saúde que não tem como objetivo prioritário a prestação de cuidados curativos e o fornecimento de medicamentos. Por conseguinte, muitas unidades da ESF são na verdade híbridas—locais onde a atenção básica é prestada junto com as funções mais tradicionais dos hospitais e das unidades de urgência.

Dr João Nunes

Universidade de York

Reino Unido

FOURTEEN

BRAZIL: THE CHALLENGE OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Since the 1920s, Brazil has aimed to provide free and universal health care coverage initially with the creation of protection mechanisms through social insurance.^{1,2} The provision of universal and free quality health care in a country-continent like Brazil with more than 8 million km² and 200 million citizens and a complex administration, hierarchically formed by federal, state (26 state governments plus the Federal District) and currently 5598 municipal governments, is an enormous challenge. For nearly a century, many health policies and managerial schemes have attempted to achieve this goal. The development of Brazilian health policies and their attempts to achieve free and universal health coverage are illustrated in Figure 1.

Among the highlights of this development were the following: The initiation in 1923 of social protection in Brazil with social insurance, health care and medicines. In 1942, the Special Public Health Service (*Serviço Especial de Saúde Pública*) was formed following an agreement between Brazil and the United States intended to provide healthcare

1. O. A. Mercadante, "Evolução das políticas e do Sistema de saúde no Brasil," in *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, ed. Jacobo Finkelman (Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002), 237–313.
2. For a more complete list of references, see E. Cruz, S. Cruz, E.J.P. da Silva Filho, C. Boaretto, M.G Rosa-Freitas, "The pursuit of health care for all Brazilians," *Science Postprint*, 1 no. 1 (2014). Accessed January 16, 2015, doi: 10.14340/spp.2014.10R0001.

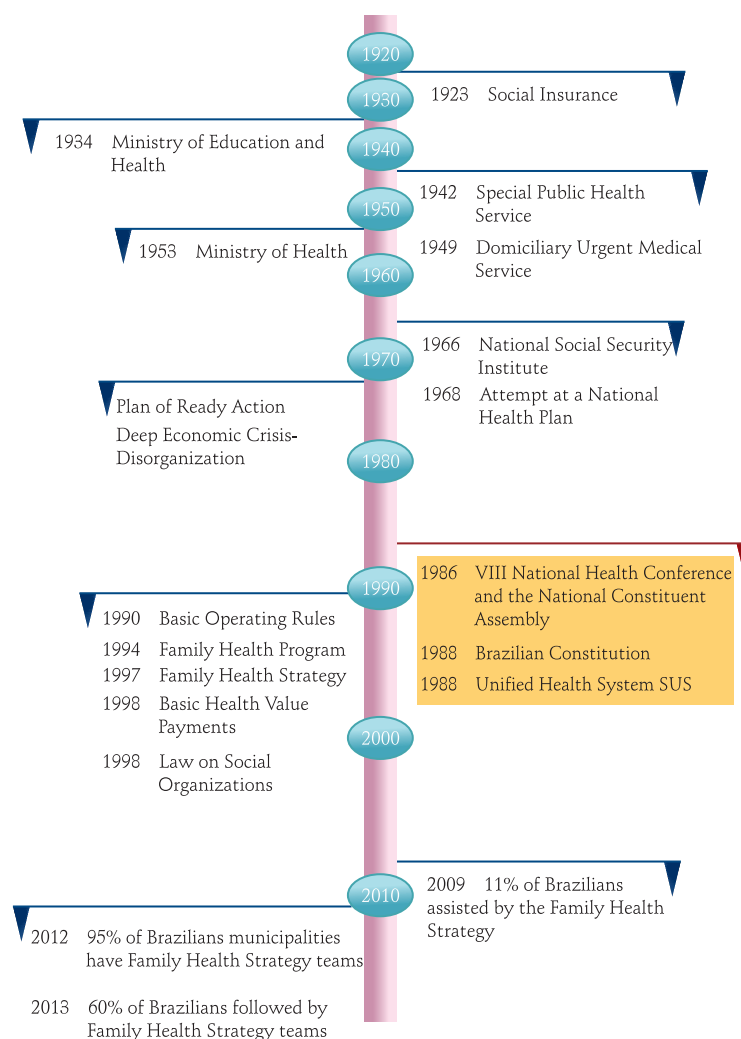


Fig.1 Hallmarks in the development of health policies in Brazil (Credit: Authors)

to distant and disadvantaged Brazilian regions that were of importance to the production of war supplies during World War II. This Special Public Health Service brought innovative health care management methods, such as the use of planning, planning evaluation and training methods for public health personnel, and was a pioneer in home-based primary care through the use of auxiliary staff. The Special Public Health Service implemented hierarchical networks of integrated health care, providing preventive and curative services with the possibility of hospitalization in basic medical specialties in its health units (see note 1).

The Domiciliary Urgent Medical Service (*Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência*) was created in 1949, with 3 key innovative features: i) home medical care provided by the public sector, previously carried exclusively through private practice, ii) consortium funding among the various retirement and pension institutes and, iii) the universal characteristics of medical care even though limited to emergency and urgent cases.

The National Social Security Institute (*Instituto Nacional de Previdência Social*) was created in 1966 and, although through a different regimen, it extended health coverage to rural areas. An attempt at universalization of health coverage was carried out in 1968 with the launch of the National Health Plan and the following National Health System Plan (*Plano Nacional de Saúde e Sistema Nacional de Saúde*). Both Plans were nonetheless cancelled due to strong resistance from various sectors to the privatization of the public health network and the free choice of professionals and hospitals envisaged by this plan (see note 1).

In the 1960s the influence of the Primary Health Care movement began to be felt in Brazil and with it the idea that health care should be carried out with the use of simple, low-cost techniques applied without risk or difficulty by elementary-level personnel recruited in their own communities and remunerated in accordance with local standards.³

In 1976, health care programs were formalized (*Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento*), funded by the Ministry of Welfare and Social Assistance (*Ministério da Previdência e Assistência Social*) and the Healthcare Fund (*Fundo de Atendimento à Saúde*), and initially applied in Northeastern Brazil and extended to other regions in 1979. These assistance programs marked an administrative paradigm shift in Brazil. Previously, social security acted directly through its own network, having been concentrated in major centers and almost entirely indirectly through contracts with private networks. With the assistance programs, the formalization of agreements was then made directly with state health departments.

At the end of the 1980s the Plan of Ready Action was launched, consisting of a set of mechanisms whose purpose was to gradually reach the target of universal health coverage. Improvements in medical care were accompanied by policies to expand social rights, such as the extension of rural worker pensions and the creation of a monthly benefit for non-taxpaying senior citizens. Nonetheless, a continuous and deep economic crisis of the late 1970s that

3. M. Cueto, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care," *American Journal of Public Health* 94, no. 11 (2004).

lasted for two decades led to managerial disorganization, lack of materials and lack of skilled staff in the Brazilian health system. It was in the shadow of this deep economic crisis that the movement for health reform began in Brazil. The health reform's main demands were the improvement of the health of the population, the establishment of health as a universal right, the responsibility of the State to provide health care, including complete care from basic to tertiary attention, equality in attention and the decentralization of actions and services.⁴ The complete lack of activities in the area of preventive family health, however, was noted by various specialists as the major drawback of the entire structure of basic health care programming in Brazil.

The main health care goals were revisited in the 1986 VIII Health Conference and the National Constituent Assembly. The promulgation of the Brazilian Constitution of 1988 brought about the creation of the current Unified Health System, *Sistema Unificado de Saúde* (SUS), as a milestone which continues to exist today. For the first time in the history of Brazil, health as a social right was established as a new model for State action. The 1988 Brazilian Constitution defined the policies to be adopted and the public health actions and services to be given within a regionalized and hierarchical network as a single system, the SUS, organized according to the following four pillars: i) universalization, ii) decentralization, iii) regionalization and full services, with priority given to preventive health

activities, but non-detrimental to assistance services, and iv) social control through community participation.

Despite all of these plans and projects in Brazil, however, public health treatment in the public sector advanced little in the 1990s and 2000s. In 1999, the private sector owned 87 per cent of Brazil's 723 specialized hospitals, 67 per cent of its general hospitals (66.5 per cent from a total of 7806 hospitals) and 95 per cent of its diagnosis and therapy units (see note 1). On the other hand, 73 per cent of Brazil's health units that addressed basic health care belonged to the public sector. The third sector, largely consisting of non-profit social organizations, was incorporated into the Brazilian Health System by the end of the 1990s.

Long lines and wait times for care continued, and the lack of hospital beds was a common scene from health centers to large hospitals. New management models were planned and implemented by the municipalities to circumvent difficulties and municipal governments became the centers of decision-making for all health actions. The municipalities ceased to be health providers and became health managers, incorporating innovative managerial models, delegating health programs, actions, service supervision, and expenditures. By 2001, 99 per cent (or 5516) of Brazilian municipalities had complete responsibility for the management of resources in health, covering a population of 172.1 million individuals (see note 1).

The Family Health Program was created in 1994 and redefined as the Family Health Strategy in 1997 to pursue the goal of providing free access for the population to

4. S. Arouca, *Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS, VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986). Accessed November 16, 2014, <http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/sergioarouca.php>

integral assistance by a multidisciplinary team. In 2009, there were 30,328 family health teams deployed in Brazil, covering more than 50 per cent of Brazil's population.⁵ By 2012, for a total of 5,293 Brazilian municipalities (95 per cent of municipalities), there were 80,170 family health strategy teams and 488,745 community health agents (see note 5). In 2013, 60 per cent of the Brazilian population were followed by family health strategy teams, a huge accomplishment. It has been recently observed that the mortality caused by cardiovascular diseases decreased by 18 per cent and heart diseases by 21 per cent in the municipalities where the Family Health Strategy was implemented.⁶

While improvements in the SUS of Brazil are sought,⁷ political, administrative and social developments in the last hundred years have led to free and complete health services available for all Brazilian citizens.

Dr Hooman Momen

*Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,
Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ Rio de Janeiro, Brazil*

Dr Maria Goreti Rosa-Freitas

*Laboratório de Mosquitos Transmissores de Hematozoários-
LATHEMA, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de
Janeiro Brazil*

5. Ministry of Health Brazil. Ministério da Saúde Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica Saúde da Família [Department of Primary Care. Primary Care Family Health] [article in Portuguese]. Accessed January 16, 2015, http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
6. D. Rasella, M.O. Harhay, M.L. Pamponet, R. Aquino, M.L. Barreto, "Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data," *BMJ* 348 (2014). Accessed January 16 2015, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>
7. L. Bahia, "SUS trocado por miúdos" [SUS in detail}, *O Globo Newspaper*, Coluna Ligia Bahia, September 1, 2014. Accessed November 15, 2014, <http://oglobo.globo.com/opiniao/sus-trocado-por-miudos-13776980?topico=ligia-bahia>

O DESAFIO DA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE NO BRASIL

Desde a década de 1920, através do seguro social, o Brasil tem procurado proporcionar cobertura de saúde universal e gratuita à sua população.^{1,2} A prestação de cuidados de saúde universal e gratuitos de qualidade em um país de dimensões continentais como o Brasil é um enorme desafio. O país tem mais de 200 milhões de cidadãos distribuídos em pouco mais de 8 milhões de km² e uma administração complexa, hierarquicamente formada por governos das esferas federal, estadual (26 estados e o Distrito Federal) e municipal (atualmente 5.598 municípios). Por quase um século, vários esquemas e políticas de gestão de saúde perseguiram a meta da universalidade de atenção à saúde no Brasil. Um breve histórico de políticas brasileiras de saúde para uma cobertura de saúde universal e gratuita está ilustrado na Fig. 1.

No desenvolvimento das políticas brasileiras de saúde destaca-se o início do seguro social em 1923, que oferecia atenção de natureza previdenciária, de saúde e de medicamentos. Em 1942, foi criado o Serviço Especial de

Saúde Pública, dando sequência a um acordo entre o Brasil e os Estados Unidos destinado à prestação de serviços de atenção à saúde para regiões distantes e desfavorecidas no Brasil, mas que eram de grande importância para a produção de material bélico durante a Segunda Guerra Mundial. Esse Serviço Especial de Saúde Pública trouxe métodos inovadores na gestão de serviços de atenção à saúde, como o uso do planejamento, da avaliação desse planejamento e métodos de treinamento para o pessoal de saúde pública, tendo sido um dos pioneiros em cuidados de saúde primários domiciliares através da utilização de pessoal auxiliar. O Serviço Especial de Saúde Pública implementou redes hierárquicas de cuidados de saúde integrados, oferecendo serviços preventivos e curativos, com a possibilidade de internação em especialidades médicas básicas em suas unidades de saúde (ver nota 1).

O Serviço de Assistência de Emergência Médica Domiciliar foi criado em 1949, com três principais características inovadoras: i) cuidados médicos domiciliares prestados pelo setor público, anteriormente realizados exclusivamente pelo setor privado; ii) consórcio entre os vários fundos de aposentadoria e institutos de pensão e iii) características universais na prestação de serviços de atenção à saúde, mesmo que limitados a casos de urgências e emergências.

1. O. A. Mercadante, "Evolução das políticas e do Sistema de saúde no Brasil," in *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, ed. Jacobo Finkelman (Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002), 237–313.
2. Para uma lista de referências mais completa veja-se E. Cruz, S. Cruz, E.J.P. da Silva Filho, C. Boaretto, M.G Rosa-Freitas, "The pursuit of health care for all Brazilians," *Science Postprint*, 1 no. 1 (2014). Consultado em janeiro 16, 2015, doi: 10.14340/spp.2014.10R0001.

O Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1966, estendeu a cobertura de saúde para as áreas rurais, ainda que sob um regime diferente. Uma tentativa de universalização da prestação de serviços de atenção à saúde

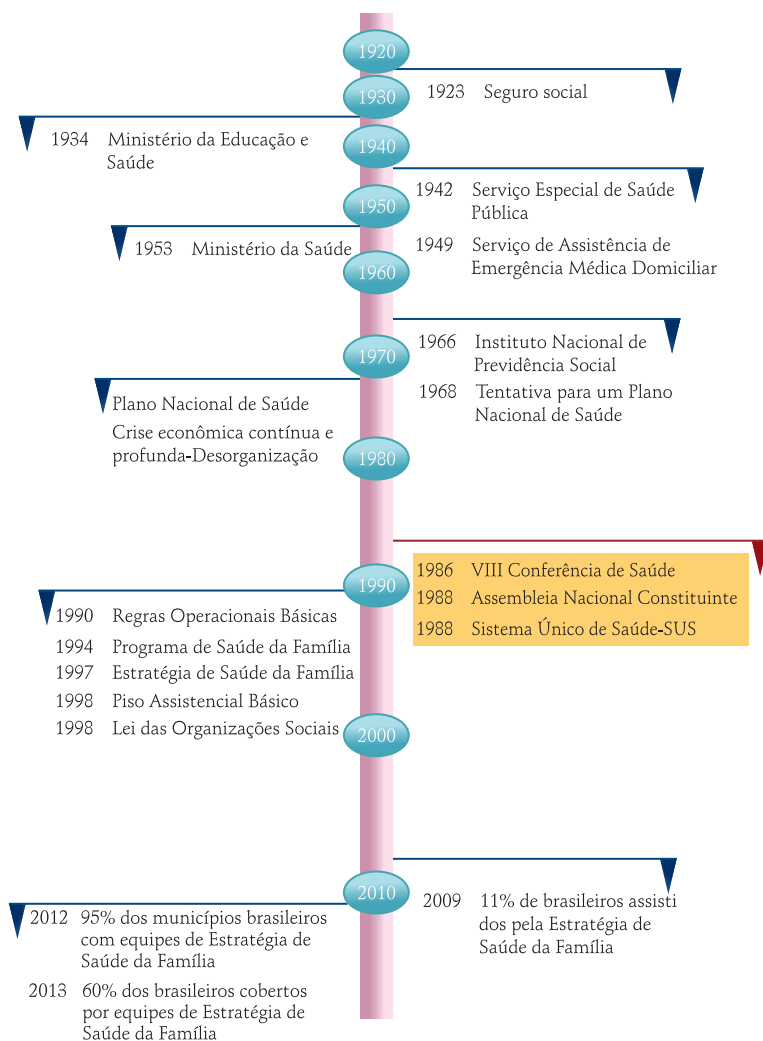


Fig. 1 Pontos importantes no desenvolvimento de políticas de saúde no Brasil (Créditos: Autores)

foi feita em 1968, com o lançamento do Plano Nacional de Saúde e do Sistema Nacional de Saúde que o seguiu. Ambos os planos foram cancelados devido à forte resistência de vários setores à privatização da rede pública de saúde e à livre escolha de profissionais e hospitais prevista por esses planos (ver nota 1).

Na década de 1960, a influência do movimento por uma atenção primária à saúde começou a ser sentida no Brasil. Esse movimento trazia a noção de que os serviços básicos de atenção à saúde deveriam ser realizados com o uso de técnicas simples e de baixo custo, sem risco ou dificuldade, aplicados por pessoal de nível elementar recrutado em suas próprias comunidades e remunerado de acordo com os padrões locais.³

Em 1976, os programas de saúde foram formalizados com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, financiado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Fundo de Atendimento à Saúde, que foi inicialmente aplicado no Nordeste do Brasil e estendido a outras regiões em 1979. Esses programas de assistência marcaram uma mudança de paradigma administrativo no Brasil. Anteriormente, a previdência social agia diretamente através de sua própria rede, concentrada nos grandes centros, e de forma indireta, quase inteiramente por contratos com redes privadas. Com os programas de assistência, a formalização de acordos passou a ser feita diretamente com os departamentos estaduais de saúde.

3. M. Cueto, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care," *American Journal of Public Health* 94, no. 11 (2004).

No final da década de 1980, o Plano de Pronta Ação foi lançado e consistiu num conjunto de mecanismos cujo propósito era o de gradualmente atingir a meta de cobertura de saúde universal.

As melhorias no atendimento médico foram acompanhadas por políticas de expansão dos direitos sociais, como a extensão das pensões de trabalhadores rurais e a criação de um benefício mensal para não contribuintes idosos. No entanto, a crise econômica contínua e profunda do final dos anos 1970 no país e que perdurou duas décadas levou a uma desorganização gerencial, à falta de materiais e de pessoal qualificado para o sistema de saúde brasileiro. Foi à sombra dessa profunda crise econômica que o movimento pela reforma da saúde teve início no Brasil. As principais demandas do movimento de reforma foram a melhoria da saúde da população, o estabelecimento da noção de saúde como um direito universal, a responsabilidade do Estado em fornecer serviços de atenção à saúde, incluindo atendimento completo desde a atenção básica à terciária, igualdade na atenção e na descentralização das ações e serviços.⁴ A completa ausência de atividades na área preventiva da saúde da família, entretanto, foi vista por vários especialistas como o principal entrave na estrutura dos programas de atenção básica de saúde no Brasil.

Os objetivos fundamentais da atenção básica de saúde foram revisitados em 1986, durante a VIII Conferência de Saúde e na Assembleia Nacional Constituinte. A

promulgação da Constituição Brasileira de 1988 trouxe a criação do atual Sistema Único de Saúde - SUS, um marco que continua a existir hoje. Pela primeira vez na história do Brasil, a saúde como direito social foi estabelecido como um novo modelo para a ação do Estado. A Constituição Brasileira de 1988 definiu as políticas a serem adotadas, as ações e serviços públicos de saúde a serem entregues dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada como um único sistema, o SUS, organizado em quatro pilares: i) universalização; ii) descentralização; iii) regionalização e serviços completos, com prioridade para as atividades preventivas de saúde, mas sem detrimento dos serviços de assistência; e iv) controle social através da participação da comunidade.

No entanto, apesar de todos esses planos e projetos no Brasil, os serviços públicos de atenção básica de saúde pouco avançaram nos anos 1990 e 2000. Em 1999, o setor privado tinha sob sua propriedade 87 por cento dos 723 hospitais especializados do Brasil, 66,5 por cento dos hospitais gerais (de um total de 7.806 hospitais) e 95 por cento das unidades de diagnóstico e terapia (ver nota 1). Por outro lado, 73 por cento das unidades de saúde do Brasil dirigidas aos cuidados básicos de saúde pertenciam ao setor público. O chamado terceiro setor, em grande parte composto por organizações sociais sem fins lucrativos, foi incorporado ao SUS no final da década de 1990.

Durante essa década, longas filas e longo tempo de espera para os serviços de saúde continuaram, e a falta de leitos hospitalares era uma cena comum desde os centros de saúde até hospitais de grande porte. Foi então que, aos poucos,

4. S. Arouca, *Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS, VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986). Consultado em novembro 16, 2014, <http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesau/de/sergioarouca.php>

novos modelos de gestão começaram a ser planejados e implementados pelos municípios para contornar as inúmeras dificuldades. A administração municipal tornou-se, por fim, o centro de tomada de decisão para todas as ações de saúde. Os municípios paulatinamente deixaram de ser provedores de serviços de saúde para serem gestores desses serviços, incorporando modelos de gestão inovadores, delegando as ações previstas nos programas de saúde, reservando-se à supervisão dos serviços e metas via contratos de parceria público-privados. Em 2001, 99 por cento (ou 5.516) dos municípios brasileiros detinham a completa responsabilidade pela gestão dos recursos em saúde, abrangendo uma população de 172,1 milhões de indivíduos (ver nota 1).

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994 e logo redefinido como Estratégia de Saúde da Família em 1997, com o objetivo de proporcionar o livre acesso do universo da população à assistência à saúde por uma equipe multidisciplinar. Em 2009, havia 30.328 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo mais de 50 por cento da população brasileira.⁵ Em 2012, para um total de 5.293 municípios brasileiros (95 por cento dos municípios), existiam 80.170 equipes de estratégia da saúde da família, com 488.745 agentes comunitários de saúde (ver nota 5). Em 2013, 60 por cento da população brasileira encontravam-se cobertos por equipes de estratégia de saúde da família, o que consiste num grande feito. Recentemente, observou-

5. Ministry of Health Brazil. Ministério da Saúde Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica Saúde da Família [Department of Primary Care. Primary Care Family Health] [article in Portuguese]. Consultado em janeiro 16, 2015, http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

se que a mortalidade causada por doenças cardiovasculares diminuiu em 18 por cento e em 21 por cento para doenças do coração nos municípios onde a Estratégia de Saúde da Família foi implementada.⁶

Enquanto ainda há espaço para melhorias no SUS,⁷ o desenvolvimento de programas políticos, administrativos e sociais nos últimos cem anos no Brasil levou à disponibilidade de serviços gratuitos e completos de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Dr Hooman Momen

Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ Rio de Janeiro, Brazil

Dr Maria Goreti Rosa-Freitas

Laboratório de Mosquitos Transmissores de Hematozoários-LATHEMA, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

6. D. Rasella, M.O. Harhay, M.L. Pamponet, R. Aquino, M.L. Barreto, "Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data," *BMJ* 348 (2014). Accessed January 16 2015, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>.
7. L. Bahia, "SUS trocado por miúdos" [SUS in detail], *O Globo Newspaper*, Coluna Ligia Bahia, September 1, 2014. Accessed November 15, 2014, <http://oglobo.globo.com/opiniaosus-trocado-por-miudos-13776980?topico=ligia-bahia>

F I F T E E N

REGISTRATION AS THE ANCHOR FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE? THE ENGLISH EARLY MODERN HISTORICAL EXAMPLE

The history of early modern England shows that systems of universal health protection and identity registration have a much longer history than might be imagined by those absorbed in trying to promote them as new policies in the world's poorest countries today. Furthermore, England's history indicates how important these two institutions can be as twinned, mutually-supporting policies.

Of course, what we today conceive of as systems of health care was a different matter entirely in the seventeenth and eighteenth centuries, especially for the vast majority—the rural poor. And the language of universalism in relation to health care is also a more modern, post-Enlightenment discourse. However, state-guaranteed food security is surely the fundamental basis of health protection in any society and something that all pre-modern rulers dreamed of. The creation of an effective, durable practical system to provide this as a statutory right for all subjects from the late sixteenth-century onwards was, in fact, a particularly notable achievement of English society. As the historian Peter Solar has pointed out, although there were many other efforts in early modern Europe (and at least one we know in Qing China), none consistently insured the health of entire national populations during periods of dearth and high food prices in the way that England's did. At a time when the average income was certainly way below a dollar

a day, this eye-catching historical example should repay further study among those involved today in trying to achieve effective universal health care systems in today's poorer countries.

Following the Reformation the Tudor Poor Laws were a response to the perceived need by the Crown, now also Head of the Protestant Established Church, to replace the abolished Catholic institutions and noblesse oblige charity with a more secure and comprehensive system to guard against the danger of the populace's social and economic insecurities becoming a grievance and source of sedition against the Crown. After six decades of experimentation, this culminated in the Elizabethan statutes for the Relief of the Poor of 1598 and 1601. Each of the 10,000 parishes in England was to establish a permanent fund to support the local poor, not only in times of dearth and unemployment, but all-year round in the case of orphans, the old and the ill. This centrally-mandated system was financed entirely locally by a progressive property tax. Administered gratis by rotating parish officials, the scheme was legally monitored by the long-standing network of magistrates, the Justices of the Peace, who were local residents but held their posts at the pleasure of the Crown (and whose rulings were themselves subject to review by supervising higher judges).

Solar sees the geographically comprehensive design of the English Poor Law as distinguishing it from its many urban continental counterparts. In Europe a starving and diseased rural poor desperately sought Poor Law succor in their nearest large town in times of hardship. In England the poor were to be supported in their own parish, no matter how remote and rural (the average parish had only 500 inhabitants c.1600).

The parish relief system benefitted from two crucial pre-existing institutions of parish administration, which were adapted to its needs. The Justices of the Peace both oversaw the collection of the funds and the conduct of the overseers of the poor, hearing all complaints and appeals quickly, locally and cheaply. Secondly, the system of parish registers of baptisms, marriages and burials instigated in 1538 by Thomas Cromwell, a self-made man and the principal minister of his newly Protestant monarch, Henry VIII. Parish registers originally had two primary goals. Firstly, to provide England's relatively large number of non-aristocratic property-holders (like Cromwell himself) with a costless legal record for kinship and inheritance purposes. Secondly, to create a registry of all loyal subjects of the new Protestant sovereign, the communicants of the nation's new, Established Church. With the parish basis of the Poor Laws, the registers also became very helpful in settling many of the disputes about entitlement in this mobile society (80 per cent of marriage register show at least one partner marrying outside their parish of birth). The 'Settlement Laws' of the 1660s provided final clarification of the rules whereby the absolute right to relief was located

in a single parish. By default this was the parish of birth but various provisions permitted the settlement right to move with a mobile worker, while a wife's settlement transferred to her husband's parish on marriage. With such a mobile population there were always plenty of disputes between parishes about liability for individuals seeking relief. Indeed, the rich documentation generated by this litigation has left records which prove beyond doubt that, although it certainly varied in its degree of 'generosity' and that officials could be officious to the poor, the parish relief system did indeed function everywhere. Without recourse to the parish registers for adjudicating many of such doubtful and contested cases, the level of litigation due to the population's mobility might well have sunk this highly devolved system. Instead, these two twinned institutional innovations, a tax-funded universal but highly localised welfare system, and an accompanying registration system (a CVRS in today's parlance), became fundamentals of English governance and society over the next quarter of a millennium.

The research of the Cambridge Group for the History of Population on a 4 per-cent sample of the surviving registers from the 10,000 English parishes has shown that after the 1620s there is no further evidence of any impact of grain price peaks in causing mortality crises. Uniquely in western Europe the English population was free from food insecurity throughout the ensuing two centuries, during which its market economy was able to develop to such a point that by 1800 it had become the most urbanized national population and the most developed economy on

the planet. This cost the equivalent of about 1 per cent of National income in transfer payments in the 1690s, rising to 2 per cent by the 1790s. In a year of high food prices like 1802–1803, 11 per cent of the total population was dependent on the Poor Law at some point. Rather than necessarily creating a ‘rich versus poor’ division within English parishes, there could also be fluidity in the identity of those paying-in and taking-out of the parish fund. Given changing family life-cycle dependency, along with the vagaries of illness and misfortunes of unemployment, some families can be shown both paying in and receiving relief within the space of a single year.

The social solidarity of the parishes was also enhanced by a further act of statecraft by Elizabeth I, who in 1601 created the founding Statute of Charitable Uses. This ingenious pairing of an Act to promote and regularise charitable philanthropy, in harness with a compulsory system of statutory relief for the parish poor created a framework of incentives for the local wealth elites highly conducive to devoting their resources and intelligence to effective charitable activity. Since the Poor Law made them compulsorily liable to support the poor of their community through local taxation, their capacity to create schools for orphans, almshouses for the elderly, and even hospitals for the sick (the subscription hospitals founded in many larger towns during the eighteenth-century) would both bring their families much kudos in the local community, while also in fact economizing on the Poor rates bill over the long-term—to the extent that these institutions provided

more efficient forms of care and rehabilitation for the community’s unfortunates.

In English history the twinned institutions of health protection and registration tended to flourish or decline in tandem. For almost a quarter of a millennium the Poor Law and the parish registers served English society well as its economy gradually grew. However, when this culminated in the violent and dramatic surge of economic growth at rates never seen before in world history, both the parish welfare system and the registration system entered periods of crisis. After 1780 unprecedented flows of immigration from the countryside into the new industrial towns such as Manchester overwhelmed the parish structures of governance and registration. Eventually the central state legislated new larger units of administration for the New Poor Law of 1834, which now grouped clusters of parishes in Unions. The 1836 Marriage and Registration acts created a new, secular vital registration system organised by a new department of central government, the General Register Office (GRO), in recognition of the need to provide registers for the fast-growing nonconformists in the nation now refusing to use the Anglican registers. When the newly appointed Medical Statistician of the GRO, William Farr, came to present his pioneering comparative survivorship tables in the 1840s the governing class was shocked to find that, with the breakdown in the nation’s health protection systems in places such as Manchester and Liverpool, half of those born there were failing to live to see their 5th birthday.

What possible lessons are there from early modern English history? Firstly, that the tying together of a universal registration and health protection system proved to be highly effective as the two institutions both supported each other's efficiency, while also providing the means to assure both the poor and the propertied elites that the burdens of the system were managed in a relatively fair and just manner. Secondly, compulsion is definitely not the right approach where identity registration is concerned- there have been too many examples in history of the misuse of such tools. High levels of registration are best achieved by consent. English parish registers relied on positive incentives: the propertied classes wanted a secure legal record of their family relationships, the property-less wanted to ensure access to their settlement entitlement. Thirdly, the crucial role of the local magistrates. A large-scale system providing health and welfare coverage needs also to be supported by an efficient system of locally accessible, fair and impartial justice for the speedy resolution of the numerous practical disputes and conflicts that are bound to occur, even where there is a registration system to minimize such issues. Without confidence in efficient local justice any system is unlikely to persist for decades, let alone centuries.

If, finally, we look briefly at two significant examples of innovative registration policies being pursued today, drawn from the twenty-first century history of two of the BRICS countries, these also tend to confirm the relevance of these historical lessons. Firstly, in South Africa, despite an extremely negative- indeed bitter- recent history of the detested Pass books of the apartheid regime, the creation of

a universal Child Support Grant system, as well as a valued pensions system for the elderly, has resulted in widespread voluntary buy-in to the registration system necessary to access these positive entitlements. In India meanwhile an ambitious scheme, The Unique Identity Authority of India, has been launched but it is not clear how successful it will be without the government voting the resources for an associated system of positive entitlements, like those in South Africa, that would encourage the population to register voluntarily.

Thus, England's early modern history can embolden those seeking to bring the benefits of universal health coverage to today's poorer countries, knowing that such an ambitious policy benefited the population of England throughout the two centuries during which its society underwent full-scale economic development. Accessible and secure identity registration and local justice systems were also important institutions which, English history indicates, need to be resourced and integrated with a universal health protection scheme to ensure a continuing supportive consensus among the populace. English history also shows that rapid urbanizing growth can put serious strains on such systems. China, for instance, though it has a long-standing hukou system of household registration and though it developed a highly effective universal health care system before the Deng market reform era commenced in the late 1970s, has since experienced rising social inequalities of mortality during the recent decades of most rapid economic growth. Universal health care provision can too easily become a casualty when governments too

narrowly prioritise economic growth for its own sake; in those circumstances a continuing CVRS, such as the reformed GRO in England, can be vital in bringing the health costs of such an imbalanced approach to the attention of public opinion. Thus, registration is truly the anchor for the maintenance over the long-term of universal health coverage.

Professor Simon Szreter
University of Cambridge
United Kingdom

Further Reading:

Solar, Peter M. "Poor relief and English economic development before the industrial revolution." *Economic History Review* 48 (1995): 1–22.

Hindle, Steve. *On the Parish? The Micro-Politics of Poor Relief in Rural England, c.1550–1750*. Oxford: Clarendon Press, 2004.

Szreter, Simon. "The Right of Registration: Development, Identity Registration, and Social Security—A Historical Perspective." *World Development* 35, no. 1 (2007): 67–86.

Charlesworth, Lorie. *Welfare's Forgotten Past: A Socio-legal History of the Poor Law*. Routledge, 2009.

Smith, Richard. "Social Security as a Developmental Institution? The Relative Efficacy of Poor Relief Provisions under the English Old Poor Law." In *History, Historians and Development Policy*, edited by C. A. Bayly, V. Rao, S. Szreter and M. Woolcock, 75–102. Manchester: Manchester University Press, 2011.

Lund, Francie. "Children, Citizenship and Child Support: The Child Support Grant in Post-Apartheid South Africa." In *Registration and Recognition: Documenting the Person in World History*, edited by Keith Breckenridge and Simon Szreter, 475–94. Oxford: Published for the British Academy by Oxford University Press, 2012.

Williams, Samantha. *Poverty, Gender and Life-cycle under the English Poor Law, 1760–1834*. Woodbridge: Boydell & Brewer, 2011.

Zhao, Zhongwei. "Income Inequality, Unequal Health Care Access, and Mortality in China." *Population and Development Review* 32, no. 3 (2006): 461–83.

Q U I N Z E

O REGISTO COMO ÂNCORA PARA A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE? O EXEMPLO HISTÓRICO DO INÍCIO DA IDADE MODERNA INGLESA

A história do período inicial da Idade Moderna na Inglaterra mostra que os sistemas de proteção universal em saúde e de registo da identidade têm uma história muito mais longa do que possam pensar aqueles que, no presente, se empenham em promovê-los como parte das novas políticas nos países mais pobres. Além disso, a história da Inglaterra mostra como estas duas instituições podem ser importantes enquanto políticas interdependentes e mutuamente sustentadoras.

O que hoje consideramos como um sistema de cuidados de saúde era completamente diferente nos séculos XVII e XVIII para a maioria da população rural pobre. Além disso, a linguagem do universalismo em relação aos cuidados de saúde é também um discurso mais moderno, do pós-Iluminismo. Contudo, a garantia de acesso à alimentação pelo Estado é seguramente a base fundamental da proteção da saúde em qualquer sociedade e algo que todos os dirigentes pré-modernos sonharam. A criação de um sistema eficaz, durável e prático para promover este princípio como um direito estatutário para todos os súbditos, a partir do século XVI, foi, de facto, uma conquista particularmente notável da sociedade inglesa. Como realçou o historiador Peter Solar, embora muitas outras tentativas tenham sido feitas na Europa durante o início da Idade Moderna (e pelo menos também na China Qing), nenhuma garantiu

consistentemente a saúde da população à escala nacional durante os períodos de carência de alimentos e de preços elevados, como fez a Inglaterra. Numa época em que o rendimento mínimo era muito inferior a um dólar por dia, este atrativo exemplo histórico merece pesquisa mais aprofundada por parte daqueles que hoje se empenham em alcançar sistemas eficazes de cobertura universal de saúde nos países mais pobres.

Na sequência da Reforma, as Leis dos Pobres dos Tudor foram uma resposta à necessidade da Coroa, que então se tornara também Chefe da Igreja Protestante Estabelecida, substituindo as instituições católicas e caridades nobiliárquicas por um sistema mais seguro e abrangente de proteção contra o perigo de a insegurança social e económica da população se tornar um agravo e fonte de sedição contra a Coroa. Após seis décadas de experimentação, a lei culminou nos estatutos Isabelinos de 1598 e 1601, para o Alívio dos Pobres. Cada uma das 10 mil paróquias da Inglaterra deveria estabelecer um fundo permanente para auxílio aos pobres locais, não só em tempos de penúria e desemprego, mas também ao longo de todo o ano, no caso dos órfãos, dos idosos e dos doentes. Este sistema estabelecido pelo poder central era localmente financiado na sua totalidade por meio de um imposto de propriedade progressista. O esquema era administrado

gratuitamente por oficiais de paróquia em regime rotativo e era legalmente monitorizado por uma rede de magistrados de longa data, os Juizados de Paz, composta por residentes locais que detinham a sua posição conforme a vontade da Coroa (e cujas decisões estavam sujeitas à apreciação de juízes superiores com função supervisora).

Solar vê a geografia abrangente da Lei dos Pobres inglesa como algo que a distingue das muitas leis urbanas equivalentes na Europa continental. Na Europa, em tempos de grandes agruras, uma população rural com fome e doente procurava avidamente o socorro da Lei dos Pobres na grande cidade mais próxima. Na Inglaterra, porém, os pobres deviam receber auxílio na sua própria paróquia, independentemente de quão rural e remota esta fosse (em 1600, as paróquias tinham apenas 500 habitantes, em média).

O sistema de auxílio das paróquias beneficiava de instituições administrativas paroquiais preexistentes, que foram adaptadas às suas necessidades. Os Juizados de Paz supervisionavam a coleta de fundos e a conduta dos supervisores dos pobres, atendendo todas as queixas e apelos com rapidez, localmente e a um preço baixo. Beneficiava também do sistema paroquial de registos de batismos, casamentos e enterramentos lançado em 1538 por Thomas Cromwell, um homem que se fez por si mesmo e o ministro mais influente do novo monarca protestante, Henrique VIII. Os registos paroquiais tinham originariamente duas funções principais: primeiro, oferecer ao relativamente vasto número de proprietários rurais não aristocratas (como o próprio Cromwell) um registo legal barato para

fins de linhagem e herança; segundo, criar um registo de todos os súbditos leais ao novo soberano protestante, que eram os comunicantes da nova Igreja Estabelecida do país. Com a base paroquial da nova Lei dos Pobres, os registos tornaram-se também auxiliares na resolução de diversas disputas sobre direitos de sucessão nesta sociedade móvel (80 por cento dos registos de casamento mostram que pelo menos um dos elementos do casal contraía matrimónio fora da sua paróquia). As Leis de Fixação da década de 1660 clarificavam definitivamente as regras segundo as quais o direito absoluto a auxílio se fixava numa única paróquia. Por princípio, esta seria a paróquia de nascimento, mas diversas disposições legais permitiam a deslocação do direito de fixação dos trabalhadores móveis; quanto ao da esposa, era transferido para a paróquia do marido aquando do casamento. Com uma população assim móvel, havia sempre muitas disputas entre paróquias sobre o direito dos indivíduos procurarem auxílio. De facto, a documentação abundante produzida por estes litígios deixou registos que provam, acima de qualquer dúvida, que o sistema de auxílio das paróquias funcionava em todo o lado, embora certamente variasse no seu grau de generosidade e de interferência dos oficiais da paróquia com os pobres. Sem o recurso aos registos paroquiais para adjudicação de muitos destes casos duvidosos e reclamações, o nível de disputas devidas à mobilidade da população poderia ter aniquilado este sistema altamente desenvolvido. Em vez disso, estas duas inovações institucionais—um sistema universal de assistência social financiado por impostos e altamente localizado, acompanhado por um sistema de registo (um CVRS na linguagem atual), tornaram-se elementos

fundamentais da governação e da sociedade inglesas durante os 250 anos que se seguiram.

A pesquisa do *Group for the History of Population*, de Cambridge, baseada numa amostra de 4 por cento dos registos das 10 mil paróquias inglesas que chegaram até aos nossos dias, mostra que, depois dos anos 20 do século XVII, não se verifica mais nenhum indício do impacto do aumento do preço das gramíneas na mortalidade. Em toda a Europa ocidental, apenas na Inglaterra a população se encontrava protegida da escassez de alimentos durante os dois séculos seguintes. Durante este período, a economia de mercado inglesa pôde desenvolver-se a tal ponto que, cerca de 1800, tinha-se tornado a população nacional mais urbanizada e a economia mais desenvolvida do planeta. Isto custava o equivalente a aproximadamente 1 por cento do produto nacional em pagamentos de transferência, na década de 1690, aumentando para 2 por cento nos anos 90 do século XVIII. Num ano em que o preço dos alimentos atingia níveis muito altos, como em 1802–1803, 11 por cento da população total dependeu da Lei dos Pobres. Em vez de gerar inevitavelmente uma divisão entre “ricos e pobres” nas paróquias inglesas, este sistema podia antes revelar fluidez na identidade daqueles que pagavam e que recebiam os fundos paroquiais. Devido às mudanças de dependência geradas pelo ciclo de vida familiar, conjuntamente com os acasos da doença e os infortúnios do desemprego, observa-se que algumas famílias passavam de contribuintes para o fundo a recebedores de auxílio no espaço de um ano.

A solidariedade social das paróquias era também estimulada por um outro ato político de Isabel I que,

em 1601, criou o Estatuto de Usos Caritativos. Este emparelhamento engenhoso de um estatuto para promover e regularizar a filantropia caritativa, juntamente com um sistema compulsório de auxílio estatutário para os pobres das paróquias, criou um quadro de incentivos para as elites endinheiradas locais, levando-as a dedicarem os seus recursos e inteligência a atividades caritativas eficazes. Desde que a Lei dos Pobres tornou as elites compulsoriamente responsáveis por ajudar os pobres das suas comunidades, através de impostos locais, a sua capacidade de criar escolas para órfãos, abrigos para os idosos e mesmo hospitais para os doentes (hospitais criados por subscrição em muitas grandes cidades durante o século XVIII) trouxe às suas famílias muito prestígio nas comunidades locais e ao mesmo tempo poupança na taxa para os pobres ao longo do tempo, na medida em que estas instituições prestavam cuidados mais eficientes e reabilitação para os desamparados das comunidades.

Na história da Inglaterra, a interligação entre as instituições de proteção à saúde e registo expandiu-se ou declinou alternadamente. Durante quase 250 anos, a Lei dos Pobres e os registos paroquiais serviram a sociedade inglesa, à medida que a sua economia crescia gradualmente. No entanto, quando este crescimento culminou num pico acentuado em níveis nunca antes vistos na história mundial, tanto o sistema assistencial das paróquias como o de registo entraram num período de crise. Depois de 1780, fluxos migratórios sem precedentes, do campo para as novas cidades industriais, como Manchester, sobrecarregaram as estruturas paroquiais de governação

e registo. Por fim, o poder central criou novas e mais extensas unidades administrativas para a Nova Lei dos Pobres de 1834, que agora agrupava conjuntos de paróquias em Uniões. Os estatutos do Casamento e do Registo, de 1836, implantaram um novo sistema secular de registo vital, sob a alçada de um novo departamento do governo central, o Gabinete do Registo Geral (GRG), reconhecendo a necessidade de fornecer registos aos inconformistas em ascensão no país, que se recusavam a usar os registos anglicanos. Quando o recém-nomeado estatístico médico do GRG, William Farr, apresentou os seus quadros pioneiros de sobrevivência comparativa, na década de 1840, a classe dirigente ficou chocada ao perceber que, devido à rutura dos sistemas nacionais de proteção da saúde em lugares como Manchester e Liverpool, metade dos nascidos nessas cidades não viviam até ao seu quinto aniversário.

Que lições podem ser tiradas da história do início da Idade Moderna na Inglaterra? Primeiro, que a ligação entre o registo universal e o sistema de proteção à saúde mostrou ser altamente eficaz, uma vez que estas instituições sustentavam mutuamente a sua eficiência, ao mesmo tempo que ofereciam os meios para assegurar, tanto aos pobres como às elites detentoras de terra, que o peso do sistema era gerido de um modo relativamente correto e justo. Em segundo lugar, a obrigatoriedade não é definitivamente a abordagem ideal no que toca ao registo de identidade; há demasiados exemplos históricos do mau uso deste instrumento. Consegue-se mais facilmente um número elevado de registos por consentimento. Os registos paroquiais ingleses baseavam-se em incentivos positivos: as classes de proprietários rurais queriam um registo legal

seguro das suas relações de parentesco e os sem-terra queriam garantir o acesso aos seus direitos de fixação. Em terceiro lugar está o papel crucial dos magistrados locais. Um sistema em larga escala, prestando cobertura de saúde e assistência também precisa de se apoiar num sistema de justiça local e acessível, justo e imparcial para a resolução rápida de numerosos conflitos práticos inevitáveis, mesmo quando existe um sistema de registo para minimizar estas questões. Sem a confiança na eficiência da justiça local, é pouco provável que qualquer sistema dure por décadas e ainda menos por séculos.

Por fim, se olharmos para dois exemplos significativos de políticas de registo inovadoras em prática no presente, retiradas da história do século XXI de dois dos países BRICS, estes também confirmam a relevância destas lições históricas. Primeiro, na África do Sul, apesar da história recente negativa e amarga dos livros *Pass do regime do Apartheid*, a criação de um sistema universal de Subsídios de Apoio à Criança, bem como de um sistema de pensões para os mais velhos, resultou na generalização da adesão voluntária ao sistema de registo necessário para ter acesso a estes benefícios. Na Índia, foi lançado um ambicioso esquema, a *Unique Identity Authority of India*, mas não se sabe se terá sucesso sem que o governo aprove os recursos para um sistema conjunto de direitos positivos, como os da África do Sul, que encorajem a população a registar-se voluntariamente.

Assim, a história da Idade Moderna na Inglaterra pode incentivar aqueles que, no presente, procuram levar os benefícios da cobertura universal de saúde aos países mais

pobres, na medida em que essa ambiciosa política beneficiou a população inglesa ao longo de dois séculos, durante os quais a sua sociedade conheceu um desenvolvimento económico em larga escala. Registos de identidade acessíveis e seguros e sistemas de justiça locais são também importantes instituições que, de acordo com a história inglesa, necessitam de recursos e devem ser integrados num esquema universal de proteção à saúde para assegurar um consenso permanente entre a população. A história inglesa também mostra que o rápido crescimento urbano pode colocar sérios entraves a tais sistemas. A China, por exemplo, embora possua há muito tempo um sistema *hukuo* de registo domiciliar e tenha desenvolvido um sistema de cuidados universais de saúde extremamente eficaz antes da reforma do mercado da era de Deng, iniciada no final dos anos 70 do século XX, tem vindo a registar desigualdades sociais crescentes na mortalidade, nas décadas recentes de crescimento económico mais rápido. A cobertura universal de saúde pode facilmente ser prejudicada quando os governos adotam uma abordagem limitadora que dá prioridade ao desenvolvimento económico por si só; nestas circunstâncias, um CVRS continuado, como o reformulado GRG na Inglaterra, pode ser vital para chamar a atenção da opinião pública sobre os custos de saúde de uma abordagem assim desequilibrada. Assim, o registo é realmente a âncora para manutenção a longo prazo da cobertura universal de saúde.

Professor Simon Szreter
University of Cambridge
United Kingdom

Leituras aconselhadas:

Solar, Peter M. "Poor Relief and English Economic Development before the Industrial Revolution." *Economic History Review* 48 (1995): 1–22.

Hindle, Steve. *On the Parish? The Micro-Politics of Poor Relief in Rural England, c.1550–1750*. Oxford: Clarendon Press, 2004.

Szreter, Simon. "The Right of Registration: Development, Identity Registration, and Social Security—A Historical Perspective." *World Development* 35, no. 1 (2007): 67–86.

Charlesworth, Lorie. *Welfare's Forgotten Past: A Socio-legal History of the Poor Law*. Routledge, 2009.

Smith, Richard. "Social Security as a Developmental Institution? The Relative Efficacy of Poor Relief Provisions under the English Old Poor Law." In *History, Historians and Development Policy*, edited by C. A. Bayly, V. Rao, S. Szreter and M. Woolcock, 75–102. Manchester: Manchester University Press, 2011.

Lund, Francie. "Children, Citizenship and Child Support: The Child Support Grant in Post-Apartheid South Africa." In *Registration and Recognition: Documenting the Person in World History*, edited by Keith Breckenridge and Simon Szreter, 475–94. Oxford: Published for the British Academy by Oxford University Press, 2012.

Williams, Samantha. *Poverty, Gender and Life-cycle under the English Poor Law, 1760–1834*. Woodbridge: Boydell & Brewer, 2011.

Zhao, Zhongwei. "Income Inequality, Unequal Health Care Access, and Mortality in China." *Population and Development Review* 32, no. 3 (2006): 461–83.

S I X T E E N

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND MISSIONARY MEDICINE

This chapter highlights two areas in which medical missions have historically made, and continue to make, a substantial contribution to universal health coverage; the professionalization of health care workers in the nineteenth century, and the primary health care movement of the twentieth century. We have had the privilege of working as public health missionaries in Nepal; initially as a doctor and nurse in a 40-bed hospital in a remote mountain village; then as co-directors of a community health project encompassing maternal and child health, adult literacy, water and sanitation; and subsequently focusing respectively on TB and HIV/AIDS. These experiences have provided us with an opportunity to reflect on the contribution—positive and negative—of mission and missionaries to health and health care in developing countries.

The first medical mission of the Christian era is recorded by a Greek doctor with the following words; “He sent them out to proclaim the kingdom of God and to heal those who were ill.” (Luke 9:2). Jesus’ commission to his first disciples is the inspiration behind a global movement that has had a profound impact on health care over the last two millennia. Salvation and health are integrally linked in the Judaeo-Christian faith, and the emphasis on ‘wholeness’ has contributed to the persistence of an integrated and patient-centred approach in faith-based health care. The

few exceptions to this integrated approach, such as the many faith-based groups who have focused their work on leprosy or HIV/AIDS are usually driven by a concern for the stigmatized and vulnerable.

Modern medicine, and the modern missionary movement, both have their roots in the eighteenth and nineteenth centuries. William Carey, a shoemaker from Northamptonshire, UK, is often referred to as the father of modern missions, though this epithet fails to recognise the long history of Catholic missionary endeavours, notably those of Jesuits in many parts of the world. Carey established the Baptist Missionary Society in 1792, departing for India the following year, and remaining there until his death in 1834. He was accompanied by Dr John Thomas, a medical missionary who was working in Calcutta.

Many missionary societies were formed in Europe and North America around this time, with a focus on proselytizing and Bible translation, but many also emphasizing education, health and social reforms. Criticisms of this era of mission (which persist today) highlight many ill-informed and paternalistic attempts to ‘Westernize and Christianize’ traditional societies, and the relationship with colonial aspirations of many of the European powers. However, several modern social reforms have their roots in this period; Carey was influential in opposing the practice

of infant sacrifice and self-immolation by widows (suttee). The colonial links may be over-stated; David Livingstone, the famous Scottish medical missionary and explorer is known for the aphorism, “Christianity, Commerce and Civilization”, which he saw as an alternative to the slave trade, and a means for correcting the inequitable relationship between Africans and Europeans.

The goal of universal health coverage (UHC) is to ensure that all people obtain the health services they need without suffering financial hardship when paying for them. This requires a strong, efficient, well-run health system, based on priority health needs and people-centred health care, a financing system that ensures affordable health services; access to essential medicines and technologies; and sufficient capacity of well-trained, motivated health workers.

The twentieth century precursor of UHC—the primary health care movement—has its roots firmly in medical missions. Medical missionaries had been influential in promoting the training of village workers and access to basic medicines. By the 1960s, concerns were growing that the traditional approach to medical missions—hospital-based care—was failing to address the health needs of the populations, and the increasing costs of health care was unsustainable. The World Council of Churches formed the Christian Medical Commission (CMC) in 1968 to explore “what specific or unique contribution to health and medical services can be offered by the Church.” The following year, the CMC applied to become a nongovernmental organization in official relations with WHO, including in its application

a description of its philosophy of ‘comprehensive health care’, which it described as “a planned effort for delivering health and medical care attempting to meet as many of the defined needs as possible with available resources and according to carefully established priorities.” In 1970 it created the journal *Contact*, in which the term ‘primary health care’ was used to explain the concept that later formed the basis of the primary health care movement.

The CMC was highly influential in the development of the WHO primary health care concept. John Bryant and Carl Taylor, two of the main architects of PHC were CMC members, and the third, Ken Newell, edited one of the foundational texts on PHC, *Health by the People*, citing many examples of CMC health programmes. His father had also worked as a minister in the World Council of Churches. It is perhaps not surprising that Halfdan Mahler, the Danish Director-General of WHO, who launched the primary health care movement of Alma Ata and Health for All, is the son of a Baptist preacher.

Medical missions have significantly contributed to the fourth pillar of UHC—the professionalization and training of health care workers. For example, medical missions played a key role in opening up the medical profession in Asia to women. The first medical college for women in China, the Hackett Medical College for Women, was founded by Dr Mary Fulton in Guangzhou, in 1902. Dr Ida Scudder, a third generation medical missionary from USA, established the first women’s medical college in India in 1918; the Christian Medical College in Vellore, possibly now the largest Christian hospital in the world, with over 2,600 beds.

Perhaps most importantly, medical missions, whether local, national or international, continue to contribute to universal health coverage in the provision of training, advocacy, health promotion, prevention and curative services in many communities and countries. There is a remarkable absence of data on services offered by medical missions, with estimates of up to 30–40 per cent of health care in Uganda and Zambia being provided through faith-based organizations (with the highest proportion in less accessible in rural areas).

Dr Ian Smith, Executive Director, Office of the Director-General, World Health Organization

Sally Smith, Partnerships Advisor, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E MEDICINA MISSIONÁRIA

Este capítulo destaca duas áreas para as quais a medicina das missões tem contribuído (e continua a contribuir) histórica e significativamente, no que respeita à cobertura universal de saúde: a profissionalização dos trabalhadores da saúde no século XIX e o movimento dos cuidados primários de saúde no século XX. Tivemos o privilégio de trabalhar como missionários de saúde pública no Nepal. Primeiro, como médico e enfermeira num hospital com 40 camas numa aldeia remota das montanhas; depois, como codiretores de um projeto de saúde comunitário, abrangendo saúde materno-infantil, alfabetização de adultos, água e saneamento, mais tarde focado respetivamente na tuberculose e no VIH/SIDA. Estas experiências deram-nos a oportunidade de refletir sobre o contributo—positivo e negativo—das missões e dos missionários para a saúde e os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento.

A primeira missão médica da era cristã foi registada por um médico grego com as seguintes palavras: “Ele enviou-os a proclamar o Reino de Deus e a curar os doentes” (Lucas 9:2). A missão que Jesus deu aos seus primeiros discípulos é a inspiração por detrás do movimento global que teve um profundo impacto nos cuidados de saúde ao longo dos últimos dois mil anos. A salvação e a saúde estão intimamente ligadas na fé judaico-cristã e a ênfase na “integridade” contribuiu para a persistência de uma

abordagem abrangente e centrada no paciente, na saúde baseada na fé. As poucas exceções a esta abordagem integrada, como, por exemplo, os muitos grupos religiosos que centraram o seu trabalho na lepra ou no VIH/SIDA, foram geralmente guiados pela preocupação com a estigmatização e a vulnerabilidade.

A medicina moderna e o movimento missionário moderno tiveram as suas raízes nos séculos XVIII e XIX. William Carey, um sapateiro de Northamptonshire, no Reino Unido, é muitas vezes referido como o “pai” das missões modernas, embora este epíteto deixe de fora a longa história dos sucessos das missões católicas, particularmente as dos Jesuítas, em muitas partes do mundo. Carey estabeleceu a Sociedade Missionária Batista em 1792, partindo para a Índia no ano seguinte e aí permanecendo até à sua morte, em 1834. Foi acompanhado pelo Dr John Thomas, um médico missionário que trabalhava em Calcutá.

Por essa altura, foram fundadas muitas sociedades missionárias na Europa e na América do Norte, centradas no proselitismo e na tradução da Bíblia; mas muitas enfatizavam também a educação, a saúde e as reformas sociais. Críticas a esta era das missões (que persistem no presente) realçam muitas tentativas desinformadas e paternalistas de “ocidentalizar e cristianizar” sociedades tradicionais, bem como a sua relação com as aspirações

coloniais de muitas potências europeias. Contudo, diversas reformas sociais modernas têm as suas raízes neste período. Carey foi marcante na oposição à prática do infanticídio e da autoimolação das viúvas (*suttee*). As ligações coloniais são talvez sobrevalorizadas. David Livingstone, o famoso médico missionário e explorador escocês, ficou conhecido pelo aforismo “cristianismo, comércio e civilização”, que via como uma alternativa ao tráfico de escravos e um meio de corrigir a relação desigual entre africanos e europeus.

O objetivo da cobertura universal de saúde é assegurar que todas as pessoas tenham os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostas a dificuldades financeiras para os pagar. Isto requer um sistema de saúde forte, eficiente e bem gerido, baseado nas necessidades de saúde prioritárias e em cuidados de saúde centrados nas pessoas, um sistema de financiamento que garanta serviços de saúde acessíveis, acesso a medicamentos e tecnologias essenciais, além de suficiente capacidade em funcionários de saúde bem treinados e motivados.

O precursor da cobertura universal de saúde no século XX—o movimento dos cuidados de saúde primários—tem as suas raízes firmemente implantadas na assistência médica das missões. Os médicos missionários tiveram influência na promoção e treinamento de trabalhadores da saúde nas aldeias e no acesso aos medicamentos básicos. Nos anos 60 do século XX cresciam os receios de que a abordagem tradicional das missões médicas—baseada nos cuidados hospitalares—falhasse na resposta às necessidades de saúde da população; além disso, os custos crescentes dos cuidados de saúde eram insustentáveis. Em 1968, o

Conselho Mundial de Igrejas formou a Comissão Médica Cristã (CMC) [*Christian Medical Commission*] para explorar “que contribuições únicas ou específicas para os serviços médicos e de saúde podem ser oferecidos pela Igreja”. No ano seguinte, a CMC candidatou-se a tornar-se uma organização não-governamental com relações oficiais com a OMS, incluindo na sua candidatura uma descrição da sua filosofia de “cuidados de saúde abrangentes”, que descrevia como “um esforço planeado para oferecer cuidados médicos e de saúde, procurando responder a tantas das necessidades definidas quanto possível com os recursos disponíveis e de acordo com prioridades cuidadosamente estabelecidas”. Em 1970, criou a revista *Contact*, na qual a expressão “cuidados de saúde primários” foi usada para explicar o conceito que mais tarde constituiria a base do movimento dos cuidados de saúde primários (CSP).

A CMC teve grande influência no desenvolvimento do conceito de cuidados de saúde primários da OMS. John Bryant e Carl Taylor, dois dos principais arquitetos dos CSP, eram membros da CMC, e o terceiro, Ken Newell, editou um dos textos fundamentais dos CSP, *Health by the People*, citando muitos exemplos dos programas da CMC. O seu pai trabalhara também como clérigo no Conselho Mundial das Igrejas. Não será talvez surpreendente que Halfdan Mahler, o diretor-geral dinamarquês da OMS, que lançou o movimento dos cuidados de saúde primários de Alma Ata e a Saúde para Todos, seja filho de um vigário batista.

As missões médicas contribuíram significativamente para o quarto pilar da Cobertura Universal de Saúde: a profissionalização e formação dos trabalhadores da

saúde. Por exemplo, as missões médicas tiveram um papel importante na abertura da profissão médica às mulheres na Ásia. A primeira escola médica para mulheres na China, o Hackett Medical College para Mulheres, foi criada pela Dra. Mary Fulton em Guangzhou, em 1902. A Dra. Ida Scudder, uma missionária médica da terceira geração americana, estabeleceu a primeira escola médica para mulheres na Índia, em 1918, a Escola Médica Cristã de Vellore, provavelmente o maior hospital cristão do mundo, no presente, com mais de 2600 camas.

Talvez ainda mais importante, as missões médicas, quer locais, nacionais ou internacionais, continuam a contribuir para a cobertura universal de saúde oferecendo formação,

apoio, promoção da saúde, bem como serviços preventivos e curativos em muitas comunidades e países. Existe uma notável falta de dados sobre serviços oferecidos pelas missões médicas, com estimativas de que entre 30 por cento e 40 por cento dos cuidados de saúde no Uganda e na Zâmbia sejam prestados por organizações religiosas (com a maior proporção em zonas rurais mais remotas).

Dr Ian Smith

*Diretor Executivo, Gabinete da Diretora-Geral da Saúde,
Organização Mundial da Saúde*

Sally Smith

*Conselheira de Parcerias, Programa Conjunto das Nações
Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)*

Universal Health Coverage as defined by the World Health Organization encompasses equal access for all to good quality health services and with no financial risk for those in need of them. As such it is a modern term formulated on western ideas of health, however the philosophy it conveys has existed for many centuries across different regions and cultures of the world.

Health For All is based on a series of seminars which formed part of the World Health Organization's Global Health Histories project. It explores the development of universal health coverage in diverse contexts, the political and economic trends that effected the running of these schemes, and, not least, critical perspectives into the variety of links between structures of national universal healthcare systems.

Editors

Alexander Medcalf is the Outreach Historian at the University of York's Centre for Global Health Histories.

Sanjoy Bhattacharya is Head of the WHO Collaborating Centre for Global Health Histories and Professor in the History of Medicine at the University of York.

Hooman Momen is principal research scientist at the Oswaldo Cruz Institute of FIOCRUZ and former staff member of the World Health Organization.

Monica Saavedra is Research Fellow at the University of York's Centre for Global Health Histories.

Margaret Jones is Research Fellow and Deputy Director at the Centre for Global Health Histories, University of York.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Cobertura Universal de Saúde compreende o acesso igual para todos a cuidados de saúde de qualidade, e sem que tal coloque aqueles que deles necessitam em risco financeiro. Assim, trata-se de um novo conceito formulado com base nas modernas ideias ocidentais sobre saúde. No entanto, a filosofia que preconiza existe desde há séculos e é transversal a diferentes regiões e culturas em todo o mundo.

Saúde Para Todos baseia-se numa série dos seminários no âmbito do projeto da OMS Global Health Histories. Esta publicação reflete sobre o desenvolvimento da cobertura universal de saúde em diversos contextos, as tendências políticas e económicas que influenciaram o curso destes esquemas e, não menos importante, apresenta perspetivas críticas sobre a variedade de ligações entre as estruturas de sistemas universais de saúde nacionais.

Editores

Alexander Medcalf é o historiador responsável pela divulgação no Centre for Global Health Histories da Universidade de York.

Sanjoy Bhattacharya é diretor do 'WHO Collaborating Centre for Global Health Histories' e Professor de História da Medicina na Universidade de York.

Hooman Momen é Pesquisador Titular do Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ e antigo funcionário da Organização Mundial de Saúde.

Monica Saavedra é investigadora no Centre for Global Health Histories da Universidade de York.

Margaret Jones é investigadora e diretora adjunta no Centre for Global Health Histories da Universidade de York.

Cover image: Schoolchildren march through the streets in Mexico carrying banners in favour of immunization. 1986. WHO/Liba Taylor

Imagem na capa: Crianças de uma escola marcham através das ruas, no México, transportando cartazes a favor da imunização. 1986. OMS/Liba Taylor

Cover design: OSDATA, Hyderabad



Orient BlackSwan



THE UNIVERSITY of York



www.orientblackswan.com



Medcalf, Bhattacharya, Momen,
Saavedra and Jones: *Health for All*

Medcalf, Bhattacharya Momen,
Saavedra e Jones: *Saúde Para Todos*