

Relatório

30 ANOS DE

SUS

QUE

SUS

PARA 2030?

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Américas

BRASÍLIA – DF

2020

Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020

ISBN: 978-92-75-72272-5

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS".

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução".

Referência bibliográfica sugerida. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (*Cataloging in Publication* - CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, acesse <http://publications.paho.org>. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Sumário

1.	Apresentação	4
2.	Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos	9
3.	Cenários do financiamento público em saúde	65
4.	Desafios da mortalidade infantil e na infância	75
5.	Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde	103
6.	O Programa Mais Médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde	117
7.	Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde	139
8.	Desafios da saúde mental	159
9.	A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de Zika	173
10.	Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids	187
11.	Imunização no Sistema Único de Saúde	203
12.	Acesso a medicamentos no SUS: avanços e desafios	217

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores do mundo com acesso universal a serviços e ações de saúde. Este está assegurado na Constituição Brasileira como condição de cidadania, fruto do Movimento da Reforma Sanitária. O SUS distingue o desenvolvimento social do Brasil atual e dignifica a todas e todos os brasileiros.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o considera uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente.

Neste ano comemoramos seus 30 anos em um contexto complexo. Crises de naturezas diversas nos últimos anos estão começando a trazer consequências negativas na saúde da população do Brasil, sobretudo nas camadas mais vulneráveis. Os repiques da mortalidade infantil e materna em 2016, após anos de queda ininterrupta; a redução da cobertura vacinal para algumas enfermidades imunopreveníveis; os surtos de febre amarela e sarampo; e o aumento da incidência de doenças transmissíveis como a malária e a sífilis congênita, são alertas sobre as vulnerabilidades pela qual passa o sistema de saúde.

A OPAS/OMS no Brasil tem envidado esforços para estabelecer e desenvolver uma agenda de Cooperação Técnica que reforce

andares e revise portas para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS, considerando as principais conquistas e as experiências de sucesso, assim como, as limitações e os desafios que atualmente são enfrentados e aqueles que, previsivelmente, deverão ser encarados nos próximos anos.

Somos cientes que um SUS forte é vital para seguir o rumo para o alcance de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Temos absoluta certeza que um SUS que se movimenta, impactará toda a sociedade brasileira, para a conquista das metas desafiadoras que o país assumiu com os ODS.

É neste conjunto de realidades e aspirações para o Brasil que foi elaborado o Relatório “30 anos de SUS, que SUS para 2030?”. Uma publicação que pretende destacar importantes conquistas do SUS e apresentar recomendações estratégicas que possam subsidiar presentes e futuros gestores do SUS para o alcance das metas dos ODS em 2030. Esta iniciativa busca contribuir a responder perguntas como: *Quais são os resultados de 30 anos de SUS? Que conhecimentos foram acumulados? Quais foram as experiências mais exitosas e inovadoras? Quais são os desafios do*

SUS para o ano de 2030? Que ações, estratégias e transformações são necessárias para preparar o SUS para estes desafios?

Para a construção dessas respostas, que estão permeadas ao longo deste Relatório, optou-se por percorrer um caminho metodológico considerando: (1) o diálogo e a escuta qualificada com parceiros e atores estratégicos; (2) os documentos técnicos e resoluções dos corpos diretores da OPAS/OMS; (3) as evidências científicas disponíveis. Esses três sustentam todas as análises e as recomendações produzidas neste documento.

O primeiro pilar, caracterizado pela abertura para uma escuta qualificada e pela realização de debate e reflexão com parceiros da cooperação e atores estratégicos do setor saúde, foi conduzido de duas maneiras.

- Realização de duas pesquisas em temas estruturantes. A primeira, tratada no primeiro capítulo deste Relatório, apresenta as percepções de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do SUS, enquanto a segunda buscou identificar as estratégias e inovações principais para fortalecer os atributos essenciais da APS no SUS (Capítulo 4).

- Realização de eventos que reuniram cerca de 400 pessoas que trabalham no setor saúde, entre gestores ou ex-gestores do SUS das três esferas de governo, pesquisadores, especialistas e representantes do setor privado. Estes abordaram temas estratégicos como os cenários para a sustentabilidade do SUS; gestão do trabalho e educação na saúde; Atenção Primária em Saúde como estratégia chave para a Sustentabilidade do SUS, e, acesso a medicamentos e tecnologias no SUS. Foi realizado um seminário no qual foi apresentado o esboço de um estudo da *Harvard School of Public Health*, feito com aportes do Ministério da Saúde, OPAS/OMS e pesquisadores brasileiros sobre as conquistas, desafios e ameaças nos 30 anos do SUS.

O segundo pilar deste Relatório concerne sobre aspectos técnicos e recomendações dos corpos diretivos da OPAS/OMS, sendo especialmente contemplados os que se referem à Saúde Universal e a Acesso e Cobertura Universal de Saúde (Resolução 14 do 53º Conselho Diretivo da OPAS de outubro de 2014), como também sobre Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseados na Atenção Primária de Saúde. Significa que as análises e as recomendações produzidas incorporam os posicionamentos e os critérios da entrega da cooperação técnica em saúde que a Organização implementa nos países e com as instâncias de integração sub-regional nas Américas e no mundo.

O último pilar refere-se aos conhecimentos científicos produzidos até o momento, capazes de jogar luz sobre os resultados do SUS e de fornecer elementos relevantes para a concretização do direito à saúde. Ao longo da vida do SUS

e, particularmente nestes últimos anos, muitas análises fundamentadas e evidências científicas confiáveis têm sido produzidas na academia, organizações de cooperação técnica e especialistas, coincidindo que o SUS vem a ser comprovadamente uma das mais importantes políticas públicas de proteção social praticada para melhorar o bem-estar do povo brasileiro. Muitas das valiosas evidências estão citadas e incorporadas nas recomendações.

O presente documento é organizado em 10 capítulos, sendo dois sobre as pesquisas feitas pela OPAS/OMS para esta publicação. Os demais são temáticos, focados nas áreas as quais a Organização acumulou maiores conhecimentos e experiências na sua história de cooperação técnica com o governo brasileiro. Portanto, não refletem a totalidade de temas relevantes que caracterizam o SUS.

A seguir as recomendações produzidas e apresentadas neste documento, destacadas aqui dadas a sua relevância para o alcance da Agenda 2030.

- O subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal, como obstáculo para que o país alcance as metas de ODS.
- A necessidade de reduzir a fragmentação do SUS, com o aperfeiçoamento dos arranjos interfederativos, na busca de soluções que preservem a autonomia dos municípios, e, também facilitem a regionalização dos serviços e a efetiva coordenação do cuidado.
- Destaca-se a importância de estender a cobertura com o modelo de atenção baseada na APS.

- A necessidade de expansão e consolidação de uma APS Forte, que ordena as redes de atenção à saúde e as integra aos sistemas de vigilância em saúde. A importância de se reforçar o enfoque da Medicina de Família e Comunidade, assim como as ações concretas sobre os determinantes da saúde, para melhorar a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde do SUS.
 - O aperfeiçoamento do marco jurídico para garantia do princípio da integralidade, de maneira a evitar o fenômeno da excessiva judicialização no SUS. Da mesma forma, os instrumentos de regulação assistencial precisam ser aperfeiçoados para garantia da equidade e da segurança da atenção.
 - A garantia de recursos humanos preparados, motivados e com vínculo empregatício mais estável em todo o Sistema. Persistem os problemas de equidade na distribuição de pessoal e descompasso entre a formação profissional e as necessidades dos serviços de saúde. Esforços importantes como o Programa Mais Médicos, à luz dos resultados registrados na ampliação da cobertura e do acesso aos serviços e na redução das desigualdades, precisam ser mantidos e consolidados.
 - A necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde e dos laboratórios de saúde pública foi identificada diante das experiências nas últimas epidemias. Para isto, faz-se necessário a qualificação de pessoal, ações intersetoriais e incorporação de novas tecnologias que tenham evidências de ser eficazes.
 - O aperfeiçoamento das estratégias e mecanismos de participação social no SUS é uma outra área que requer atenção. Entende-se favorável a realização do diálogo entre o Estado brasileiro e a sociedade em geral, com vistas a refletir sobre os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 com a manutenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.
- Finalmente gostaria de fazer um reconhecimento a todos os participantes na gênese e materialização desta publicação, que estão listados nos grupos de elaboração e de coordenação neste documento. Elas e eles mostraram uma grande tenacidade e vontade de superar qualquer obstáculo e fizeram um trabalho esplêndido.

Brasília, 27 de novembro de 2018

Dr. Joaquín Molina
Representante no Brasil
Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos

Renilson Rehem de Souza¹, Renato Tasca²,
Adriano Massuda², Julio Suárez², Janine Giuberti Coutinho²,
Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem³

¹ Hospital da Criança de Brasília José Alencar

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil

³ Universidade de Brasília

Introdução

O dilema da sustentabilidade dos sistemas universais de saúde: as experiências do Reino Unido e da Itália

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve em sua Constituição que gozar o nível mais alto de saúde é direito fundamental de todo o ser humano. A cobertura universal é a melhor forma de alcançar este direito. Entende-se como cobertura universal o acesso de todas as pessoas à atenção à saúde integral e de qualidade, abrangendo promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação, sem barreiras financeiras ou de outro tipo.¹

A cobertura universal é um contrato social. Os Estados membros da OMS se comprometeram em 2005 a desenvolver sistemas de financiamento com a meta da cobertura universal. A Resolução 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde (2005) declara que todos devem ter acesso a serviços de saúde sem barreiras financeiras. O acesso universal e a cobertura universal da saúde exigem a determinação e implementação de políticas e ações com uma abordagem multissetorial nos determinantes sociais da saúde e promover um compromisso de toda a sociedade para fomentar a saúde e o bem-estar. O direito à saúde é o valor central da cobertura de saúde universal, a ser promovido e protegido, sem distinção de idade, grupo étnico, raça, sexo, gênero, orientação sexual, idioma, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outro status.²

No que diz respeito à Região das Américas, na ocasião do 53º Conselho Diretivo (2014), os países membros endossaram uma resolução na qual se comprometem a fortalecer os sistemas de saúde rumo à cobertura e ao acesso universais de saúde.³ A estratégia que a OPAS sugere para o alcance da saúde universal preconiza quatro frentes: serviços de saúde acessíveis, integrais e de qualidade; governança efetiva do sistema de saúde; financiamento suficiente e estável com o gasto público em saúde ao menos de 6% do Produto Interno Bruto; e ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde.

Países que adotaram caminhos para sistemas universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde no Brasil, hoje estão preocupados com sua sustentabilidade. Vários fatores como as mudanças demográficas e epidemiológicas, assim como os custos crescentes do setor, contribuem a ameaçar a viabilidade financeira des-

tes sistemas, o que proporcionou um importante debate sobre as estratégias mais efetivas para enfrentar este desafio.

Antes de abordar diretamente a questão da sustentabilidade do SUS, objeto deste trabalho, considerou-se relevante destacar as experiências do Reino Unido e da Itália, uma vez que foram os países pioneiros na implementação dos sistemas universais – o *National Health Service* (NHS), fundado em 1948, e o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), em 1978.

Em ambos os países, as estratégias de sustentabilidade não afetaram o princípio da universalidade. Por serem sistemas baseados no direito à saúde, o NHS e o SSN não aventaram a possibilidade de deixar alguém fora da cobertura dos seus serviços. Nestes países, a manutenção da integralidade, por outro lado, é uma questão muito complexa. Mesmo com o uso intensivo de mecanismos de regulação, atualizado de acordo com evidências científicas, isto não impede, em alguns casos, a demora ou restrição do acesso a alguns tipos de serviços, por ex. odontologia e filas de espera para os procedimentos mais solicitados.

Além dos argumentos conceituais como a “saúde como direito de todos”, os estudiosos que analisaram a sustentabilidade do SSN e do NHS destacam que o principal motivo que justifica a manutenção de um sistema de saúde universal é a sua absoluta necessidade para enfrentar os grandes desafios contemporâneos. Enfraquecer o sistema de saúde, deixando parte da população excluída e desprotegida, expõe toda a população aos riscos de epidemias favorecidas pela globalização, como Ebola, gri-

pe aviária e outras doenças transmissíveis altamente contagiosas e ao inexorável aumento da prevalência de doenças crônicas.⁴

Diante da experiência acumulada destes países em universalidade do acesso à saúde, destacam-se pontos de consenso para o alcance da sustentabilidade dos sistemas de saúde:

- A manutenção da integralidade é ponto central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde no Reino Unido e na Itália. A aposta é fortalecer os mecanismos de regulação baseados nos conhecimentos científicos. Em contextos de recursos escassos, produzir evidências que legitimam as ações do sistema não é apenas uma escolha técnica, mas um verdadeiro imperativo ético.
- A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada como uma estratégia chave dentro de um modelo organizacional regionalizado e integrado em redes de atenção ordenadas. As evidências mostram que sistemas de saúde com uma forte base na APS têm melhores resultados, menores taxas de hospitalização desnecessárias, maior equidade, e menores despesas em saúde.^{5,6,7}
- Aprimoramento da gestão dos recursos públicos destinados à saúde. O informe italiano traz preocupantes resultados de uma estimativa do desperdício no SSN. De um total de quatro euros investidos, um é perdido por razões evitáveis de diversas naturezas, como o uso desnecessário de serviços, fraudes, compras a preços excessivos, subutilização de serviços, equipamentos e estruturas, entre outros. A redução de desperdícios implica na recuperação de recursos essenciais para a manutenção do sistema.⁸

■ A importância do envolvimento de todos é essencial para defender o sistema público de saúde. O informe italiano aponta a necessidade de *“difundir a todos os níveis a consciência que o SSN é um bem comum a ser protegido e uma conquista social a ser preservada para as futuras gerações”*, enquanto o informe do Reino Unido promove o NHS

a uma *“religião nacional”*: *“nosso NHS, nossa religião nacional, está em crise e o inteiro sistema social está a beira do colapso”*.

Mesmo levando em consideração as grandes diferenças sociais, culturais e econômicas entre Brasil e a Itália ou Reino Unido, elas representam elementos que merecem ser tomados em conta, na hora de decidir o futuro do SUS.

O dilema da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde

Não há dúvidas de que o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um enorme avanço para o alcance dos direitos e a redução das desigualdades sociais. Durante estes últimos 30 anos o sistema de saúde brasileiro tem contribuído não somente para o acesso, como também, para os desfechos da atenção que são refletidos em seus indicadores.

Um exemplo é a redução da taxa de mortalidade infantil, que de 1980 a 2015, reduziu de 85 para 14 por mil crianças nascidas vivas.⁹ A APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem sido relevante para a redução da mortalidade infantil. Até 2018, foram publicados dezoito artigos que demonstraram o impacto da ESF na mortalidade infantil.¹⁰ Importante também destacar o efeito combinado das políticas de proteção social como o Programa Bolsa Família com a APS. Um estudo demonstrou esses efeitos na redução da mortalidade pós-neonatal no período de 1998 até 2010. A ESF não somente tem efeitos independentes sobre a saúde infantil, mas também pode ser potencializada por outros programas sociais.¹¹ Encontram-se também evidências da relação entre expansão da ESF com a redução na taxa de mortalidade e de internação por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. Em municípios com coberturas de ESF maiores que 70% foram

observadas reduções nas taxas de mortalidade por AVC e por doenças cardiovasculares – 31% e 36% menores, respectivamente.¹²

Apesar dos resultados positivos e dos avanços do SUS nos últimos 30 anos, há que reconhecer as limitações e dificuldades de diferentes naturezas enfrentadas, como a crise do pacto federativo, que se mostra ainda mais complexa na área da saúde, os desafios do processo de descentralização, a discussão do papel a ser exercido pelos municípios, o papel do setor privado da saúde e sua relação com o setor público, a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de participação social.

Em um contexto de dificuldades que o SUS enfrenta somadas a um cenário de crise fiscal e redução do orçamento público surgem questionamentos sobre as possibilidades do Estado em manter um sistema de caráter universal.

Perguntas sobre a viabilidade e sustentabilidade do SUS são colocadas cada vez com maior frequência. *Seria possível para o Brasil dispor de um sistema público de saúde de caráter universal? Não seria o caso de restringir a responsabilidade do SUS a apenas a parcela da população mais carente? Seria o caso de rever os princípios do SUS? Ou deve-se persistir na busca da concretização dos princípios de universalidade do acesso e a integralidade da atenção?*

Nesse período de construção do SUS, observou-se uma aceleração do envelhecimento da população e, estima-se que em 2030 a população de idosos será maior que a parcela de jovens. Cada vez mais se tem a predominância das condições crônicas sobre as condições agudas, embora estas continuem ameaçando com surtos epidêmicos a exemplo da Dengue, Zika e Chikungunya. Acidentes de trânsito e a violência continuam fazendo dezenas de milhares de vítimas todos os anos.

O modelo de atenção adotado pelo SUS é adequado para enfrentar os desafios atuais? O caminho para a melhoria e ampliação do acesso aos serviços de saúde seria a simples e ao mesmo tempo complexa ampliação da oferta? Mas oferta de que? De serviços de urgência? Temos carência de médicos? E de outros profissionais de saúde?

Outro aspecto que se coloca na reflexão sobre a sustentabilidade do sistema é o desenvolvimento tecnológico. O mesmo desenvolvimento que torna possível a realização de diagnósticos, até então não imaginados e de terapias eficazes, é responsável por um importante crescimento dos custos, o que gera um desa-

fiu para a gestão para equilibrar os interesses individuais com os interesses coletivos. Assim, pergunta-se: *seria o processo de judicialização responsável por boa parte dos problemas do SUS ou é mais sintoma dos seus problemas?*

Todos estes elementos aqui registrados nem sempre foram capazes de gerar um debate político amplo, nacional, envolvendo diversos setores. Na verdade, estas questões têm sido levantadas esparsamente e de forma indireta nos meios de comunicação. Mas nem por isso deixam de ser urgentes e indispensáveis para a sustentabilidade do SUS e sua capacidade real de enfrentar os desafios das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, especialmente o objetivo 3 – saúde e bem-estar.

Do mesmo modo que a conjuntura política do fim de um período de ditadura foi importante para a conquista de um sistema de saúde público e universal, o contexto atual coloca desafios políticos para o SUS que precisam ser vistos para a construção de soluções que sejam socialmente justas, politicamente adequadas e sustentáveis. Momentos de crise podem ser oportunidades de construção de soluções inovadoras.

Diante dos compromissos assumidos com a universalidade e considerando o debate atual sobre a sustentabilidade do SUS, a OPAS/OMS no Brasil realizou uma pesquisa de análise de percepção de atores estratégicos que teve como objetivo compreender os limites e as possibilidades para a consolidação do SUS, a partir do posicionamento técnico, político e ideológico dos atores envolvidos no processo de concepção e implementação do Sistema.

Método

O presente estudo foi de natureza qualitativa. Segundo Minayo, uma pesquisa com esta abordagem tem como característica identificar, explorar motivos, aspirações, valores e atitudes, ao lado de outros fenômenos que não podem ser quantificados, visando entender a complexidade de um determinado tópico, normalmente de natureza social. A abordagem qualitativa é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem, sentem, pensam.¹³

A abordagem qualitativa foi utilizada em função da expectativa do estudo de explorar percepções de diferentes atores estratégicos sobre a sustentabilidade do SUS. O estudo foi realizado em três etapas conforme descrito a seguir.

Etapa 01: Elaboração do questionário

O questionário (anexo 01) foi elaborado com vistas a explorar as percepções e as opiniões sobre os seguintes aspectos relacionados à sustentabilidade do SUS:

- Direito à saúde
- Integralidade da atenção
- Marcos legais do SUS e da judicialização
- Relações federativas
- Redes de atenção à saúde
- Participação social
- Modelos de atenção à saúde
- Perfil da Atenção Primária à Saúde
- Financiamento
- Relação público-privada

Foram aplicadas 42 perguntas. A primeira se tratava do consentimento livre esclarecido (anexo 01) e a segunda uma autoidentificação do setor ao qual o respondente pertencia no momento da resposta (anexo 01). As outras 40 perguntas tratavam de temas relacionados à sustentabilidade do Sistema, com três opções de resposta. Os entrevistados puderam escolher somente uma resposta das três opções. Para cada uma destas 40 perguntas, houve também a possibilidade de o entrevistado declarar sua opinião, em profundidade, sobre o tema específico da pergunta em forma de comentários, que também compõem a análise do estudo.

Etapa 02: Definição dos atores estratégicos e processo de envio dos questionários

Os atores estratégicos foram selecionados considerando sua grande expertise no tema. Os critérios adotados para a definição da amostra

deste estudo incluíram informações acerca do SUS e os atores responsáveis pela concepção e implementação deste sistema, privilegiando os

sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Nesse sentido, fizeram parte da amostra ex-ministros da saúde, secretários estaduais de saúde, secretários municipais de saúde, membros da academia, dirigentes de hospitais privados e públicos, di-

rigentes de empresas de planos e seguros de saúde, dentre outros. Foram convidados 176 atores estratégicos, sendo que um total de 86 respondeu o questionário na sua totalidade ou a grande parte dele.

Etapa 03: Análise das entrevistas

Uma análise de frequência das respostas da primeira etapa do questionário e outra análise de conteúdo dos comentários feitos livremente pelos atores estratégicos foram realizadas. De uma forma geral, as análises foram realizadas nas seguintes etapas: (i) pré-análise (leitura fluente; constituição do corpus; formulação de hipóteses e objetivos); (ii) exploração do material (buscar o núcleo de compreensão do texto); (iii) tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹³.

Houve inicialmente uma etapa de preparação do *corpus* com formação, organização e decodificação do banco de dados, separação e delimitação do corpus textual. Em seguida, foi feito o processamento de aproximadamente 800 comentários, distribuídos nas 40 perguntas da pesquisa.

A análise de conteúdo dos comentários dos dados foi subsidiada pelo Software IRaMuTeQ, 0.7 alpha 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Esse Software ancora-se no ambiente estatístico do software R e na linguagem python. Trata-se de um programa informático que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aqueles bem simples, como a lexicografia básica até análises multivariadas.¹⁴ Para este estudo foram realizadas as seguintes análises: nuvem de palavras; análise de similitude e classificação hierárquica descendente. Além disso, foram identificados os fragmentos das falas, permitindo analisar em que contexto estas apareciam.

Resultados e contribuições para o debate

Análise da frequência das perguntas fechadas

De um total de 176 atores estratégicos convidados, 86 responderam às perguntas. Entre eles, gestores e ex gestores do SUS (54%), acadêmicos (44%), parlamentares (4,5%), dirigentes do setor privado de saúde (5,5%), outros especialistas (15%). As respostas foram enviadas no fim de 2017 e as análises consolidadas em janeiro de 2018. Os resultados estão apresentados em cinco blocos (I) Princípios do SUS; (II) Modelo de Atenção; (III) Gestão; (IV) Financiamento e (V) Relacionamento com o setor privado, considerando os dez aspectos detalhados no método que estão relacionados à sustentabilidade do SUS.

Princípios do SUS

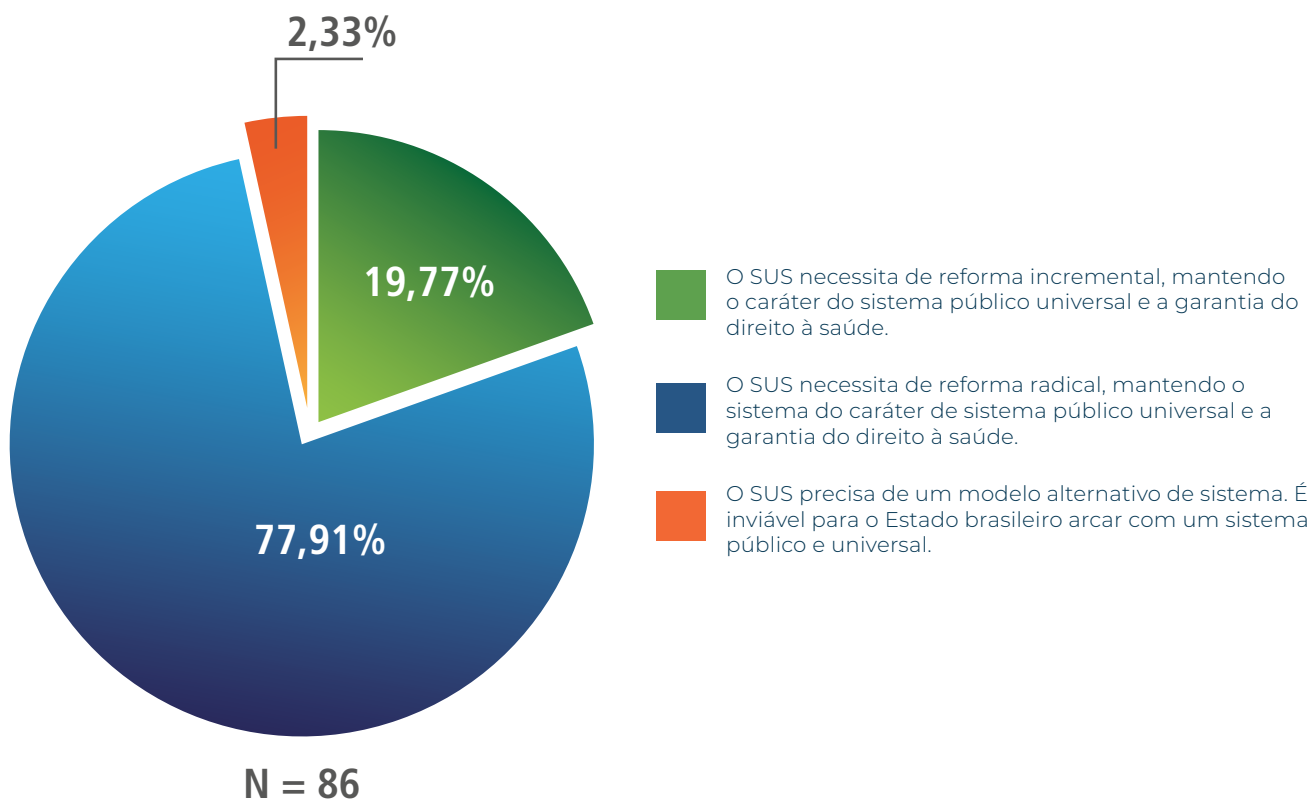
A quase totalidade dos respondentes (97,68%) reconhece a necessidade de **reformas no SUS**. Conforme apresentado no Gráfico 1, a maioria (77,91%) entende que essa reforma precisa ser radical, mas mantendo o caráter de sistema público universal e a garantia constitucional do direito à saúde, porém com reformas profundas no sistema, a exemplo das relações interfederativas, das relações público/privada, do modelo de financiamento, do modelo de atenção e do marco legal. 19,77% entendem que o processo de reforma deve ser progressivo e somente 2,33% considera que o SUS é inviável.

Com relação ao **direito à saúde**, houve uma clara divisão entre aqueles que percebem a necessidade da manutenção dos princípios e diretrizes previstos no marco legal (53,49%), e aqueles que acreditam que mudanças no marco legal devem ser realizadas, porém preservando o direito à saúde (45,35%). Uma minoria (1,16%) considera que a garantia constitucional do direito à saúde deve ser repensada.

Ainda sobre o **direito universal à saúde**, garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988, a maioria (63,53%) o reconhece como uma cláusula

GRÁFICO 1.

Opinião dos atores estratégicos sobre a perspectiva para a garantia da sustentabilidade do SUS



sula pétrea do SUS, o qual não se pode abrir mão. Enquanto 36,47% percebe limites, 24,71% compreende que este princípio precisa ser revisto e 11,76% acredita que deve haver uma revisão do princípio da integralidade, como forma de tornar possível a universalidade.

Quanto à **integralidade**, a maioria (63,53%) entende que é preciso estabelecer limites tendo por base a Medicina Baseada em Evidências e aproximadamente 1/3 (34,12%), defende sua manutenção sem limites. Uma minoria de 2,35% defende a revisão da universalidade como condição para manter a integralidade.

Ainda sobre a **integralidade**, observa-se uma divisão entre aqueles que entendem que o SUS deve definir um rol de ações e serviços públicos de saúde baseados em evidências científicas garantindo acesso a toda a população (50,60%), e aqueles que entendem que o SUS deve manter a integralidade das ações e serviços públicos de saúde de forma universal e gratuita, sem restrição, apenas com mecanismos de regulação (43,37%). Apenas 6,02% considera a importância de um pacote de ações e serviços públicos de saúde custo-efetivos garantindo o acesso às populações vulneráveis. Neste sentido, o restante da população optaria por planos privados de saúde.

Sobre a **gratuidade na prestação de serviços pelo SUS**, a maioria (76,47%) acredita que a gratuidade é condição para a existência de um sistema universal e não pode ser alterada. Enquanto 23,53% entendem que a gratuidade deve ser assegurada apenas para os mais pobres.

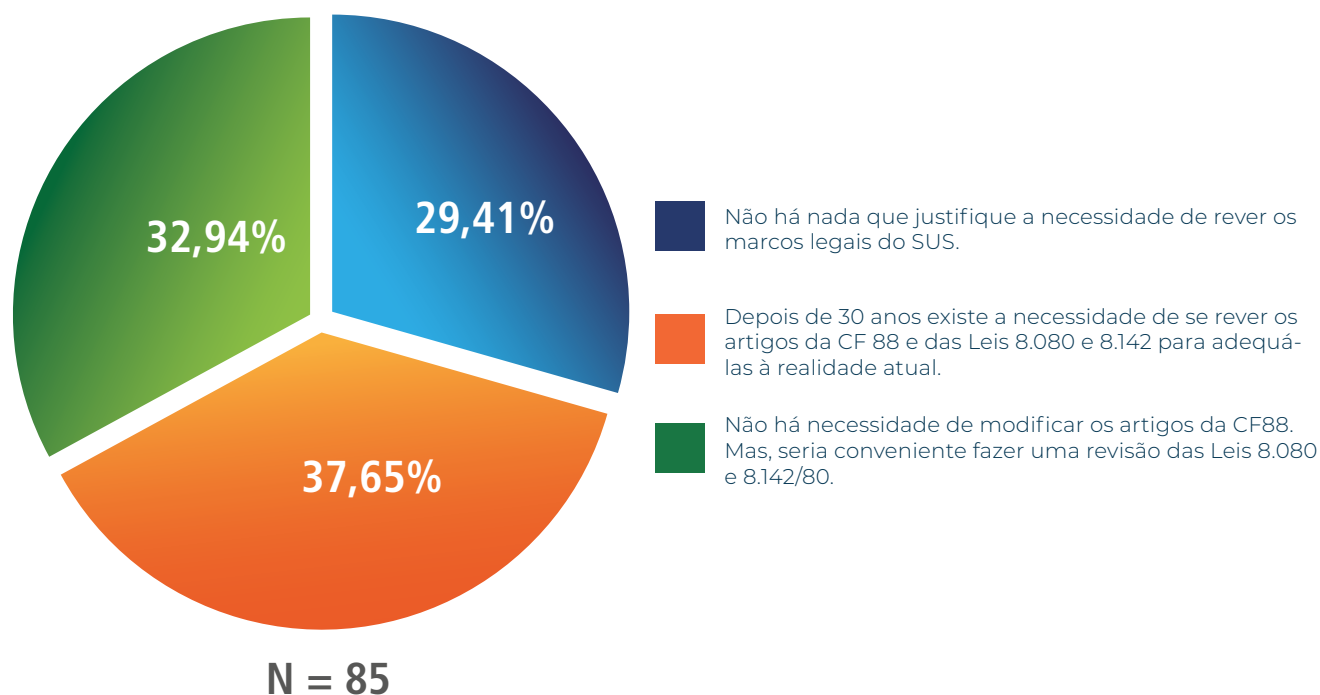
Quanto à necessidade de **revisão do marco legal do SUS**, a maioria (70,59%) concorda com a revisão das leis 8.080 e 8.142/88. Mas, 32,94% entende não haver necessidade de rever os artigos da CF 88, mas seria conveniente fazer uma revisão das Leis 8.080 e 8.142. Por outro lado, 29,41% não considera necessário rever o marco legal do SUS.

Cerca de 37,65% entendem que depois de 30 anos de SUS há a possibilidade de se rever os artigos da CF 88 e das Leis 8.080 e 8.142 para adequá-las à realidade atual.

Quanto ao fenômeno da **judicialização**, dos 84 respondentes, a maioria (90,48%) compreende que existe uma certa responsabilidade do SUS no processo de judicialização. Sendo que 51,19% responsabilizam o caráter incompleto do marco jurídico do SUS. Somente 9,52% considera o processo de judicialização como decorrente apenas de interesses econômicos e sem relação com eventuais dificuldades do SUS.

GRÁFICO 2.

Opinião dos atores estratégicos sobre o marco legal do SUS



Gestão do SUS

Com relação às **relações interfederativas**, a maioria do total dos 82 respondentes para esta pergunta (79,27%) reconhece que existe um grave problema de desequilíbrio, que demanda, com urgência, a revisão do Pacto Federativo. Apenas 20,73%, mesmo percebendo a existência de alguns problemas consideram que seriam resolvidos com pequenos ajustes. Porém, ninguém considera que não existam problemas nessas relações.

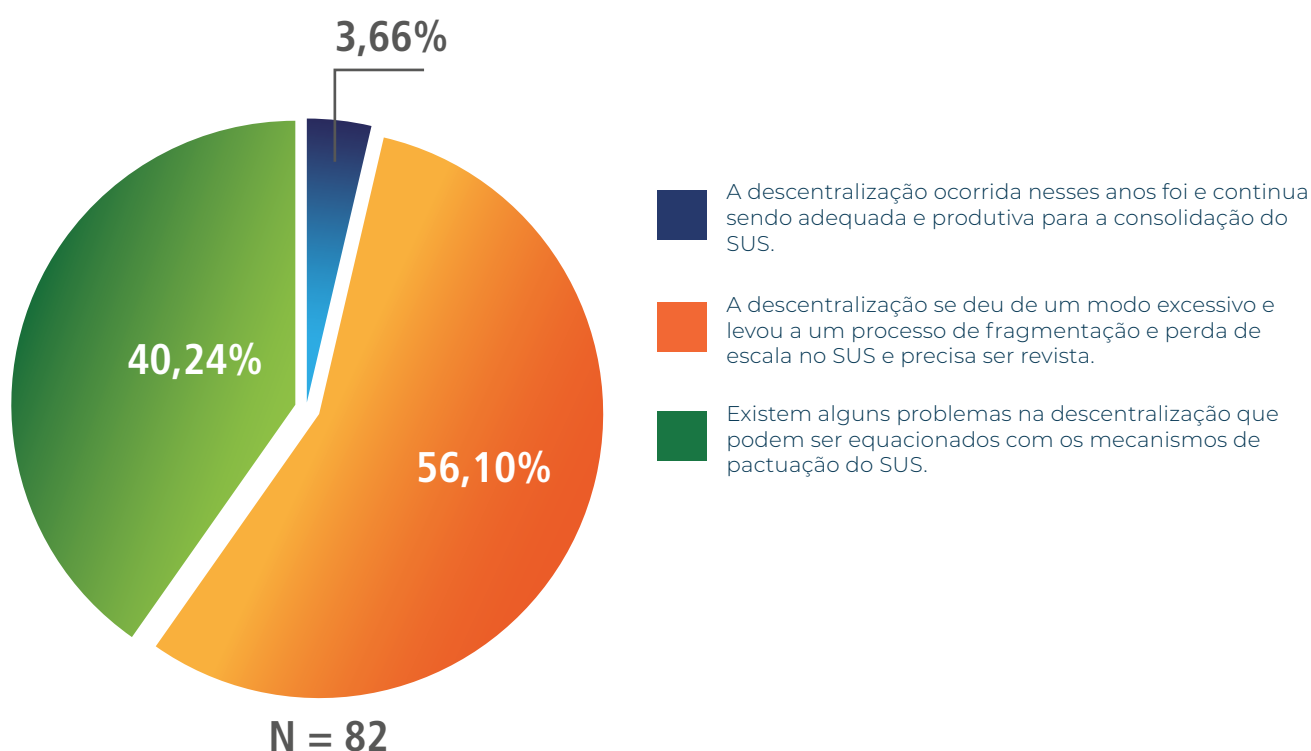
Quanto ao processo de **descentralização** ocorrido nas últimas décadas, apenas 3,66% concorda que esse processo foi e continua sendo

adequado e produtivo. Já maioria (96,34%) do total de 82 respondentes reconhece problemas no processo de descentralização, muito embora 40,24% entendam que são apenas alguns problemas passíveis de solução com os mecanismos de pactuação do SUS. Mais da metade (56,10%) considera que a descentralização se deu de modo excessivo, levou a um processo de fragmentação e à perda de economia de escala no SUS e, por isso, precisa ser revista.

Sobre a **regionalização**, 82,50% concorda que mesmo sendo citada expressamente na CF 1988, foi desconsiderada por muito tempo, tra-

GRÁFICO 3.

Opinião dos atores estratégicos sobre o processo de descentralização do SUS



zendo graves prejuízos à consolidação do SUS. Enquanto 16,25% reconhece a importância da regionalização, mas entende que está sendo tratada no momento possível e de forma adequada. Apenas 1,25% considera que a regionalização se opõe ao processo de municipalização e, portanto, deve ser rechaçada.

No que diz respeito à **municipalização**, existem problemas para 92,68%. Para 48,78% é preciso profunda revisão nas relações interfederativas e para 43,90% é preciso substituir a ideia de municipalização pelo conceito de regiões de saúde. Apenas 7,32% entende que a municipalização representa um dos maiores avanços do SUS e precisa ser preservada e defendida nos moldes atuais.

Ainda sobre a municipalização, 62,20% entendem que o processo, embora acertado, requer uma revisão para adequar as responsabilidades dos municípios às suas reais possibilidades. Enquanto isso, 25,61% reconhece que o processo de municipalização foi excessivo e 12,20% considera que esse processo foi necessário e indispensável para a consolidação do SUS.

Tratando-se das **redes de atenção à saúde** ninguém as entende como afronta à autonomia municipal. A grande maioria (80,49%) reconhece que essa proposta, em articulação com o conceito de regionalização, coordenada pela gestão estadual, deve contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde, corrigindo os problemas criados pelos excessos resultantes da descentralização. Apenas 19,51% consideram que a proposta de regionalização precisa ser melhor estudada para que possa respeitar a autonomia municipal e assegurar o acesso aos

bens e serviços de saúde para todos os habitantes da região.

No que diz respeito aos **recursos humanos**, a maioria (86,07%) concorda que existe carência, principalmente de médicos, sendo que para 74,68% esta carência ocorre nas áreas de menor desenvolvimento e que está associada a um modelo de atenção ultrapassado e a uma grande demanda do setor privado nos grandes centros urbanos. Já para 13,92% não existe carência de recursos humanos, mas sim, um modelo de atenção à saúde ultrapassado que é demasiadamente centrado no médico.

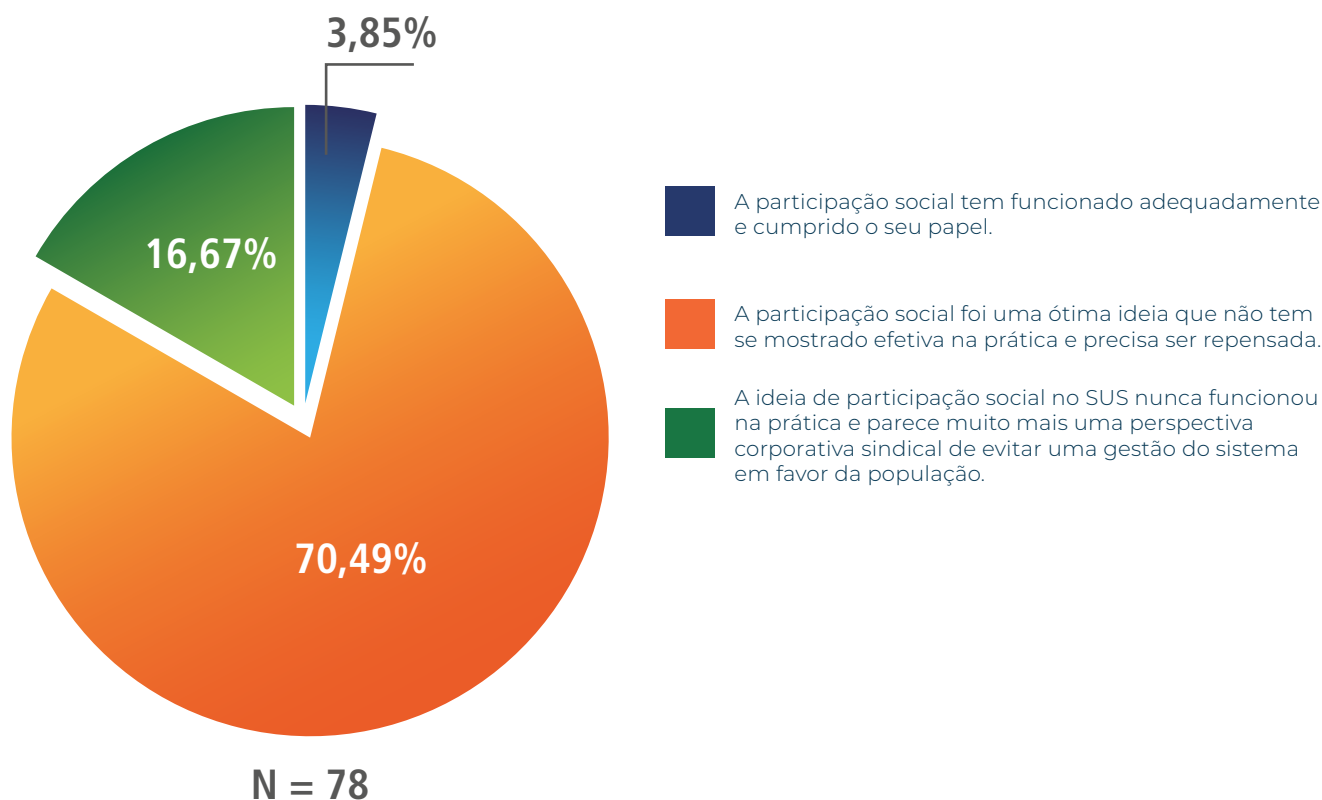
Quanto à **política de recursos humanos**, a maioria (73,02%) compreende que para resolver a questão é preciso adotar planos de carreira, mas com contratos de trabalho privados regidos pela CLT para todas as profissões da saúde. Na opinião de 23,81%, para resolver a questão não é preciso criar uma Carreira de Estado (federal) para todas as profissões, mas apenas para a Atenção Primária. Somente para 3,17% seria preciso criar uma Carreira de Estado (federal) para os médicos.

Sobre o tema de **participação social**, a maioria (96,16%) considera que o SUS não cumpre adequadamente o seu papel, mas 79,49% percebem a participação social como uma boa ideia que não tem funcionado adequadamente e que precisa ser repensada.

Ainda com relação à **participação social**, a grande maioria (91,36%) percebe a existência de problemas nos instrumentos existentes, sendo que 49,38% acredita ser necessário complementar os instrumentos com outros que

GRÁFICO 4.

Opinião dos atores estratégicos sobre a participação social no SUS



garantam a representatividade com independência. Aproximadamente metade dos atores estratégicos (41,98%) reconhece que os instrumentos não são suficientemente representativos e eficazes e deveriam ser revistos ou substituídos por outros mais adequados à realidade atual. Por outro lado, apenas 8,64% considera que os atuais instrumentos precisam ser mantidos e fortalecidos.

Quanto à **gerência das unidades públicas de saúde**, 57,32% consideram que tanto o modelo de administração direta quanto o de alternativas de gerência são válidos desde que estejam focados na eficiência e na qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos. Para 21,95%

dos entrevistados, o modelo de administração direta apresenta dificuldades, mas que podem ser superados com a profissionalização da administração e mais recursos financeiros. E o modelo de administração direta das unidades para 20,73%, com raras exceções, está esgotado e precisa ser substituído por modelos alternativos. Ainda sobre este tema, a maioria (88,75%) reconhece que os modelos alternativos podem ser uma possibilidade de melhorar a eficiência da gestão das unidades, mas que seria preciso melhorar as medidas de controle por parte do ente público. Para 7,5%, os modelos alternativos são sempre vantajosos e para apenas 3,75% estes modelos alternativos significam a privatização do SUS e, portanto, devem ser rejeitados.

Modelo de Atenção à saúde

Com relação ao **modelo de atenção** observa-se uma clara divisão entre aqueles que reconhecem que o modelo atual está esgotado e, portanto, deve ser substituído (50,0%), e aqueles que consideram que o modelo atual apresenta dificuldades, mas que podem ser superadas com a solução da crise do financiamento (50,0%). Ninguém considerou como adequado o atual modelo atual de atenção à saúde.

Sobre a **Atenção Primária à Saúde (APS)**, a grande maioria (89,87%) reconhece a necessidade de mudanças profundas na APS do SUS, prevendo-a como coordenadora do sistema. Para 6,33% a APS deve focalizar nas populações mais vulneráveis e que a população poderá optar por planos de saúde acessíveis e oportunamente regulados e fiscalizados pelo Estado. Para 3,80% é preciso melhorar o financiamento da APS e preservar o atual modelo.

Ainda sobre a APS, 59,26% acredita ser necessária uma reformulação da APS, inclusive na Estratégia de Saúde da Família (ESF), mantendo os princípios e as diretrizes, porém com novas conformações, pois já se esgotaram os ciclos nos quais foram criadas e já não atendem as necessidades de saúde da população. Por outro lado, 32,10% concorda que a APS como definida no momento é adequada às necessidades do SUS, precisando apenas ser implementada de forma completa e com mais recursos. Mas, para 8,64% é preciso uma profunda reorganização dos serviços do SUS, com soluções inovadoras baseadas em um maior envolvimento do setor privado.

Com relação ao **modelo tradicional de APS** observa-se uma nítida divisão entre aqueles que reconhecem que este modelo está esgotado e precisa ser substituído (53,95%), e aqueles que consideram que este apresenta dificuldades, mas que podem ser superadas com a solução da crise do financiamento (44,74%) e para apenas 1,32% o modelo tradicional é adequado ao SUS.

A maioria, (69,51%) concorda que a **ESF**, como alternativa para a organização da APS, apresenta dificuldades demandam sua revisão e atualização, enquanto 28,05% consideram que o modelo atual da ESF é a alternativa adequada para organização da APS. Apenas 2,44% acreditam que a ESF está esgotada como alternativa para organizar a APS e precisa ser substituída.

Ainda sobre a ESF se observa uma divisão entre aqueles que a percebem, atualmente, volta da para as condições agudas e que precisa ser revisada (40,28%), aqueles que entendem que o modelo da ESF está adequado às necessidades da população e só precisa de mais recursos financeiros (33,33%) e aqueles que entendem que a ESF só funciona em áreas rurais e urbanas de alto risco social e não se aplica as grandes cidades, onde o mais adequado seria o modelo clássico de APS com 3 especialistas (26,39%).

Com relação ao papel da **APS como coordenadora da atenção à saúde** a grande maioria (91,46%) reconhece que para que isso seja possível é necessário melhorar muito a sua qualidade e organizar Redes Regionais de Atenção

à Saúde. Apenas 6,10% entendem ser possível que a APS, como está atualmente organizada, exerça o papel de coordenadora da atenção e 2,44% consideram ser inviável que a APS exerça esse papel.

No que diz respeito à APS como **porta de entrada do sistema**, a grande maioria (85,37%)

Financiamento

Todos reconhecem que o SUS está subfinanciado. Entre os respondentes, 65,85% consideram que o incremento de recursos deva se dar de forma gradual, atrelado à melhora na eficiência dos gastos e qualificação da gestão. Porém, 34,15% entende que esse incremento deva acontecer de forma urgente.

Para a quase totalidade (94,94%), o financiamento do SUS é insuficiente, pois o gasto público é baixo porque o governo federal não participa como deveria, sobrecarregando os estados e municípios. Um percentual muito baixo (1,27%) acredita que o SUS dispõe de recursos suficientes e apenas falta melhorar a eficiência e profissionalizar a gestão, mas para 3,80%, é impossível para um país pobre dispor de recursos suficientes para financiar um sistema de saúde universal e que garanta a integralidade.

Quanto à possibilidade de adoção do copagamento na atenção prestada pelo SUS, 61,54% consideram o **copagamento** injusto, pois pe-

entende que para exercer esse papel, a APS precisa melhorar muito a sua qualidade e organizar Redes Regionais de Atenção à Saúde. Para 9,76% dos entrevistados, o usuário é quem define a porta de entrada de acordo com a oferta existente na região e suas necessidades de saúde. Apenas 4,88% acreditam que a APS nas condições atuais possa exercer esse papel.

naliza os mais pobres e não vai resolver o subfinanciamento do SUS. No entanto, para 37,16%, consideram que o copagamento poderia ser utilizado em alguns casos como moderador do consumo de serviços de saúde. Apenas 1,28% acredita que o copagamento poderia contribuir para resolver o subfinanciamento do SUS.

Ainda sobre financiamento, para 59,26% qualquer tipo de **renúncia fiscal**, como por exemplo, a que se concede no Imposto de Renda ao deduzir as despesas com planos de saúde, é discriminatória, pois privilegia os mais ricos ao subsidiar planos de saúde e por isso deve acabar. No entanto, 29,63% considera que tais renúncias devem ser mantidas enquanto o SUS não for capaz de garantir atenção à saúde da população, e 11,11% entendem que este tipo de renúncia fiscal é necessária, pois possibilita que mais pessoas tenham acesso a planos/seguros de saúde privados, diminuindo assim a sobrecarga sobre o SUS.

As relações do SUS com o setor privado

O estudo mostrou que para 48,10% a **existência de planos/seguros de saúde privados** é positiva para o SUS se forem bem regulados. Em contrapartida 16,46% consideram que, sendo o SUS universal, não tem sentido a existência de planos/seguros de saúde privados, enquanto 35,44% entendem que, sendo o Brasil um país capitalista, seria opção do consumidor ter plano/seguro de saúde privado.

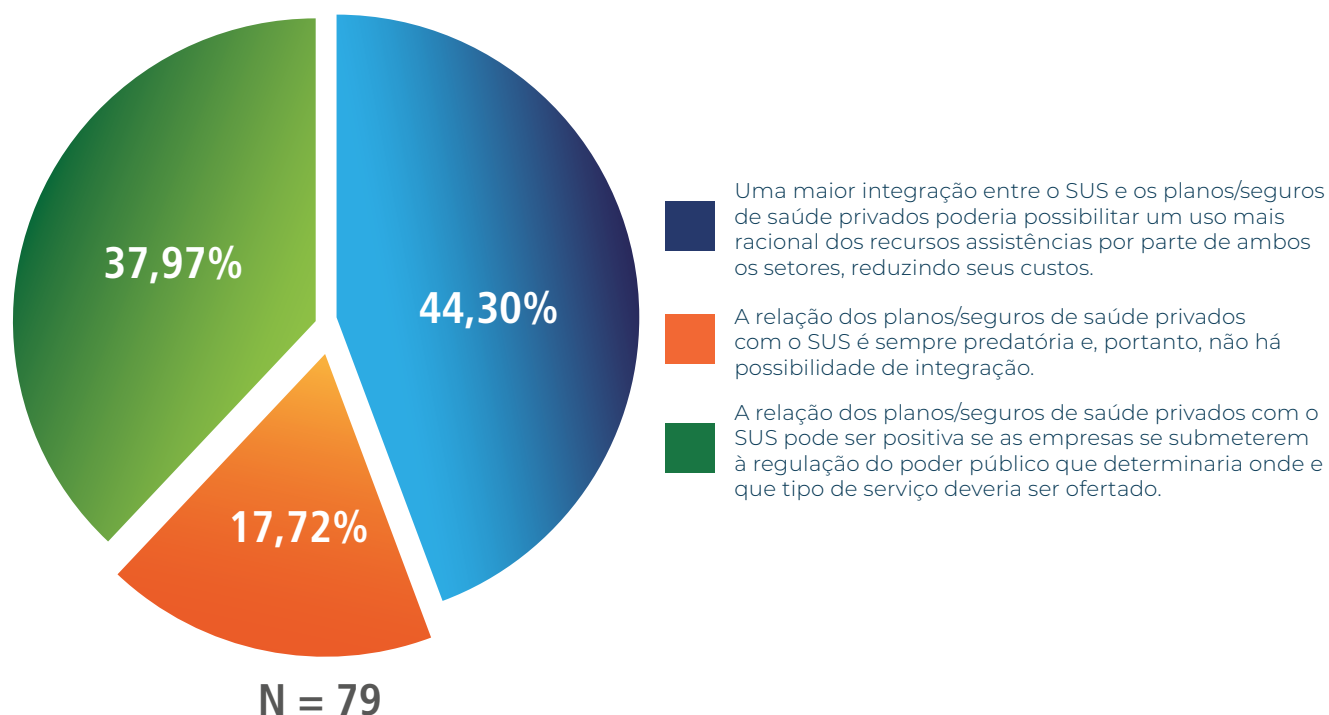
A maioria (60,27%) acredita que as unidades públicas poderiam celebrar **parcerias com os planos/seguros de saúde privados** para receberem recursos globais com base no número de beneficiários sem identificar os pacien-

tes (sem dupla porta de entrada). Entre esses atores estratégicos, 24,66% concordam que as unidades públicas não podem, em nenhuma hipótese atender pacientes identificados como beneficiários de planos/seguros de saúde privado, pois isso diferenciaria a clientela, ocasionando o fim da universalidade. Por outro lado, para 15,07% deles, as unidades públicas poderiam atender pacientes de planos/seguros de saúde privados e assim melhorar seu financiamento.

Quanto à existência de plano/seguro de saúde privado, 45,83% entendem ser uma opção do consumidor e em nada interfere na existência do SUS. No entanto, para 40,28% a existência de

GRÁFICO 5.

Opinião dos atores estratégicos sobre às relações do SUS como o setor privado de saúde



plano/seguro de saúde privado promove uma concorrência desigual, onde o SUS sai sempre perdendo, mas para 13,89% seria melhor que, quanto mais as pessoas tivessem plano/seguro de saúde privado, a pressão sobre o SUS diminuiria.

Quanto à **relação do SUS com o setor privado de saúde**, a maioria (82,27%) a percebe como positiva, sendo que 44,30% entende que uma maior integração entre o SUS e os planos/seguros de saúde privado poderia possibilitar um uso mais racional dos recursos assistenciais por parte de ambos os setores, reduzindo custos.

Com relação ao **ressarcimento ao SUS**, a maioria (92,52%) considera que os planos/seguros de saúde privado devem ressarcir o SUS pelo atendimento aos seus beneficiários, sendo que 74,07% entendem que o ressarcimento deve ocorrer pelo uso de todo e qualquer serviço assistencial e para 18,52% esse ressarcimento somente deveria ocorrer nos casos de assistência eletiva, excluindo, portanto, os atendimentos de emergência. No entanto, para 7,41%, como o SUS é universal, não há justificativa para que os planos/seguros de saúde privado devam ressarcir o SUS pelo uso de serviços assistenciais.

Ainda tratando da relação do SUS com o setor privado, a maioria (71,43%) acredita que quem tem plano/seguro de saúde privado tem o mesmo direito que qualquer cidadão brasileiro a utilizar o SUS. Considerando que todos têm direito ao SUS, para 23,38% quem tem Plano/

seguro de saúde privado acaba usando os serviços do SUS apenas para o alto custo, encarecendo o sistema público. Apenas para 5,19%, quem tem plano/seguro de saúde privado tem acesso garantido a serviços assistenciais e, portanto, não pode utilizar o SUS.

Sobre a possível criação de **plano/seguro de saúde privados mais baratos**, 67,53% consideram que vai aumentar a renúncia fiscal e vai beneficiar apenas as empresas do setor. No entanto, para 25,97% essa proposta pode ser válida, mas precisa ser melhor estudada. Apenas 6,49% considera que a criação de plano/seguro de saúde privado mais baratos aumentaria a parcela da população coberta e assim diminuiria a pressão sobre o SUS.

Por fim, a grande maioria (74,65%) acredita que o setor público representado pelo SUS, deve ser o único sistema responsável pela atenção à saúde dos brasileiros, mesmo com a existência de planos/seguros de saúde privados. Para outros (16,90%) o ideal seria que a Saúde Suplementar atendesse a parcelas crescentes da população, deixando o SUS livre para dedicar sua atenção àqueles realmente desprovidos de recursos, e para 8,45%, um Plano Público de Saúde com mensalidades em valor menor que os praticados pelos planos/seguros de saúde privados deveria ser criado. Para tanto, o governo poderia dar um subsídio para as pessoas que não dispõe de recursos suficientes para pagar este Plano Público de Saúde.

Análise dos comentários feitos livremente pelos atores estratégicos

Para esta etapa de análise foram realizados três tipos diferentes de análise. A de nuvem de palavras (Figura 1), a de similitude (Figura 2) e a de classificação hierárquica descendente (Figura 3). A primeira é uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras chaves de um *corpus*. Nessa análise as palavras são agrupadas e organizadas graficamente em função da sua frequência. Ou seja, quanto maior a palavra maior a importância e representatividade dela no texto.

Após o processamento do material, ao analisar a nuvem de palavras, obtida a partir dos discursos dos participantes deste estudo, observa-se que “*Sistema Único de Saúde*” assume posição de destaque, seguido de palavras como “saúde”, “população”, “modelo de atenção primária”, “sistema”, “melhor”, “financiamento”, “serviço”, “acesso”, dentre outras (Figura 1).

Esse resultado mostra claramente a importância do SUS para o cumprimento do preceito constitucional de um sistema de saúde universal, com destaque para o modelo assistencial com ênfase na APS, garantindo o acesso à integralidade.

A segunda foi a análise de similitude. Esta se baseia na teoria dos grafos possibilitando identificar as coocorrências entre as palavras. Seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual. Esta análise, ao representar a ligação entre as palavras do *corpus* textual, possibilita inferir a respeito da estrutura de construção do texto e de temas de relativa importância.

Ao proceder a análise de similitude (Figura 2), derivada do material processado, observa-se que há duas palavras que mais se destacam nos discursos: “Sistema Único de Saúde” e “Saúde”. Delas derivam um grupo de palavras que se ramificam, algumas aparecendo de forma próxima, outras mais distantes, além de algumas aparecerem em oposição.

Palavras como “serviço”, “organização”, “pobre”, “garantir”, “solução” estão mais próximas de “Sistema Único de Saúde”; enquanto “modelo” está mais distante e a partir dela se ramificam palavras próximas, como “atenção primária”, “estratégia saúde da família”, “médico”, “chegar”, “atenção”.

Ao se observar a palavra “saúde” verifica-se conexidade próxima com “acesso”, “recurso”, “problema”, “direito”, “cidadão”, “população”; enquanto a palavra “estado” está mais distante, conectando-se com “município”, “capacidade”, “função”, “papel”. Ainda vinculado à palavra “estado” aparece outro grupo de palavras, ramificada a partir da palavra “precisar” com destaque para “gestor”, “entender”, “discussão”, “incorporação”.

FIGURA 2.

Análise de Similitude para percepção de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS Brasil, 2018



O resultado da análise de similitude aponta para uma distinção entre saúde e o Sistema Único de Saúde onde a saúde não se resolve exclusivamente por meio do sistema, mas depende de atitudes da própria população bem como de outras ações do estado. A sua vez, o SUS apresenta como desafio importante a solução da questão do modelo assistencial.

Por último, foi realizada a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Está é uma

das mais importantes do Iramuteq. Nela, os segmentos de textos e seus vocabulários são correlacionados, formando um esquema hierárquico de classes de vocabulário. A partir dela, os pesquisadores podem inferir o conteúdo do *corpus*, nomear a classe e compreender grupos de discursos e ideias. Esta análise visa obter classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes.

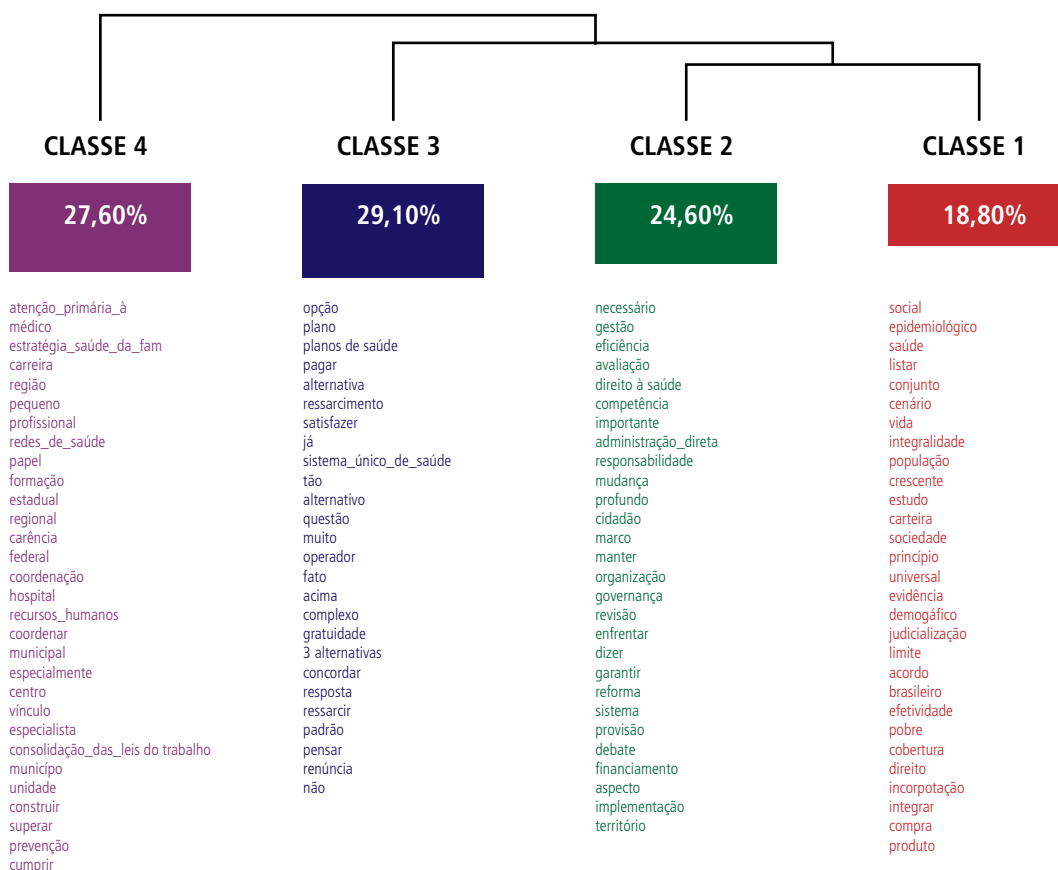
A partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foram analisados 807 segmentos de texto (ST), retendo-se 89,84% do total. Vale ressaltar, segundo a literatura, que para a obtenção de uma análise satisfatória é necessário um aproveitamento a partir de 70%. O conteúdo analisado foi categorizado em 4 classes: classe 1 (18,8%); classe 2 (24,6%); classe 3 (29,1%); e classe 4 (27,6%).

A CHD pode ser apresentada por meio de 4 layouts. Para representar o resultado desta análise optou-se pelo gráfico em formato de coluna,

acrescidos de palavras que são destacadas em cada uma das classes (Figura 3). Essa escolha oportuniza ao pesquisador visualizar quais as palavras que emergem do material processado, em cada classe, dando origem a análise do conteúdo propriamente dito.

Quatro classes encontram-se divididas em duas ramificações do corpo total em análise, os quais podemos chamar de SUBCORPUS A, o qual derivou a classe 4; e SUBCORPUS B, derivando as classes 1, 2 e 3.

FIGURA 3. Classificação Hierárquica Descendente para percepção de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS Brasil, 2018



Ao realizar a análise do conteúdo, tomando inicialmente a estrutura e conteúdo de cada SUBCORPUS, podemos categorizá-los em MODELO DE ATENÇÃO (subcorpus A/CATEGORIA) e SISTEMA DE SAÚDE (subcorpus B/CATEGORIA).

Continuando a leitura flutuante do material que emergiu nas classes, considerando tanto as palavras mais características em cada CLASSE quanto aos fragmentos dos discursos dos participantes, podemos categorizá-las em SUBCATEGORIAS da seguinte forma: CLASSE 4 – sub categoria de análise ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CLASSE 3 sub categoria de análise RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA; CLASSE 2 – sub categoria de análise GESTÃO; CLASSE 1 – sub categoria de análise NECESSIDADES (Figura 4).

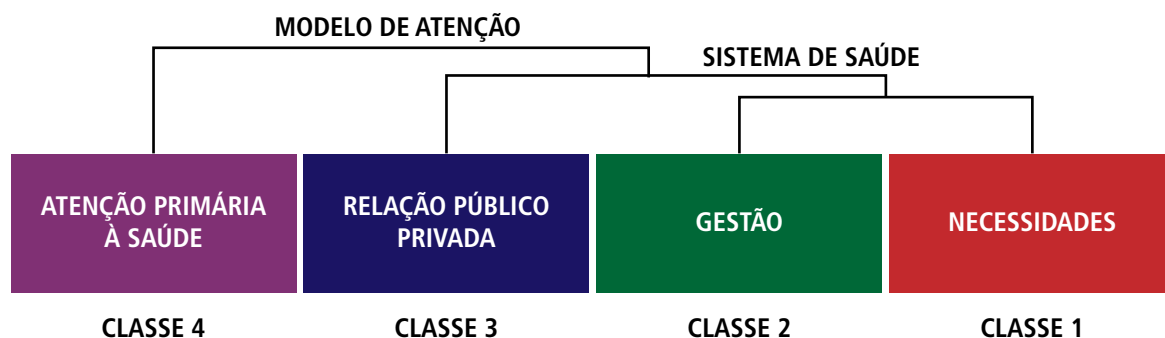
Seguindo para a última etapa deste estudo, foram analisados os conteúdos de cada **Classe**,

por meio da leitura de todos os fragmentos dos discursos seguido da interpretação e síntese dos mesmos.

Ao analisar o conteúdo da CLASSE 4 (subcategoria Atenção Primária à Saúde), verificou-se que esta classe é composta, predominantemente, pelos seguintes **vocábulos**: atenção primária à saúde, médico, estratégia saúde da família, carreira, região, pequeno, profissional, redes de saúde.

Os discursos tratam de questões relacionadas ao modelo de atenção voltado para a atenção primária à saúde, ressaltando a importância da mesma para a coordenação do sistema de saúde. Referem-se à potencialidade da mesma para uma assistência longitudinal e humanizada, diminuindo o adoecimento e internações desnecessárias. Entretanto, há referência de que no momento atual, com a correlação de

FIGURA 4. Categorias e Subcategorias acerca da percepção de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS Brasil, 2018



forças político institucionais, o papel da APS fica comprometido. Referem-se, também, à necessidade de formação de profissionais para esta área, onde a academia tem um papel importante, além da criação de carreira para todos os profissionais.

Abaixo alguns fragmentos de discursos que caracterizam esta classe:

- “acredito que as universidades públicas formadoras de profissionais dentre eles da saúde deveriam ter dentro de sua grade curricular o exercício de um sexto do tempo de formação dedicado à inserção dos futuros profissionais na rede de atenção à saúde de modo geral especialmente na atenção primária à saúde”
- “temos que melhorar e fortalecer a atenção primária à saúde para que ela coordene as redes de atenção à saúde e mantenha o vínculo com seus usuários, temos que desconcentrar os serviços de especialidades, temos que ter equipes multiprofissionais nos hospitais capazes de promover o protagonismo do paciente e sua família”
- “excessiva centralidade na figura do médico, mas a atenção primária à saúde tem que ser resolutiva, não adianta criar a carreira e continuar encaminhando tudo para os especialistas”
- “no entanto se não houver cobertura suficiente ou não houver qualidade e resolutividade na atenção primária à saúde, o usuário procurará outras unidades para suprir suas necessidades e o erro não será dele, mas do sistema que não organiza ou prioriza atenção primária à saúde”

- “a atenção primária à saúde mediante a estratégia saúde da família é o modelo inovador de atenção primária à saúde e de organização da rede de serviços do sistema único de saúde”

Ao analisar o conteúdo da CLASSE 3 (subcategoria RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA), verifica-se que esta classe é composta, predominantemente, pelos seguintes **vocábulos**: opção, plano, planos de saúde, pagar, alternativa, ressarcimento.

Os discursos tratam de questões referentes à relação do SUS com os planos e seguros de saúde no que diz respeito à renúncia fiscal em benefício das empresas privadas, às limitações da cobertura de serviços e seus impactos sobre o SUS e ao ressarcimento ou a ausência dele ao Sistema Único de Saúde.

Abaixo alguns fragmentos de discursos que caracterizam esta classe:

- “sim, mas ao fazer a opção pela rede privada nos casos de uso do sistema único de saúde este deve ser ressarcido, a mantenedora dos planos de saúde é financiada pelo tesouro mediante renúncia fiscal e ela deve compensar o sistema único de saúde”
- “se sabe que os planos seguros de saúde não cobrem exatamente as doenças ou tratamentos que são muito caro, os mais caros são jogados ao sistema único de saúde, portanto, mesmo que existam planos não deixam de sobrecarregar o sistema único de saúde em termos de quantidade de recursos envolvidos”

- “a renúncia_fiscal dos planos mais baratos pode ser dirigida ao financiamento do sistema único de saúde”
- “cabe à operadora ressarcir ao sistema_único_de_saúde...”
- “mesmo assim quando a unidade_de_terapia_intensiva já gastou muito, o número de exames ficou muito grande e muito caro ou ainda o plano não cobre determinados procedimentos é para as unidades do sistema_único_de_saúde que os segurados se dirigem”

Ao analisar o conteúdo da CLASSE 2 (GESTÃO) verifica-se que esta classe é composta, predominantemente, pelos seguintes **vocábulos**: necessário, gestão, eficiência, avaliação, direito à saúde, competência.

Os discursos tratam de questões relacionadas à gestão do Sistema Único de Saúde com todos os aspectos que a envolvem, apontando as limitações e as potencialidades para que esta seja efetiva. Dentre as questões, são tratadas aquelas relacionadas à qualificação da gestão; aprimoramento de mecanismos para o monitoramento e avaliação; necessidade de avaliação dos modelos alternativos de gestão envolvendo as parcerias públicas privadas, além dos planos de saúde que, conforme previsto, deveriam ser complementares e não substitutivos; e apesar do subfinanciamento do sistema se faz necessário que se estabeleça um plano de ação para melhorar a gestão dos recursos e sua eficiência.

- “... revela também as falhas da gestão, a ausência de organização e de protocolos assistenciais...”

- “. “... mas como não há responsabilidades definidas, a gestão será eficiente por mero acaso fundamental e necessária a descentralização, mas deve ser revista as pactuações entre entes_federados para garantia de eficiência e qualidade do sistema...”
- “acredito no modelo, mas há necessidade de sua revisão não exclusivamente relacionada ao financiamento, há problemas de ordenamento clínico e jurídico de governança de gestão de eficiência e de qualidade.”
- “claramente o sistema precisa enfrentar a necessidade de reformas profundas entre as quais destacaria a relação_público_privada, o sistema de governança e gestão e o modelo de financiamento.”
- “independentemente da modalidade de gerência, o gestor não pode abrir mão e deve assumir as suas competências e responsabilidades sanitárias de fazer a gestão_sistêmica”
- do sistema_único_de_saúde e, principalmente, com maior autonomia local só uma profunda reforma_de_estado garantiria essa possibilidade para a administração_direta”.

Ao analisar o conteúdo da CLASSE 1 (NECESSIDADES) verifica-se que esta classe é composta, predominantemente, pelos seguintes **vocábulos**: social, epidemiológico, saúde, listar, conjunto, cenário.

Os discursos tratam de questões relacionadas à transição demográfica e epidemiológica, como geradora de necessidades de saúde, o que leva necessariamente à discussões sobre os princípios e diretrizes do SUS. Faz referência a respeito da produção e reprodução social, as quais definem as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos sociais e, consequen-

temente, a distribuição da saúde e da doença. Abaixo alguns fragmentos de discursos que caracterizam esta classe:

- “...carteira geral de serviços abrangendo a Atenção Primária Saúde e as medidas coletivas em saúde com alcance universal ou seja para toda a população independente de renda”
- “...o direito dos mais pobres em ter uma cobertura de saúde que lhes permita garantir assistência em condições de dignidade”
- “...reitero que além dos aspectos abordados deva se considerar as necessidades da população aspectos demográficos ciclos de vida gênero epidemiológicos e geográficos mas para isso ocorrer o financiamento deve ser garantido”
- “...portanto o princípio que deve existir é o da progressividade da cobertura integral e como ponto de partida se deve definir primeiro o conjunto de itens e condições de saúde a serem cobertas”
- “não somente considerar a transição demográfica e epidemiológica deve acrescentar a epidemiologia crítica como sendo um instrumento mais adequado para poder priorizar o

atendimento às necessidades em saúde dos grupos sociais mais vulneráveis de acordo com as possibilidades e fragilidades tendo em vista a inserção nos conjuntos diferenciados pela produção e reprodução social”

Os resultados produzidos com o apoio do Software Iramuteq apresentam uma convergência com a análise dos comentários feitos de forma tradicional, onde os pesquisadores trabalharam diretamente sobre o material coletado. Isso demonstra a potencialidade do Iramuteq, enquanto uma ferramenta decodificadora aplicada aos discursos dos atores estratégicos, na medida em que ressaltou, no material coletado, as estruturas mais significativas, objetivando na análise aquilo que é subjetivo da percepção dos entrevistados.

Destaque também para a Atenção Primária à Saúde, o que pode ser comprovado ao verificar que houve um subcorpus/classe formada por vocábulos e discursos voltados para este tema, convergindo com as discussões atuais sobre a relevância do mesmo, enquanto um modelo de atenção para organizar os sistemas de saúde rumo ao acesso universal.

Quais as opções para fortalecer o Sistema Único de Saúde? A visão dos atores estratégicos

Os 86 atores estratégicos que responderam ao questionário conformam um grupo bastante heterogêneo. É composto por participantes com amplo e variado *background*, formação e experiência profissional: gestores do SUS e do setor privado, acadêmicos, parlamentares e especialistas em diferentes áreas da saúde pública, bem como do setor privado.

Com todas as limitações que um estudo qualitativo como este pode apresentar, considera-se que a heterogeneidade do grupo de entrevistados permitiu registrar um amplo espectro de pensamentos, pontos de vistas e grupos de interesses, proporcionando um panorama abrangente a respeito da visão de atores estratégicos sobre o futuro SUS. Observaram-se consensos entre as distintas categorias de atores, especialmente, ao identificar e explicar as causas de problemas da sustentabilidade do SUS. Contudo, não foi raro verificar interpretações e posições bastante contrastantes, principalmente, nas soluções e estratégias sugeridas para a reforma do SUS.

A variedade de sujeitos e posições faz com que seja árdua a tarefa de elaborar uma síntese capaz de contemplar todas as visões e suas possíveis interpretações. Por este motivo, em anexo, estão todos os resultados completos das quarenta questões fechadas recebidas.

Nesta última seção do Informe de Pesquisa, buscou-se destacar reflexões sobre temas mais relevantes. A análise do material, por sua vez, levou em consideração premissas dos mandatos institucionais da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), especialmente os relativos à Saúde Universal e Atenção Primária em Saúde.

Universalidade: cláusula pétrea irrenunciável

O primeiro tema abordado no estudo é o caráter universal do SUS. De acordo com as respos-

tas dos atores estratégicos consultados, há consenso que o sistema de saúde brasileiro deve

garantir o direito à saúde, conforme consagrado na Constituição Federal de 1988. Do total de 86 respostas recebidas sobre este assunto, 98% são favoráveis que o SUS seja para todos, sem distinção. Concordam, porém, que há necessidade de reformas para aperfeiçoá-lo e torná-lo sustentável. Entretanto, mesmo aqueles que pensam que o SUS precisa de reformas radicais (67 respostas), concordaram que eventuais mudanças não podem prejudicar os princípios consagrados na CF, em particular o da universalidade. As reformas apontadas como neces-

sárias envolvem modelo de financiamento, gestão, governança interfederativa e relação com setor privado, em uma perspectiva de consolidar o sistema em sua concepção original, ao invés de substituí-lo ou transformá-lo em um sistema de saúde segmentado, orientado a interesses do mercado privado, em detrimento ao direito à saúde. Fica claramente entendido nas respostas dos atores estratégicos que o SUS precisa ser preservado por ser indispensável para concretizar o direito à saúde para todas as pessoas.

Integralidade sim, mas com regulação e instrumentos legais eficientes.

O conceito de integralidade é intimamente relacionado ao princípio da universalidade. A principal questão levantada para explorar a relação entre integralidade e universalidade pergunta se o acesso aos serviços de saúde deve ser compreendido como “TUDO PARA TODOS”, ou se deve haver limite no escopo de serviços ofertados à população. Trata-se de um dilema dos sistemas universais de saúde, e no Brasil não é diferente. Decorre do aumento de custos do setor saúde, motivado pelo envelhecimento populacional, aumento da prevalência e da carga de doenças crônicas e pela introdução acelerada de novas tecnologias em saúde – medicamentos, dispositivos médicos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos – que, em alguns casos, podem prolongar a vida, mas com impacto na sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde.

Apesar das dúvidas expressas por alguns participantes sobre o *trade-off* entre integralidade e sustentabilidade financeira, houve consenso

na defesa da integralidade: de 85 entrevistados que enviaram resposta sobre o assunto, 98% defendem que a integralidade deve permanecer como um princípio básico do SUS. No entanto, 64% propõem regular serviços ofertados pelo SUS, a partir do fortalecimento de mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), adoção de protocolos clínicos fundamentados na medicina baseada em evidências e utilização de instrumentos de gestão da clínica.

Porém, este é um ponto controverso: Quem define e como são estabelecidos os limites da integralidade? O que seria melhor, uma relação de serviços a ser garantida pelo sistema público ou uma lista de serviços não cobertos pelo SUS? Como é possível evitar cair em um pacote de serviços simplificado para os mais pobres, o qual foi rejeitado pelos profissionais que responderam este estudo? Estas são apenas algumas das perguntas possíveis, que mostram a complexidade e a delicadeza do assunto.

Embora não tenha sido explicitamente abordado no estudo, a análise dos comentários dos entrevistados permite inferir que a integralidade deve ser um atributo da equidade em saúde, sendo uma condição para se ter um sistema genuinamente universal, como se pretende que seja o SUS. Isso contrasta com outros siste-

mas de saúde da Região das Américas que oferecerem cobertura a todas as pessoas, porém a partir de pacotes delimitados de serviços, de acordo ao perfil socioeconômico da população, o que na prática restringe a abrangência da universalidade a um escopo limitado de serviços.¹⁵

O gargalo da judicialização

A judicialização da saúde é considerada pelos entrevistados como um “efeito adverso” dos diferentes entendimentos sobre o princípio da integralidade. Entre as 84 respostas, 51% associam o uso excessivo do poder judiciário para resolver problemas de atenção no SUS se deve a uma falta no marco legal do sistema brasileiro, de uma definição precisa do que é integralidade e quais são os meios para o sistema de saúde garanti-la. Enquanto outros 39% consideram que é um problema da modernidade, decorrente do avanço da medicina e de interesses econômicos, logo dificilmente vai acabar.

perspectiva da complexa relação que se estabelece entre os setores público e privado no sistema de saúde. O setor privado tem tido um papel decisivo na indução do uso de novas tecnologias. O sistema judiciário, por sua vez, acolhe demandas individuais e determina ao poder público a prestação de atendimentos, muitas vezes não previstos no SUS, baseado em um conceito amplo de universalidade e integralidade. Evidências, porém, sugerem que a judicialização tem aumentado a inequidade em saúde, pois apenas grupos sociais mais ricos têm meios para requerer acesso a tratamentos através do poder judiciário.¹⁶

Entretanto, o fenômeno da judicialização no Brasil também deve ser compreendido sob a

Recursos Humanos para o SUS: questão central, mas ainda sem solução

Uma condição para garantir a universalidade com integralidade é dotar o SUS de suficiente capacidade para atrair, alocar, qualificar e manter profissionais de saúde, incentivando-os a atender as necessidades de saúde apresentadas pela população. Analisando as 79 respostas recebidas sobre esse tema, 86% consideram que há carência de recursos humanos no sistema público e 75% apontam que a maior limita-

ção está na escassez de profissionais médicos em áreas economicamente menos desenvolvidas. Esta situação é atribuída ao forte poder de atração que o setor privado exerce sobre os médicos nos grandes centros urbanos. Além disso, os entrevistados também indicaram a necessidade de mudanças na formação profissional para reorientar o modelo de atenção e fomentar a organização do trabalho em equipes mul-

tidisciplinares. Isso demandaria atualizar políticas e revisar as estratégias para o treinamento de profissionais de saúde no SUS. A pesquisa, porém, demonstrou que não há consenso em relação às medidas a serem adotadas, tampouco apontou quais devem ser as prioridades.

Propostas para aperfeiçoar a política de gestão dos recursos humanos no SUS também foram analisadas. Entre as opções de resposta estavam: a implantação de planos de carreira com contratos em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para todas as profissões; uma carreira do governo federal somente para os médicos e uma carreira do governo federal para todas as profissões restritas a atenção primária à saúde. Entre os 63 entrevistados que responderam, a maioria (73%) optou pela criação de planos de carreira

com contratos privados de CLT para todas as profissões. Porém, como pode ser apreciado pelos comentários dos entrevistados, este tema foi bastante controverso e com visões muito heterogêneas.

Recursos humanos para o SUS é sem dúvida uma área que deve ser priorizada nas agendas de governo. Ficou claro que a sustentabilidade do sistema brasileiro e o alcance dos objetivos de saúde do país dependem do enfrentamento de lacunas e desequilíbrios no campo da formação profissional em saúde, alocação e gestão dos trabalhadores no sistema de saúde. Importante destacar que a maioria manifestou preferência pela criação de planos de carreira com contratos privados de CLT para todas as profissões.

Inovar o modelo de atenção: a necessidade de uma APS forte

Em relação ao modelo de atenção, as opiniões dos atores estratégicos são divididas entre aqueles que acreditam que o modelo de atenção atual está esgotado e deve ser totalmente revisado, e aqueles que consideram que os atuais problemas do modelo podem ser resolvidos com financiamento adequado.

Alguns relatos destacam a inter-relação entre o modelo de atenção, o desenvolvimento tecnológico na área médica e a necessidade de melhor abordar a realidade epidemiológica, diante do aumento da prevalência de condições crônicas na população. Nesse sentido, 90% dos entrevistados consideram que uma Atenção Primária em Saúde forte é a forma mais adequada para responder a transição demográfica

e epidemiológica e as necessidades apresentadas pela população. Entre 82 atores estratégicos que responderam sobre o assunto, a grande maioria entende que a APS deve melhorar a qualidade e organização de redes de atenção para ter capacidade de coordenar a atenção à saúde no SUS (91%) e exercer o papel de porta de entrada reguladora do sistema (85%). Quase a totalidade (98%) considera que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado para o SUS, ainda que precise ser atualizada em consonância com a política de APS.

Do ponto de vista da OPAS/OMS, o modelo de atenção implementado na APS é crucial para que se possa efetivamente comandar o sistema de saúde rumo ao acesso universal. Robustas

evidências científicas demonstram que a ESF do SUS conseguiu importantes resultados em termos de melhora de indicadores básicos de saúde, da eficiência, da equidade e da satisfação dos usuários.^{18, 19, 20}

Nesse sentido, é satisfatório observar que a grande maioria dos atores estratégicos está consciente sobre a necessidade de se ter uma APS forte como requisito irrenunciável para a sustentabilidade do SUS, de forma coerente com as orientações internacionais para organização de sistemas de saúde. Contudo, avanços nesta direção têm sido limitados como se observa na experiência de vários países. No Brasil,

apesar dos consistentes progressos, dados do Programa Nacional de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) evidenciam a necessidade de fortalecer ainda mais a ESF, e aprimorar processos de trabalho para ampliar o acesso, a cobertura e a qualidade dos serviços oferecidos.^{21, 22} Neste sentido, cabe ressaltar o papel estratégico do Programa Mais Médicos, que além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, que saiu da estagnação registrada nos anos anteriores ao programa, tem promovido melhorias substanciais na qualidade do atendimento, registradas em pesquisas de satisfação dos usuários.

SUS com acesso universal, sem barreiras financeiras

O estudo também explorou a opinião de atores estratégicos sobre a gratuidade do SUS. Dos 85 entrevistados que responderam à pergunta sobre gratuidade dos serviços no SUS, a maioria (76%) considerou que esta é uma condição essencial para garantir a universalidade do sistema. No entanto, aproximadamente 1/4 dos entrevistados sugeriu estabelecer limites para a gratuidade e instituir coparticipação financeira para a parcela da população com capacidade para pagar pelos serviços de saúde.

Este é outro aspecto delicado que merece reflexão em função de posições polarizadas observadas. Para alguns, a gratuidade é uma falácia, enquanto que para outros deve ser defendida sem concessões. É importante enfatizar que propostas contrárias à gratuidade, como a de segmentar a população entre “quem pode” e

“quem não pode” pagar pela assistência têm recebido crescente atenção por alguns setores da sociedade brasileira. Os mais vulneráveis ficariam sob a responsabilidade do SUS e aqueles com capacidade de pagamento seriam assistidos pelo setor privado. Importante ressaltar que esta é uma posição que contraria os princípios consagrados do SUS e a posição pactuada entre os países membros da OPAS em 2013*, representando uma forte ameaça ao sistema público de saúde brasileiro.

A posição mais prevalente entre os entrevistados é que o pagamento por serviços de saúde representa uma barreira à universalidade. A solução sugerida é fortalecer modelos solidários de financiamento e a regulação pública sobre o setor privado visando garantir o atendimento aos interesses da população. Além disso, re-

* Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 53 Conselho Diretor da OPAS, Washington, D.C., 2 de outubro de 2014.

comenda-se unificar a gestão de riscos e harmonizar fontes e fluxos financeiros, como é preconizado na essência do SUS constitucional e como a OPAS/OMS recomenda em seus do-

documentos de posição “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” e “Atenção Primária a Saúde: Hoje mais do que nunca – Relatório Mundial de Saúde (2008)”.

Mais recursos e eficiência na gestão do SUS rumo à saúde universal, com sustentabilidade

É importante ressaltar que o posicionamento em defesa da universalidade, sem barreiras financeiras, ocorre num momento de agravamento do subfinanciamento crônico do SUS e da APS. No Brasil, o gasto público em saúde é menor do que 4% do Produto Interno Bruto (PIB). A OPAS sugere que ao menos 6% do PIB do país seja destinado à saúde pública para alcançar a saúde universal.³

Houve pleno consenso entre os participantes de que um dos principais problemas do sistema público é o subfinanciamento. Ninguém considerou que os recursos públicos atualmente disponíveis para o SUS sejam suficientes. Dos 82 entrevistados que responderam a esta pergunta, 34% advogam que deve ocorrer um aumento urgente de recursos públicos para o SUS, e 66% defendem a mesma posição, porém de uma maneira gradual e associado a uma gestão mais eficiente e qualificada.

Em síntese, há consenso sobre a insuficiência de recursos financeiros disponíveis para o SUS

cumprir plenamente suas funções. As melhorias na eficiência do sistema são necessárias, porém não devem limitar a universalidade e a integralidade. Ao contrário, devem ser associadas ao incremento dos recursos públicos destinados à saúde.

Apesar de publicações recentes assinalarem que uma eventual melhoria na eficiência do SUS pouparia uma porção muito significativa de recursos, isso não significa que seja oportuno introduzir medidas de austeridade financeira, que restrinjam ainda mais os recursos públicos à saúde.²³ É evidente que uma agenda para a eficiência do sistema de saúde é indispensável, mas deve estar contida dentro de um conjunto de estratégias para fortalecer o SUS. Considera-se assim oportuno estudar as experiências de outros sistemas universais, que implementaram reformas para enfrentar os desafios da sustentabilidade financeira. Os casos da Itália e Reino Unido possuem exemplos que podem ser úteis para o sistema brasileiro.

Um novo pacto federativo para uma atenção integrada, coordenada, eficiente e de qualidade

Todos os respondentes consideram que a relação interfederativa deve ser aperfeiçoada no SUS. A natureza tripartite do sistema não é

questionada, mas sim o desequilíbrio de poder e responsabilidades entre os entes federativos. Entre as 82 respostas de entrevistados, 65 (79%)

declaram que há necessidade de revisar o pacto federativo para favorecer relações mais harmoniosas e articuladas entre os entes, visando superar problemas causados pela municipalização sem efetiva organização regional – apontada como causa da excessiva fragmentação do SUS. Objetiva-se melhorar a distribuição de poder entre os níveis federal, estadual e municipal, para viabilizar o funcionamento das redes regionais de atenção à saúde.

Foram apresentadas propostas controversas, em relação as estratégias para organizar e gerenciar as redes de atenção. Dentre elas, a criação de instâncias próprias (empresas públicas, autarquias, fundações, consórcios ou organizações sociais) para a gestão regional, buscando aumentar a eficiência administrativa e a representatividades de seus integrantes. Na opinião dos entrevistados, a organização de redes deve ter base na Atenção Primária, governança própria, orientando-se nos valores, princípios, regras e macrodiretrizes do SUS.

Prevalece entre os entrevistados a percepção de que apesar dos decretos, portarias, discursos, expressões de boa vontade e experiências localizadas, houve pouco progresso na construção de redes de atenção baseadas na atenção primária, responsáveis por um território e uma

população definidos. Considera-se esse fato como uma tarefa pendente para o SUS.

As redes de atenção e a sua efetiva governança são assuntos relevantes e desafiadores, pois reordenam papéis e responsabilidades. Sobretudo, redistribuem o poder entre entes federativos e serviços de saúde. Este desafio precisa ser enfrentado técnica e politicamente para diminuir a fragmentação do sistema, melhorar a equidade na distribuição dos recursos, aumentar a eficiência na resolução de problemas, e produzir economias de escala.^{24, 25}

A insatisfação sobre o atual arranjo interfederativo é unanimidade entre os entrevistados, pois para 56% a descentralização se deu de modo excessivo e levou a um processo de fragmentação e perda de economia de escala no SUS, precisando ser revista. Mas, para 40% dos participantes há um reconhecimento de que existem problemas na descentralização, mas podem ser resolvidos com os mecanismos de pactuação do SUS. A municipalização é questionada e o papel das três esferas do governo é objeto de críticas. Tudo isso indica a necessidade de revisão deste modelo que se torna um dos desafios mais críticos para a sustentabilidade do SUS. Experiências de outros países com sistemas universais podem enriquecer o debate e inspirar a formulação de propostas inovadoras.

Participação social no SUS: uma diretriz forte sem implementação plena

O presente estudo também explorou a opinião de atores estratégicos sobre a participação social no SUS. Uma fala emblemática para o tema é: *“A participação social no SUS é importante,*

mas precisa ser revista para que seja efetiva”. Os resultados da pesquisa demonstraram que não existem dúvidas sobre a necessidade da participação social no SUS. Há consenso de que

este é um atributo essencial e que deve ser fortalecido e aprofundado. No entanto, predominam as críticas voltadas ao modo como a participação social vem se desenvolvendo ao longo dos 30 anos.

As críticas podem ser relacionadas com a excessiva burocratização dos conselhos, no foco em interesses corporativos ou específicos e no distanciamento dos interesses da população. Vários entrevistados manifestaram que os conselhos de saúde, em distintas esferas do SUS, têm sido dominados por representações sindi-

cais, partidárias e corporativas, perdendo o seu caráter democrático, requerido para monitorar e representar os interesses da população.

Ressalta-se que a principal crítica não se dirige às instancias de participação, como conferências e conselhos, mas ao seu modo de funcionamento. Para aprimorar as formas de participação popular no SUS sugere-se observar experiências internacionais de representação popular em sistemas universais de saúde, que respondem à natureza, história e maturidade de cada país.

Planos de saúde e SUS: polos opostos ou parceria conveniente para ambos?

Por fim, o estudo abordou as relações do SUS com o setor privado. Para 48,10% a existência de planos/seguros de saúde privados é positiva para o SUS se forem bem regulados. Em contrapartida 16,46% considera que, sendo o SUS universal, não tem sentido a existência de planos/seguros de saúde privados, enquanto que 35,44% entende que sendo o Brasil um país capitalista, seria opção do consumidor ter esses planos.

Entre atores estratégicos entrevistados, 68% consideram que a criação de planos de saúde privados mais baratos (chamados de “acesíveis” ou “populares”) não é uma boa opção, pois aumentaria o nível de renúncia fiscal beneficiando apenas as operadoras, pois proporcionam cobertura bastante limitada aos beneficiários. Por outro lado, 26% dos entrevistados consideraram válida esta opção, a qual precisaria ser melhor estudada. Finalmente, há propostas que sugerem seguir um modelo

européu-canadense que aceita seguro privado suplementar para serviços considerados não essenciais.

Ainda, no que diz respeito à relação público-privada, 60% dos entrevistados consideram que as unidades públicas poderiam estabelecer «parcerias» com planos de saúde, mas sem distinguir entre usuários e planos do SUS no momento do atendimento, ou seja, com uma única porta de entrada ao serviço de saúde. Porém, 93% consideram que o SUS deve ser ressarcido pelos serviços prestados aos beneficiários dos planos de saúde. Foram observados posicionamentos mais radicais sobre o atendimento de usuários de planos de saúde em unidades do SUS, usando o argumento de que algumas experiências internacionais demonstram segmentar usuários, privilegiando aqueles com cobertura privada. Há muitas divergências em relação ao tema, mas, em suma, a maioria dos comentários defende a melhoria da regula-

mentação dos planos, eliminando subsídios públicos e benefícios fiscais para a saúde suplementar. Um comentário ilustra a posição de alguns participantes: *“A questão não é impedir a oferta de planos privados, mas sim evitar que as operadoras de planos privados sejam subsidiadas com recursos públicos, os quais devem ser alocados apenas no sistema público”*.

Concluindo: diálogo social como estratégia para transformar o SUS sem abrir mão do direito à saúde

Para concluir, merece destaque o fato de que não há dúvidas na narrativa da maioria dos entrevistados sobre a necessidade de realizar mudanças no SUS. Porém, prevalece o receio sobre os riscos de implementar transformações na estrutura e organização do sistema de saúde brasileiro, no atual contexto político e econômico vivido pelo país.

Verificou-se que a maioria dos participantes identifica que reformas são fundamentais para que o SUS possa preservar a universalidade, a integralidade e a ausência de barreiras financeiras. Utilizou-se ampla variedade de argumentos pertinentes para descrever e analisar os problemas do sistema de saúde e suas respectivas consequências. Entretanto, não se observa uma consistência nas proposições para superar os desafios em questão.

Pode-se inferir que essa posição se deva à complexidade das transformações requeridas no SUS, mas, sobretudo à percepção dos atores estratégicos de que a realização de reformas racionalizadoras – ainda que necessárias – no atual contexto de instabilidades política e econômica e sob o efeito de austeridade fiscal,

Segundo os resultados deste estudo, embora alguns sejam a favor de um novo modelo de sistema de saúde com base em outros arranjos organizacionais e legais, a grande maioria, tem como objetivo melhorar a integração entre a saúde suplementar e o SUS, com a defesa dos princípios de universalidade e integralidade.

pode provocar retrocessos nos direitos alcançados, reduzindo o escopo de atuação do sistema público e limitando avanços rumo à garantia da universalidade e integralidade da atenção à saúde no país.

Considera-se, entretanto, que o receio à implementação de mudanças deve ser superado rapidamente pelo grupo de atores estratégicos que defendem um sistema universal de saúde, apesar da necessidade de se levar em conta a existência de poderosas forças que atuam sobre o setor de saúde, voltadas a restringir direitos sociais e a atender interesses clientelistas e do mercado. Caso contrário, esse pode ser mais um obstáculo ao real fortalecimento do SUS.

Considera-se, também, que um dos caminhos para recuperar a capacidade de produção de mudanças e o protagonismo dos atores sociais que defendem o avanço da Reforma Sanitária Brasileira esteja na intensificação do diálogo social, do debate técnico e no estudo de experiências internacionais sobre como fortalecer a concepção de sistema público universal do SUS, fundamentado no direito à saúde. Apesar de os entrevistados terem apresentado um conjunto

de ideias inovadoras, registra-se a premência de uma articulação sobre eixos estruturantes para enfrentar as reconhecidas fragilidades do sistema de saúde brasileiro, legitimada por um debate aberto e um amplo diálogo entre atores governamentais, academia e representantes da sociedade civil em geral.

A inovação faz parte da agenda de sistemas de saúde universais no mundo. Sistemas de saúde de vários países, como Reino Unido, Itália, Espanha e Canadá têm passado por grandes mudanças, mas a preservação da saúde como direito para todas as pessoas permanece como um desafio a ser enfrentado. A transformação e a inovação são condições fundamentais para que os sistemas de saúde avancem, sejam fortalecidos e se atualizem diante das mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas e tecnológicas vividas no mundo contemporâneo.

A defesa da saúde como direito, combinada à criatividade e à capacidade de superar adversidades, transformou o SUS em um exemplo de inovação para América Latina e referência para o mundo. Mas é preciso seguir em frente e no rumo certo: preservando direitos e defendendo a vida.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Fernando Antônio Gomes Leles, Iasmine Lorena Silva Ventura, Wellington Mendes Carvalho, Rosane de Mendonça Gomes, Adriana Trevizan, André Collier, Marina Shinzato Camilo.

Adriano Massuda e Pamela Bermudez foram revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. World Health Organization. <<http://www.who.int/>>.
2. World Health Organization. Sustainable Health Financing, universal coverage and social health insurance. WHA58.22. (2005)
3. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor; 66ª Sessão do comitê regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Resolução CD53/5, Rev.2; 2014.
4. Bengoa,R. (2017). Entrevista disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/entrevista-rafael-bengoa/>
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
6. Kringos DS, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686 -94.
7. Macinko, Starfield, & Shi (2003). Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross – sectional time series design. Analysis controlled for log GDP, percent elderly, doctors/capita, log income (ppp), log public health exp, doctor visits/capita alcohol and tobacco use.
8. GIMBE. Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. http://www.rapportogimbe.it/Rapporto_GIMBE_Sostenibilit%C3%A0_SSN_2016-2025.pdf
9. Victora et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Epub 2011 May 9.
10. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2017 Aug 7;12(8):e0182336.
11. Guanais, FC.The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. *American Journal of Public Health: October 2015, Vol. 105, No. S4, pp. S593-S599.*
12. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014 Jul; 349:g4014Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(Supl.1):1169-80.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
14. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol., Ribeirão Preto*, v. 21, n. 2, p. 513- 518, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessosem 16 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
15. Atun R, De Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, De Paula JB. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47).
16. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health and human rights* 2016; 18(1): 209-20.
17. Kruk et al, Contribution of primary care to health and health systems in low – and middle income countries. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 904 – 911. Macinko et al. The impact of primary healthcare on population health in low – and middle – income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009 Apr – Jun; 32(2):150 -71 .
18. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American journal of public health* 2011; 101(10): 1963-70.;
19. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12): 2149-60.;

20. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(1): 149-58.
21. Deborah Carvalho Malta 1 Maria Aline Siqueira Santos 2 Sheila Rizzato Stopa 3 Jos. Eudes Barroso Vieira 4 Eduardo Alves Melo 5 Ademar Arthur Chioro dos Reis 6 A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):327-338, 2016.
22. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, de Sousa Campos GV, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf
23. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000829. doi:10.1136/ bmjgh-2018-000829
24. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos y Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie Renovación de la APA en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2008.
25. Mendes EV. Las redes de atención de salud / Eugênio Vilaça Mendes. – ed. en espanhol – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, 2013.

Anexo

Questionário, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil está desenvolvendo a pesquisa “*Sustentabilidade do SUS: percepção de atores estratégicos*”

O objetivo é compreender a partir do posicionamento técnico, político e ideológico dos atores envolvidos no processo de concepção e implementação do SUS, os limites e as possibilidades para a consolidação do mesmo a partir de quatro dimensões, quais sejam: (i) Princípios do SUS, (ii) Modelo de Atenção, (iii) Gestão e (iv) Financiamento e seu relacionamento com o setor privado.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A sua participação é voluntária e consistirá do preenchimento deste questionário.
- Durante o preenchimento o (a) senhor (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.
- Serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa para os quais foi encaminhado o questionário, porém, não serão identificados os que responderam nem as repostas dadas por eles.
- Portanto, não é necessária a sua identificação e será garantido o anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Desde já agradecemos a sua colaboração e em caso de dúvidas entrar em contato com Adriana Trevizan (trevizan@paho.org ou 61 3251-9509).

1. **Como participante da pesquisa declaro que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e objetivos da mesma e que concordo com a utilização de toda informação por mim prestada:**

Concordo Não concordo

2. **Solicitamos assinalar a qual segmento pertence (no máximo duas opções):**

- Gestor ou ex-gestor
- Parlamentar
- Professor/pesquisador de Universidade
- Setor Privado
- Outros: organismos internacionais, entidades de classe, consultores independentes

Questionário

Caro entrevistado, neste questionário não há respostas certas. Esperamos que você escolha a resposta que melhor representa o seu pensamento.

Cada questão tem 3 alternativas de posicionamento. Pedimos que faça o maior esforço possível para escolher uma das alternativas de resposta.

Em cada questão há um espaço para comentários. O seu preenchimento não é obrigatório, mas estimulamos que o faça caso você entenda necessário. Os comentários devem ser de, no máximo, 100 palavras.

Desde já agradecemos sua valiosa colaboração!

Este instrumento está estruturado em 6 partes, com 42 questões:

- Habilitação (2 questões já respondidas)
- Princípios do SUS (8 questões)
- Gestão do SUS (12 questões)
- Modelo de Atenção à saúde (8 questões)
- Financiamento do SUS (4 questões)
- As relações do SUS com o setor privado (8 questões)

Primeira parte: Princípios do SUS

1. **Do ponto de vista da garantia da sustentabilidade, qual das alternativas melhor resume a sua perspectiva de futuro para o SUS:**

- SUS necessita de reforma incremental (Mantendo o caráter de sistema público universal e a garantia constitucional do Direito à Saúde e implementando reformas mais conservadoras em aspectos como financiamento, gestão, recursos humanos, etc.).
- SUS necessita de reforma radical (Mantendo o caráter de sistema público universal e a garantia constitucional do Direito à Saúde, porém com reformas profundas no sistema, a exemplo das relações interfederativas, da relação público/ privada, do modelo de financiamento, do modelo de atenção, do marco legal, em tecnologias, etc.).
- SUS precisa de um modelo alternativo de sistema (É inviável para o Estado brasileiro arcar com um sistema público e universal. São necessárias soluções alternativas de pagamento e de prestação de serviços, com foco nos grupos mais vulneráveis da população).

Comentários

2. **Com relação ao Direito a saúde qual das alternativas melhor resume o seu ponto de vista:**

- Os princípios e diretrizes previstos no Marco Legal do SUS devem ser garantidos (Preservar os princípios da universalidade e integralidade e a garantia da saúde como direito de forma gratuita).
- É necessário implementar mudanças no marco legal do SUS preservando o Direito a Saúde (Seria necessário um dispositivo constitucional que introduzisse reformas profundas no marco legal do sistema, prevendo mais eficiência e serviços de melhor qualidade).
- A garantia constitucional do Direito à Saúde deve ser repensada (de acordo as experiências de países como Estados Unidos, deve-se abandonar a ideia de um sistema público universal e introduzir mudanças nos artigos da CF de 1988, desresponsabilizando o Estado e garantindo a sustentabilidade do SUS).

Comentários

3. **Considerando o direito Universal à Saúde garantido pela Constituição Federal, qual das alternativas melhor resume a sua opinião:**

- O direito universal à saúde é uma cláusula pétrea do SUS e dele não se pode abrir mão.
- O direito à Universalidade à saúde é um princípio importante do SUS, mas precisa ser revisto para torná-lo exequível.
- O direito à Universalidade à saúde só pode ser possível se a integralidade for repensada.

Comentários

4. **Quanto à integralidade da Atenção qual das alternativas melhor resume o seu ponto de vista:**

- O direito à integralidade da atenção saúde é uma cláusula pétrea do SUS e não pode ser modificado.
- O direito à integralidade da atenção saúde é um princípio importante do SUS mas precisa ter limites dados pela Medicina Baseada em Evidências por meio da avaliação da incorporação de novas tecnologias para torná-lo exequível.
- O direito à Integralidade da atenção saúde só pode ser possível se a universalidade for revista para garantir o direito a quem mais precisa.

Comentários

5. **Ainda com relação à Integralidade da atenção qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- O SUS deve implementar um pacote de ações e serviços de saúde custo-efetivos garantido o acesso às populações mais vulneráveis e o restante da população poderia optar por planos de saúde com preços mais acessíveis.
- O SUS deve definir um rol de ações e serviços públicos de saúde baseado em evidências científicas garantindo acesso a toda população. A exemplo de países como o Chile, implementar um rol de ações e serviços (semelhante a Renases ou carteira de serviços na APS, por exemplo) que devem ser prestados de forma gratuita e universal para a população.

- O SUS deve manter a integralidade das ações e serviços públicos de saúde de forma universal e gratuita, sem restrição de ações e serviços, apenas com mecanismos de Regulação.

Comentários

6. **Quanto à Gratuidade na prestação de serviços pelo SUS qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- A gratuidade é condição para a existência de um Sistema Universal e não pode ser alterada.
- A gratuidade só deve ser assegurada para os mais pobres e para os demais deve haver coparticipação até como um fator de limitação de consumo.
- A gratuidade só deve ser assegurada para os mais pobres e nos casos de emergência e situações catastróficas. Nos demais casos deve haver coparticipação até como um fator de limitação de consumo.

Comentários

7. **Com relação ao Marco legal do SUS qual das alternativas melhor resume sua:**

- Não há nada que justifique a necessidade de se rever os marcos legais do SUS.
- Depois de 30 anos existe a necessidade de se rever os artigos da CF88 e das Leis 8.080 e 8.142 para adequá-las à realidade atual.
- Não há necessidade de modificar os artigos da CF88 mas seria conveniente fazer uma revisão das Leis 8.080 e 8.142.

Comentários

8. **Quanto ao fenômeno da Judicialização qual das alternativas melhor resume sua:**

- A judicialização é resultado de interesses econômicos da indústria, portanto sua solução não depende do SUS.

- A judicialização resulta da debilidade e do caráter incompleto do marco jurídico do SUS que não define qual é o conjunto de procedimentos a ser financiado o que cria problemas para o SUS para assegurar o acesso da população a todos os serviços de saúde. Portanto o marco legal deve ser visto para tornar mais explícito as responsabilidades do SUS.
- A judicialização é um problema da modernidade, dos avanços da medicina, de interesses econômicos e de problemas do SUS e dificilmente vai acabar.

Comentários

Segunda parte: Gestão do SUS (relações interfederativas, descentralização, municipalização, regionalização e redes de atenção à saúde)

1. **Com relação às Relações interfederativas qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- As Relações interfederativas estão suficientemente harmonizados por meio dos mecanismos de pactuação criados pelo SUS.
- As Relações interfederativas estão a demonstrar um grave problema de desequilíbrio e demandam, com urgência, a revisão do Pacto Federativo.
- As Relações interfederativas apresentam alguns problemas que demandam pequenos ajustes.

Comentários

2. **Quanto ao processo de Descentralização ocorrido durante as última décadas, qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- A descentralização ocorrida nesses anos foi e continua sendo adequada e produtiva para a consolidação do SUS.
- A descentralização se deu de modo excessivo e levou a um processo de fragmentação e perda de escala no SUS e precisa ser revista.
- Existem alguns problemas na descentralização mas que podem ser equacionados com os mecanismos de pactuação do SUS .

Comentários

3. **Com relação à Regionalização qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Mesmo sendo citada expressamente na CF88 a Regionalização foi desconsiderada por muito tempo e isto trouxe graves prejuízos à consolidação do SUS
- A Regionalização é importante, mas não podia ser tratada antes e está sendo tratada no momento possível e que é o adequado
- A Regionalização se opõe ao processo de descentralização e deve ser rechaçada

Comentários

4. **Quanto à Municipalização qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- A municipalização representa um dos maiores avanços do SUS e precisa ser preservada e defendida nos moldes atuais.
- Para manter o processo de municipalização, é necessário profunda revisão das relações interfederativas, com o objetivo de alcançar melhor gestão e governança das redes de serviços do SUS.
- A ideia de municipalização precisa ser relativizada e substituída pelo conceito de Regiões de Saúde, com reformas centradas outras opções que melhorem gestão e governança das redes de serviços do SUS.

Comentários

5. **Ainda quanto a Municipalização qual das alternativas melhor resume sua opinião (escolha somente uma opção):**

- O processo de Municipalização tal como se deu foi necessário e indispensável para o processo de consolidação do SUS.
- O processo de Municipalização tal como se deu foi excessivo e resultou da confusão entre municipalização e descentralização com prejuízos para a consolidação do SUS.

- O processo de Municipalização embora acertado, requer no presente uma revisão para adequar as responsabilidades dos municípios no SUS às suas reais possibilidades.

Comentários

6. **Com relação às Redes de Atenção à Saúde qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- O processo de constituição de redes de atenção à saúde afronta a autonomia municipal e, portanto não contribui com o processo de consolidação do SUS.
- O processo de constituição de redes de atenção à saúde em articulação ao conceito de regionalização, coordenado pela gestão estadual, deve contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde, inclusive corrigindo os problemas criados pelo excessos resultantes da descentralização.
- O processo de constituição de redes de atenção à saúde ainda precisa ser melhor estudado para que possa respeitar a autonomia municipal e assegurar o acesso indistintamente a todos os habitantes da região.

Comentários

7. **Com relação aos Recursos Humanos no SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- Existe uma enorme carência de Recursos Humanos no SUS, principalmente de médicos.
- Não existe carência de Recursos Humanos no SUS, mas sim um modelo de atenção a saúde ultrapassado que é demasiadamente centrado no médico.
- A carência de Recursos Humanos no SUS, principalmente de médicos, ocorre em áreas de menor desenvolvimento e está associada a um modelo de atenção ultrapassado e a uma grande demanda do mercado privado nos grandes centros urbanos.

Comentários

8. **Com relação à política de Recursos Humanos para o SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- Para resolver a questão dos Recursos Humanos no SUS é preciso adotar Planos de Carreira, mas com contratos de trabalhos privados regidos pela CLT para todas as profissões da saúde.
- Para resolver a questão dos Recursos Humanos no SUS é preciso criar uma Carreira de Estado (Federal) para os médicos.
- Para resolver a questão dos Recursos Humanos no SUS é preciso criar uma Carreira de Estado (Federal) que abarque todas as profissões da saúde mas apenas para a Atenção Primária.

Comentários

9. **Quanto à Participação Social no SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- A participação social tem funcionado adequadamente e cumprido o seu papel.
- Participação social foi uma ótima ideia que não tem se mostrado efetiva na prática e precisa ser repensada.
- A ideia de participação social no SUS nunca funcionou na prática e parece muito mais uma perspectiva corporativa-sindical de evitar uma gestão do sistema em favor da população.

Comentários

10. **Ainda em relação ao Controle Social do SUS qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Os atuais instrumentos de Participação Social do SUS (Conselhos e Conferencias de Saúde) precisam ser mantidos e fortalecidos nos moldes atuais.
- Os instrumentos de Participação Social do SUS (Conselhos e Conferencias de Saúde) não são suficientemente representativos e eficazes e deveriam ser totalmente revistos ou substituídos por outros mais adequados a realidade atual.
- É necessário complementar os instrumentos de Participação Social do SUS com outros que garantam representatividade com independência

Comentários

11. **Quanto a Gerência das unidades públicas de saúde qual das alternativas melhor resume sua opinião sobre o modelo de administração direta:**

- O modelo de administração direta das unidades de saúde, com raras exceções, está esgotado e precisa ser substituído por modelos alternativos.
- O modelo de administração direta das unidades de saúde apresenta dificuldades mas que podem ser superadas com a profissionalização da administração e mais recursos financeiros.
- Tanto o modelo de administração direta, quanto o de outras alternativas de gerência são válidos desde que estejam focados na eficiência e na qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos.

Comentários

12. **Quanto a Gerência das unidades públicas de saúde utilizando-se outros modelos de administração qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- Os modelos alternativos de administração de unidades de saúde são sempre vantajosos pois tornam a administração mais ágil e flexível, com foco no usuário.
- Os modelos alternativos de administração de unidades de saúde significam a privatização do SUS e, portanto, devem ser rejeitados.
- Os modelos alternativos de administração de unidades de saúde podem ser uma possibilidade de melhorar a eficiência da gestão das unidades porém é preciso melhorar as medidas de controle por parte do ente público.

Comentários

Terceira parte: Modelo de Atenção à Saúde

Modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Os modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Concisamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político.

1. **Com relação ao Modelo de Atenção à Saúde predominante no SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- O modelo atual de atenção à saúde está esgotado e não responde às necessidades de saúde da população e, portanto, precisa ser substituído.
- O modelo atual de atenção à saúde apresenta dificuldades mas que podem ser superadas com a solução da crise de financiamento.
- O modelo atual de atenção à saúde é adequado ao SUS.

Comentários

2. **Que perfil de Atenção Primária a Saúde (APS) é mais coerente com a sua visão do futuro do SUS?:**

- É necessário melhorar o financiamento da APS no SUS e preservar o atual modelo, sem coordenação aos outros níveis do sistema, cabendo ao usuário definir a porta de entrada ao SUS.
- Os cenários de transição demográfica e epidemiológica requerem mudanças profundas na APS do SUS, prevendo a APS como coordenadora do sistema.
- A APS deve focalizar as ações de saúde nas populações mais vulneráveis e nas afeções mais graves, prevalentes e preveníveis. A população poderá optar por planos de saúde acessíveis e oportunamente regulados e fiscalizados pelo Estado.

Comentários

3. **Com relação a possíveis mudanças necessárias a APS no SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- A APS como definida no momento é adequada às necessidades do SUS, apenas precisa ser implementada de forma completa e com mais recursos.
- É necessária uma reformulação da APS, inclusive na Estratégia de Saúde da Família, mantendo os princípios e diretrizes, porém com novas conformações pois já se esgotaram os ciclos nos quais foram criadas e já não atendem as necessidades de saúde da população.
- É preciso uma profunda reorganização dos serviços do SUS, com soluções inovadoras baseadas no maior envolvimento do setor privado. Eventuais mudanças na APS serão decorrentes deste novo modelo organizativo.

Comentários

4. **Ainda com relação à Atenção Primária à Saúde organizada no modelo tradicional (com 3 especialistas (clínico, gineco-obstetra e pediatra) qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- O modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde está esgotado e precisa ser totalmente substituído.
- O modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde apresenta dificuldades, mas que podem ser superadas com a solução da crise de financiamento.
- O modelo tradicional de Atenção Primária é adequado ao SUS.

Comentários

5. **Ainda com relação à Atenção Primária à Saúde organizada no modelo PSF qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- O modelo da Estratégia da Saúde da Família como alternativa para a organização da Atenção Primária à Saúde está esgotado e precisa ser substituído.
- O modelo da Estratégia da Saúde da Família como alternativa para a organização da Atenção Primária à Saúde apresenta dificuldades que demandam sua revisão e atualização.

- O modelo atual da Estratégia da Saúde da Família como alternativa para a organização da Atenção Primária à Saúde é o adequado ao SUS Comentários.

Comentários

6. **Continuando no tema da Atenção Primária à Saúde organizada no modelo PSF qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- O modelo da Estratégia da Saúde da Família está atualmente voltado para as condições agudas e portanto, precisa ser revisto para atender as necessidades da população.
- O modelo da Estratégia da Saúde da Família só funciona em áreas rurais e urbanas de alto risco social e não se aplica às grandes cidades onde mais se adequa o modelo clássico com 3 especialistas (clínico, gineco-obstetra e pediatra).
- O modelo da Estratégia da Saúde da Família está adequado às necessidades da população e só precisa de mais recursos financeiros.

Comentários

7. **Com relação ao papel de Coordenação da Atenção à Saúde a ser exercido pela Atenção Primária à Saúde qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- É fundamental e perfeitamente possível que a Atenção Primária a Saúde como está atualmente organizada exerça o papel de coordenadora da Atenção à Saúde
- Para que a Atenção Primária a Saúde exerça o papel de coordenadora da Atenção à Saúde é necessário melhorar muito a sua qualidade e organizar Redes Regionais de Atenção à Saúde
- É inviável a Atenção Primária a Saúde exercer o papel de coordenadora da Atenção

Comentários

8. **Quanto a Porta de Entrada para o sistema local de saúde, excluindo as situações de urgência e emergência, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- As unidades da Atenção Primária a Saúde, nas condições atuais, devem ser as únicas portas de entrada para o sistema local de saúde
- Para que a Atenção Primária à Saúde exerça o papel de porta de entrada para o sistema local de saúde é necessário melhorar muito a sua qualidade e organizar Redes Regionais de Atenção à Saúde
- A porta de entrada para o sistema local de saúde é definida pelo usuário de acordo com a oferta existente na região e sua necessidade de saúde

Comentários

Quarta parte: O financiamento do SUS

1. **Com relação ao Financiamento do SUS qual das alternativas melhor resume sua opinião:**

- O SUS encontra-se claramente subfinanciado e, portanto, é necessário incrementar urgentemente, de modo significativo os recursos públicos.
- O SUS necessita de mais recursos, mas este incremento deve se dar de forma gradual, atrelado a melhora na eficiência dos gastos com a qualificação da gestão.
- O SUS não precisa de mais recursos públicos, somente melhorar a gestão e fortalecer a parceria com o setor privado.

Comentários

2. **Ainda com relação ao Financiamento do SUS qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- O financiamento do SUS é suficiente. Apenas falta melhorar a eficiência e profissionalizar a gestão.
- O financiamento do SUS é insuficiente, pois o gasto público é baixo porque o governo federal não participa como deveria e sobrecarrega os estados e municípios.
- É impossível para um país pobre como o Brasil dispor de recursos suficientes para financiar um sistema de saúde universal e que garanta a integralidade.

Comentários

3. **Quanto a possibilidade de adoção do copagamento na atenção prestada pelo SUS (excluídas as situações de emergência e condições catastróficas) qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- O co-pagamento poderia contribuir para resolver a questão do subfinanciamento do SUS
- O co-pagamento é injusto pois penaliza os mais pobres e não vai resolver a questão do subfinanciamento do SUS
- O copagamento poderia ser utilizado em alguns casos como moderador do consumo de serviços de saúde

Comentários

4. **Ainda quanto ao financiamento, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista sobre as renúncias fiscais do governo como, por exemplo, a que se concede no Imposto de Renda ao deduzir as despesas com planos/seguros de saúde:**

- Este e qualquer outro tipo de renúncia fiscal do governo na área da saúde é discriminatório pois privilegia os mais ricos ao subsidiar o setor privado de saúde e deve acabar.
- Este tipo de renúncia fiscal do governo é necessária enquanto o SUS não for capaz de garantir atenção à saúde da população nos termos previstos nos marcos legais do SUS
- Este tipo de renúncia fiscal do governo é necessário pois possibilita que mais pessoas tenham acesso a planos/seguros de saúde privados, diminuindo assim a sobrecarga sobre o SUS

Comentários

Quinta parte: As relações do SUS com o setor privado da saúde

1. **Sobre a existência de um mercado de Planos/Seguros de Saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Como o SUS é Universal não tem sentido a existência de Plano/Seguro de Saúde privado.
- A existência de Plano/Seguro de Saúde privado, se bem regulados pelo Estado, pode ser positivo para o SUS.
- O Brasil é um país capitalista e ter Plano/Seguro de Saúde privado é uma opção do consumidor.

Comentários

2. **Quanto à relação entre o SUS e os planos e seguros privados de saúde qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- As unidades públicas poderiam atender pacientes dos Planos e Seguros de saúde e assim melhorar o seu financiamento.
- As unidades públicas não podem, em nenhuma hipótese, atender pacientes identificados como beneficiários de Planos e Seguros de saúde, pois seria diferenciar a clientela e isso seria o fim da universalidade.
- As unidades públicas poderiam celebrar parcerias com os Planos e Seguros de saúde para receber recursos globais com base no número de beneficiários sem identificar os pacientes (sem dupla porta de entrada).

Comentários

3. **No que se refere às relações do SUS com o setor privado de saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Quanto mais pessoas tiverem Plano/Seguro de Saúde privado melhor pois diminui a pressão sobre o SUS.
- A existência de Plano/Seguro de Saúde privado promove uma concorrência desigual onde o SUS sai sempre perdendo.

- Ter Plano/Seguro de Saúde privado é uma opção do consumidor e em nada interfere na existência do SUS.

Comentários

4. **Ainda quanto às relações do SUS com o setor privado de saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Uma maior integração entre o SUS e os Planos/Seguros de Saúde privados poderia possibilitar um uso mais racional dos recursos assistenciais por parte de ambos os setores, reduzindo seus custos
- A relação dos Planos/Seguros de Saúde privados com o SUS é sempre predatória e, portanto, não há possibilidade de integração
- A relação dos Planos/Seguros de Saúde privados com o SUS pode ser positiva se as empresas se submeterem à regulação do poder público que determinaria onde e que tipo de serviço deveria ser ofertado

Comentários

5. **Quanto ao ressarcimento ao SUS pelo setor privado de saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Os Planos/Seguros de Saúde privados devem ressarcir o SUS pelo uso pelos seus beneficiários de todo e qualquer serviço assistencial do SUS.
- Como o SUS é universal não há justificativa para que os Planos/Seguros de Saúde devam ressarcir o SUS pelo uso de serviços assistenciais.
- Os Planos/Seguros de Saúde devem ressarcir o SUS pelo uso de serviços assistenciais eletivos, excluindo aqueles prestados nos casos de emergência.

Comentários

6. **Ainda quanto às relações do SUS com o setor privado de saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- Como todos tem direito ao SUS, quem tem Planos/Seguros de Saúde privado acaba usando os serviços do SUS apenas para o alto custo encarecendo o sistema público.
- Quem tem Plano/Seguro de Saúde privado tem acesso garantido a serviços assistenciais e, portanto, não pode utilizar o SUS.
- Quem tem Plano/Seguro de Saúde privado tem o mesmo direito que qualquer cidadão brasileiro a utilizar o SUS

Comentários

7. **Sobre a possível criação de Planos/Seguros de Saúde privados mais baratos, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- A criação de Planos/Seguros de Saúde privados mais baratos aumentaria a parcela da população coberta e assim diminuiria a pressão sobre o SUS.
- A criação de Planos/Seguros de Saúde privados mais baratos vai aumentar a renúncia fiscal e vai beneficiar apenas as empresas.
- A proposta de criar Planos/Seguros de Saúde privados mais baratos pode ser válida mas precisa ser melhor estudada

Comentários

8. **Ainda quanto às relações do SUS com o setor privado de saúde, qual das alternativas melhor resume seu ponto de vista:**

- O setor público, representado pelo SUS, deve ser o único sistema de saúde responsável pela atenção à saúde dos brasileiros, mesmo com a existência de Planos/Seguros de Saúde privados.
- Para resolver dificuldades do SUS em garantir o acesso a serviços de saúde, deveria ser criado um Plano Público de Saúde com mensalidades em valor menor que os praticados pelos Planos/Seguros de Saúde privados. E ainda, o Governo poderia dar um subsídio para as pessoas que não dispõem de recursos suficientes para pagar esse Plano/Seguro.



O ideal seria o cenário no qual a Saúde Suplementar atendesse a parcelas crescentes da população deixando o SUS livre para dedicar sua atenção aos brasileiros realmente desprovidos de recursos. Certamente, nesse contexto, uma integração positiva e proveitosa emergiria da relação SUS/Saúde Suplementar.

Comentários

Cenários do financiamento público em saúde

Adriano Massuda¹, David e Rasella²,
Thomas Hone³, Renato Tasca¹

¹ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

³ Public Health Policy Evaluation Unit, Department of Primary Care and Public Health, School of Public Health, Imperial College London, UK

Impacto da austeridade em saúde sobre os serviços e desfechos de saúde

Em escala mundial, os países passam atualmente por ciclos de recessão econômica. Os efeitos mais visíveis são a queda na atividade produtiva seguidos, frequentemente, por aumento da taxa de desemprego. Em geral, os governos nacionais agem para tentar estabilizar suas economias, estabelecendo políticas anticíclicas que estimulam o crescimento da produção industrial e do consumo, por meio de isenções fiscais e/ou do aumento dos gastos públicos. Entretanto, durante períodos recessivos, as receitas fiscais diminuem e a demanda por serviços públicos aumenta, pressionando assim, os orçamentos públicos. Esse desafio é ainda maior nos países com altos níveis de endividamento, já que não podem recorrer a novos empréstimos, reduzir os impostos ou aumentar os gastos. A grande recessão de 2008 foi um exemplo disso. Na Europa, países com dívidas com o setor financeiro e bancário tiveram que implementar severas políticas de austeridade, seja cortando os gastos públicos ou aumentando os impostos, na tentativa de reduzir a dívida pública e manter a confiança de seus credores.

Estudos realizados na Europa demonstram que tanto a recessão econômica, quanto as políticas de austeridade afetam os indicadores de saúde, com impacto distinto entre países. Em períodos de queda da atividade econômica, as pessoas, em geral, classificam sua situação de saúde como pior, os indicadores de saúde mental deterioram e os suicídios aumentam. Em situações de aumento do desemprego, pode-se também observar crescimento de taxa de mortalidade^{1, 2, 3}.

Por outro lado, períodos de depressão econômica também registram menor exposição das pessoas a atividades prejudiciais à saúde, a exemplo da redução no consumo de bebidas alcoólicas, o que influencia na redução da mortalidade por acidentes de trânsito, das hepatop

patias e das doenças cardiovasculares^{4, 5}. Apesar de nem sempre ser registrado aumento na taxa global de mortalidade, ressalta-se que cifras médias podem mascarar o impacto em grupos populacionais mais vulneráveis⁶. Evidências demonstram, ainda, que para reduzir os efeitos negativos sobre a saúde da população, seria crucial fortalecer os programas de proteção social e os sistemas universais de saúde^{7, 8}.

A austeridade durante recessões econômicas pode ser particularmente prejudicial para as condições de saúde da população, caso sejam cortados ou restringidos os serviços dos quais as pessoas dependem cada vez mais. Conforme o desemprego sobe e a renda cai, os indivíduos dependem mais e mais da seguridade social e as suas necessidades de saúde

umentam, principalmente entre aqueles mais vulneráveis. Quando surge a necessidade de se executar cortes no orçamento público, os governos fazem escolhas sobre o que cortar e, neste momento, deveriam proteger a saúde de seus cidadãos. Entretanto, estudos demonstram que os cortes nos orçamentos da saúde em países europeus não estavam relacionados à profundidade da recessão⁹, sugerindo que a austeridade é mais uma decisão política com motivação ideológica, não um imperativo de racionalização.

A austeridade produz diferentes impactos nos sistemas de saúde. Por exemplo, o aumento dos custos diretos da assistência de saúde e dos medicamentos para os pacientes, o aumento dos impostos que financiam a saúde, além da redução das opções de serviços prestados gratuitamente¹⁰. Após a introdução das medidas de austeridade na Europa, verificou-se cresci-

mento das necessidades de saúde não atendidas neste continente¹¹, com um número crescente de pessoas que passaram a pagar pela atenção à saúde¹². Na Grécia, um dos países aos quais se impôs as medidas de austeridade mais severas, não só aumentou a população em situação de rua, como se registrou o crescimento das necessidades médicas não atendidas, da mortalidade infantil, do número de natimortos e de suicídios, bem como da desigualdade em saúde em geral^{13,14}.

Embora as evidências de medidas de austeridade da Europa sejam valiosas para a compreender o potencial impacto da recessão e das políticas de austeridade na saúde, nestes países, em geral, apresentam sistemas de saúde robustos e programas de proteção social. Todavia, em países de menor renda e com maiores desigualdades sociais, estima-se que o impacto da austeridade seja muito maior.

O contexto da austeridade no Brasil

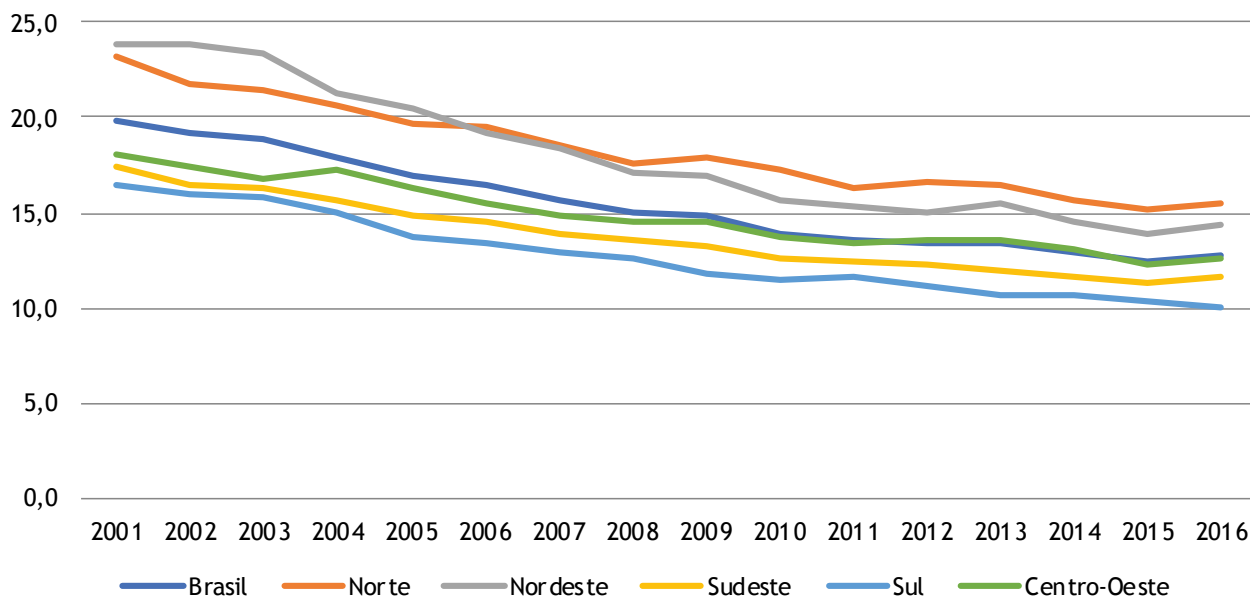
O Brasil avançou consideravelmente rumo à cobertura universal de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 1990. Fundamentado em princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, o SUS fornece uma ampla gama de serviços de saúde gratuitos a toda a população, desde vacinas a tratamentos caros de alta complexidade. Nos 30 últimos anos, o acesso à assistência ambulatorial à saúde aumentou substancialmente no Brasil¹⁵, provocando não só a redução de internações por causas sensíveis à atenção primária, como também melhorando

a mortalidade infantil (Figura 1), materna e por causas evitáveis^{16,17}, com notável impacto positivo na diminuição de desigualdades¹⁸.

Um dos pontos chave para a melhoria dos resultados em saúde no Brasil foi a expansão da atenção primária à saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre os anos 2000 a 2018 ocorreu a expansão da cobertura, de 13 milhões para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população, de forma predominante nas regiões mais pobres¹⁹. O investimento na ESF foi acompanhado pelo desenvolvimento das redes de atenção à saúde, como no caso das

FIGURA 1

Mortalidade em crianças menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos), 2000-2016



Fonte: SIM, DATASUS

emergências e da saúde mental. Em paralelo, o setor privado de saúde também cresceu no país, ocupando o espaço deixado pelas imperfeições na prestação dos serviços públicos. Em 2015, 50,3 milhões de pessoas (24,8% da população) dispunham de plano privado de saúde. Em 2018, reduziu para cerca de 47,3 milhões²⁰.

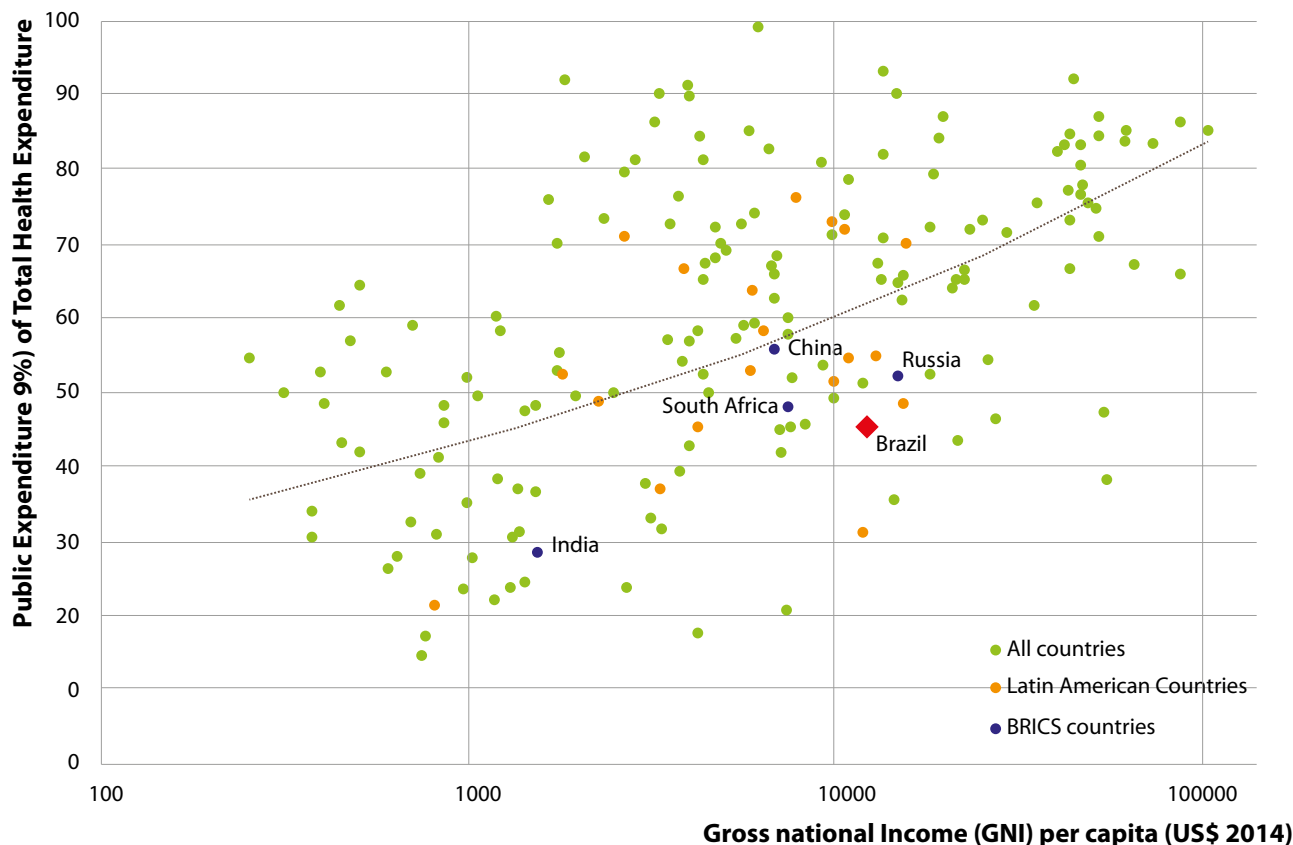
A expansão do SUS não foi acompanhada pela correspondente expansão orçamentária ²¹, tornando o Brasil um dos países com menor proporção de gastos públicos (46,0%), em comparação com a América Latina e o Caribe (nos quais a média é 51,3%); com países de renda média-alta (55,2%) e com os países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (62,2%) (Figura 2). O financiamento público restrito, particularmente do governo federal, tem sobrecarregado os governos municipais e os orçamentos familiares em função dos gastos por desembolso direto ²². As fragilidades

do sistema de saúde brasileiro resultaram em persistentes desigualdades regionais e sociais, causando redução de acesso à serviços de saúde e nos desfechos de saúde, com maior carga para as regiões mais pobres e para os grupos socioeconômicos mais desfavorecidos²³.

O quadro de subfinanciamento do SUS tende a se agravar em função das medidas de austeridade implementadas pelo governo federal. Como resposta à crise econômica que se iniciou em 2014, foi aprovada em 2016 uma Emenda Constitucional (EC 95 / PEC 55 / PEC 241) que congela o crescimento das despesas públicas, à base da inflação, para próximos 20 anos. Estima-se que a redução de recursos federais para a saúde será de R\$ 415 bilhões (R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões no período seguinte), quando comparados às captações atuais (com crescimento do PIB de 2,0% ao ano)²⁴.

FIGURA 2

Despesa pública em saúde (em% do PIB): Brasil e outros países (2014)



Fonte: World Development Indicators, 2017

Além disso, o Ministério da Saúde revisou a política nacional de atenção básica e as normas regulatórias para serviços e planos de saúde privados, favorecendo também a inserção de “planos de saúde populares”, com cobertura limitada de serviços²⁵. Assim, sem as alocações específicas para a atenção primária, e com a

restrição de fundos e a desregulamentação do setor privado, existe a possibilidade real de que os avanços obtidos nas últimas décadas sejam revertidos e que as necessidades de saúde, particularmente em populações vulneráveis, não venham a ser atendidas.

Cenários futuros

Estudos sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm examinado o potencial impacto da restrição do financiamento público em ambos. Há ampla literatura demonstrando os benefícios para a saúde resultantes da expansão de tais ações de

governo^{18, 26-29} e os riscos inerentes à limitação de tais ações.

Um estudo de microsimulação para avaliar o impacto de possíveis reduções de cobertura da ESF e do PBF demonstrou que uma redu-

ção na cobertura desses programas, devido às limitações de financiamento impostas pela EC-95, pode incurrir o prejuízo para a sociedade em quase 20 mil mortes e 124 mil hospitalizações na infância³⁰. As análises foram realizadas considerando que as reduções ocorreriam entre 2017 e 2030 sob a EC95, em comparação com um cenário no qual o nível de proteção social em função da ESF e PBF fosse mantido. Caso não ocorresse a restrição de recursos decorrente da EC-95, a cobertura da ESF e do PBF permaneceria nos níveis atuais, resultando em uma queda da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de 8,6% até o ano de 2030. Estima-se que muitas dessas mortes seriam causadas por doenças relacionadas à pobreza, incluindo doenças diarreicas e desnutrição.

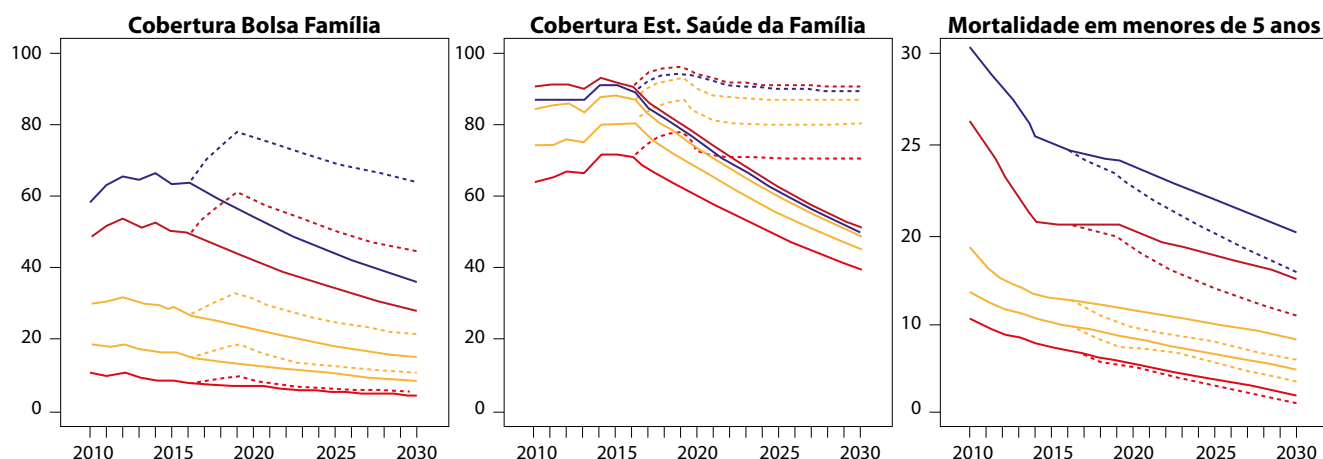
As medidas de austeridade impostas pela EC-95 também podem interromper a tendência de redução das desigualdades na mortalidade

infantil entre municípios, observada na última década. Porém, uma situação em que os níveis de proteção social da ESF e do PBF sejam mantidos, contribuiria não só para reduzir a desigualdade entre municípios, como também para uma concentração de mortalidade em crianças menores de cinco anos (em todos os municípios) 13,3% menor até 2030²⁹.

Outro estudo, ainda inédito³⁰, demonstra achados semelhantes para os desfechos de saúde em adultos, indicando que as reduções de cobertura da ESF impostas pela EC-95 poderão ser responsáveis por um aumento de 5,7% na taxa de mortalidade por doenças sensíveis à atenção ambulatorial na população com menos de 70 anos em 2030. Isso corresponderia a 27 mil mortes adicionais, afetando desproporcionalmente os municípios mais pobres e interrompendo a redução histórica das desigualdades entre brancos e negros/pardos.

FIGURA 3

Previsão da cobertura média municipal pelo Programa Bolsa Família e Estratégia Saúde da Família e mortalidade em crianças menores de cinco anos, por quintis de pobreza, 2010-2030, considerando dois cenários: austeridade (EC95; linha contínua) e manutenção da proteção social (linha descontinua)



Fonte: Rasella e cols., 2018

Recomendações

Experiências internacionais e estudos prospectivos no Brasil oferecem valiosas informações para o alerta e a tomada de decisões frente aos atuais desafios enfrentados pelo sistema de saúde diante do contexto de crise econômica e políticas de austeridade.

Embora os efeitos de longo prazo levem anos para serem percebidos, as simulações prospectivas alertam para os graves riscos que a política de austeridade apresenta para a saúde da população brasileira. É importante ressaltar que é provável que a piora nos indicadores de saúde no Brasil seja mais acentuada do que aquela registrada em países europeus, afetando especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis. Conseqüentemente, os esforços para alcançar metas dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionadas à saúde poderão ser prejudicados.

Além disso, fragilidades estruturais do SUS podem se agravar devido à austeridade de longo prazo. Estudos apresentam grandes ineficiências dentro do sistema de saúde, notadamente na área da atenção especializada e hospitalar³¹. A opinião expressa aqui é a de que os argumentos que justificam a subtração do financiamento da saúde em troca de ganhos futuros de eficiência – amplamente utilizada por aqueles que advogam a austeridade – são bastante falaciosos. Ao contrário, a combinação de subfinanciamento crônico, da crise econômica e da austeridade apresentam um cenário em que o SUS, financeiramente esgotado, se concentrará no atendimento aos pobres, enquanto os planos privados de saúde serão estendidos a uma

parcela maior da classe média, o que poderá ampliar as desigualdades em saúde³².

Por outro lado, experiências exitosas desenvolvidas no Brasil, ao longo dos 30 anos de construção do SUS, internacionalmente reconhecidas³³, podem indicar caminhos a serem trilhados para aumentar a resiliência do sistema de saúde frente aos choques provocados pelo contexto de crise, minimizando as conseqüências negativas para a saúde. Por exemplo, a combinação de programas sociais, como o Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família, mostrou-se um catalizador importante para a redução da pobreza, a melhoria das condições de saúde e a redução das desigualdades em saúde. Da mesma forma, o programa Mais Médicos apresentou excelentes resultados por meio da prestação de serviços de saúde às populações mais vulneráveis, contribuindo decisivamente para aumentar a resiliência do SUS. Portanto, esses programas deveriam ser fortalecidos em tempos difíceis de crise.

Ressalta-se, ainda, a importância do enfrentamento das fragilidades estruturais do SUS. A necessidade de aprimorar a governança do sistema, com definição de papéis e das atribuições dos entes governamentais, principalmente dos governos estaduais; de reduzir a fragmentação da atenção à saúde, em especial a histórica sobreposição entre os setores público e privado; bem como de aprimorar a capacidade de avaliação do acesso, de melhorar a eficiência dos serviços e de reduzir o uso inadequado de tecnologias em saúde. Além disso, é necessário preservar serviços reconhecidos como gerado-

res de ganhos em saúde. Para tanto, o aumento do investimento de fontes públicas é essencial, lembrando que, em 2013, os países membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) concordaram em aumentar o financiamento público para a saúde para 6% do PIB³⁴.

Por fim, a superação da atual crise pode também abrir janelas de oportunidade para reformas no sistema de saúde, como quando o país aproveitou a redemocratização, no final da década de 1980, para definir os princípios do SUS. No entanto, atualmente torna-se essencial abrir um amplo diálogo com a sociedade brasileira sobre o financiamento do SUS, com urgente

prioridade fiscal para viabilizar o aumento do gasto público em saúde. Uma redução ainda maior dos recursos como a que já é causada pela EC 95, além de ter um impacto negativo sobre as condições de saúde da população, será um golpe fatal para o SUS, que acabará por se ver reduzido em seu escopo, contrariando os princípios constitucionais. Como disse Jairnilson Paim: “*Vamos ter algo que tem bigode de SUS, tem cabelo de SUS, nariz de SUS, mas não é SUS, é um simulacro*”³⁵.

Julio Suárez e Alejandra Carrillo foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet* 1996; 348(9032): 909-12.
2. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ : British Medical Journal* 1994; 308(6937): 1135-9.
3. Margerison-Zilko C, Goldman-Mellor S, Falconi A, Downing J. Health impacts of the great recession: a critical review. *Current epidemiology reports* 2016; 3(1): 81-91.
4. Williams C, Gilbert BJ, Zeltner T, Watkins J, Atun R, Maruthappu M. Effects of economic crises on population health outcomes in Latin America, 1981–2010: an ecological study. *BMJ open* 2016; 6(1): e007546.
5. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012; 74(5): 647-53.
6. Bacigalupe A, Escolar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far?. *International journal for equity in health* 2014 Dec;13(1):52.
7. Toffolutti V, Suhrcke M. Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis. *Prev Med* 2014; 64: 54-62.
8. Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet* 2016; 388(10045): 684-95.
9. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy* 2014; 115(1): 1-8.
10. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde; 2014.
11. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health* 2015; 25(3): 364-5.
12. Palladino R, Lee JT, Hone T, Filippidis FT, Millett C. The Great Recession And Increased Cost Sharing In European Health Systems. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35: 1204-13.
13. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383(9918): 748-53.

14. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health* 2016; 15(1): 83.
15. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, et al. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001692.
16. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12): 2149-60.
17. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(1): 149-58.
18. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017; 14(5): e1002306.
19. Brasil. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília, Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em: 23 de outubro de 2018.
20. Brasil. Histórico de Cobertura da Beneficiários de Planos Privados de Assistência Médica. Rio de Janeiro: Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acessado em: 23 de outubro de 2018.
21. Santos NRD. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23:1729-1736.
22. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. *World Bank Publications*; 2013.
23. Albuquerque MVd, Viana ALdÁ, Lima LDd, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Ciênc saúde colet* 2017; 22(4): 1055-64.
24. Vieira FS, de Sá RP. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 2016; 10(3): 28.
25. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, Travassos C. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(12).
26. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLOS ONE* 2017; 12(8): e0182336.
27. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet* 2013; 382(9886): 57-64.
28. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 13-9.
29. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570.
30. Rasella D, Hone T, Basu S, Souza L, Tasca R, Millett C. (no prelo). The impact of austerity measures on primary health care coverage and mortality in Brazil: a national microsimulation modelling study.
31. Banco Mundial. A Fair Adjustment: Efficiency and Equity of Public Spending in Brazil. Volume I: Overview. Washington (DC): World Bank Group; 2017.
32. Massuda A, Hone T, Leles FA, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health* 2018 Jul 1;3(4):e000829.
33. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
34. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2009 (Documento CD53/R14). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27598&Itemid=270&lang=pt.
35. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Seminário CONASS: Debate – O futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, abril de 2018.

Desafios da mortalidade infantil e na infância

Maria de Lourdes Magalhães¹, Juan Cortez-Escalante²,
Lucimar Rodrigues Coser Cannon²,
Tatiana Selbmann Coimbra², Haydee Padilla²

¹ Consultora Independente

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Introdução

O Brasil registrou nas últimas três décadas consideráveis progressos na redução da mortalidade infantil (menores de um ano) e na infância (menores de cinco anos), com resultados incontestáveis. Essas conquistas da saúde pública são atribuídas, em grande medida, à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as decorrentes políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção da saúde, de assistência e de cuidados básicos, com a criação da Estratégia Saúde da Família.

As razões por trás dessas conquistas estão relacionadas, também, ao crescimento econômico; à redução das disparidades de renda; à urbanização; à melhoria da educação das mulheres; à diminuição das taxas de fertilidade; aos programas de transferência de renda, a exemplo do Programa Bolsa Família, bem como às melhorias no saneamento básico e o tratamento da água^{1, 2,3}.

No entanto, tais avanços estão atualmente sob ameaça, considerando a persistência da crise financeira que o país está experimentando desde 2015, e os efeitos das medidas de austeridade fiscal. Um dos sinais de alerta é o registro de aumento na taxa de mortalidade infantil e da infância em 2016, segundo dados do próprio Ministério da Saúde⁴.

Além disso, outros desafios permanecem, a exemplo da prematuridade, do baixo peso ao nascer, das infecções perinatais e neonatais, das malformações congênitas e das altas taxas de cesarianas. Novos desafios surgiram relacionados com doenças transmitidas por veto-

res, como dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela, que constituem sérios problemas para a saúde pública.

Este capítulo tem como objetivo descrever a redução da mortalidade infantil e na infância, nos últimos 30 anos, além de refletir sobre as principais iniciativas como pactos, políticas e programas no âmbito do SUS. Por fim, visa identificar lacunas, ameaças e emitir recomendações, a partir das lições aprendidas, contribuindo para a efetividade e sustentabilidade das políticas públicas, frente aos desafios da Agenda 2030.

Assim, o conteúdo aqui exposto resulta da análise de dados secundários, produzidos a partir de informações sobre estatísticas vitais, disponíveis nos sistemas de informações de saúde, no censo populacional, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, bem como em artigos publicados sobre mortalidade infantil e na infância em âmbito nacional, relatórios oficiais do governo, e atos normativos e administrativos (leis, decretos e portarias).

Compromisso social com a saúde materno-infantil

Os programas de Saúde da Criança sempre estiveram na agenda de prioridades dos governos, desde a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Muitos desses foram pioneiros, como por exemplo, o Programa de Vacinação, uma das mais relevantes intervenções de saúde pública para prevenir doenças e salvar vidas. Esse programa se tornou contínuo desde então, obtendo êxitos na erradicação de várias doenças⁵, como varíola, poliomielite, tétano, difteria, sarampo, hepatite b, rubéola, entre outras.

Considerado um dos mais importantes marcos da saúde pública, a Declaração de Alma Ata (1978), que completou 40 anos em 2018, ratificou a importância de cuidados básicos à saúde materno-infantil, os quais foram contemplados, em parte, na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989.

O movimento sanitário brasileiro, na década de 80, protagonizou um novo capítulo da saúde pública no país, atuando em defesa da universalização da saúde pública e dos direitos da criança, apoiado por organizações internacionais, órgãos e entidades da sociedade civil, instituições de ensino e pesquisas entre outros, em processo concomitante com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, a partir de 1984, o Ministério da Saúde implementou um conjunto de ações voltadas para a saúde da criança e da mulher (Quadro 1), como as estratégias de promoção ao aleitamento materno, de controle de infecção respiratórias, de doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além de ações para a qualificação do parto e

nascimento, incluindo alojamento conjunto e parto domiciliar por parteiras tradicionais⁵.

Com o advento da Constituição Federal, de 1988, a criança passa a ser reconhecida como “*pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, com direitos à proteção integral e absoluta prioridade nas políticas públicas*”. Esses direitos foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, destacado no Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, como princípios e diretrizes de atribuição da área de saúde^{6,7}.

A criação do SUS, em 1988, e a promulgação de suas Leis Orgânicas (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) promoveram uma profunda transformação na saúde da população brasileira, dadas suas características de ser um sistema de saúde ambicioso, ancorado nos princípios organizativos da universalização do acesso, da equidade e da integralidade, além da participação da sociedade. Assim, o sistema de saúde brasileiro que atendia apenas uma parcela da população, passou a cobrir 170 milhões de

brasileiros, total da população do país naquela ocasião⁸.

Ao longo das três décadas de implementação do SUS, sob gestão compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), importantes medidas legislativas e administrativas ocorreram, essenciais para a efetivação de políticas públicas de saúde no campo materno e infantil, além de ancoradas na garantia de direitos.

A entrada em cena dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no ano de 1992, e da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994, a reorganização da atenção à saúde, bem como a ampliação de programas de alcance nacional, foram iniciativas essenciais para salvar vidas e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança (Quadro 1).

Em 1995, o Ministério da Saúde assumiu a liderança de um movimento nacional com o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), que tinha o objetivo de intensificar esforços em favor da infância, ao reunir variados programas e instituições, oferecendo um conjunto de ações de saneamento básico, imunização, promoção

ao aleitamento materno, e do pré-natal, combate às doenças infecciosas e à desnutrição⁹.

A partir de 1994 a transferência regular e automática de recursos financeiros aos municípios passou a ocorrer com maior celeridade, alcançando inicialmente os municípios com maior prevalência de mortalidade infantil. Nos anos seguintes, o papel dos ACS foi decisivo para redução da mortalidade, com a ampliação das visitas domiciliares.

Apesar dos esforços, o Brasil ingressou no século XXI, ainda com elevada taxa de mortalidade infantil e elevada razão de mortalidade materna. As causas foram atribuídas a uma série de fatores, tanto biológicos quanto socioeconômicos e assistenciais^{9,10}. Várias iniciativas foram adotadas para o enfrentamento de afecções perinatais, malformações congênitas e afecções de origem genética que se constituíam, na ocasião, como principais causas de óbito infantil. No decorrer do período, a redução da mortalidade infantil foi observada no componente pós-neonatal (de 28 a 364 dias) mas a mortalidade neonatal (zero a 27 dias de vida) permaneceu um desafio^{9,11} (Quadro 1).

QUADRO 1

Políticas, pactos, programas e estratégias para a saúde da criança e da mulher (1970-2015)

1970/73	1977	1981	1982/84	1984/86
<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Imunizações, formalizado em 1975 (Lei nº 6.259/75). 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Calendário para menores de 1 ano. 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAN). 	<ul style="list-style-type: none"> Alojamento conjunto obrigatório (Mãe e Criança), Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Assistência à Saúde da Criança (PAISC) e o Cartão de Saúde da Criança.
1992	1994	1995	1997	2000
<ul style="list-style-type: none"> Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Saúde da Família (PSF). 	<ul style="list-style-type: none"> Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI). 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru.
2004	2004	2006	2006	2009
<ul style="list-style-type: none"> Agenda de Compromissos: Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Pactos pela Saúde: Política Nacional de Promoção da Saúde (Pacto pela Vida). 	<ul style="list-style-type: none"> Política Nacional da Atenção Básica, atualizada em (2011) e em 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal, na Região Nordeste e Amazônia Legal.
2010	2011	2012/13	2014	2015
<ul style="list-style-type: none"> Rede de Atenção à Saúde (PT 4.279). 	<ul style="list-style-type: none"> Regulamentação do SUS (Dec. 7.508). Rede Materno Infantil, Rede Cegonha (PT 1.459); Rede de Urgência e Emergência (PT 1.600 e 2.395). 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (PT 1.920). Define diretrizes para habilitação de leitos neonatais (PT 930). 	<ul style="list-style-type: none"> Redefine os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (PT 1.153). Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PT 483). 	<ul style="list-style-type: none"> Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (PT 1.130). Regulamenta a comercialização de alimentos para lactantes e crianças (Dec. 8.552).

Em 2006, ocorreu a formalização de *Pactos pela Saúde*, que estabeleceram as diretrizes operacionais nos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Eles constituem pactos federativos que vieram a fortalecer a gestão compartilhada, solidária e colaborativa no SUS, abrangendo e comprometendo a União, os estados e os municípios¹². Os avanços alcançados contribuíram para a construção de um novo modelo de finan-

ciamento e controle social. Neste mesmo ano de 2006, duas importantes políticas públicas – a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram publicadas, fortalecendo as estratégias para a redução da mortalidade infantil.

Considerando o compromisso do Pacto pela Vida de reduzir a mortalidade infantil em 5% ao

ano, com ênfase no componente neonatal, foi firmado um acordo com os estados da região Nordeste e da Amazônia Legal (2009 e 2010), para acelerar a redução das desigualdades regionais no país e favorecer o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Parcerias foram estabelecidas com outras instituições governamentais para erradicar o índice de sub registro civil de nascimento; ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos; e ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural para a agricultura familiar^{9,10,12}.

No ano seguinte, em 2011, as estratégias do Pacto foram incorporadas à chamada *Rede Cegonha*, tendo como objetivos fomentar a implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal¹³.

Ainda em 2011, houve a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou o SUS e permitiu o aprimoramento de serviços, avançando na reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e das redes temáticas¹⁴, tais como a Rede Materno Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, e a Rede de Atenção Psicossocial, reforçando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado.

Após 25 anos do estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi instituída depois de amplo debate e aprovação pelas instâncias deliberativas e consultivas do SUS¹⁵. No ano seguinte, o Congresso Nacional aprovou o Marco Legal da Primeira Infância, através de lei específica em 2016, com o objetivo de atualizar os dispositivos do ECA e ampliar as políticas de promoção, proteção e defesa do direito ao desenvolvimento integral da primeira infância¹⁶.

Assim, os investimentos em políticas, programas e na organização dos serviços foram determinantes para salvar milhares de vidas, nas duas últimas décadas. O Brasil reduziu mais da metade de óbitos de crianças menores de cinco anos^a, por causas evitáveis, passando de 70.572 óbitos em 1996 para 29.126 óbitos em 2016, uma redução de 59% no período. No mesmo período, a taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis caiu de 30,5 para 11,7 óbitos por 1000 NV, uma redução de 65%, observando-se maior queda nas doenças do trato respiratório do período neonatal (82,0%). Ocorreu também queda no grupo de causas como a pneumonia (80,4%), doenças bacterianas (81,6%), doenças infecciosas intestinais (92,1%), entre outras, que mostraram quedas menos acentuadas. Por outro lado, vêm aumentando as causas relacionadas à gestação, ao parto, aos agravos ao feto e recém-nascidos, especialmente no que refere às afecções maternas, que mostraram incremento de 224,1%. No mesmo período, a sífilis

a Nascem em torno de 3 milhões de crianças ao ano no País, conforme os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2016)¹⁷. A população residente de crianças de 0 a 4 anos é de mais de 11 milhões, o que representa 38% da população de crianças de 0 a 9 anos, (IBGE, 2010)¹⁸.

congênita apresentou um aumento de 48,0%. No entanto, houve redução de causas externas, especialmente dos acidentes de transporte (55,0%) e afogamentos (45,2%), no mesmo período. A redução mais significativa foi obser-

vada nas causas mal definidas, que passaram de 12.986 óbitos, em 1996, para 1.659 em 2016¹⁹, o que pode estar relacionado com a melhoria da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Quadro 2).

QUADRO 2

Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Brasil, 1996 a 2016

Principais causas com maior redução	Principais causas com queda menos acentuadas	Principais causas que apresentaram aumento no período
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtorno respiratórios específicos período neonatal. ▪ Síndrome da angústia respiratória recém-nascido. ▪ Pneumonia. ▪ Doenças infecciosas intestinais. ▪ Desnutrição e outras deficiências nutricionais. ▪ Meningite (exceto por <i>Haemophilus</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos da gestação, curta duração e peso baixo ao nascer. ▪ Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer. ▪ Síndrome aspiração neonatal exceto leite alimento regurgitado. ▪ Infecção período neonatal exc SRC e hepatite viral congênita. ▪ Afecções originados no período perinatal não específico. ▪ Acidentes de transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas. ▪ Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas. ▪ Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas durante a gravidez. ▪ Sífilis congênita.

Fonte: SIM – CGIAE/SVS/MS

No período de 2009 a 2016, houve um aumento significativo na proporção de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, infantis e fetais investigados^b. O aumento de casos de óbitos infantis e fetais investigados foi decorrência de um conjunto de medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 2008, entre as quais se destaca a descentralização das ações de vigilância de óbitos para os estados e municípios, sob a coordenação das Secretarias de Saúde, com atuação integrada e articulada da vigilância em saúde e da assistência nas três instâncias de gestão do SUS²⁰. Assim, dados

preliminares de 2017 apresentam percentual de investigação acima de 75% no campo infantil e 85% no materno^{21, 22}.

A vigilância de óbitos é, portanto, uma estratégia importante para o fortalecimento da gestão e favorece acesso mais próximo à realidade em dados captados pelo SIM. Isso permite aos gestores do SUS conhecer o real risco de morte nos primeiros anos de vida, além de monitorar e avaliar o impacto das políticas públicas vigentes, favorecendo assim a tomada de decisões oportunas para mortes evitáveis.

b A investigação é a etapa que propicia a identificação de óbitos não declarados e/ou não registrados, a correção dos dados pessoais e socioeconômicos do(a) falecido(a) e da causa básica dos óbitos registrados, classificação de casos, determinantes e fatores de risco e as condições que originaram a morte ²⁰.

Mortalidade infantil e na infância: tendências

Estão em foco aqui as tendências relativas à taxa de mortalidade infantil (TMI) e à mortalidade neonatal (TMI-Neo), com seus componentes neonatal (tardio e precoce), bem como da mortalidade na infância (TMIN), nas décadas seguintes à implementação do SUS, no período de 1990 – 2016^c.

Mortalidade Infantil (menores de um ano)

A TMI^d representa um indicador sensível, amplamente utilizado para medir o estado de saúde, as condições de vida de uma população e a eficácia dos serviços de saúde². Ele permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção de fatores de risco de morte, por meio de políticas públicas voltadas à saúde das crianças.

A TMI passou de 47,1 para 14,0 óbitos por mil nascidos vivos (NV), entre 1990 e 2016, configurando uma redução de 70,0% no período (Figura 1). A média de redução nacional foi de 6% ao ano na década de 1990, diminuindo para 4,5% na década de 2000, e para 3,4% entre 2011 e 2015. Em 2016 houve aumento de 4,8%, comparado com o ano anterior (Quadro 3).

Até 2015, a tendência observada foi consistente em todas as regiões do país, embora tenha ocorrido desaceleração em anos mais recentes. A Região Nordeste teve a maior queda no período, passando de 75,8 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 15,2 em 2015. Isso mostra um avanço importante em todo o SUS, embora o desafio permaneça, pois ainda é possível reduzir as mortes consideradas evitáveis para alcançar taxas similares às dos países desenvolvidos (4/1.000 NV), ou mesmo às de outros países em desenvolvimento da Região, como Chile (11), Argentina (7), Uruguai (14)¹.

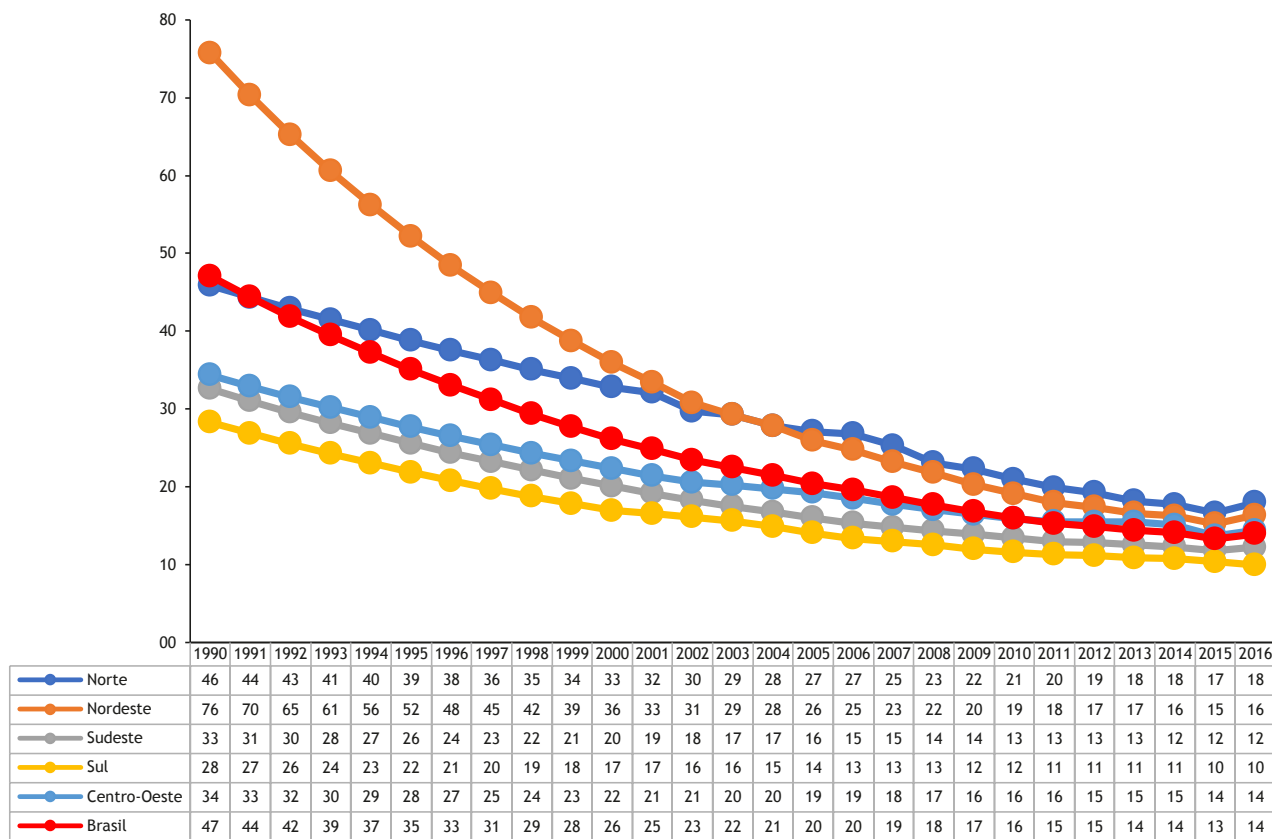
No entanto, observou-se, em 2016, um aumento da TMI nas diversas regiões brasileiras, com exceção da Região Sul, que apresentou um valor inferior a 10 óbitos por 1.000 NV.

c As fontes de dados coletadas para a formulação dos indicadores são obtidas através do: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente em 1990, e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado desde 1979²³, sob constante aperfeiçoamento da base de dados e qualificação das informações. A TMI utilizada, representa uma combinação de dados diretos de 8 Estados (Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal) com informações consideradas adequadas (cobertura 100%) e de dados indiretos de 19 Estados com informações consideradas inadequadas²³.

d A TMI inclui três períodos: o neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). A TMI Neonatal compreende os períodos neonatal precoce e o tardio²⁴. Esses indicadores são formulados de acordo com a metodologia da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), criada em 1996.

FIGURA 1.

Taxa de mortalidade infantil. Brasil e regiões, 1990 a 2016



Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias)

A TMI-Neo passou de 23,1 óbitos, por 1.000 NV, em 1990 para 9,6 em 2016 (Figura 2). No período, a redução média nacional foi de 58,3%. Até 2015, houve uma variação de queda consistente em todas as regiões do país. Em 2016, observou-se um aumento em todas as regiões, com exceção da Região Sul. Entre 2000 e 2015, a Região

Nordeste e a Amazônia Legal apresentaram uma consistente queda de 5% ao ano (Quadro 3), atingindo assim a meta estabelecida pelo governo federal para as mesmas em 2009, contribuindo para o alcance da meta de redução da mortalidade dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Mortalidade na infância (menores de 5 anos)

No Brasil, a TMIN passou de 53,7 óbitos por 1.000 NV em 1990 para 16,4 óbitos em 2016, uma redução de 69,6% no período (Quadro 3). A taxa de redução nacional acompanhou o mesmo ritmo de queda da mortalidade infantil, com a

redução média de 6% ao ano, na década de 90, comparando com a média de 4,8% de queda na década de 2000. Entre 2011 e 2015, a TMIN diminuiu em média de 3,2% ao ano. Em 2016, apresentou um aumento de 3,1% comparado

QUADRO 3

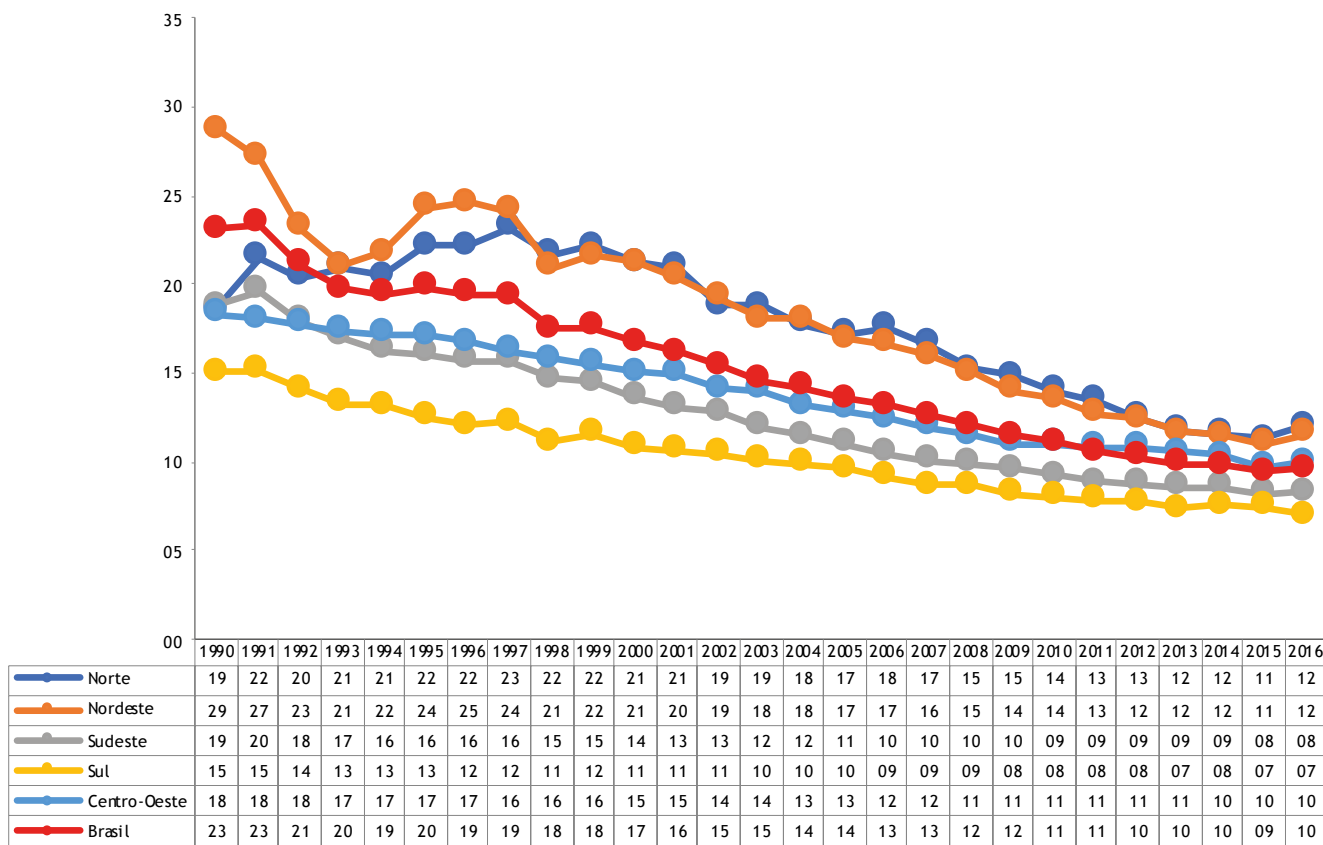
Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes; e na infância, menores de 5 anos (1990-2016)

UF/Região	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce		Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia		Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal		Taxa de Mortalidade Infantil		Taxa de Mortalidade de 1 a 4 anos		Taxa de Mortalidade, menores de 5 anos	
	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016
Norte	14,1	9,5	4,5	2,5	27,2	6,0	45,9	18,0	7,0	3,7	52,9	21,7
Rondônia	16,0	7,8	5,0	2,3	21,7	4,6	42,6	14,6	6,5	2,5	49,2	17,2
Acre	19,7	5,8	4,6	2,7	32,2	7,1	56,5	15,6	8,7	3,9	65,1	19,5
Amazonas	9,8	9,3	4,5	2,3	30,2	7,0	44,5	18,6	6,8	3,8	51,3	22,4
Roraima	10,8	10,0	6,5	2,1	22,3	8,2	39,6	20,4	6,1	5,4	45,7	25,8
Pará	15,3	10,2	3,9	2,7	27,0	5,4	46,2	18,3	7,1	3,7	53,3	22,0
Amapá	16,6	11,3	5,7	3,8	15,8	7,6	38,1	22,8	5,8	4,0	43,9	26,8
Tocantins	10,5	9,3	5,5	1,9	28,9	4,3	44,9	15,5	6,9	3,5	51,8	19,1
Nordeste	19,5	9,0	9,3	2,6	47,0	4,8	75,8	16,4	11,5	2,7	87,3	19,0
Maranhão	28,7	8,9	6,4	2,3	41,4	5,1	76,6	16,3	11,7	2,8	88,2	19,1
Piauí	25,3	10,8	5,1	3,4	34,6	5,3	65,0	19,5	9,9	2,9	74,9	22,3
Ceará	17,3	7,5	8,2	2,4	54,0	4,4	79,5	14,3	12,1	2,5	91,6	16,8
Rio Grande do Norte	22,5	7,9	6,9	2,4	46,3	4,9	75,7	15,2	11,5	2,8	87,2	18,0
Paraíba	14,2	7,9	8,9	2,4	58,8	5,0	81,9	15,2	12,5	2,7	94,4	17,9
Pernambuco	19,0	8,3	11,9	2,7	46,1	4,7	77,0	15,7	11,7	2,6	88,7	18,3
Alagoas	17,3	8,0	12,6	2,4	72,2	4,9	102,2	15,3	15,6	2,9	117,8	18,2
Sergipe	20,5	8,9	7,0	3,5	38,0	4,9	65,5	17,3	10,0	2,6	75,5	19,9
Bahia	21,5	10,7	7,2	2,7	37,3	4,6	66,0	18,0	10,1	2,6	76,1	20,5
Sudeste	15,1	6,1	3,7	2,2	13,8	3,9	32,6	12,2	4,0	2,0	36,6	14,2
Minas Gerais	17,0	7,3	4,3	2,2	17,6	4,2	39,0	13,8	4,8	2,4	43,7	16,1
Espírito Santo	12,7	5,8	3,6	2,2	16,9	3,7	33,2	11,7	4,1	2,5	37,3	14,2
Rio de Janeiro	14,2	6,6	3,5	2,2	14,7	4,9	32,3	13,6	4,0	2,1	36,3	15,8
São Paulo	15,2	5,5	3,6	2,2	12,0	3,4	30,8	11,1	3,8	1,7	34,6	12,8
Sul	11,7	5,1	3,4	1,9	13,2	3,0	28,3	10,0	6,9	1,7	35,2	11,7
Paraná	14,9	5,4	3,9	2,0	16,3	3,2	35,1	10,5	8,6	1,9	43,7	12,4
Santa Catarina	12,9	4,8	3,6	1,5	17,0	2,4	33,6	8,8	8,2	1,6	41,8	10,3
Rio Grande do Sul	11,0	4,9	3,7	2,1	11,6	3,1	26,2	10,2	6,4	1,6	32,7	11,8
Centro-Oeste	14,5	7,7	3,9	2,4	16,0	4,4	34,3	14,4	6,7	2,7	41,0	17,1
Mato Grosso do Sul	13,4	6,3	3,7	2,0	15,3	4,7	32,3	12,9	6,3	3,0	38,6	15,9
Mato Grosso	12,2	8,9	3,6	2,5	21,7	5,6	37,5	17,1	7,3	4,1	44,8	21,2
Goiás	14,9	8,3	4,6	2,7	15,6	4,3	35,1	15,4	6,8	2,3	41,9	17,8
Distrito Federal	14,5	6,0	2,7	1,8	11,7	2,5	28,9	10,3	5,6	1,5	34,5	11,9
Brasil	17,7	7,3	5,4	2,3	24,0	4,3	47,1	14,0	6,6	2,4	53,7	16,4

Fonte: MS/SVS/CGIAE – SIM/SNASC

FIGURA 2

Taxa de mortalidade neonatal. Brasil e regiões, 1990 a 2016



com o ano anterior. Entre as regiões, o Nordeste foi a que alcançou a maior redução, com a TMIN passando de 29,3 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 12,0 em 2016, atingindo 59% de redução no período. Essa redução anual foi de 7% na década

de 90, de 6% na década de 2000, e 4% entre 2011 e 2015. No entanto, em 2016 aumentou 5,6%, quando comparada com a do ano anterior (Figura 3).

Políticas e estratégias de impacto para a redução da mortalidade infantil

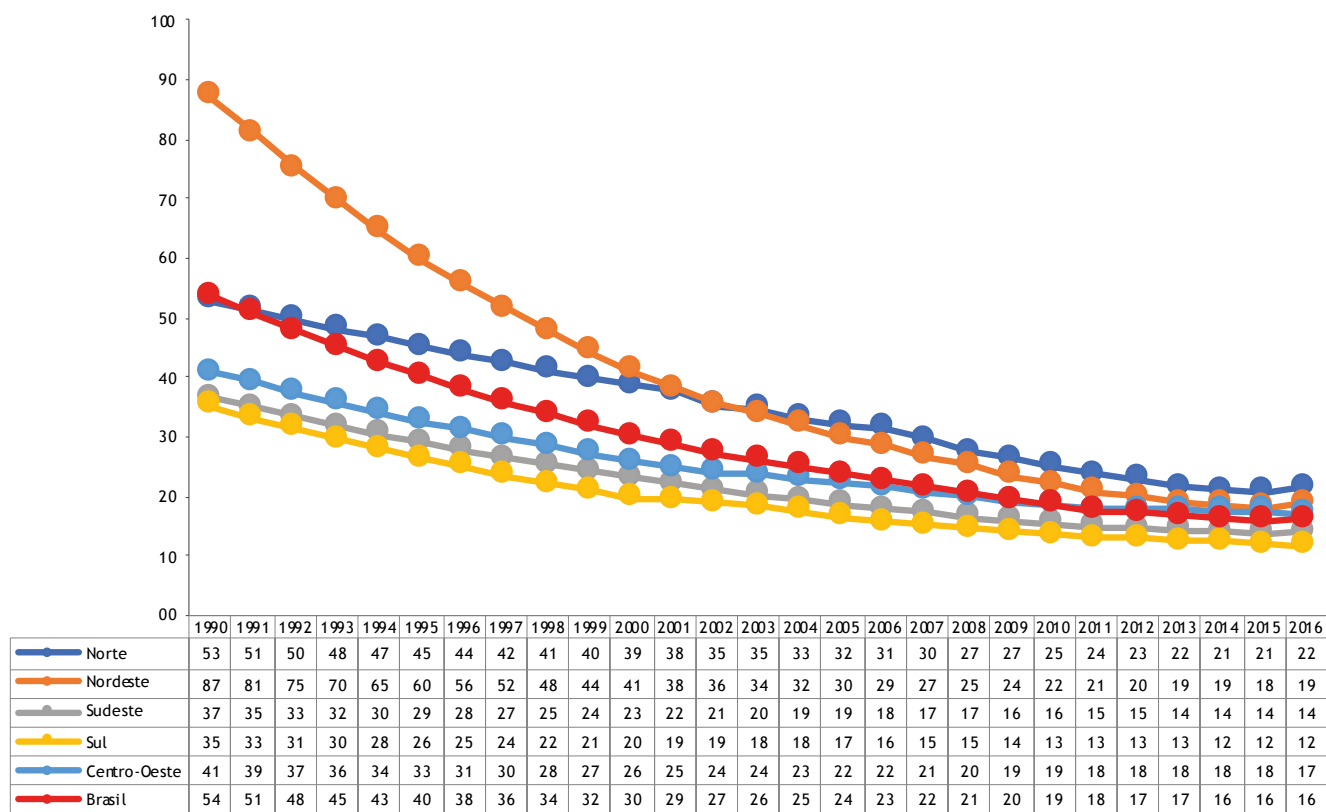
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Evidências mostraram que em 30 países de alta renda (2000-2009), os sistemas de saúde com investimentos robustos na atenção primária

à saúde têm maior capacidade de apresentar melhores resultados na saúde da população, com redução de hospitalizações desnecessárias

FIGURA 3

Taxa de mortalidade na infância. Brasil e regiões, 1990 a 2016



rias, além de menores desigualdades em saúde²⁵. Assim, a Atenção Básica, denominação da Atenção Primária em Saúde no Brasil, merece um capítulo à parte frente às muitas conquistas do SUS. O Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) estabeleceram alguns dos pilares de sustentação SUS²⁶.

A PNAB, lançada em 2006, revisada e atualizada em 2011 e 2017, incorpora inovações variadas e necessárias à qualificação da atenção básica como ordenadora das redes de atenção. Assim, este nível de atenção aproxima os serviços de saúde com a comunidade, facilitando o atendimento de suas demandas. Objetiva, também,

aprimorar conhecimentos e práticas de cuidado, no âmbito individual e coletivo, de forma a assegurar uma atenção abrangente, acolhedora e resolutiva²⁶.

No Brasil, a atenção básica está presente em todo território nacional, alcançando mais de 130 milhões de cidadãos. Sua cobertura tem alcançando patamares de 91 a 98% em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, maiores que a média nacional nos últimos 10 anos, que apresentou variações entre 64,8% em 2008 e 75,4% em 2017, conforme se demonstra no box a seguir (dados do DAB/SAS/Ministério da Saúde, referentes a 2018).

Rede da Atenção Básica – julho, 2018

5. 468 municípios

42.555 – equipes de Saúde da Família (eSF), implantadas

42, 8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas no país.

63.768 médicos em atuação nas UBS

263.109 – Agente Comunitário de Saúde (ACS), implantados.

26.496 – equipes Saúde Bucal (eSB).

5.330 equipes de Núcleos Ampliado de Saúde da Família (AB-NASF).

114 ESF para população ribeirinhas e 10 em UBS fluviais.

Estratégia de Saúde da Família

As equipes de Saúde da Família (eSF) foram criadas para a reorganização da Atenção Básica do SUS. A eSF é composta de no mínimo: um médico (especialidade medicina de família e comunidade), um enfermeiro (especialista em saúde da família); auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o ACS, com outras especialidades, se necessário, também compondo tal equipe²⁵.

A atual PNAB redefiniu a população adscrita a cada equipe de Atenção Básica ou de Saúde da Família para 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos locais, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, assegurando a qualidade do cuidado²⁶. Tal redefinição visou garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade das equipes.

Observa-se redução de 4,6% na mortalidade infantil para cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), um impacto mais significativo do que o de outras intervenções, tais como a ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%)²⁴. Assim, as evidências são positivamente

indiscutíveis em relação à importância da expansão da ESF, pois ela amplia a cobertura e o acesso aos serviços de saúde para a população, especialmente para as famílias que mais necessitam. As contribuições associadas da ESF e do Programa Bolsa Família (PBF) foram significativas para a redução da mortalidade infantil e do número de hospitalizações desnecessárias. Portanto, a ESF como porta de entrada para o SUS resultou em ampliação da oferta das ações de cuidados básicos à saúde da criança, do acesso à vacinação, do apoio ao aleitamento materno e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Ao longo do processo de implementação do SUS, foram incorporadas várias iniciativas para a qualificação da APS na população infantil, tais como a *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)*, a qual associada a um conjunto de ações desenvolvidas pelos estados e municípios, também contribuiu para a redução da mortalidade infantil. Tal estratégia apresentou uma adequada relação custo/benefício para diminuir a carga de doenças e para melhorar as condições de saúde da

criança. Por isso, passou também a se integrar ao *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena* (SasiSUS), a partir de 2015, contribuindo de forma mais efetiva para a redução da mortalidade de crianças indígenas, que no decorrer da década 2000, apresentava um coeficiente duas vezes maior que das demais crianças brasileiras.

Da mesma forma, a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB) foi estabelecida para qualificar as ações de promoção do aleitamen-

to materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, tendo como principal objetivo a formação de profissionais da atenção básica²⁷.

Assim, entre 1996 a 2016, houve queda acentuada da taxa de mortalidade por causas evitáveis, como consequência das ações de imunização, da atenção adequada à mulher, do cuidado do recém-nascido, além de ações de promoção à saúde vinculadas à atenção básica.

Política Nacional de Aleitamento Materno

O aleitamento materno é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Desde a década de 80, entre todas as estratégias adotadas para a redução da mortalidade infantil, a amamentação foi a que reuniu o maior número de evidências para salvar vidas e para o desenvolvimento saudável da criança. São várias as evidências disponíveis de benefícios positivos do aleitamento materno na prevenção da diarreia, de infecções respiratórias e de otite média, e de doenças infecciosas. A amamentação diminui a mortalidade por causas tais como a enterocolite necrotizante, a síndrome da morte súbita na infância, entre outras, conferindo ainda proteção contra infecções infantis, má oclusão, excesso de peso e diabetes, influenciando até mesmo no aumento na inteligência²⁸.

O incentivo ao aleitamento materno vem se mantendo ao longo dos anos na agenda de prioridades da gestão nacional do SUS, mediante um conjunto de estratégias, iniciativas, fomento às pesquisas, campanhas de mobilização e boas práticas. Em 2012, a 56ª Assembleia Mundial da

Saúde estabeleceu a meta de aumentar pelo menos em 50% a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida até 2025²⁸.

Entre as medidas sintonizadas estão o Banco de Leite Humano (BLH) e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), aplicadas aos serviços especializados na promoção e no apoio ao aleitamento materno na primeira hora, além de realizarem intervenções oportunas para a atenção ao recém-nascido, de baixo peso ao nascer, grave ou potencialmente grave.

Assim no período de 1999 a 2008, houve melhoria importante nos indicadores de aleitamento materno no País. Dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (2008) revelaram o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de quatro meses nas capitais brasileiras, de 35,5%, em 1999, para 51,2% em 2008. Ademais, esses dados mostraram que 67,7% do total de 34.366 crianças estudadas mamaram na primeira hora de vida, com variações de 58,0% a 83,5% nas capitais²⁹.

Bancos de Leite Humano

Desde a década de 80, os Bancos de Leite Humano (BLH) vêm sendo implementados em todo o território nacional, em estabelecimentos hospitalares e maternidades. O BLH agrega tecnologias de baixo custo e de grande impacto para a sobrevivência dos bebês prematuros e de baixo peso internados nas unidades neonatais do Brasil, que não conseguem sugar o peito de suas próprias mães. Diminuiu, também, a desnutrição e a mortalidade infantil, eventos associados aos efeitos do desmame precoce^{30,31}. Em 2017, os BLH realizaram 393.625 atendimentos em grupo; 1.876.724 atendimentos individuais e 279.105 visitas domiciliares. Os Postos de Coleta atenderam 182.289 doadoras e 197.590 receptoras de leite humano em todo o País³².

Em 2016, dos 220 BLH ativos no Brasil, 91% ingressaram no processo de certificação, dos quais 93% alcançaram o padrão Ouro. Em 2018, 220 BLH e 199 Postos de Coleta continuavam em funcionamento e 29 deles se constituíram como Centros de Referências de BLH. Os BLH de Brasília (Distrito Federal) e de Ribeirão Preto (São Paulo) foram certificados como autossuficientes³².

Em nível global, 25 redes de BLH estão presentes em 23 países da América Latina, Caribe Hispânico, Península Ibérica e países da África de língua portuguesa, realizando ações que qualificam a atenção neonatal em termos de segurança alimentar e nutricional^{32,33}.

QUADRO 4

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Passo 1	Instituir uma política de aleitamento materno escrita disseminada para toda a equipe de cuidados de saúde.
Passo 2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
Passo 3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno
Passo 4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora, após o nascimento (contato pele a pele e medidas para fortalecer o vínculo).
Passo 5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
Passo 6	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista.
Passo 7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos (24 horas por dia).
Passo 8	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
Passo 9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes.
Passo 10	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mulheres mães aos grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração de grupos ou serviços.

Fonte: UNICEF. Situação Mundial da Infância. 2008. Disponível em: < http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf > Acesso em 16 fev 2018.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC

Em 1992, o Brasil aderiu à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o credenciamento do primeiro hospital público; dois anos depois também de hospitais privados. Assim, nas duas últimas décadas, a IHAC vem difundindo os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, conforme mostrado no Quadro 4. Em 2018 já estavam habilitados 324 IHAC em todo o país, além de 49 habilitados no cuidado da mulher. Em 2014, dos quase três milhões de nas-

cimentos ao ano no País, 27,0% ocorreram em estabelecimentos credenciados IHAC, públicos e privados¹⁷.

Estudos realizados em capitais e municípios brasileiros demonstram a contribuição de tal iniciativa para a melhoria dos indicadores de aleitamento materno no País, e para a consequente redução dos óbitos infantis³⁴.

Rede de Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha)

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 com o objetivo de aprimorar os cuidados materno-infantis para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a uma atenção humanizada à gravidez, ao parto, e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis¹³.

A Rede Cegonha tem ações em 5.488 municípios, entre elas se destacam os Centros de Parto Normal (CPP), as Casas da Gestante da Puérpera e do Bebê, além dos leitos para Gestante de Alto Risco (GAR), que passaram de 74 em 2013 para 1.679 em 2018. Dentro do mesmo campo, os leitos neonatais também apresentaram um aumento significativo em todas as modalidades, conforme mostra a Figura 4 (CNES).

As análises da TMI, entre 1987 e 1997, mostraram que aproximadamente 60% das mortes infantis no Brasil foram devidas a causas perinatais, cerca de dez vezes maiores do que nos países

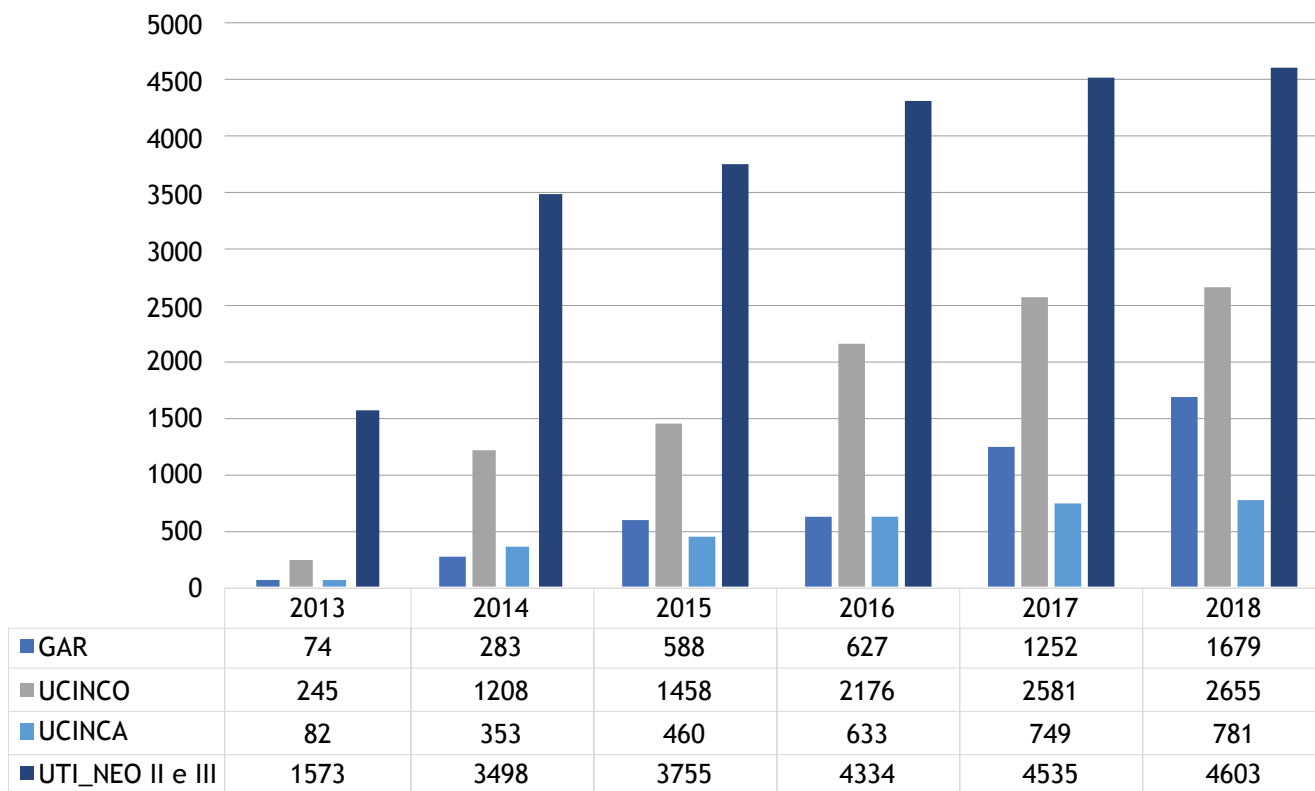
desenvolvidos³⁵. Essas evidências mostraram a importância do acompanhamento pré-natal para a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno, para realizar intervenções adequadas e salvar vidas.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e de 2006, mostraram que, nesse período, a cobertura pré-natal aumentou em todo país, passando de 85,7% para 98,7%, o que representa um indicador importante da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Este aumento foi mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, onde a variação foi de 81,4% para 96,1% e de 73,9% para 97,9%, respectivamente. Este estudo também demonstrou uma maior proporção de mulheres iniciando o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (77,4% em 1996 e 83,6% em 2006) ².

Nos anos recentes, este indicador é monitorado com os dados do SINASC. No período de 2000 a 2015, 63,0% das mulheres receberam sete ou mais consultas de pré-natal durante suas ges-

FIGURA 4

Tipos de Leitos Materno e Infantil, Rede Cegonha, 2013 a 2018



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ago 2018.

tações, revelando um aumento de 43,0%. Em 2017 este percentual passou para 69,3%, o que corresponde um aumento de 17% para o período de 2010-2017 (Figura 5).

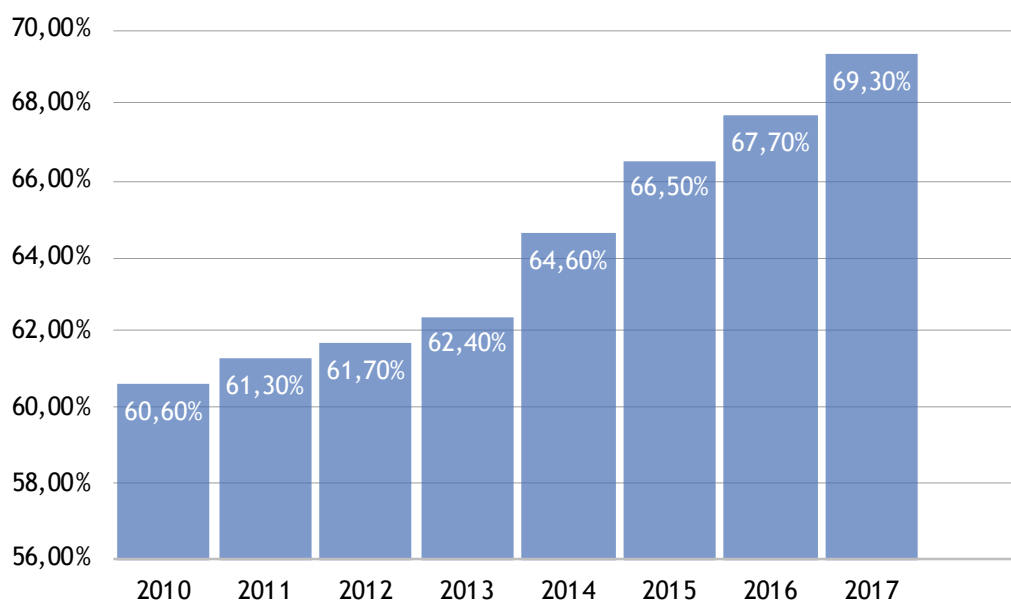
A Rede Cegonha incorpora as ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009 – 2010), que tem por objetivo reduzir desigualdades regionais, intensificar as ações para a redução da mortalidade em menores de um ano, e fortalecer a atenção à saúde da mulher e da criança. Os objetivos de tal Pacto foram convergentes com os da Rede Cegonha, promovendo mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e

nascimento, articulando também os pontos de atenção perinatal, com o início da linha de cuidado na atenção básica e vinculação aos serviços de referência para os cuidados materno e infantil (maternidades e casas de parto)⁹.

Outro problema neste campo é a alta frequência de partos cesáreos no país³⁶. Ele foi enfrentado pela Rede Cegonha, mas mesmo com as medidas de acompanhamento ao pré-natal e estímulo à humanização do parto e nascimento, continuou em alta, atingindo o maior pico em 2014 (57%), mantendo-se próximos a este valor nos anos seguintes (SINASC) (Quadro 5).

FIGURA 5

Percentual (%) de 7 consultas pré-natais e mais, no período de 2010 – 2017, Brasil



SINASC, 2017/2018 dados preliminares.

Método Canguru

O Método Canguru tem sido uma das principais estratégias de intervenção utilizadas pelo SUS para a qualificação da atenção humanizada ao recém-nascido. O método incorpora tecnologias simples e práticas humanizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com finalidade de garantir a sobrevivência de bebês pré-termo ou gravemente enfermos. Este método teve papel relevante na redução da mortalidade infantil no componente neonatal, tanto tardia como precoce³⁷.

Em 2012, o Método Canguru ganhou importante reforço com a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, através de seu alinhamento com as ações da Rede Cegonha e a ampliação e a requalificação de leitos de unidade neonatal. Essas unidades foram dotadas de estruturas assistenciais com

suficientes condições técnicas para a prestação de assistência especializada, com instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, organizados sob a forma de linha de cuidado para atender às necessidades do recém-nascido e da família. Esses leitos foram classificados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). O cuidado intermediário é oferecido nas Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)³⁸.

Os leitos neonatais no Brasil apresentaram um aumento significativo. Os leitos do Método Canguru (UCINCa) passaram de 82 para 781, de 2013 para 2018 (Figura 4), um aumento de mais de 800% (CNES, 2018).

QUADRO 5

Tipo de Parto, segundo ano e NV válidos, Brasil (1996 – 2017).

Ano do Nascimento	Vaginal	Cesário	Não informado	Ignorado	Total	Nº Total de NV válidos % Percentual	% Cesárea	Redução de Cesárea
1996	1.723.495	1.185.008	10.457	26.465	2.945.425	2.908.503	40,74%	
1997	1.792.614	1.205.847	8.766	19.431	3.026.658	2.998.461	40,22%	-0,53%
1998	1.923.665	1.200.402	8.725	15.245	3.148.037	3.124.067	38,42%	-1,79%
1999	2.026.461	1.201.500	11.493	16.979	3.256.433	3.227.961	37,22%	-1,20%
2000	1.974.790	1.211.494	6.344	14.133	3.206.761	3.186.284	38,02%	0,80%
2001	1.910.541	1.186.204	8.369	10.360	3.115.474	3.096.745	38,30%	0,28%
2002	1.867.185	1.182.238	3.816	6.163	3.059.402	3.049.423	38,77%	0,46%
2003	1.814.987	1.213.842	3.100	6.322	3.038.251	3.028.829	40,08%	1,31%
2004	1.756.180	1.263.634	2.646	4.088	3.026.548	3.019.814	41,84%	1,77%
2005	1.717.970	1.311.689	2.610	2.827	3.035.096	3.029.659	43,29%	1,45%
2006	1.613.318	1.325.781	5.298	531	2.944.928	2.939.099	45,11%	1,81%
2007	1.542.359	1.343.733	4.114	1.122	2.891.328	2.886.092	46,56%	1,45%
2008	1.510.879	1.419.745	3.906	298	2.934.828	2.930.624	48,45%	1,89%
2009	1.436.062	1.441.692	3.502	325	2.881.581	2.877.754	50,10%	1,65%
2010	1.362.287	1.496.034	3.479	68	2.861.868	2.858.321	52,34%	2,24%
2011	1.340.324	1.565.564	7.159	113	2.913.160	2.905.888	53,88%	1,54%
2012	1.283.546	1.615.928	6.154	161	2.905.789	2.899.474	55,73%	1,86%
2013	1.253.726	1.644.557	5.612	132	2.904.027	2.898.283	56,74%	1,01%
2014	1.277.175	1.697.954	3.970	160	2.979.259	2.975.129	57,07%	0,33%
2015	1.339.673	1.674.058	3.809	128	3.017.668	3.013.731	55,55%	-1,52%
2016	1.272.411	1.582.953	2.344	92	2.857.800	2.855.364	55,44%	-0,11%
2017	1.289.029	1.624.115	3.259	149	2.916.552	2.913.144	55,75%	0,31%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 2017/2018 Preliminares

Programas de Proteção Social: Bolsa Família

O Programa Bolsa-Família (PBF), considerado como o maior programa de transferência de renda do mundo, permitiu articular iniciativas entre as áreas de educação, saúde, desenvolvimento social, e outras, em um único programa enfocado nos grupos sociais mais vulneráveis ²⁴.

No início de 2004, a unificação de programas sociais, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, entre outros incentivos, favoreceu a diminuição da pobreza e fomentou a maior utilização dos serviços ofertados às famílias pelo SUS, desde que atendessem a condicionalidades exigidas no programa. As famílias beneficiárias do PBF devem apresentar o cartão de vacinação e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos atualizados, as grávidas e os lactantes devem realizar as consultas de pré-natal e de acompanhamento de saúde da criança, entre outras condicionalidades ³⁹.

Desde a instituição do PBF têm sido realizados um conjunto de estudos com o objetivo de observar diferentes aspectos e desfechos que podem ser atribuídos aos programas de proteção social. Estudo realizado pelo IPEA²⁴ demonstrou que o PBF foi responsável por uma redução de 21% na desigualdade, entre 1995 e 2004. Houve uma redução gradual das desigualdades, em

áreas metropolitanas, que pode ser atribuída aos programas de transferência de renda e aumento do salário das populações mais pobres.

Outro estudo, realizado com o objetivo de avaliar o efeito do PBF na incidência do baixo peso ao nascer, revelou que a incidência deste evento em filhos de mulheres do mesmo extrato de renda (menor que R\$ 70 por mês) e afiliadas ao PBF foi menor que naqueles de mulheres que não tinham cobertura do Programa, no mesmo extrato de renda. Assim, parece que o PBF pode ter um papel protetor que reduz o risco de baixo peso ao nascer⁴⁰. Por fim, um estudo do impacto do Programa demonstrou sua contribuição na redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 2004 e 2009. Nos casos de óbitos por desnutrição e problemas respiratórios, a queda chegou a 60% em famílias pertencentes ao PBF³⁹.

Apesar de muitos progressos, as inequidades socioeconômicas e regionais permanecem no cenário brasileiro, mostrando que ainda persistem desafios que demandam políticas, estratégias e iniciativas para melhorar as condições básicas de vida para parte da população sob risco⁴¹, como indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, entre outras.

Sustentabilidade: saúde materna e infantil – Agenda 2030

O compromisso do Estado Brasileiro com a Saúde Pública está formalizado nos artigos 196 a 200, da Constituição Federal, de 1988, no qual se registra, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁶.

Nesses últimos trinta anos, o SUS sofreu várias crises de financiamento, que dificultaram a universalização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros com equidade, com capacidade tecnológica e recursos humanos suficientemente qualificados para se manter como um sistema de saúde robusto e universalizado, capaz de prover tratamento adequado, prevenir doenças e promover a saúde da população.

Atualmente, as medidas de austeridade fiscal, propiciadas pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, somadas aos efeitos da Medida Provisória (MP) nº 839, de 2018, podem certamente interferir na oferta de atenção à saúde com qualidade, eficácia e equidade, pelo risco de subtração de recursos destinados ao SUS e a programas de proteção social ^{42, 43, 44}.

Tal situação cria incertezas e coloca em risco as conquistas de redução da TMI alcançadas em 2015. Os dados de 2016 recentemente divulgados pelo Ministério da Saúde revelaram um aumento na taxa de mortalidade neonatal e do grupo de 1 a 4 anos de idade⁴.

Um estudo de simulação de cenários prospectivos relacionados aos efeitos da austeridade fiscal na mortalidade em menores de cinco anos no Brasil entre 2017 a 2030 reforça a preocupação com os dados de mortalidade de 2016. De acordo com o estudo, a manutenção dos níveis de proteção social, por meio das coberturas do PBF e ESF, poderia reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos em 8,6%. Em contrapartida, sob a vigência das medidas de austeridade fiscal observou-se um cenário de menor redução da mortalidade neste grupo etário⁴⁵.

Os dados mostram uma preocupação e demandam intervenções prioritárias dos governos, considerando que a TMI é um indicador sensível para medir o estado de saúde e as condições de vida, além da eficácia dos serviços de saúde. As atuais restrições orçamentárias são sabidamente prejudiciais à saúde e deveriam passar pela busca de soluções para limitar seus impactos, principalmente sobre crianças de grupos sociais menos privilegiados.

Nesse sentido, aguarda-se a divulgação de dados mais recentes para avaliar se o aumento da mortalidade infantil em 2016 foi um evento isolado, atípico ou decorrente das injunções do financiamento. De qualquer modo, o aumento desse indicador deve ser analisado com cautela, considerando a crise econômica que vem, desde meados de 2014, ocasionando altas taxas de desemprego, recuo do PIB, sem acrescentar recursos novos à saúde pública, bem como a situação de emergência nacional em saúde pública, estabelecida entre novembro de 2015 a maio de 2017, que pode ter tido influência no aumento de óbito de crianças menores de um ano. Além disso, eventos epidemiológicos, a exemplo da epidemia pelo vírus Zika que levou a uma redução da natalidade, e a diminuição dos níveis de proteção social podem estar influenciando no cenário.

Nos últimos 30 anos as lições aprendidas sobre a saúde das crianças foram inúmeras e podem ser úteis para corrigir rumos e obter ganhos

em escala com as medidas adotadas. O legado dos ODM é um referencial importante, que facilita decisões para proteger os avanços obtidos e alcançar metas não cumpridas, refletidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Por isso, o Brasil precisa manter o ritmo de queda de 4,0% ao ano da TMI, para que possa reduzi-la em 43,4%, no período de 2016 a 2030. Esse esforço permitirá que o país alcance uma TMI de 7,2 por 1.000 NV, em 2030, com taxas entre 5,5 e 10,1 por 1.000 NV em todas as unidades da federação⁴⁶.

Os indicadores acordados nos ODS (Quadro 6) exigem uma clara prioridade dos governos federal, estaduais e municipais para implementar políticas e programas existentes e adotar novas estratégias para manter o ritmo de queda da TMI. O País deve investir em programas intersetoriais, com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030⁴⁷, como mostrado nos boxes a seguir.

Metas ODS projetada pelo Brasil

- Até 2030, prevenir as mortes de recém-nascidos, reduzindo em 40% a mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos.
- Até 2030, prevenir as mortes de crianças menores de 5 anos em 45% a mortalidade por 1.000 nascidos vivos⁴⁶.

Metas ODS Mundial

- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos.
- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de crianças menores de 5 anos, para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos⁴⁸.

QUADRO 6

Objetivos e Metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) Saúde da Criança.

<p>OBJETIVO 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano ▪ Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade (meta, até 2025), e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.
<p>OBJETIVO 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos ▪ Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de crianças menores de 5 anos, para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos. ▪ Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar. ▪ Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
<p>OBJETIVO 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos completem o ensino primário e secundário livre, equitativo e de qualidade, que conduza a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes. ▪ Até 2030, garantir que todos os meninos e meninas tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que estejam prontos para o ensino primário.

Fonte: 70 Anos ONU forte. Um mundo melhor. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: < http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf. > Acesso 21 fev 2018.

A manutenção e fortalecimento dos programas de proteção social, como o PBF, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ESF, são extremamente necessários. Da mesma forma, a implementação de políticas públicas com alocação suficiente de recursos é essencial para se enfrentar os novos desafios e garantir a sustentabilidade das políticas. Referência obrigatória para tanto é o Marco da Primeira Infância, que

propõe avanços no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas metas pactuadas e aprovadas nas instâncias consultivas e deliberativas do SUS. No setor saúde, por exemplo, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e seus eixos estratégicos (Quadro 7), além de medidas de fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde, especialmente da rede de Atenção Primária em Saúde.

QUADRO 7

Matriz dos eixos estratégicos: ações, estratégias e iniciativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Eixos estratégicos	Ações, estratégias e iniciativas
Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis ▪ Atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido ▪ Atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, “Método Canguru” ▪ Qualificação da atenção neonatal, materna, neonatal e infantil ▪ Alta qualificada do recém-nascido com vinculação à Atenção Básica ▪ Seguimento do recém-nascido de risco atenção especializada e a Atenção Básica, e ▪ Triagens neonatais universais.
Aleitamento materno e alimentação complementar saudável	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EAAB – Estratégia Amamenta Alimenta Brasil ▪ IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança ▪ BLH – Banco de Leite Humano ▪ MTA – Mulher Trabalhadora que Amamenta ▪ Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), e ▪ Mobilização social em aleitamento materno.
Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caderneta de Saúde da Criança ▪ Crescimento e DPI pela Atenção Básica à Saúde ▪ Comitê de Especialistas e de Mobilização Social da Primeira Infância ▪ Plano Nacional pela Primeira Infância.
Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) ▪ Diretrizes de atenção e linhas de cuidado para crianças com doenças crônicas, e ▪ Atenção à internação domiciliar.
Atenção integral à criança em situações de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização e qualificação dos serviços especializados para o atendimento a situações de violência sexual ▪ Linhas de cuidado para situações de violência ▪ Prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz, e ▪ Protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança.
Atenção à saúde de crianças com deficiência, ou em situações específicas e de vulnerabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão de crianças com deficiência, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua ▪ Protocolo nacional de situação de risco e desastres, e ▪ Diretrizes sobre o trabalho infantil.
Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comitê de monitoramento e investigação da mortalidade infantil, fetal e materno.

Assim, através de diálogo entre o Estado e a sociedade civil se deve promover reflexões sobre os direitos à saúde estabelecidos na Constituição Federal de 1988, com consequente proteção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O que já foi alcançado em relação à redução da mortalidade infantil deve ser um importante subsídio a tal diálogo.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Haydee Padilla, Tatiana Coimbra e Renato Tasca.

Julio Suárez e Enrique Vázquez foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011 Mai; 377 (9878):1863-76. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60138-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60138-4.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Victoria CG, Barreto ML, Leal MdC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health in Brazil 6. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet Brazil Series Working Group* Jun 2011; 377. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60055-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60055-X.pdf). Acesso em: 10 Jan 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Indicadores de Mortalidade que utilizam a metodologia de Busca Ativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/aceso-a-informacao/coes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>.
5. Magalhães ML. Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. Dissertação [Mestrado em Políticas de Saúde]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12658/1/947.pdf>. Acesso em: 02 Out 2018.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigos 16 a 200. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em 03 mai 2018.
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 03 mai 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZMA, Silva, LMV. Orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação

- de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 151-206. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-07.pdf>. Acesso em 25 fev 2018.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>.
 13. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 Mai 2018.
 14. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 29 Jun 2011.
 15. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial da União 6 Ago 2015; Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 03 Mai 2018.
 16. Brasil. Lei nº 13.257, 8 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 03 Mai 2018.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>. Acesso em: 3 Mai 2018.
 18. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Estimativa Populacional; 2012.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Informações de Saúde (TABNET). Estatística Vitais. Mortalidade – 1996 a 2016, CID-10. Disponível : <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=23253854&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10>. Acesso em: 02 Out 2018.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 2 Out 2018.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 02 Out 2018.
 23. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs. – 2. ed. – Brasília: OPAS; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 15 Jan 2018.
 24. Brasil. Presidência da República. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Desenvolvimento Econômico Aplicado (IPEA). Relatório Nacional de Acompanhamento Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília: Ipea; 2010. Disponível em: http://www.gestoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/relatorio_nacional_acompanhamento_odm.pdf. Acesso em: 11 Jan 2018.
 25. Starfield B, Shil L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457–502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>.
 27. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Alimentar e Alimentação Brasil (EAAB). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso 3 mai. 2018.

28. Victoria GC, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf> .
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
30. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rdm32> .
31. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infantil* 2006 Set; 6 (3): 285-292.
32. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (rBLH). Dados de coleta e distribuição. Dados Estatístico. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso em: 02 Out 2018.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). rBLH. Rede Global de Bancos de Leite Humano. Agenda 2030: Monitoramento 2016. João Aprígio Guerra de Almeida (coord). Rio de Janeiro; 2018.
34. Sekyia SR, Luz TR. Mudança Organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1):1263-1273.
35. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible intervention. *Medical Journal – Revista Paulista de Medicina* 2001; 119(1):33-42.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
37. Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsch DS, Lamy ZC. Método Canguru: 15 anos da política pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
38. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal, no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 3 mai 2018.
39. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2014.
40. Brasil. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. . – Brasília : Ipea; 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=20408. Acesso em: 3 jun 2018.
41. Almeida PVB, Magalhães ML. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança (PNAISC). In: São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura; 2016.
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolida o nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/Portaria_3.992_28-12-2017.pdf. Acesso em: 9 jun 2018.
43. Soares AO. (Novo) Paradigma de Financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista BEPA* 2018 Fev; 170. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2018/edicao_170_-_fevereiro.pdf. Acesso em: 9 jun 2018.
44. Brasil. Medida Provisória nº 839, de 30 de maio de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Mpv/mpv839.htm. Acesso em: 9 jun 2018.
45. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570> .

46. Brasil. Reunião do colegiado. Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 24 de maio de 2018. Apresentação sobre ODS 3.2 (Dra. Fatima Marinho). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/29/3.b%201%20Reuni%C3%A3o%20CIT%20ODS%203.2.pdf>>. Acesso em: 9 Jun 2018.
47. Brasil. Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Plano de Ação – 2017 – 2019. Criado pelo Decreto nº 8.892, 27 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/ods/noticias/comissao-nacional-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-lanca-plano-de-acao/plano-de-acao>. Acesso em: 3 mai 2018.
48. Brasil. Ministério do Itamaraty. 70 Anos ONU forte. Um mundo melhor. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf. Acesso em: 21 Fev 2018.

Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde

Renato Tasca¹, Adriano Massuda¹, Wellington Mendes
Carvalho¹, Claudia Buchweitz², Erno Harzheim³

¹ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil

² Consultora independente

³ Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desde sua instituição, pela Constituição Federal de 1988, o SUS obteve avanços concretos em direção à cobertura universal em saúde, especialmente a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual veio a fortalecer a APS no Brasil, alcançando, em 2014, cobertura de 58,2% da população², produzindo redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, além de ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio sanitário³⁻⁹.

Entretanto, permanece sem resolução completa o problema da desigualdade na atenção prestada em diferentes partes do país e persiste o desafio de ampliar a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil^{3, 10, 14}. Vale notar que, depois de um ciclo de aumento no gasto público com saúde entre 2000 e 2014 (de 7,0% para 8,3% do PIB), a partir de 2015 o investimento foi revertido, com queda real no gasto *per capita* em saúde. Essa redução tem sido agravada pelo contexto de crise econômica e social, marcado por aumento no número de mortes violentas, surtos de doenças infecciosas e perda de cobertura por planos de saúde privados por parte de quase três milhões de brasileiros².

Em adição ao momento social histórico vivido no Brasil, marcos como os 40 anos da Declaração de Alma-Ata têm motivado a reflexão sobre a APS, com a necessidade de renovação de tal componente fundamental dos sistemas de saúde em todo o mundo^{15, 17}. Assim, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) propôs o projeto “APS Forte”, para identificar estratégias e inovações de enfrentamento aos grandes obstáculos à produção de resultados em saúde pela APS no contexto do SUS. Assim, o objetivo do presente estudo foi elaborar recomendações para a reorganização da APS no SUS, tendo como ponto de partida uma consulta formal a especialistas brasileiros.

Metodologia

O estudo buscou identificar estratégias, ações e inovações que pudessem produzir uma “APS Forte”, explorando itens relativos a diretrizes organizacionais do modelo assistencial; rede de atenção à saúde; estrutura e recursos tecnológicos; recursos humanos; recursos financeiros; governança; participação social e métodos de

monitoramento e de avaliação de resultados. O conceito de APS utilizado foi aquele definido por Starfield, cujos atributos principais são acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação^{18, 19}. Nessa lógica, o enfrentamento de barreiras prevê estratégias que entendam a APS não apenas como um

conjunto de serviços, mas sim como um modo de organização do sistema de saúde^{17,18}.

Foi assim realizada a aplicação de um questionário aberto visando a busca de consenso entre os participantes, utilizando o método Delphi, em rodada única, em processo finalizado por discussão em grupo presencial. Dezoito gestores e profissionais de notório saber relativo à APS, representativos das cinco macrorregiões brasileiras, responderam 20 perguntas abertas em questionário *on-line* (SurveyMonkey®). Os resultados foram compilados na forma de recomendações, sendo estas submetidas a um

painel de especialistas, acrescidos dos autores do presente artigo, utilizando a metodologia Delphi em rodada única. A lista final de recomendações foi, por sua vez, apresentada em oficina de trabalho que contou com a participação da equipe de pesquisa e dos especialistas, resultando na produção de um elenco de recomendações.

Participaram da entrevista aberta 18 (90,0%) dos 20 convidados, com os respectivos conteúdos e lista de participantes mostrados em documento próprio²⁰. A tabela 1, a seguir, situa os setores de atuação dos participantes.

TABELA 1

Setor de atuação dos respondentes do questionário aberto para identificar estratégias de fortalecimento da APS no SUS, 2018^a

	N	%
Gestor ou ex-gestor em saúde	10	55,56
Professor/pesquisador de universidade	9	50,00
Setor privado	2	11,11
Outros (organismos internacionais, entidades de classe, consultores independentes)	4	22,22

^aAté 2 respostas por participante.

A análise dos itens levantados pelo questionário aberto gerou 44 itens para inclusão na rodada Delphi, para a qual foram convidados 23 especialistas, com 19 participações (82,6%). Cada um dos 44 itens foi formulado em formato de recomendação e classificado pelos respondentes nas categorias “não incluir como recomendação”; “incluir com prioridade baixa”; “incluir com prioridade moderada”; ou “incluir com prioridade alta”. Para a reunião de consenso, os resultados foram apresentados da seguinte forma: estratégias relacionadas aos atributos da

APS com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas aos atributos da APS com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas (financiamento, gestão, avaliação e recursos humanos) com prioridade alta $\geq 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas (financiamento, gestão, avaliação e recursos humanos) com prioridade alta $< 70\%$ das respostas do Delphi; e itens com exclusão sugerida por $> 15\%$ dos participantes.

Como a APS é vista pelos especialistas

Participaram da reunião 23 especialistas e suas recomendações foram enviadas por e-mail aos participantes e validadas em seu formato final,

conforme mostrado na Tabela 2, a seguir, como resultado de uma reunião presencial realizada em 24 de julho de 2018, no Rio de Janeiro.

TABELA 2

Recomendações para uma APS forte no SUS

1. Ampliar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais da APS.
2. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
3. Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
4. Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos, etc – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidencia científica disponível.
6. Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação a comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância.
8. Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores, disponibilizando registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
9. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contra referência.
10. Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
11. Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da mesma (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
13. Manter estratégias permanentes e sustentáveis de provimento de médicos para a APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
14. Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento, ...), de forma presencial ou a distância.
15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
16. Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
17. Promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
18. Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.
19. Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria, entre outros.
20. Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

Reflexões sobre as recomendações

O ano de 2018 é um momento de profunda reflexão sobre a situação dos sistemas de saúde e, sobretudo, sobre a APS, dado que marca não apenas os 40 anos da declaração de Alma-Ata, mas, também, os 30 anos do SUS no Brasil e os 70 anos do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido. Entretanto, se os aniversários de Alma-Ata e do NHS são marcados pela reafirmação da cobertura universal de saúde como meta e pelo reconhecimento do papel da APS no alcance dessa meta²¹, não existe igual clareza sobre qual é a visão do Brasil para o futuro de seu sistema de saúde. Sendo assim, pode-se oferecer aqui contribuição significativa para a definição de prioridades políticas e programáticas para a saúde no país.

A saúde global é um processo em constante mutação. Pensar os sistemas de saúde requer, acima de tudo, pensar em estratégias para gerir essas demandas complexas e mutáveis, um conjunto de valores que seja instrumental e maleável para acompanhar as transformações da saúde, que não cessarão. Nesse sentido, as duas dezenas de recomendações produzidas neste estudo, emitidas por reconhecidos especialistas no Brasil, enfatizam a necessidade de ampliar e consolidar a ESF, assegurar e ampliar acesso, promover adensamento tecnológico da APS, intensificar e qualificar a formação de recursos humanos para uma atuação multidisciplinar na APS, o papel da medicina de família e da regulação, a transparência no contato com a população e um movimento proativo de inserção da APS como tema e elemento organizador do SUS.

Esses temas estão sintonizados intimamente com os enfoques para gerar inovação nas unidades de saúde, conforme um estudo realizado pelo King's Fund, quais sejam: 1. trabalho em equipe; 2. Utilização de tecnologia digital; 3. foco nas pessoas e na comunidade; 4. segmentação das oportunidades de tratamento em função de determinados perfis de saúde; 5. definição de novos papéis na equipe de saúde e, 6. redesenho dos sistemas locais²².

O reconhecimento que a saúde se faz acima de tudo com pessoas é um elemento essencial das referidas recomendações. No contexto do NHS britânico, um relatório de 2017 indica como maior ameaça à sustentabilidade daquele sistema de saúde a ausência de uma estratégia de longo prazo para garantir uma força de trabalho treinada, capacitada e comprometida^{21,23}. No Brasil, as dimensões de tal ameaça são ampliadas não só pelo vasto território, como pelas desigualdades socioeconômicas, fatores geradores de heterogeneidade na qualidade da formação profissional, nas condições de trabalho e na capacidade de retenção dos profissionais no território. Aliás, é aspecto especialmente sensível para a APS no Brasil a dificuldade de treinar e de reter os profissionais médicos, para que as estratégias de provimento e de formação sejam implantadas, superando as dificuldades e ao mesmo tempo reforçando os êxitos do Programa Mais Médico (PMM). Neste programa, o eixo de provimento médico obteve resultados consistentes na ampliação do acesso ao médico, mas teve menos sucesso em seu eixo de formação, cabendo reformulá-lo²⁴. Não

é demais lembrar, ainda, que iniciativas como o Telessaúde, eficazes em prestar suporte assistencial e ampliar resolutividade na APS, ainda precisam ser mais bem exploradas.

O fortalecimento dos usuários na construção da APS, juntamente com os profissionais das equipes de saúde, é essencial para as recomendações 2, 3 e 4 do King's Fund, que tratam de acesso avançado, de modelagem de carteiras de serviços com base nas necessidades das populações e de flexibilização dos critérios de adscrição para além dos meramente territoriais. Este último aspecto muitas vezes penaliza os usuários em relação ao acesso aos serviços de APS.

Finalmente, vale notar que as vinte recomendações já referidas – como quaisquer outras estratégias – necessitam de financiamento em níveis adequados. Embora muitos recursos possam ser otimizados com uma gestão eficiente, apropriada e com combate ao desperdício, é preciso reconhecer a possibilidade de crescimento contínuo da demanda por fatores epidemiológicos, como o envelhecimento populacional, e inclusive pelo aumento, desejável, do acesso às parcelas ainda excluídas da população. Assim, mais uma vez, a APS se concretiza como a melhor resposta, mas são necessários mais recursos. Uma APS forte é que poderia

multiplicar esses recursos e fazer mais a um custo menor²⁵.

Em conclusão, a APS é o modelo mais apropriado para concretizar o direito à saúde. Os médicos de família, os enfermeiros com treinamento em família e a comunidade, os agentes comunitários de saúde, assim como outros os profissionais com formação em APS, fundamentam e caracterizam a APS. A APS é ainda um cenário no qual se pode integrar as forças intersetoriais a fim de enfrentar os determinantes sociais. Além do mais é resolutiva, intercepta demandas e oferece respostas, constituindo para o SUS o modelo certo, no momento adequado.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de André Luís Bonifácio de Carvalho, Carmen Lavras, Cesar Monte Serrat Tilton, Claunara Schilling Mendonça, Daniel Knupp Augusto, Daniel Ricardo Soranz Pinto, Denise Ornelas Fontes Pereira, Erno Harzheim, Eugênio Vilaça Mendes, Gilmara Lúcia dos Santos, Gonzalo Vecina Neto, Gustavo Gusso, Heider Aurelio Pinto, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Lígia Giovanella, Luis Fernando Rolim Sampaio, Luiz Augusto Facchini, Rubens Bedrikow, Silvia Maristela Pasa Takeda.

Julio Suárez e Fernando Antônio Gomes Leles foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Programa Mais Médicos. Política de Atenção Básica. Porta de Entrada do SUS. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus> Acessado em julho de 2018.
2. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829

3. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vinhole F, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):669-81.
4. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.
5. Bezerra Filho JG, Kerr LR, Miná D de L, Barreto ML. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cad Saude Publica*. 2007;23(5):1173-85.
6. Macinko J, Marinho de Souza M de F, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007;65(10):2070-80.
7. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DF, Siqueira FV, et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007;7(1):75-82.
8. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2008;34(suppl 1):s159-72.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em 13 de novembro de 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Richardson J. General practice needs new models: here are some ideas. *BMJ* 2018;361:k2460 doi: 10.1136/bmj.k2460.
13. Topp SM, Abimbola S. Call for papers—the Alma Ata Declaration at 40: reflections on primary healthcare in a new era. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000791. doi:10.1136/bmjgh-2018-000791
14. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
15. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?. Brasília: OPAS/OMS; 2018.
16. The NHS at 70 and Alma-Ata at 40. *Lancet*. 2018 Jan 6;391(10115):1.
17. Richardson J. General practice needs new models: here are some ideas. *BMJ* 2018;361:k2460.
18. NHS. Facing the facts, shaping the future. A draft health and care workforce strategy for England to 2027. Public Health England: 2018. Disponível em: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/workforce-strategy> Acessado em outubro de 2018.
19. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper SE, et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e164.
20. Redefining Primary Care for the 21st Century. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 16(17)-0022-EF October 2016.

ANEXOS

ANEXO 01: Perguntas abertas do Questionário APS Forte, Brasil, 2018.

Prezado Profissional, O marco dos 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2018 é uma excelente oportunidade para analisar avanços, desafios e possibilidades do sistema de saúde brasileiro. Por isso, buscamos a sua contribuição como profissional de grande conhecimento e experiência em atenção primária à saúde (APS) para a elaboração de recomendações que estimulem o debate e a tomada de decisões entre os gestores do SUS – especialmente os que assumirão as próximas gestões em âmbito federal e estadual – a fim de produzir uma “APS Forte”, estratégia fundamental para consolidação do SUS.

Para tanto, pedimos que você responda o questionário a seguir, que traz 20 questões de preenchimento livre. O questionário, cujo obje-

tivo é identificar desafios, barreiras e soluções aplicáveis nos diversos contextos do SUS no Brasil, para além das especificidades regionais, insere-se na Agenda “30 anos de SUS – que SUS para 2030?” da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Aguardamos suas respostas até o dia 30 de abril 2018 para que os resultados deste trabalho possam ser apresentados a tempo de alimentar o debate sobre o futuro do SUS, que é uma das principais questões da campanha eleitoral.

Antes de responder o questionário, solicitamos ainda que você analise os aspectos de contextualização que embasaram a elaboração do instrumento, listados a seguir.

Contextualização

Desde a criação do Programa Saúde da Família, a APS brasileira alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis, além de inúmeros outros avanços, muitos já mensurados, outros intangíveis. Entretanto, sua qualidade ainda é heterogênea.

Três problemas estruturais impedem uma maior produção de resultados em saúde da APS brasileira: subfinanciamento; oferta insuficiente de recursos humanos adequadamen-

te formados; e dificuldade em todos os níveis, desde a alta gestão até os pontos de oferta de cuidado, no reconhecimento e incorporação dos atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação).

Entre os desafios e fragilidades gerados por esses três macroproblemas, podemos elencar: – a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços, especialmente às consultas médicas; – o provimento e a fixação de profissionais; - a baixa

incorporação de tecnologia;- a insuficiência da resolutividade; – a baixa adoção de práticas de efetividade comprovada e o uso indiscriminado de práticas sem nenhuma evidência de benefício para a população; – o pequeno aproveitamento do potencial de cuidado das profissões não médicas, especialmente de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e farmacêuticos; – a oferta de uma carteira restrita de ações; – a dificuldades de comunicação e de integração entre a APS e os demais pontos da rede assistencial; – a segmentação entre os serviços públicos e privados, com consequente sobreposição na utilização de serviços que poderiam ser complementares; – o contingente populacional excessivo atribuído a cada equipe de Saúde da Família, assim como a forma de adscrição populacional baseada apenas no território; – a insuficiência e a má qualidade da estrutura física e dos equipamentos e insumos; – e um modelo de participação social que muitas vezes exclui os usuários de fato dos serviços e privilegia representações partidárias e sindicais.

As perguntas do questionário foram formuladas para identificar estratégias, ações e inovações viáveis e cientificamente embasadas que produzam uma “APS Forte”, explorando itens relativos a: – diretrizes organizacionais e modelo assistencial; – rede de atenção à saúde;- estrutura e recursos tecnológicos;- recursos humanos;- recursos financeiros; – governança;- participação social;- métodos de monitoramento e de avaliação de resultados.

Todas as respostas serão analisadas e validadas em maio 2018 utilizando a metodologia Delphi (em uma única rodada) para posterior compilação e discussão em uma oficina de trabalho a ser realizada no Pré-Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, da ABRASCO, a ser realizado na UERJ em 24 e 25 julho de 2018, para a qual você está convidado.

Questionário APS Forte:

Levantamento de estratégias, ações e inovações viáveis e cientificamente embasadas

Diretrizes organizacionais e modelo assistencial

9. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam evidenciar e disseminar a importância dos atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) para a concepção de políticas e para a organização assistencial? Descreva:
10. Você identifica ações, programas ou processos de trabalho frequentes na APS brasileira que são obstáculos para o fortalecimento da mesma? Se sim, descreva essas práticas e aponte estratégias, ações ou inovações que possam estimular as equipes a abandonar essas práticas.
11. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam aumentar o acesso de primeiro contato aos serviços de APS, especialmente a consultas médicas? Descreva:
12. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam mudar a forma de adscrição da clientela na APS, dando maior relevância a necessidades, especificidades e poder de escolha da população para além do critério unicamente territorial? Descreva:
13. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam aumentar a resolutividade clínica dos serviços de APS? Descreva:
14. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam ampliar a carteira de serviços na APS? Descreva:

Rede de atenção à saúde

15. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam facilitar a comunicação e a integração entre os serviços de APS e os demais pontos da rede de atenção? Descreva:
16. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam fazer da APS a ordenadora de fato da rede de atenção? Descreva:

Recursos humanos

17. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam tornar adequada a oferta de recursos humanos para o fortalecimento da APS? Descreva:
18. Você identifica estratégias, ações ou inovações de educação permanente capazes de dar sustentação a uma APS Forte? Descreva:

19. Você identifica novas funções para os profissionais de saúde ou inclusão de novas categorias profissionais que sejam essenciais para fortalecer a APS? Descreva:
20. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam estimular a oferta de outras atividades assistenciais por parte das profissões não médicas, com ênfase em enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e farmacêuticos? Descreva:
21. Que medidas poderiam ser introduzidas para melhorar a gestão do trabalho dos profissionais da APS e que incentivos poderiam ser empregados? Descreva:

Estrutura e recursos tecnológicos dos serviços de APS

22. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam qualificar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde? Descreva:
23. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam qualificar equipamentos e insumos das Unidades Básicas de Saúde? Descreva:
24. Você identifica tecnologias que deveriam ser incorporadas aos serviços de APS? Se sim, descreva essas tecnologias, assim como estratégias, ações ou inovações de efetividade comprovada que possam aumentar a incorporação tecnológica:
25. Você identifica estratégias, ações ou inovações que qualificam o manejo das condições crônicas? Descreva:

Participação social

26. Você identifica estratégias, ações ou inovações que democratizem, ampliem e tornem mais efetivos os dispositivos de participação social? Descreva:

Monitoramento e avaliação de resultados

27. Você identifica estratégias, ações ou inovações relacionadas ao monitoramento e avaliação de processos e de resultados na APS? Descreva:

Outras fragilidades e barreiras

28. Agora que você já fez sugestões de estratégias, ações e inovações para o fortalecimento da APS no SUS, cite:
 - outros desafios e fragilidades que não foram explorados no item de Contextualização deste documento;
 - os principais fatores que podem impedir a concretização das ações e inovações propostas para o fortalecimento da APS no SUS.

ANEXO 2. Itens Delphi (44 propostas) categorizados para a reunião de consenso sobre recomendações para APS Forte

Estratégias relacionadas aos atributos da APS

Itens a incluir com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
12. Informatizar UBS, rede assistencial e regulação; disponibilizar registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema tanto público como do privado, permitindo aos usuários o deslocamento sem barreiras informacionais	Atibutos APS: coordenação	1	1	10,53	89,47
13. Implementar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pacientes (teleconsulta, e-mail, whatsapp, apps, etc.) e marcação não presencial de consultas	Atibutos APS: longitudinalidade e acesso	2	3	15,79	78,98
4. Ampliar formas de acesso, com acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, entre outros	Atibutos APS: acesso	3	2	21,05	78,95
21. Reorganizar a distribuição de tarefas na equipe assistencial, retirando tarefas administrativas, padronizando modelos de atenção e processos de trabalho e ampliando a atuação clínico-assistencial de profissionais não médicos	Atibutos APS: integralidade	5	7	10,53	78,95

Itens a incluir com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
7. Associar carteira de serviços a processos de qualificação de pessoal e garantia de recursos necessários (insumos, equipamentos, etc)	Atibutos APS: integralidade	8	5	26,32	68,42
6. Adequar oferta de serviços e agendas às características da população e de seus grupos - ordenar sistema pelas necessidades da população	Atibutos APS: integralidade	9	6	26,32	68,42
14. Utilizar critérios de adscrição complementares ao territorial, como lista de pacientes, critérios epidemiológicos e critérios de vulnerabilidade social	Atibutos APS: longitudinalidade	10	14	15,79	68,42
17. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em TICs, protocolos e auditoria	Atibutos APS: coordenação	12	15	21,05	63,16
11. Promover adensamento tecnológico da APS, com tecnologia de informação e equipamentos diagnósticos/terapêuticos (ultrassonografia, eletrocardiograma) e apoio por telessaúde/medicina	Atibutos APS: integralidade	15	10	31,58	57,89
5. Ofertar serviços na UBS com base nas competências de cada profissional, vinculando a isso um sistema de treinamento, avaliação e certificação de competências	Atibutos APS: integralidade	17	22	21,05	57,89
18. Reforçar e facilitar o acesso da população a informações sobre os serviços de saúde e a canais de escuta e ouvidoria (sites, what's app, painéis nas unidades e em outros locais, unidade móvel de informação sobre serviços)	Atibutos APS: coordenação	22	28	15,79	57,89
38. Pactuar e publicar anualmente a carteira de serviços em todos os níveis: nacional, estadual, municipal, com divulgação sobre princípios e benefícios de existir uma carteira	Atibutos APS: integralidade	21	44	15,79	57,89

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
27. Qualificar cuidado compartilhado (matriciamento) e tornar NASF mais resolutivo e assistencial	Atibutos APS: integralidade	24	18	31,58	52,63
34. Implementar linhas de cuidado multiprofissionais na APS, com ênfase nas melhores evidências científicas	Atibutos APS: coordenação	25	23	26,32	52,63
8. Incluir item para fortalecimento da APS: tornar APS centro de comunicação em saúde	Atibutos APS: coordenação	28	24	31,58	47,37
32. Instituir pagamento por desempenho nos serviços especializados relacionado a qualidade e informação das contrarreferências.	Atibutos APS: coordenação	31	29	31,58	42,11

Estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas

Itens a incluir com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
28. Definir estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para equipes e áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos	Macro condições: formação e oferta RH	4	4	15,79	78,95
24. Elaborar um plano de formação de profissionais de APS na graduação e pós-graduação (especialmente residência médica e multiprofissional)	Macro condições: formação e oferta RH	6	13	5,26	78,95
1. Ampliar e consolidar Estratégia Saúde da Família, com revisão dos papéis de cada membro da equipe e redefinição do papel do agente comunitário de saúde	Macro condições: estratégia nacional	7	8	15,79	73,68

Itens a incluir com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
3. Estruturar Planos Municipais de Saúde com ênfase na APS	Macro condições: estratégia nacional	11	26	5,26	68,42
30. Incentivos regionalizados para fixação e permanência dos profissionais nas equipes	Macro condições: formação e oferta RH	13	9	26,32	63,16
35. Planejar, monitorar e avaliar a qualidade das equipes de Saúde da Família - princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados	Macro condições: avaliação	14	16	21,05	63,16
39. Garantir financiamento suficiente e transparente; revisar arcabouço legal sobre competências de gestão, dando maior autonomia e proteção ao gestor	Macro condições: estratégia nacional	19	11	31,58	57,89
37. Capacitar gerentes e gestores sobre APS e disponibilizar instrumentos e dispositivos de melhoria contínua da gestão	Macro condições: estratégia nacional	20	17	26,32	57,89
31. Ampliar e aperfeiçoar mecanismos de remuneração/ reembolso por desempenho na APS	Macro condições: formação e oferta RH	16	21	21,05	57,89
10. Qualificar estrutura física, equipamentos e insumos, por exemplo, nos moldes das Clínicas da Família	Macro condições: estratégia nacional	23	12	36,84	52,63
40. Revisar responsabilidades federativas retirando dos municípios menores a atribuição isolada de gerir o sistema e levando essa responsabilidade para um âmbito regional	Macro condições: estratégia nacional	26	19	26,84	47,37
26. Elaborar um plano de educação em serviço para qualificar habilidades de comunicação e tecnologias de cuidado (entrevista motivacional, plano de cuidados, autocuidado, etc.).	Macro condições: formação e oferta RH	27	20	36,84	47,37
25. Inserir e financiar o papel de preceptor nas equipes de Saúde da Família a fim de aproximar ESF dos processos educacionais da graduação	Macro condições: formação e oferta RH	30	25	31,58	47,37
22. Criar o cargo de gerente da UBS para unidades de maior porte, com atuação exclusiva e qualificação adequada	Macro condições: formação e oferta RH	32	32	21,05	42,11

Questão	Categorias	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta E moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
20. Aumentar protagonismo das equipes na organização dos serviços e na manutenção e adequação da estrutura física e equipamentos	Macro condições: estratégia nacional	34	30	36,84	36,84
41. Promover mostras de experiências exitosas na APS/ESF, com ênfase em inovação	Macro condições: estratégia nacional	39	40	10,53	31,58

Itens para confirmar exclusão

Questão	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta E moderada	% Não	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
16. Manter adscrição de clientela apenas com critério territorial	42	42	52,63	15,79	21,05
36. Fortalecer PMAQ	38	41	47,37	5,26	31,58
19. Rever composição profissional das equipes de ESF com foco nas condições crônicas e ênfase na inclusão do farmacêutico	43	43	42,11	10,53	15,79
9. Desenhar serviços com ampliação de escopo e economia de escala prevendo unidades de saúde maiores	41	39	26,32	21,05	26,32
43. Ampliar acesso a práticas integrativas e complementares	44	38	26,32	42,11	10,53
23. Desenvolver planos de carreira na APS, com valorização da especialização em APS, como a medicina de família	18	27	15,79	15,79	57,89
29. Ampliação e consolidação do Programa Mais Médicos (eixos formação, provimento e estrutura)	29	31	15,79	21,05	47,37
15. Permitir opção do usuário no processo de adscrição da clientela	33	33	15,79	26,32	36,84
2. Diminuir denominador populacional por equipe de Saúde da Família	35	34	15,79	31,58	31,58
33. Incluir critérios de financiamento por desempenho em nível municipal	37	35	15,79	31,58	31,58
44. Fortalecer APS na saúde suplementar	36	37	15,79	21,05	31,58
42. Reformular processo de controle social	40	36	15,79	36,84	26,32

O Programa Mais Médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde

Elisandrea Sguario Kemper¹, Joaquín Molina², Gabriel Vivas²

¹ Hospital da Criança de Brasília José Alencar e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Introdução

A inequidade estrutural de renda e as profundas diferenças socioeconômicas que caracterizam a sociedade brasileira desafiam a implantação de políticas públicas para garantia da *Saúde Universal*. Para a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), “Saúde Universal” significa acesso e cobertura universal para todas as pessoas e comunidades, sem discriminação, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, estabelecidos em nível nacional, de acordo com as necessidades, bem como o acesso a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, assegurando que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, especialmente nos grupos mais vulneráveis.¹ Na Constituição Brasileira, tal diretriz corresponde ao que está disposto no Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Apesar dos muitos avanços obtidos nos últimos 30 anos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ainda há limitações ao acesso a serviços de saúde, especialmente nas regiões mais carentes do país. Essa situação é agravada pelo aumento da demanda decorrente de um complexo quadro epidemiológico e sanitário, que se interpõe ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, e a manutenção da incidência de doenças infecciosas potencialmente epidêmicas. Embora as doenças infecciosas tenham sofrido decréscimo, em relação às décadas anteriores, essas convivem com outros problemas de saúde decorrentes da violência urbana, como os homicídios, os acidentes e os transtornos mentais, particularmente a depressão e outras vinculadas ao consumo de drogas.

Desde que o SUS foi estabelecido, várias políticas e programas públicos inovadores foram desenvolvidos para viabilizar a oferta de serviços nas regiões de maior carência do país. Dentre eles, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013^a, merece destaque pela sua dimensão, ousadia e resultados alcançados.

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma análise descritiva de como o PMM tem conseguido enfrentar os problemas do déficit e da distribuição desigual e inequitativa de médicos nos serviços de Atenção Básica no SUS, e tem mudado o paradigma da formação profissional no país. Discute-se o papel do provimento de médicos para redução de inequidades em saúde e os possíveis caminhos para o fortalecimento do SUS para a garantia do direito à saúde.

a Lei Federal 12.871 de 2013.

O Programa Mais Médicos: uma iniciativa inovadora e ousada

O Programa Mais Médicos (PMM) foi idealizado com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) mediante o enfrentamento da inequidade na distribuição de profissionais médicos, um dos problemas estruturais mais graves do SUS. Está organizado em três eixos: o primeiro prevê a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde, conectado com o segundo eixo de provimento emergencial de médicos. Esse eixo visa recrutar profissionais brasileiros e estrangeiros para preencher vagas na Atenção Básica do SUS e ampliar a cobertura e o acesso a serviços de saúde de qualidade no primeiro nível de atenção à saúde. O terceiro eixo, o mais transcendente para o SUS, está dirigido à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudanças nos currículos, visando melhorar a formação para o exercício na Atenção Básica de Saúde dentro do modelo de medicina familiar e comunitária. Em cinco anos de funcionamento, o PMM alocou mais 18 mil vagas de médicos em todo o Brasil, priorizando as regiões de maior carência.

Apesar de ser uma iniciativa do Governo Federal, o PMM nasceu e cresceu com o compromisso das autoridades governamentais dos estados e dos municípios e, principalmente, com o apoio irrestrito da população beneficiada. Ao evidenciar-se a impossibilidade de preencher as vagas oferecidas pelo PMM com médicos brasileiros graduados no país, as autoridades brasileiras recorreram ao apoio da OPAS/OMS para viabilização do eixo de provimento emergencial.

A OPAS/OMS desencadeou uma iniciativa inovadora de cooperação técnica entre Brasil e Cuba para a vinda de milhares de médicos cubanos para atuar no Programa, sendo um participante ativo, desde o desenho do Programa. Foi nesse contexto que foram estabelecidos os Acordos de Cooperação entre Brasil, Cuba e a OPAS/OMS, permitindo a chegada ao Brasil de 11.400 médicos cubanos, sendo que, em 2018, o

número de médicos cubanos no país chegou a 18.500.

O Projeto de Cooperação Mais Médicos exigiu da OPAS/OMS uma intensa articulação técnica e política, envolvendo múltiplos atores institucionais e da sociedade civil, além dos governos de Brasil e de Cuba, para garantir, dentro dos corpos legais nacionais, dos regulamentos e das boas práticas de cooperação internacionais, a grande mobilização dos profissionais médicos cubanos. Esse projeto está totalmente em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)^b no que diz respeito à atração, ao recrutamento e à fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, bem como, cumpre com os objetivos do *Código de prática mundial sobre contratação internacional de pessoal em saúde* da OMS, levando em consideração os direi-

^b Estratégia global "Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy Recommendation".

tos, as obrigações e as expectativas dos países de origem e de destino e dos profissionais que imigram.

O recrutamento internacional de recursos humanos é um tema complexo em saúde. Geralmente os fluxos tradicionais de migração são realizados em direção aos países com maior desenvolvimento socioeconômico e com maior remuneração profissional. O PMM foi em uma direção contrária, ao propor a migração temporária de profissionais de países em que a relação de médicos por habitante é superior ao do Brasil.

Outro aspecto relevante sobre o recrutamento internacional tem sido a inserção sociocultural desses profissionais no Brasil, bem como a qualidade e a efetividade dos serviços prestados à população. O PMM inclui estratégias de aprendizagem prévias do idioma português e da formação em serviço no decorrer da participação no Programa, atendendo a recomendação da OMS. Inclui também estratégias de supervisão em serviço e a tutoria acadêmica, elementos que demonstram o compromisso com a qualidade da atenção à população e em prestar apoio aos profissionais inseridos nos serviços.

Em termos de política pública, o PMM incide na governança do país para os temas de educação e trabalho em saúde, na ampliação do acesso aos serviços e no processo de transformação da educação. Esses componentes fazem parte da recém-aprovada Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos para as Américas e, se configuram como um caminho para que os países possam avançar na saúde universal.

O PMM possibilitou a implementação de estratégias para superar um dos maiores problemas estruturais do SUS, a falta de médicos com perfil adequado nos serviços. O Programa foi desenhado colocando a APS no centro do debate, fazendo escuta aos gestores, às corporações e à sociedade. O PMM vem ampliando o acesso às ações de saúde de forma regular para a população. Além disso, vem enfrentando o desafio da formação médica no país, com foco nas necessidades do sistema e da população.

É importante ressaltar também a contribuição do PMM para o desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul, considerando-a como um mecanismo de cooperação entre países que envolve a intensificação e a expansão de vínculos solidários entre os países em desenvolvimento, o respeito à soberania nacional, à independência, à igualdade e à produção de benefícios mútuos, reforçando as capacidades locais, institucionais e os sistemas nacionais.

A cooperação desenvolvida no PMM está em uma dimensão que inclui o provimento e a formação de recursos humanos para atuar nos determinantes sociais em saúde, sobretudo em populações em situações de vulnerabilidade, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde, baseados na cidadania. Somente essa dimensão poderia caracterizar o PMM como uma ousada estratégia de Cooperação Sul-Sul.

Outro diferencial do PMM é a inserção dos profissionais médicos em um sistema de saúde estruturado, de natureza pública e gratuita, dentro dos serviços de saúde do primeiro nível de atenção e atuando em conjunto com equipes multiprofissionais de saúde. Essa singularidade

faz com que o eixo provimento de médicos do PMM seja considerado uma retomada estratégica da Atenção Primária no SUS, que vem sendo desenvolvida desde a década de 1990.

Pode-se considerar o PMM uma experiência exitosa. Além disso, o PMM vem constituindo

um importante legado para a troca de conhecimento e a interação cultural entre os profissionais de distintos países e a população atendida. Outro aspecto relevante é a ‘bagagem’ dos conhecimentos que os médicos estrangeiros levam do Brasil assim que termina sua missão, incluindo o aprendizado do idioma português.

Atenção Primária em Saúde e o Programa Mais Médicos

Experiências internacionais desenvolvidas ao longo do século XX demonstram que, sistemas de saúde com uma APS forte e dotada de capacidade de ordenamento de fluxos dentro do sistema de saúde, facilitam o acesso da população a um conjunto abrangente de serviços de saúde, com menor custo e com melhores resultados sanitários². Porém, após os 40 anos da Declaração de Alma-Ata³, a adequada cobertura de APS, bem como a superação do modelo programático e seletivo – focado nas doenças e em seus fatores de risco – ainda desafiam o Brasil e outros países do mundo.

O fortalecimento da APS por meio de expansão de serviços organizados, com foco no usuário e em necessidades de saúde apresentadas pela comunidade, depende da disponibilidade de profissionais de saúde habilitados, mas também da reorganização de processos de trabalho. Uma APS forte deve oferecer unidades de saúde acessíveis aos cidadãos; ofertar um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; estar preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabi-

lidade; e estar apta a coordenar o cuidado dos usuários que precisem ser encaminhados para outros níveis de atenção do sistema de saúde.

No Brasil, as primeiras iniciativas de serviços com foco na APS antecedem o SUS. Mas, somente após a sua implantação, uma política nacional para APS foi configurada. Experiências desenvolvidas em municípios, ao longo dos anos 70 e 80, sob influência de diferentes linhas de pensamento – medicina geral e comunitária, ações programáticas, vigilância em saúde e planejamento estratégico e participativo – inspiraram a criação do modelo brasileiro de Saúde da Família. A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que operou ativamente no Brasil na década de 40 até o final dos anos 80, sob regime autárquico federal, foi pioneira em desenvolver estratégias semelhantes, com foco territorial, trabalho em equipe, responsabilização e vínculo, agentes comunitários de saúde, chamados então de visitantes, entre outros aspectos, embora com cobertura restrita às regiões Norte e Nordeste, em territórios esparsos.

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 e aprimorado nos anos subsequentes, transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituindo-se como o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura da Atenção Primária no país.

O modelo Saúde da Família (ESF) incentiva o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, a responsabilização sanitária, a oferta abrangente de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a participação da comunidade nas ações de saúde, além da inserção dos serviços em redes de atenção à saúde. É a combinação da oferta de cuidados clínicos e das ações de saúde coletiva, desempenhadas por equipes multiprofissionais, com atuação sobre uma dada população, em um determinado território.

Entre meados dos anos 1990 até o ano 2008, a ESF expandiu-se progressivamente, atingindo uma cobertura de cerca de 50,0% da população, embora com um ritmo de crescimento menor em anos subsequentes. Considerando também outros modelos de atenção, a cobertura de APS entre 2008 até 2013 variou de 75,8% para 80,6%. Quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, ou seja, a atenção básica tradicional, a ESF apresenta melhores resultados com relação à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores de saúde, como diminuição de internações por condições sensíveis a APS e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis, segundo uma ampla variedade de trabalhos científicos.^{4, 5, 6, 7, 8}

Embora as evidências tenham demonstrado o significativo impacto da ESF na melhoria de

indicadores de saúde, o ritmo de crescimento da cobertura populacional pela ESF reduziu de velocidade após o ano de 2008. O principal fator limitante da expansão foi à baixa disponibilidade de profissionais médicos para atuar em áreas remotas do país e em regiões rurais e periferias das grandes cidades. Outro desafio a ser enfrentado pela ESF deriva da alta rotatividade dos profissionais médicos que atuam na APS, o que dificulta a formação de vínculos entre equipes, usuários e comunidades.

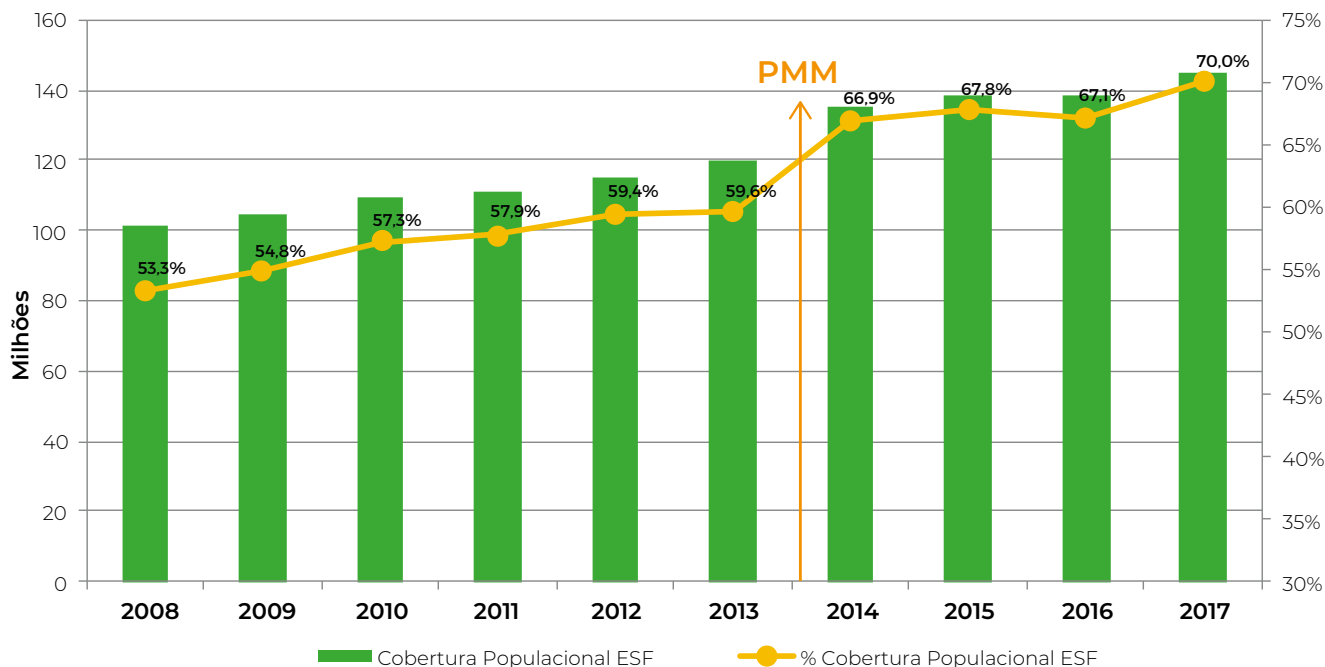
O PMM foi fundamental para mudar o quadro de baixo crescimento de cobertura da APS observado entre 2008 e 2013 e apresentado na Figura 1. O componente “provimento emergencial” do Programa foi responsável por alocar mais de 18 mil médicos, em mais de quatro mil municípios do país. Com isso, a ampliação da cobertura da ESF saltou de 59,4% para 70,0% entre os anos de 2014 e 2017. A expansão foi ainda mais significativa nas áreas de maior necessidade do país, especialmente na região Norte – que apresentava a menor cobertura de ESF antes do PMM.⁹

Um número expressivo de artigos da literatura científica avaliou a contribuição do PMM para a ampliação da cobertura, do acesso e da equidade, apresentando resultados positivos do Programa em relação à expansão das equipes e da ampliação de cobertura da ESF^{9, 10, 11} e melhorias do acesso à APS.^{11, 12, 13}

Observaram-se os mesmos efeitos favoráveis nas zonas rurais e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), nos quais se pôde observar uma ampliação do atendimento por médicos.¹⁴ Com relação especificamente à alo-

FIGURA 1

Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, Brasil de 2008 a 2017.



Fonte: OPAS/OMS Brasil com dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.

cação de médicos, é importante registrar uma maior equidade na distribuição, ao se privilegiar áreas com maior necessidade, a exemplo de municípios de pequeno porte.

Apesar de expressivo, o aumento do número de equipes de ESF (cerca de seis mil) após a vigência do PMM, no período de 2013 a 2018, não correspondeu ao total de médicos alocados pelo Programa (mais de 18 mil). Essa diferença, que reduziu um potencial aumento de cobertura da ESF (com base em uma equipe para cada três mil pessoas) de 54 milhões para 18 milhões de pessoas, poderia ser explicada o fato de que

profissionais do PMM terem sido alocados em unidades de APS que não funcionavam no modelo da ESF. Ou também, à circunstância de ter havido equipes de ESF registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) antes da vigência do Programa que atuavam sem a presença física do médico, ou que substituíram o profissional existente por outro do PMM. Ambas as situações configuraram irregularidades que foram enfrentadas e superadas pelo Programa. Ao todo, estima-se que o aumento de cobertura de APS no Brasil em função do PMM chegou a 36 milhões de pessoas em 2017.¹⁵

Programa Mais Médicos: uma estratégia política para reduzir inequidades

De acordo com a Lei que criou o PMM, um dos objetivos principais do Programa é “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde”. Assim, a aferição da capacidade do Programa em responder a este objetivo é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas, que têm como missão reduzir as inequidades em saúde.¹⁶

Estudos publicados indicam um alcance equitativo do PMM em termos de cobertura de populações que não dispunham de acesso regular e oportuno aos serviços de saúde, um direito garantido na Constituição.^{17, 18, 19, 20}

Quando se analisa a variação no indicador que mede a relação médico por habitantes para o período 2012-2014, por unidades da federação, observou-se aumento em muitos estados, por exemplo: no Maranhão (MA) essa variação passou de 0,58 para 0,67; no Piauí (PI) de 0,92 para 1,02; no Ceará (CE) de 1,05 para 1,15; na Bahia (BA) de 1,09 para 1,17; em Alagoas (AL) de 1,12 para 1,18; na Paraíba (PB) de 1,17 para 1,23; no Rio Grande do Norte (RN) de 1,23 para 1,30; em Sergipe (SE) de 1,30 para 1,37 e em Pernambuco (PE) de 1,39 para 1,47. Percebe-se, assim, que ocorreu um incremento quantitativo de médicos em todos os estados, embora as alterações na razão de médicos por 1.000 habitantes tenham sido discretas.²¹

As regiões Norte e Nordeste foram as mais beneficiadas pelo Programa, sendo que a razão de médicos por mil habitantes na Região Nordeste passou de 1,23 em 2012, para 1,34 em 2014. No Nordeste, os municípios mais beneficiados pelo PMM foram aqueles classificados pelo Ministério da Saúde como abaixo da linha de pobreza. Esses municípios receberam 63% de todos os profissionais alocados na Região. Os Estados mais beneficiados foram BA (27%), CE (19%) e MA (16%), pois dispunham de municípios pertencentes a essa classificação. Seis municípios classificados como pertencentes ao G100 (municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes, baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica) receberam mais de 20 médicos, entre elas, Caruaru e Paulista (PE); Itapipoca e Iguatu (CE); Codó (MA) e Feira de Santana (BA).²¹

Em 2014, os médicos do PMM estavam distribuídos em 3.785 municípios, sendo que 2.377 deles (62,8%), atendiam aos critérios de prioridade e/ou vulnerabilidade e receberam 77% dos médicos.²⁰ Como resultado do provimento reduziu-se em 53% no número de municípios com escassez de médicos. Na região Norte, 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média. Assim, o número de municípios com um ou mais médicos por mil habitantes dobrou de 163 em 2013 para 348 em 2015.²²

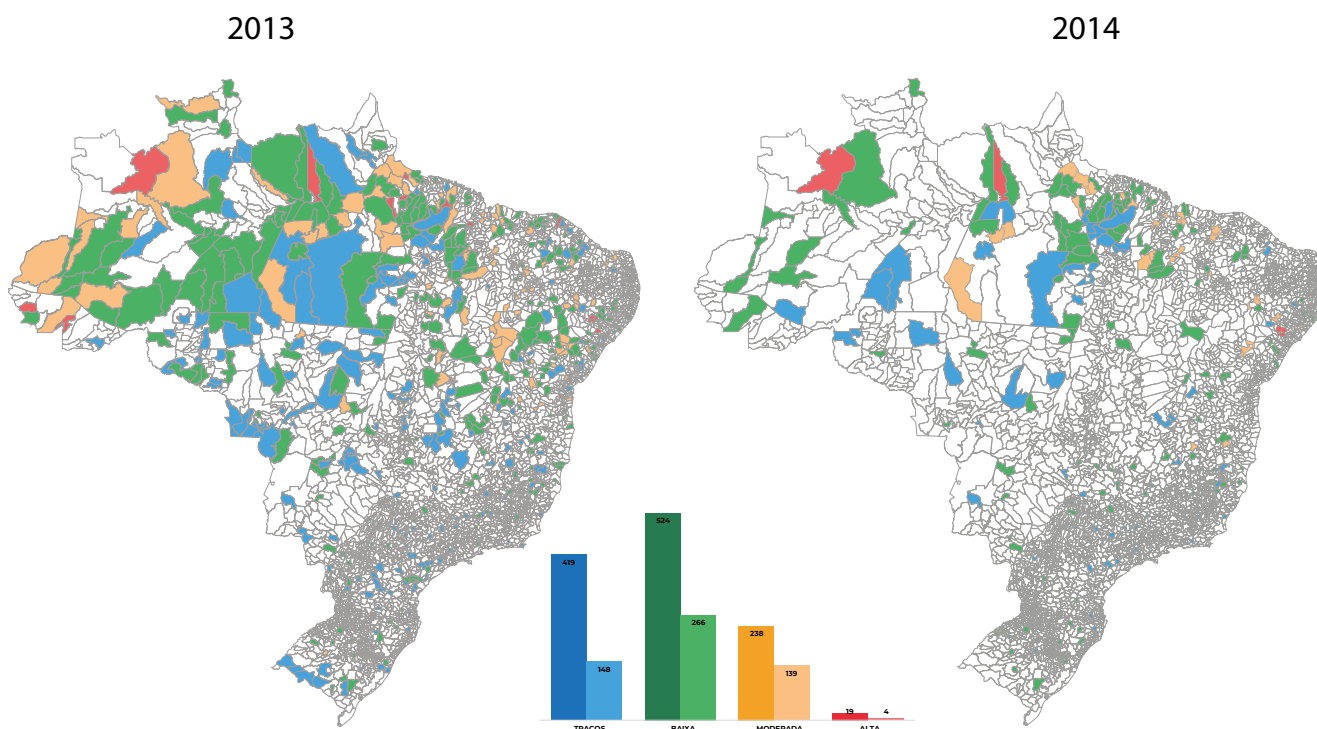
Em suma, a alocação de profissionais pelo PMM permitiu aumentar a relação de médico por mil habitantes em localidades com populações historicamente desprovidas de acesso aos serviços de saúde.

O estudo “Escassez e desigualdade na força de trabalho médica no Brasil” revela que o número de municípios com escassez de médicos na Atenção Básica caiu de 1.200 para 557 após a implementação do Programa Mais Médicos.¹⁷ (Figura 2).

A ampliação da cobertura de médicos foi mais significativa nas Regiões Norte e Nordeste e nos

municípios de pequeno porte, onde a chance de apresentarem escassez era maior, o que certamente contribuiu para redução das inequidades regionais. As populações mais beneficiadas foram as que vivem em áreas rurais, nas populações quilombolas e em municípios em situação de extrema pobreza nas citadas regiões.^{14, 23} Além disso, segundo o Ministério da Saúde, cerca de 700 municípios que nunca tiveram médico residindo no local passaram a contar com a presença desse profissional após o PMM. Em áreas indígenas – Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – onde atuam 309 médicos cubanos, a cobertura pela ESF alcançou 100% da população.

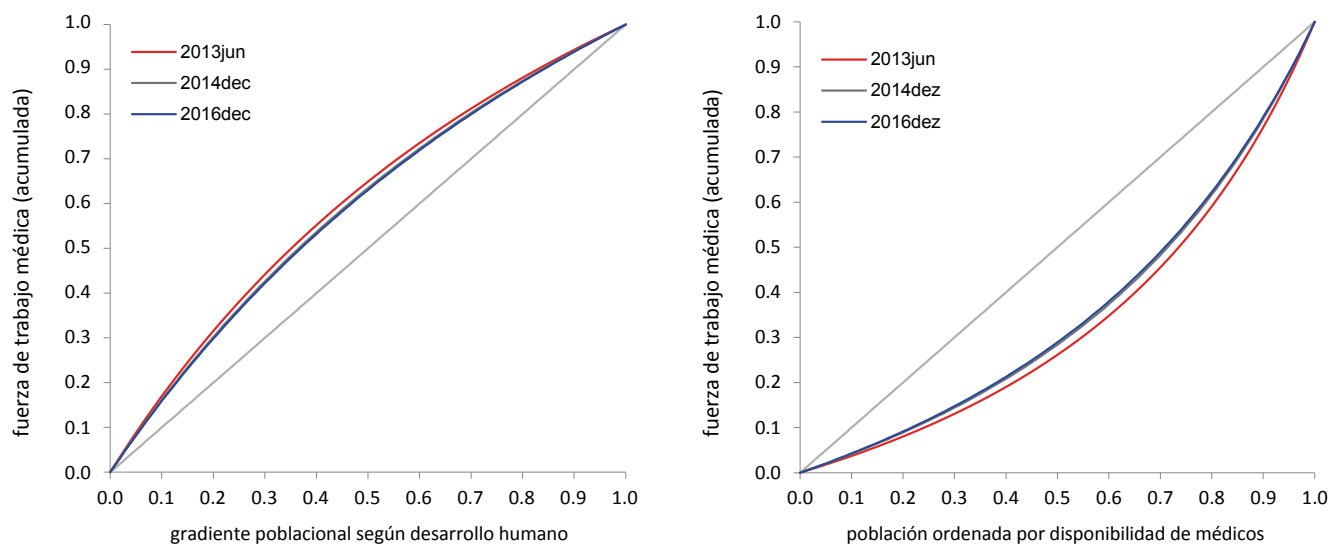
FIGURA 2
Municípios com escassez de médicos na Atenção Básica segundo graus de escassez em 2013 e 2014



Fonte: EPSM/UFMG

FIGURA 3

Acesso geográfico ao recurso médico e gradiente ecossocial de acesso em municípios do Programa Mais Médicos (n=4,203 municípios)



Estudo realizado pela OPAS/OMS Brasil concluiu que foi possível aumentar a média de disponibilidade de 1,86 a 2,22 médicos por 10 mil habitantes nos municípios que receberam médicos do PMM entre os anos de 2014 e 2016. Houve redução significativa da desigualdade na distribuição de médicos entre os municípios do PMM. Foi possível observar uma queda do pseudo-GINI de 33,19% para 29,05%. O potencial de redistribuição para alcançar a equidade reduziu de 25,0% a 20,0%, ou seja, em 2014 haveria que redistribuir, geograficamente, um a cada quatro médicos, em 2016, um a cada cinco médicos. Com relação à desigualdade social, o índice de concentração de médicos reduziu quase três pontos percentuais (de 20,22% a 17,62%) nos municípios que receberam médicos do programa, em comparação com outros municípios que reduziram somente meio ponto percentual.

Os estudos que avaliaram os efeitos do PMM na Região Amazônica, marcada por cenários de profundas desigualdades e pela frequente escassez e rotatividade dos profissionais de saúde, demonstram a contribuição do PMM para a promoção da equidade no SUS. Dentre os resultados destacam-se: a maior presença de médico em tempo integral nas UBS; a melhoria do acesso; uma regular e maior produção de toda a equipe; maior qualidade da atenção; a diminuição de urgências; a redução da rotatividade dos médicos; a diminuição da demanda espontânea pela oferta regular de cuidados; o incremento de consultas e procedimentos, além de melhora na organização da atenção especializada, com consequências na economia de recursos para o município.

Nas áreas rurais da Região Amazônica ainda foram observadas: uma prática clínica diferenciada; a presença constante do médico e a opera-

FIGURA 4

Distribuição de médicos cubanos do PMM nos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI). Brasil, maio de 2018



Fonte: Sistema Integrado de Informações Mais Médicos – SIMM. Disponível em: <https://simm.campusvirtuaisp.org/pt-br>

cionalização dos atributos da atenção primária; a realização de atividades de educação em saúde e de planejamento das ações junto com a equipe; além da ocorrência mais frequente de visitas domiciliares, entre outras.

Um efeito esperado decorrente da diminuição da carência de médicos em áreas vulneráveis é a redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, permitindo melhorar

o desempenho das equipes de APS, aumentar a produtividade e a qualidade da atenção aos usuários. Em 2015, mais de 70% dos municípios tinham aderido ao PMM (cerca de 40% das equipes de Saúde da Família), assegurando a universalização da atenção em quase 100% dos municípios de menor porte. Observou-se, também, a expansão da cobertura para mais de 20 milhões de habitantes e a substituição dos médicos ausentes ou demissionários das equipes

antes implantadas, indicando uma redução da rotatividade e maior fixação dos profissionais.¹⁰

Quanto à produtividade dos serviços, foi observado que, com a implantação do PMM, a mediana do total de consultas médicas no Brasil foi de 285 consultas por mês, o que corresponde a uma média de 14,4 consultas/dia. Nos municípios mais pobres, a produção e a produtividade de consultas pelos médicos do PMM foi mais elevada. O volume de atividades educativas e procedimentos da equipe com o Programa Mais Médicos foi maior nas capitais brasileiras. Assim, pode-se afirmar que o PMM expandiu o acesso aos serviços de saúde nas regiões com maior vulnerabilidade social, contribuindo para a consolidação da atenção primária em todo o território brasileiro.²⁴

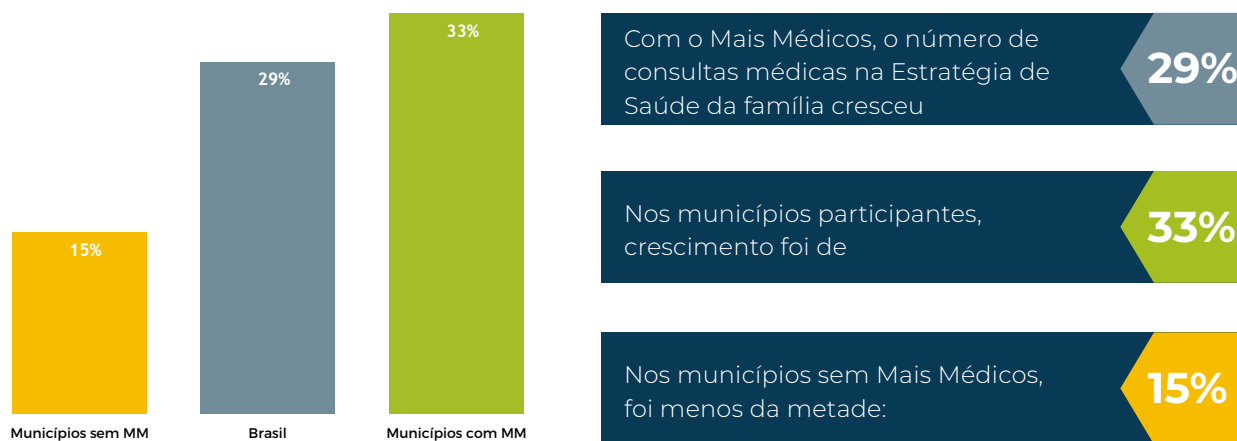
O aumento de cobertura pela APS nas regiões mais carentes e vulneráveis do Brasil culminou com o aumento no número de consultas mé-

dicas e da diversidade no escopo de procedimentos realizados, entre ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de vigilância em saúde. Na Figura 4 pode-se observar um aumento de 33% no número de consultas médicas de ESF no conjunto de municípios que participaram do Programa, enquanto que nas cidades que não receberam médicos pelo PMM o crescimento foi de apenas 15%.

Infere-se que a ampliação do escopo de atividades desenvolvidas no âmbito da APS tenha sido um efeito da presença regular e constante de equipes completas de ESF, com médicos com perfil adequado à APS, o que favoreceu a prestação do conjunto de serviços propostos para o primeiro nível de atenção. Além disso, o PMM contou com apoio de processos de formação e supervisão das práticas em serviço, auxiliando o cumprimento das normas e diretrizes preconizadas.^{25,26}

FIGURA 5

Aumento de consultas médicas no país em municípios sem e com médicos do programa Mais Médicos. Brasil, 2015



Fonte: Rede Observatório do Programa Mais Médicos, 2015.

Mais Médicos, mais resultados em saúde

No Brasil, o Programa Mais Médicos é a maior iniciativa implementada para combater a escassez de médicos. Tem sido concebido como uma política ampla e complexa, com estratégias múltiplas, desde a inserção do médico nas equipes de APS, como ações voltadas para formação e estruturação dos serviços. O eixo de provimento de médicos, por sua vez, definiu a atuação dos médicos no âmbito da APS, em uma perspectiva da integração ensino-serviço, em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. O profissional, durante o período que integra as equipes multiprofissionais, deve participar de diversas atividades de ensino e aprendizagem em serviço. Ou seja, as ações não estão restritas ao mero provimento de médicos, mas envolvem acompanhamento contínuo e desenvolvimento de atividades de educação permanente, com possíveis impactos positivos sobre as práticas desenvolvidas pelos médicos em sua atuação nas equipes.²⁰

O PMM tem sido objeto de inúmeras investigações, revelando o interesse da comunidade científica, dos gestores do SUS, de entidades governamentais e da sociedade civil. As evidências demonstram a contribuição do PMM para a redução na escassez de médicos e das desigualdades na distribuição desses profissionais. Foram observados incrementos na relação de médico por habitante em localidades menos assistidas pelas políticas públicas, como por exemplo, as zonas rurais, as áreas com maior concentração de população quilombolas, em

municípios abaixo da linha da pobreza, nos grandes centros e nos DSEI.^{16,28}

Foram também realizados estudos para a avaliação do impacto do PMM, no que diz respeito ao acesso aos serviços e aos resultados na saúde da população. Carrillo e Feres (2017)²⁹ demonstraram que a implantação do PMM está associada com o aumento do número de médicos, assim como, com o aumento do número de consultas médicas, que foi significativo em todas as faixas etárias, mas de maior magnitude entre as crianças menores de 1 ano; bem como, do aumento no número de consultas de pré-natal realizadas por médicos.²⁷

Outro estudo avaliou o impacto do PMM nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)³⁰, no qual se comparou um grupo de intervenção, composto por municípios que implantaram o PMM no primeiro ano, com um grupo controle, composto de municípios que não receberam médicos do PMM, no período de 2010 a 2016. Os resultados demonstraram que o PMM teve um impacto nas internações sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), a partir de dois anos de sua implantação, com redução das internações de 8,3% para 13,6% no segundo e terceiro ano do Programa, respectivamente.²²

Um conjunto de estudos sobre ICSAP no âmbito do PMM corroborou o resultado citado acima. Um deles identificou um impacto significativo na redução das ICSAP, em especial na Região

Nordeste e em municípios com população vivendo em extrema pobreza e com altas coberturas da ESF.^{9,27} Outro conjunto identificou redução maior das ICSAP no período de 2012 a 2015, com maiores percentuais de redução nas regiões Norte e Centro Oeste e nos municípios com menor porte populacional, sugerindo que o PMM contribuiu para melhoria do acesso e desempenho da APS.¹⁰ Pacheco et al (2017) concluíram que as ICSAP decresceram, no grupo de municípios que aderiram ao PMM de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015 e permaneceram inalteradas nos municípios controle, ou seja, que não aderiram ao Programa. A tendência de redução das ICSAP, verificada nos últimos anos no Brasil, foi 4% maior nos municípios com PMM. Observou-se também a relação entre a redução de ICSAP e a cobertura populacional com ESF com médicos do PMM; assim, enquanto nos municípios com cobertura populacional entre 17% e 36% a redução foi de 5,8% a mais que nos demais municípios, aqueles cuja cobertura populacional foi maior que 36%, a redução no mesmo período chegou a 8,9%.⁹

O Quadro 1 a seguir apresenta uma síntese de estudos publicados na Plataforma de Conhecimentos Mais Médicos^c sobre a relação do PMM com as ICSAP e o aumento do ritmo de redução das internações pelo Programa.

QUADRO 1

Estudos sobre internações evitáveis pela Atenção Primária e o Programa Mais Médicos. Brasil 2017.

Estudos	Resultados
<p>Objeto: número de internações por ICSAP Análise: comparação entre municípios Abrangência: Brasil – municípios que aderiram ao PMM e tiveram aumento de médicos superior a 15%, com municípios que aderiram ao programa e tiveram aumento inferior a 15% no número de médicos e municípios que não aderiram ao PMM Período: 2010-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nos municípios que aderiram ao PMM e obtiveram um número de médicos maior de 15%, a redução de internações foi de 8,3% no segundo ano programa e de 13,6% no terceiro ano. ▪ Quando comparados aos municípios que não participaram do PMM, os municípios que receberam médicos em 2013 apresentaram uma redução de 6,3% no 1º ano, 8,2% no 2º e 15,8% no terceiro ano. ▪ Municípios que receberam médicos apenas em 2014, não tiveram redução em 2013, mas reduziram em 7,9% no 2º ano e 12,5% no 3º ano. ▪ Houve uma média de redução de 8 internações/10.000 hab./ano. ▪ A redução em média de 23.148 hospitalizações, produziu uma economia estimada de US\$ 6.185.019,85.

^c A Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos é uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco a OPAS-OMS e Ministério da Saúde. Constituem uma ferramenta de interação entre pesquisadores, gestores e demais atores do setor saúde que reúne informações e evidências científicas provenientes das pesquisas sobre o Programa Mais Médicos. (<http://maismedicos.bvsalud.org>)

Estudos	Resultados
<p>Objeto: número de internações por ICSAP Análise: comparação entre séries temporais Abrangência: Brasil e macrorregiões do país Período: 2009-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre 2009-2012 a redução das ICSAP foi de 7,9% e no grupo com médicos do PMM foi de 9,1%. ▪ Observou-se uma maior redução nas regiões Norte (21%) e Centro Oeste (19%) e nos municípios com população entre 100 e 200 mil habitantes (18,2%) e entre 30 e 100 mil hab. (15,8%).
<p>Objeto: taxas de ICSAP em crianças menores de 5 anos Análise: comparação entre municípios Abrangência: Brasil – municípios que aderiram ao PMM e que não aderiram ao programa Período: 2008-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O PMM foi associado à redução das ICSAP nos municípios mais pobres (redução de 4,8%), especialmente por gastroenterite e asma. ▪ Reduziu também os custos de internação por CSAP. ▪ Os testes de consistência e robustez da associação sugerem que é o aumento de médicos foi o responsável pela redução. ▪ Antes do PMM, a taxa de ICSAP era 12% maior em municípios mais pobres que nos demais. Após a implantação do Programa, a diferença reduziu para 5%. A implantação do Programa explica aproximadamente 70% dessa redução.
<p>Objeto: proporção de internações por ICSAP (17 grupos) Análise: comparação entre municípios Abrangência: Brasil – 1708 municípios prioritários (20% ou mais da população em extrema pobreza e em áreas de fronteira); 1450 municípios que aderiram ao PMM comparados a 258 que não aderiram ao programa Período: 2011-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observou-se redução das ICSAP (de 45% a 41% do total das hospitalizações) nos municípios prioritários que aderiram ao programa e uma estabilidade naqueles que não aderiram.
<p>Objeto: taxas hospitalização Análise: comparação entre séries temporais Abrangência: Região do Vale do Ribeira/SP Período: 2011-2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observou-se redução das internações por outras causas, mas não por CSAP (é possível que não se tenha observado redução das ICSAP pelo curto período de observação após a implantação do PMM).
<p>Objeto: número de internações por ICSAP Análise: comparação entre séries temporais Abrangência: Região Nordeste do Brasil Período: 2012-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução das ICSAP entre 2008 e 2014 em todos os estados, exceto no Maranhão. ▪ Redução das ICSAP entre 2013-2014 em todos os estados, mesmo naqueles que aumentaram ou estabilizaram as taxas entre 2008-2012. ▪ Redução de 35% nas internações por diarreia e gastroenterite após a introdução do PMM.
<p>Objeto: número de internações por ICSAP Análise: comparação entre séries temporais Abrangência: Região Metropolitana de Porto Alegre Período: 2012-2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se observou alteração significativa nas taxas ICSAP
<p>Objeto: número de internações por ICSAP Análise: comparação entre municípios Abrangência: Estado do Rio Grande do Sul: municípios que adotaram e não adotaram o PMM (excluiu Porto Alegre) Período: 2010-2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não houve redução, sugere que talvez pelo curto período de análise ou por um caráter substitutivo da implantação do PMM no estado.
<p>Objeto: taxas de ICSAP em menores de 5 anos de idade Análise: comparação entre séries temporais Abrangência: região do Marajó-PA Período: 2011-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor ICSAP a partir de 2014 – tendência de queda das ICSAP. ▪ Diminuição das internações por gastroenterite aguda, com tendência significativa. ▪ Aumento das internações por pneumonias. ▪ O PMM contribuiu para a redução das hospitalizações em menores de 5 anos. Municípios de menor IDH mantiveram taxas elevadas.

Outra investigação explorou o impacto do PMM em diversos eventos de saúde utilizando duas abordagens para definição da intervenção³². Primeiro, uma variável discreta, sem considerar o tempo de adesão dos municípios, e segundo, dado pelo número de médicos enviados aos municípios participantes em cada ciclo. As conclusões foram que o PMM apresentou resultados positivos em termos de melhorias no atendimento à população, com aumento no número de consultas nas várias faixas etárias; aumento nos encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outros; aumento no número de exames e visitas domiciliares e, redução de internações em geral, por doenças infecciosas e parasitárias e por doenças respiratórias. A maioria dos efeitos foi observada considerando a intervenção como variável discreta. Por outro lado, não foram encontrados efeitos do PMM sobre a mortalidade e, ao adotar recortes regionais, resultados não esperados foram observados, como o aumento de alguns indicadores de mortalidade, o que foi atribuído a uma possível subnotificação de óbitos anterior ao PMM e à epidemia de Zika vírus.²⁸

Um dos objetivos do PMM é fortalecer a prestação de serviço de Atenção Primária no país e para tanto se espera, que na formação dos médicos em APS sejam desenvolvidas aptidões e atitudes, princípios e valores pessoais que permitam a responsabilização sanitária, a criação de vínculo e humanização da atenção à saúde, para garantir a integralidade do cuidado e dar conta da APS em toda a sua complexidade.

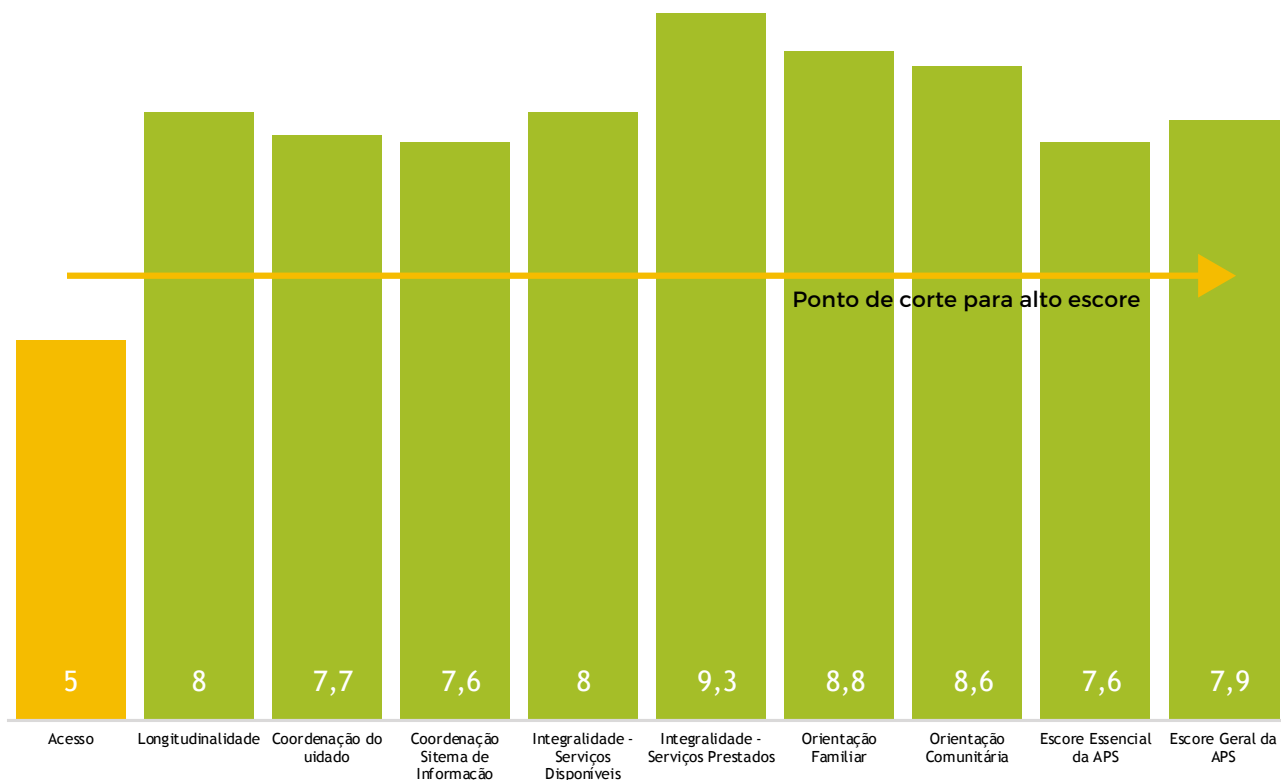
Dessa forma, alguns estudos também procuraram demonstrar a integralidade nas práticas no PMM, tanto na dimensão da abordagem biop-

sicossocial do cuidado com orientação comunitária, quanto do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Os médicos cubanos apresentam perfil compatível para atuação na APS, pois executam um leque amplo de ações e serviços e são atentos às demandas sociais e epidemiológicas do território. Demonstram ser profissionais que possuem marcante capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção.³³

Os serviços que receberam profissionais do PMM também foram avaliados utilizando o Instrumento para Avaliação da Atenção Primária, sigla do termo em inglês no Brasil PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), que mede o grau de força dos atributos da APS em serviços de saúde. Participaram da avaliação mais de oito mil médicos cubanos do PMM em um dos estudos,²³ e outro estudo com cerca de seis mil usuários de serviços com médicos do PMM e com médicos de ESF vinculados e não vinculados ao PMM. Observou-se que, na média, os serviços têm alto grau de orientação para a APS em todas as regiões do país, tanto pela avaliação dos usuários, como dos médicos do PMM. O escore geral e dos demais atributos de força da APS foram superiores ao ponto de corte considerado de nível alto, com exceção do atributo acesso, que ficou abaixo de cinco (ver Figura 6). Apesar da alocação emergencial de médicos do PMM ter sido efetiva para ampliar o acesso da população à APS e mudar o modo de organização dos serviços para torná-los mais acessíveis, permanecem como desafios, por

FIGURA 6

Escores dos atributos de Atenção Primária nos serviços com médicos cubanos do programa Mais Médicos. Brasil, 2016.



Fonte: OPAS, 2018.

exemplo, a inexistência de horário estendido de funcionamento das UBS e a indisponibilidade de serviço de telemedicina. Merece atenção também o alto escore de longitudinalidade – que mede o vínculo dos usuários com profissionais de saúde – relativo aos médicos cubanos do PMM. Embora existam diferenças culturais e de idioma, médicos de outras nacionalidades, predominantemente cubanos, desenvolvem vínculo com seus pacientes na mesma proporção dos profissionais brasileiros.

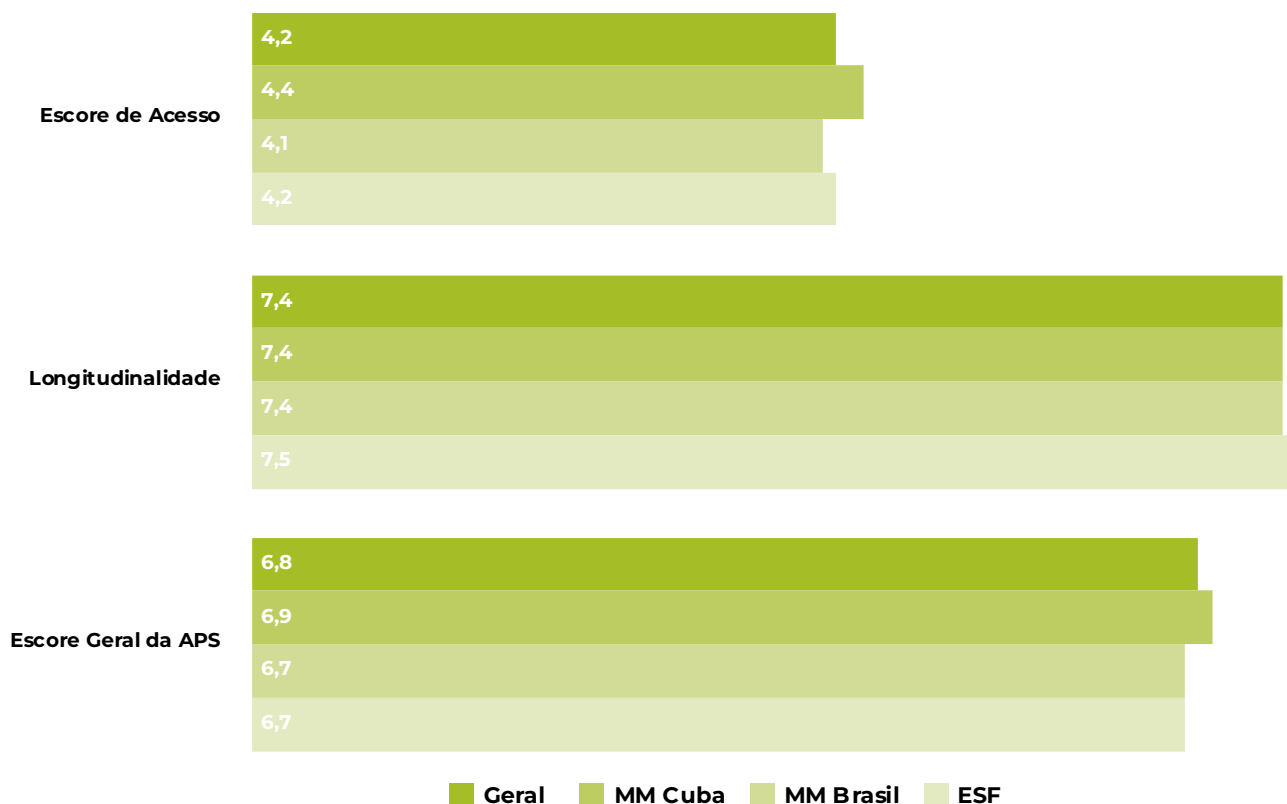
Na Figura 7 é possível visualizar os escores de acesso, longitudinalidade e escore geral da APS na avaliação dos usuários adultos que consultaram com médicos cubanos do PMM, com

médicos brasileiros do PMM e com médicos brasileiros da Estratégia Saúde da Família não vinculados ao PMM. Os resultados demonstram que não há diferença significativa entre os grupos. As equipes com médicos, brasileiros ou estrangeiros, do PMM se equipararam aos resultados das equipes de Saúde da Família, que representam o melhor padrão para a APS no SUS.

Com relação à qualidade dos serviços de APS com médicos do PMM, pode-se constatar que é possível incorporá-la aos serviços com forte orientação para a APS, com qualidade, mesmo em contextos menos favorecidos socioeconomicamente. Isso reforça a evidência de

FIGURA 7

Escore médio de Acesso, Longitudinalidade e Escore médio Geral da APS na avaliação dos usuários adultos que consultam com médicos cubanos (MM Cuba) e brasileiros (MM Brasil) vinculados ao PMM e médicos brasileiros não vinculados ao PMM (ESF). Brasil, 2016.



Fonte: OPAS, 2018.

que médicos com formação em APS são mais adequados aos serviços e produzem resultados melhores se estiverem inseridos em equipes de Saúde da Família. O bom desempenho dos serviços de saúde com médicos do PMM foi confirmado, dado seu alto grau de orientação à APS, o que revela que o PMM é uma alavanca que impulsiona o desenvolvimento da APS no SUS e que a Estratégia Saúde da Família é o melhor caminho para fortalecer o sistema de saúde em direção a saúde universalizada de fato.²³

Estudo qualitativo, promovido pela OPAS/OMS Brasil, relativo aos médicos cubanos, analisou

inovações e transferências de conhecimento no âmbito do PMM e também identificou práticas inovadoras em três grandes áreas: promoção e prevenção; prática clínica; e gestão. Na prática clínica destaca-se o acolhimento e a humanização do cuidado, o que é esperado para o desempenho da ESF, cujas práticas foram reconhecidas pelo usuário como uma expressão de atenção e de respeito. Outro ponto relevante foi a relação médico-paciente, devido à disposição do médico de integrar o cuidado clínico ao apoio familiar, visando fortalecer o autocuidado do usuário. A capacitação profissional em procedimentos clínico-terapêuticos, também

propiciou uma atuação mais efetiva da atenção prestada. Na área de promoção e prevenção em saúde, os médicos cubanos do PMM se destacaram por meio das inovações inseridas na APS para captar e envolver os usuários nas estratégias desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, considerando o contexto em que o usuário vive e uma abordagem holística do processo saúde-doença. Já na área da gestão de serviços, os profissionais foram capazes de buscar outros recursos da saúde para tentar resolver os problemas enfrentados no dia-

-a-dia com os pacientes. Porém, apesar dos esforços despendidos, a dificuldade enfrentada para o encaminhamento do paciente para procedimentos de média complexidade foi evidente, devido à fragilidade da rede de atenção. Conclui-se que a presença física e constante dos médicos nos serviços e na comunidade fortaleceu o trabalho em equipe, a ampliação de procedimentos e práticas clínicas preconizadas para APS e o vínculo com os usuários, o que auxilia na aderência aos tratamentos.²⁴

Estratégias como o Programa Mais Médicos precisam ser mantidas e consolidadas para garantir o acesso universal e reduzir as desigualdades em saúde

À luz dos resultados alcançados, o PMM tem se demonstrado uma política pública inovadora, de abrangência nacional, ousada e efetiva para reduzir as desigualdades na distribuição dos profissionais médicos no Brasil, uma consequência da inequidade estrutural e causa principal do limite para expansão da APS no país. Apesar dos resultados satisfatórios obtidos na redução do déficit de recursos humanos, em especial de médicos, os desafios estruturais na organização do SUS como, a ampliação do financiamento público, as melhorias na gestão e na governança do sistema, a relação entre setor público e privado, persistem. Assim como, também permanecem os desafios conjuntu-

rais, tais como, mais investimentos em estrutura física nos serviços, mudança do modelo de atenção e do paradigma de formação em saúde, entre outros, que precisam ser enfrentados para sustentabilidade do Programa e para que o direito constitucional à saúde seja garantido no Brasil.

Um dos pontos chave da formulação do PMM foi articular os eixos de provimento emergencial de médicos, formação de recursos humanos em saúde e investimento em infraestrutura. A sinergia entre esses três eixos é necessária para o sucesso desta política em médio e longo prazo.

O impacto positivo do provimento emergencial em curto prazo, alocando mais 18 mil profissionais médicos em serviços da APS em lugares antes carentes ou deficitários, com tutoria acadêmica e supervisão para qualificação profissional, foi visível nos primeiros anos do Programa. Pesquisas demonstram a satisfação da população e a aprovação dos gestores, além de melhorias em indicadores de cobertura, acesso, qualidade do cuidado e equidade no SUS. Uma redução ou eliminação deste componente do Programa, aspecto que seguidas vezes é trazido ao cenário político atual, de fato comprometeria seriamente e de maneira imediata a APS no SUS.

Transformar as posições de médicos do PMM em postos permanentes de trabalho, mantendo a cobertura alcançada pela ESF em todo o país é indispensável. Nesse sentido, uma das opções possíveis para concretização disso consiste na criação de uma carreira nacional para a APS no SUS, com gestão tripartite, visando garantir a sustentabilidade financeira necessária para dispor de médicos e equipes de Saúde da Família completas.

Não há dúvidas de que o recrutamento internacional de médicos se revelou como uma estratégia política eficaz. Estudos sobre o desempenho dos médicos cubanos do Programa (o maior contingente estrangeiro), demonstraram a facilidade desses profissionais para estabelecer vínculos com a comunidade e a propensão para atuarem sobre os determinantes sociais. Estes resultados sugerem que tal estratégia poderia ser mantida para garantir a presença de profissionais em áreas remotas ou de maior dificuldade para provimento.

O eixo formação de recursos humanos do PMM, por sua vez, é essencial para garantir provimento necessário em quantidade e qualidade de profissionais em longo prazo. É preciso que as ações previstas nesse eixo sejam intensificadas. Estratégias regulatórias que incidam sobre a abertura de vagas para cursos de graduação em saúde – em especial medicina – e para residências médicas e multiprofissionais – com ênfase na APS – devem fazer parte da agenda estratégica do país. O sistema de saúde deve ter maior protagonismo na definição de diretrizes curriculares para formação em saúde, conforme previsto no artigo 200 da Constituição Federal, de modo que as principais necessidades de saúde sejam abordadas na formação dos futuros profissionais de saúde. Portanto, considera-se fundamental estimular o diálogo entre os principais atores envolvidos para que se retomem as medidas previstas no PMM, para que as metas de recursos humanos para o SUS sejam alcançadas.

Considera-se que o investimento previsto em infraestrutura na APS não foi alcançado a contento no PMM. Apesar de o Programa ter realçado a importância estratégica da APS, não foi capaz de transformá-la numa prioridade política e financeira na agenda do SUS. A carência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde compromete o alcance dos objetivos do Programa.

Além da legitimação pelos resultados positivos do provimento emergencial, o PMM conseguiu transcender as mudanças governamentais resistir à pressão contrária das entidades médicas e superar as acusações de inconstitucionalidade. Mesmo assim, a sustentabilidade do Programa não está garantida, posto que as me-

didadas de austeridade, com os cortes de recurso financeiro abrem campo às reduções de recursos destinados ao SUS.

Reforça-se que a experiência inovadora do PMM, em um país grande, complexo e desigual como o Brasil, pode ser compartilhada entre países que vem enfrentando desafios na área de recursos humanos e de formação em saúde. A sistematização de conhecimento sobre as soluções encontradas para a implementação das ações no nível local também constituem legados importantes para o SUS. E mais, carregam a mensagem que é possível implementar

mudanças e estratégias ousadas que contribuam para a universalização da saúde, além de prestar cooperação técnica com outros países. O benefício é mutuo e deve estar baseado em princípios como a solidariedade, a equidade e o benefício da população.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Renato Tasca e Carlos Rosales.

Julio Suárez e Gabriel Vivas foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor; 66ª Sessão do comitê regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Resolução CD53/5, Rev.2; 2014.
2. Molina J; Suarez J, Tasca R. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.9 Rio de Janeiro set. 2016.
3. Starfield B. Atención primaria: Equilíbrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
4. World Health Organization. Primary health care. Geneve: World Health Organization; 1978.
5. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Millwood) 2010 Dec; 29(12): 2149-60.
6. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. J Epidemiol Community Health 2006 jan; 60(1): 13-9.
7. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC Public Health 2010 jun; 10:380.
8. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ 2014 Jul; 349:g4014Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Interface (Botucatu) 2017; 21(Supl.1):1169-80.
9. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research 2006 Dec; 6:156.
10. Pinto HA, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu) 2017; 21(Supl.1): 1087-101.
11. Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA, dos Santos Neto PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. Educ. Saúde 2017 Abr; 15 (1):131-45.
12. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. Interface (Botucatu) 2017; 21(Supl.1): 1181-92.
13. Schweickard JC, Lima RTS, Ferla AA, Martino A. O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. Saúde em Redes 2016; 2(3):328-41.

14. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção primária na visão dos médicos cooperados. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(Supl.1):1257-68.
15. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(Supl.1):1169-80.
16. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira LL, de Oliveira FP, González JEC, Shimizu HE, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panamericana de Salud Pública* 2017; 41: e130. doi: 10.26633/RPSP.2017.130.
17. Medina MG, Fidelis PA, Franco CM. Mapeamento e análise da produção acadêmica sobre o Programa Mais Médicos 2016 a 2017. Relatório contendo a metanálise da produção científica do PMM enviado a Organização Pan-Americana da Saúde. (no prelo).
18. Girardi SN, van Stralen ACS, Cella N, Wan Der Mass L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médico na redução da escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2675-2684.
19. Campos GWS, Pereira Jr N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-2663.
20. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552
21. Oliveira JPA; Sanchez MN; Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2719-2727, 2016.
22. Nogueira PTA, et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2889-2898, 2016.
23. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ* 2017 Feb; 95(2):103-12.
24. Kemper ES. Programa Mais Médicos: Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde. Brasília. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília; 2016.
25. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21: 2685-2696.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da produção científica. Brasília: OPAS; 2017. OPAS/BRA/17-029 16.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos como expressão de Cooperação Sul-Sul: transferência de conhecimentos e inovações. Brasília: OPAS; 2018. OPAS/BRA/18-010.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Anteprojeto de avaliação de impacto do Programa Mais Médicos (eixo provimento emergencial). Brasília: OPAS; 2018.
29. Kemper ES, Mendonça AVM, de Souza MF. Programa Mais médicos: panorama da produção científica. *Cien Saude Colet* 2016 Set; 21(9):2811-20.
30. Carrillo B; Feres J. More doctors, better health? Evidence from a physician distribution policy. University of York, Health, Econometrics and Data Group, WP 17/29, November 2017.
31. Fontes LF; Conceição O; Jacinto PA; Saraiva M. (2017) Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: evidence from Brazil's More Doctors Program. ANPEC Sul. [s.l: s.n.].
32. Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92. Mazetto D. Assessing the impact of the "Mais Médicos" program on basic health care indicators. Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. 2018.
33. Franco CM. A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde PÚBLICA] – Instituto Oswaldo Cruz; 2017.
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. Brasília: OPAS; 2018. OPAS/BRA/18-004.

Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde

Monica Padilla¹, Isabela Cardoso M. Pinto²,
Tânia Celeste M. Nunes³

¹ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

² Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

³ Vice Presidência de Ensino, Informação e Comunicação/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Introdução

A comemoração dos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma oportunidade para a reflexão da agenda nacional da área de Trabalho e Educação em Saúde, articulada com o movimento internacional para atingir a meta de Saúde Universal. Tal é o objeto do presente ca-

pítulo, no qual se reflete sobre as políticas, programas e ações da área, identificando os avanços e os desafios que convergem para a defesa do direito universal à saúde no Brasil e a sustentabilidade do SUS.

Breve resgate da trajetória da área de Trabalho e Educação em Saúde

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)^a impulsionou debates e críticas dos conceitos que balizam a saúde pública e a própria organização do sistema de saúde no Brasil, estabelecendo sinergia entre a discussão dos processos de formação de profissionais do setor e a visão de um novo sistema de saúde de caráter universal e inclusivo, que viria a se constituir como SUS.

A RSB buscou, assim, superar as desigualdades sociais e iniquidades em saúde o que favoreceu a abertura de linhas de pesquisa, cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de outras atividades de capacitação, contribuindo para a formação de um pensamento crítico capaz reorientar políticas e práticas relacionadas ao campo de Trabalho e Educação na Saúde.

Dentro de tal marco é que foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), ainda nos anos 70, coordenado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que se transformou em importante instrumento de aglutinação de ideias nos serviços e nas universidades, nas quais já se vinha exercendo a crítica ao modelo vigente¹. O debate em torno da chamada *Integração Docente Assistencial* (IDA), por sua vez, induziu o contato entre as equipes de docentes e os alunos vinculados a departamentos universitários de Medicina Comunitária com profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, na busca de alternativas para transformar o sistema de saúde pela via da problematização².

Esses e outros movimentos fizeram parte ou decorreram da RSB, que contou com forte influência

a O movimento da Reforma Sanitária repercutiu significativamente na formulação das políticas governamentais e de reconstrução do Estado na Nova República, assumindo um perfil de políticas públicas indutoras que se configuraram em torno do tema “Saúde e Democracia” cujo ponto áureo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986^{3,10}

do arcabouço teórico da Medicina Social, gerado nos Departamentos de Medicina Preventiva em articulação com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)^{2,3,4,5}.

A riqueza desse processo provocou a fertilização de iniciativas que podem ser consideradas embriões no campo do Trabalho e Educação na Saúde – o pensamento de Cecília Donnangelo sobre o mercado de trabalho médico⁶, as relações entre saúde e sociedade⁷, a crítica de Sérgio Arouca sobre a Medicina Preventiva⁸, a contribuição de Eleutério Rodriguez Neto sobre a proposta de Integração Docente-Assistencial², além dos estudos de Mendes Gonçalves sobre as dimensões sócio históricas das práticas de saúde⁹. Este contexto configurou um movimento de natureza crítica, impulsionado pela análise dos determinantes sociais das desigualdades e das iniquidades em saúde e pela sintonia ou crítica aos movimentos ideológicos de reforma na organização dos serviços e das práticas de saúde no Brasil.

O movimento pela RSB incorporou conceitos e propostas oriundas desses estudos e debates, desdobrando-se em um processo de mobilização política e social que culminou na incorporação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988¹¹ e na aprovação das Leis 8080/90¹² e 8142/90^{13,3,14}.

A implementação do SUS desencadeou esforços de reconfiguração das práticas e de ampliação e descentralização dos serviços de saúde, suscitando a necessidade de redefinição dos processos de formação e de qualificação profissional, bem como dos procedimentos de

inserção e de distribuição dos trabalhadores no setor, o que contribuiu sobremaneira para a dinamização do debate sobre Trabalho e Educação na Saúde.

Nessa perspectiva, é imprescindível compreender a imbricação dessas duas áreas e a relevância de pensá-las de forma articulada, expressando um campo temático de natureza estratégica, com atividades técnico-científicas, permeadas por fenômenos sociais e culturais que não podem ser desconsiderados no processo de construção de sistemas universais e inclusivos.

Temas como “ensino médico”, “integração docente assistencial”, “formação em saúde pública”, “educação permanente em saúde”, “formação técnica”, “educação a distância”, “multi, trans e interprofissionalidade”, “redes”, “formação de gestores”, “força de trabalho”, “mercado de trabalho”, “carreiras”, “terceirizações”, “precarização”, “planos de cargos e salários”, “migrações e distribuição de pessoal de saúde”, “captação e fixação dos profissionais de saúde”, além de outros, passaram a integrar o repertório das políticas de educação e gestão do trabalho na saúde, além de impulsionarem o desenvolvimento científico, a formação de quadros especializados e a organização de grupos de pesquisa em todo o país.

A integração entre as instituições formuladoras de políticas, as escolas de saúde pública, os institutos de pesquisa e as universidades propiciou a intensificação da geração de conhecimento, o que foi potencializado pelo surgimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos¹⁵. Esta Rede se expandiu em todo o território na-

cional, com vocações específicas, favorecendo uma grande diversificação de temas sobre as políticas da área, com expressões diferenciadas dos problemas de pesquisa, seja com produção mais abrangente, de alcance nacional e internacional, ou de caráter focal, em apoio ao desenvolvimento das políticas regionais.

A Rede de Observatórios de Recursos Humanos é coordenada pelo Ministério da Saúde, com apoio permanente da OPAS/OMS, e está articulada à Rede Latino Americana de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde¹⁶. Entre os temas trabalhados destacam-se: força de trabalho e mercado profissional; condições laborais (remunerações, vínculo); migrações; aspectos fiscais e grau de investimento em recursos humanos; regulação das profissões; estudos sobre políticas e programas nacionais, tais como a Política de Educação Permanente em Saúde^b (EPS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Formação do Pessoal de Enfermagem (PROFAE), além de outros.

O desenvolvimento da área de gestão do trabalho e educação em saúde não se expressa somente na produção científica, mas também na participação ativa em espaços estratégicos como congressos da Abrasco^c e da Rede Unida e ainda nos colegiados representativos de gestão técnica e política do SUS (CIB, CIT por exemplo), no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), no Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e na Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ao longo das últimas décadas, as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos se constituíram em arenas de debate político em torno de questões estruturantes de novas agendas para os processos educativos e da formulação das políticas de trabalho^{17,18}.

No entanto, ao se analisar as deliberações das Conferências na área de Trabalho e Educação na Saúde, é possível observar, a reedição de críticas e de propostas realizadas em momentos anteriores. Uma situação que instiga a reflexão acerca dos motivos do escasso avanço relativo aos direitos dos trabalhadores e à institucionalização das carreiras no SUS, observando-se ainda uma distância marcante entre as temáticas da formação profissional e das necessidades de saúde da população.

E, para além da produção científica, e da participação em espaços estratégicos, a área de gestão do trabalho e educação em saúde vêm se expressando nas políticas públicas em um conjunto de programas e ações que respondem aos crescentes desafios da área no SUS, o que pode ser mais bem apreciado no Quadro 1 a seguir.

b A Educação à Distância foi inicialmente desenvolvida pela ENSP-FIOCRUZ, numa estratégia associada à criação da Escola de Governo em Saúde, sendo posteriormente expandida e diversificada pela proposta da UNASUS, com a condução do Ministério da Saúde. Essa iniciativa produziu a agregação de novas tecnologias em EAD, e um grande incentivo à expansão para grandes clientelas e permanente renovação tecnológica.

c A ABRASCO criou, na década de 1990, um Grupo de Trabalho de Recursos Humanos e Profissões, que adotou, posteriormente a denominação de GT de Trabalho e Educação na Saúde.

QUADRO 1

Síntese das políticas de trabalho e educação na saúde

Década	Ano	Políticas/Ações
1970	1974	Programa de Integração Docente- Assistencial (IDA)
	1975	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) Cursos Descentralizados de Saúde Pública
	1976	PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, criado pelo Decreto nº 78.307 de 1976
1980	1981	Projeto Larga Escala (PLE)
	1985	Rede Unida
	1986	I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1987	Projeto de capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU)
	1988	Constituição Federal
1990	1990	Leis 8.080 e 8.142
	1990	Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade)
	1993	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS)
	1993	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NORH-SUS) II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1999	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)
2000	2000	Princípios e Diretrizes para a NOBRH-SUS
	2001	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde (DCN)
	2001	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED)
	2002	VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde)
	2003	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
	2003	Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS
	2004	Política de Educação Permanente em Saúde
	2004	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Comissão Especial para elaboração de diretrizes do PCC-SUS
	2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
	2005	Residências em Saúde
	2006	3ª Conferência Nacional de RHS. Política de Gestão do Trabalho
	2006	Qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS – ProgeSUS
	2007	TELESSAÚDE
	2008	PET-SAÚDE
2009	PROFAPS	
2010	2010	Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
	2010	Sistema FIES (Lei 12.202)
	2011	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)
	2011	INOVA-SUS
	2011	Revalida
	2012	Saúde Baseada em Evidências
	2013	Programa Mais Médicos
	2013	Caminhos do Cuidado
	2014	Comunidades de Práticas
	2014	Lançamento da Agência Nacional de Acreditação Pedagógica (AAP-ABRASCO)
2018	Programa de Formação de Agentes de Endemias (PROFAGS)	

Em 30 anos de SUS houve um crescimento exponencial da oferta de serviços públicos em saúde, bem como a ampliação dos postos de trabalho, abrindo mercado para um número expressivo de novos profissionais. Consequentemente, ampliou-se a oferta formativa, com uma significativa diversidade de temas, favorecendo o diálogo entre os atores do SUS e a incorporação de inovações no interior do mesmo.

No entanto, não basta perceber o crescimento da oferta de cursos e de postos de trabalho, é importante também analisar os modos como tal ampliação e inserção profissional vêm ocorrendo. Faz-se necessário, assim, aprofundar

as análises, para dar respostas a uma série de questões, a saber: Que necessidades são requeridas pela população e seus coletivos? Como a força de trabalho responde às necessidades da população? Que modalidades de emprego e condições laborais são necessárias? Qual deve ser o conteúdo da formação em saúde? Como fixar os trabalhadores? Qual a valorização social da força de trabalho em saúde? Como regular a formação e o exercício da prática profissional? Que direitos trabalhistas é possível garantir? Como as questões econômicas influenciarão novos ciclos de políticas de saúde e de educação e trabalho? E que parcerias precisam ser feitas na perspectiva da defesa e aprimoramento do SUS?

Educação e Trabalho em Saúde: uma revisão de literatura

As políticas públicas no campo da formação e da gestão do trabalho em saúde no Brasil estimularam a realização de estudos e pesquisas, que constituem um acervo científico na área^{19, 20}. Assim, temas sobre o fortalecimento da atenção primária à saúde, à integralidade e à humanização, foram postos em cena, tais como: Educação Permanente, Educação Popular, Enfermagem e Agentes Comunitários De Saúde, Saúde da Família, PET Saúde, Integração, Ensino X Serviço e Comunidade,

Educação Médica, Sustentabilidade das Escolas Técnicas, Educação à Distância e Tecnologias Educacionais, Educação Interprofissional, além de programas como Promed, Prosaúde, Provac; Mais Médicos, Bacharelados Interdisciplinares, entre outros.^d

A formação dos profissionais de saúde tem sido a principal temática estudada, sendo que a maioria dos trabalhos na área analisa as experiências de reformas curriculares, as metodolo-

^d Vale destacar que nesses trabalhos prevalece uma referência à relação ensino x serviço x. academia e sociedade, que permeou a construção de arranjos de políticas e de propostas de formação para essa área desde a década de 1970, criando uma relação mais orgânica entre os órgãos condutores das Políticas de Saúde, as Escolas Técnicas e de Saúde Pública, as Universidades e Institutos de Pesquisa, com contribuições importantes da OPAS/OMS e das entidades de representação nacional, como Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS, em consonância com a matriz de orientação do SUS de caráter universal, inclusivo e com estímulo às práticas participativas.

gias de ensino-aprendizagem e de articulação ensino-serviço. A configuração, as tendências do mercado de trabalho em saúde e as características do processo de trabalho em diversos espaços e instituições são outros temas bastante estudados.

Girardi (2002), destaca que algumas das reconfigurações mais expressivas e controvertidas dos mercados de trabalho em saúde ensaiadas ao longo da década de 1990 no Brasil escapam dos registros e estatísticas oficiais. Entre tais conformações estão a municipalização do emprego em saúde; o crescimento do mercado de trabalho; a medicina suplementar; a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor; a precarização das relações laborais no interior dos mercados formais, além do vigoroso crescimento da assim chamada “outra saúde”. Da mesma forma, ficaram relativamente fora das discussões os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e explosão das sociedades civis de profissões regulamentadas, bem como novas formas da autonomia integrada ou de segunda geração, predominante entre os médicos, embora não a eles limitadas.

Outro aspecto foi a vigorosa expansão observada no emprego em saúde vinculada ao poder público municipal e aos diversos segmentos da medicina suplementar. Uma das estratégias utilizadas para a captação desses movimentos foram as pesquisas de perfis profissionais²² e de

surveys não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas²¹.

O processo de implementação do SUS provocou grande crescimento dos postos de trabalho na saúde, revelando a importância do setor para o conjunto da economia. O setor que contava em 1992 com quase 1,5 milhão de empregos formais, passou, em 2005, para mais de 2,5 milhões empregos²², chegando, em 2010, a pouco mais de 3,6 milhões de vínculos²³.

Outro aspecto que merece destaque é a expansão do número de cursos e de egressos da graduação na área de saúde. Segundo o INEP/MEC, a partir de 1995, o número de graduados cresceu bem mais, quando comparado ao crescimento do emprego para todas as categorias, com exceção dos médicos. De acordo com o Censo da Educação Superior, em 2016 estavam registrados 5.728 cursos de graduação em saúde no Brasil (MEC/INEP)^e. Dentre as profissões com mais cursos estavam enfermagem, psicologia, fisioterapia e farmácia. Mas, o número de concluintes desses cursos era muito maior do que a capacidade de absorção dos seus egressos pelo mercado de trabalho. Para os médicos ocorria o inverso, o crescimento foi menor do que a necessidade do mercado²¹.

Uma das características do setor saúde é a multiplicidade de formas de inserção profissional que fogem das relações trabalhistas tradicionais. Observa-se um conjunto heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho precarizados, das ocupações não regulamen-

e Censo Educação Nível Superior: http://portal.inep.gov.br/artigo//asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mec-e-inep-divulgam-dados-do-censo-da-educacao-superior-2016/21206

tadas, do trabalho autônomo “liberal”, das cooperativas, dos autônomos contratados para prestação de serviços, além da “pejotização”, neologismo que expressa a situação da pessoa física que se constitui como pessoa jurídica (“PJ”), por exigência das empresas contratantes ou por mitigação relativa ao pagamento de tributos.

Um estudo realizou uma comparação da evolução do emprego em saúde com os empregos de uma forma geral, no período de 2000 a 2005. Os dados corroboram a hipótese que os serviços de saúde responderam de maneira positiva neste período a um ciclo expansivo de curto prazo da economia. Contudo, em intensidade menor e em ritmo mais lento do que o dos setores empresarialmente mais dinâmicos, como o comércio e a indústria. O crescimento de emprego com características semelhantes acontece também na administração pública.²⁴

Chama ainda a atenção na literatura, a necessidade de se aprofundar a análise dos recursos humanos em saúde, ultrapassando a abordagem tradicional com foco nas relações quantitativas entre demanda e oferta de profissionais, bem como na formação de mão de obra e sua compatibilidade com as necessidades epidemiológicas. Sugere-se, considerar também os aspectos negligenciados, tais como: fatores econômicos, dinâmica do mercado de trabalho e perfil comportamental dos profissionais de saúde.

O trabalho dos profissionais de saúde sofre influências múltiplas, em sua maioria relacionadas ao processo de governança do sistema de saúde. A realização de estudos para revelar fa-

tores e problemas reais existentes é de importância fundamental para traçar estratégias na área. Nesse sentido, faz-se necessário estudar casos brasileiros como: a fixação dos quadros, considerando os ciclos político-administrativos nas gestões Federal, Estadual e Municipal; os critérios de remuneração profissional; a descontinuidade de políticas importantes pelas mudanças governamentais, entre outras. Devem ser também melhor estudados, as principais questões relacionadas à qualificação e à utilização de pessoal, considerando o dinamismo do mercado de trabalho, ao impor novas formas de contratação exigindo regulação mais apropriada²⁵.

No tema, destaca-se o crescimento da produção de trabalhos sobre o Programa Mais Médicos (PMM). Dentre os trabalhos que analisam os resultados do Programa, há estudos focados na contribuição do Programa para a redução das iniquidades na oferta dos serviços de saúde. Santos, Costa e Girardi (2015)²⁶ demonstraram um impacto do PMM na oferta de médicos²⁷, o que contribuiu para a redução das desigualdades entre municípios. Chamam a atenção, entretanto, para a redução na contratação de médicos diretamente pelas Secretarias Municipais de Saúde com o advento do PMM, o que evidencia certa dependência do Governo Federal em relação ao provimento de médicos.

Outra pesquisa realizada em um município do sertão nordestino aponta que a implementação do PMM contribuiu para aumento significativo no número de consultas e atendimentos feitos pelos médicos, além de queda significativa nas solicitações de exames complementares²⁸.

Sobre o mesmo tema, Ribas (2016)²⁹ observou que 73,0% dos municípios brasileiros receberam ao menos um médico oriundo do PMM e que entre 65,0 a 83,0% dos profissionais foram alocados em municípios com perfil prioritário. Outro achado relevante é que 82,0% dos médicos foram lotados nas equipes de Saúde da Família, produzindo uma expansão de 15,7% na população coberta nos dois primeiros anos de duração do Programa, com percentuais variando de 10,0 a 25,0% entre as regiões geográficas. Os resultados demonstram o êxito do provimento emergencial, uma vez que as áreas mais vulneráveis do país parecem ter sido privilegiadas.

No Boletim da Organização Mundial de Saúde³⁰ enfatiza-se a necessidade de se ter recursos humanos em saúde suficientes para garantir sistemas de saúde eficazes e reativos, visto que países com financiamentos frágeis e com quantidades insuficientes de profissionais demonstram grandes dificuldades em garantir a universalização da atenção à saúde. Alguns estudos comparam o PMM com iniciativas internacionais de natureza semelhante, como na Austrália, Estados Unidos e Brasil, em termos do provimento de profissionais, apontando os desafios e estratégias utilizadas diante da complexidade que envolve a questão^{31, 32}.

Trabalho e Educação em Saúde na gestão pública brasileira

O amadurecimento teórico, conceitual, epistemológico e político da área de Trabalho e Educação na Saúde, nos últimos 30 anos, repercutiu nos avanços das políticas públicas e na agenda governamental, com grande impacto ao longo do processo de constituição do SUS.

Nos primeiros anos de funcionamento do SUS as diretrizes de descentralização e de ampliação da cobertura das ações e dos serviços de saúde implicaram em considerável aumento na demanda por trabalhadores em saúde. Em um primeiro momento, a agenda setorial para as políticas de recursos humanos que contempla-

va itens como a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e a qualificação profissional, unificou gestores, formuladores de políticas e trabalhadores de saúde.

Nos anos de 1990, entretanto, o consenso sobre tais políticas se reduz. Em meados da década de 1990 o governo brasileiro propôs uma reforma do Estado^f orientada pelos marcos do gerencialismo e do ajuste fiscal, integrando-se a um ciclo de reformas que atingia então toda a América Latina¹⁴. Tal movimento, de cunho administrativo e fiscal, introduziu novos desenhos institu-

f As discussões em torno da Reforma do Estado trouxeram à tona uma gama de produções relativas à necessidade de otimizar recursos públicos, com restrições, cortes orçamentários e incentivo à formulação de uma nova pauta na área de Trabalho e Educação na Saúde influenciada por esses ajustes.

cionais de políticas, contemplando, entre outros aspectos, alterações nas relações de trabalho a partir da flexibilização da estabilidade no serviço público e a permissão de regimes jurídicos diferenciados, além da definição de tetos para a remuneração dos servidores ativos e inativos³³.

Em 2003, o país passa por uma importante mudança com o novo governo federal. Um dos pontos destacados na proposta do mesmo foi o projeto de revitalização do Estado, através do plano “Gestão Pública para um Brasil de Todos”^g, que previa princípios de redução do déficit institucional, do fortalecimento da capacidade de formular e de implementar políticas, além de otimização de recursos, outorgando ao Estado um papel ativo na redução das desigualdades e na promoção do desenvolvimento³³.

Na saúde, e especificamente no campo dos Recursos Humanos, o fortalecimento da institucionalidade das políticas públicas se expressou na criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação (SGTES) do Ministério da Saúde^h, iniciativa que permitiu circulação de novas ideias e conhecimentos, bem como proposição de programas e alocação de recursos, ampliando as possibilidades do desenvolvimento de políticas governamentais específicas para o setor.

A institucionalização da área de Trabalho e Educação na Saúde, no âmbito governamental,

por meio da SGETS, favoreceu o diálogo com diferentes atores de instituições parceiras e entidades representativas, como Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de diálogo e ação direta com a Rede Brasileira dos Observatórios de RH em Saúde.

A possibilidade de fortalecimento da gestão do Estado, todavia, não se concretizou totalmente e assim, paralelamente, desenhos institucionais alternativos começaram a ser propostos para a gestão da rede de serviços públicos de saúde, a exemplo das Organizações Sociais, das Fundações Estatais de Direito Privado, dos Consórcios Públicos, das Parcerias Público-Privadas e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH^{33, 34}.

Importante ressaltar que um dos argumentos apresentados pelos gestores para a busca de tais alternativas foram os constrangimentos trazidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), relativos ao aumento do contingente de servidores públicos para responder as demandas de expansão das ações e serviços municipais, devido ao limite financeiro que tal lei impôs à gestão da saúde³⁴.

Assim, foi ficando extremamente complexo enfrentar a multiplicidade dos desafios impostos

g Ministério do Planejamento, Brasil. Acesso em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwi90tfSI53eAhWFwFkKHW0dDngQFjACegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.planejamento.gov.br%2Fsecretarias%2Fupload%2FArquivos%2Fseges%2F081003_seges_arq_gestao.pdf&usg=AOvVaw1_nd3FtKG7ADSkPM0m1F2u

h A SGETS trouxe um outro recorte para as políticas de formação em saúde, com financiamento assegurado para os serviços, universidades e órgãos de pesquisa. Essa articulação impulsionou o surgimento e aperfeiçoamento de redes de formação, favorecendo o diálogo entre atores como o Ministério da Educação e a OPAS/OMS.

à área de Trabalho e Educação na Saúde, que derivaram, em grande parte, da diversidade de formas de inserção dos profissionais e trabalha-

dores de saúde nos serviços e dos variados modelos de gestão implantados no SUS ao longo dos últimos anos.

Trabalho e Educação na Saúde na Agenda Internacional

Na agenda internacional há um esforço de revisão e reposicionamento da área em foco, mediado pela OPAS/OMS. As Assembleias Mundiais de Saúde têm produzido documentos, entre os quais se destaca “A Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: a força de trabalho 2030”³⁰, com objetivo declarado de “melhorar os resultados de saúde, desenvolvimento social e econômico, garantindo a disponibilidade universal, acessibilidade, aceitação, cobertura e qualidade da força de trabalho na saúde, através de investimentos adequados para fortalecer os sistemas de saúde a implementação de políticas efetivas a nível nacional, regional e global”³⁵.

Espera-se, com tal iniciativa, que todas as comunidades tenham acesso universal aos profissionais de saúde, sem estigma e discriminação, com aproveitamento de recursos humanos locais e respeito aos direitos dos trabalhadores de saúde migrantes, combinando políticas efetivas com investimentos adequados para atender necessidades não atendidas³⁵.

Na Região das Américas constata-se a decisão dos países em enfrentar tal questão, em busca do acesso universal a saúde, com a aprovação recente da “Estratégia e Plano Regional de

Recursos Humanos para a Saúde Universal”³⁵, destinada a planejadores e formuladores de políticas dos países, podendo também alcançar os empregadores dos setores público e privado, as associações profissionais, as instituições de educação e treinamento, os sindicatos, os parceiros de desenvolvimento bilateral e multilateral, as organizações internacionais e sociedade civil, entre outros.

No caso específico do Brasil, cabe destacar a intensa participação da Representação da OPAS/OMS, pela vasta experiência internacional desenvolvida nos últimos anos, na cooperação com países da América Latina e Caribe com a formação de quadros para os Ministérios de Saúde e outras instâncias governamentais, assim como na formulação de políticas de apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países.

A preocupação central que tem motivado os debates internacionais é de como melhorar o acesso aos serviços de saúde e realizar o direito ao mais alto padrão de saúde possível com foco na força de trabalho, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitação e qualidade, envolvendo competência, distribuição, motivação, cobertura de serviço eficaz, educação, desempenho e retenção.

Entretanto, no campo dos recursos humanos, devem ser reconhecidos muitos desafios e obstáculos, entre os quais se destacam: a má distribuição de profissionais; as barreiras às práticas interprofissionais; o uso ineficiente de recursos; a desigualdade na distribuição de gênero; o envelhecimento do contingente; o investimento ainda insuficiente na educação de profissionais de saúde; a incompatibilidade entre as estratégias educativas e as necessidades das populações e dos sistemas de saúde; as dificuldades para fixação de profissionais em áreas remotas e mal atendidas, entre outros.

A estratégia global de recursos humanos em saúde aponta opções políticas para os estados membros da OMS e faz algumas recomendações, cabíveis ao caso brasileiro, mas que devem ser aprofundadas para identificar as ações necessárias para serem viabilizadas. Assim, são necessários investimentos em governança do sistema, para a implementação de ações de otimização da força de trabalho e mais ainda: identificar necessidades futuras dos sistemas de saúde; aproveitar a crescente demanda dos mercados de trabalho da saúde para maximizar a criação de empregos e o crescimento econômico; construir capacidades institucionais; fortalecer os sistemas de informação e as bases de dados sobre recursos humanos, visando estratégias nacionais e mesmo globais.

Vale a pena também ressaltar que o trabalho em saúde em emprego público reverte significativamente em renda familiar, contribuindo para desenvolvimento do país, argumento que tende a ser menosprezado em circunstâncias de alto desemprego e de não priorização da absorção pelo setor público de saúde, como acontece no Brasil, no presente momento.

O contexto político e econômico do país, com desaceleração do crescimento, contenção das políticas sociais e apoio do Estado ao setor privado, traz alertas sobre os impactos na equidade, na qualidade e no acesso da população à saúde universal. Inegavelmente, a crise atual ampliou consideravelmente as demandas sociais, principalmente no que se refere aos serviços de saúde. Tal situação, por sua vez, é um importante elemento a ser considerado nas dinâmicas do mercado de trabalho e no provimento de profissionais de saúde. A adoção de múltiplas formas de contratação de mão de obra, com flexibilização nas formas de contratação (individual e institucional) são fatores de tensão nas relações de trabalho no SUS, potencializados pela recente alteração nas leis que regulamentam o trabalho no país. Em tal contexto, torna-se necessário analisar criticamente, em termos de sua viabilidade, o conjunto de incentivos determinantes na inserção, mobilidade e desempenho profissional dos profissionais inseridos no SUS, notadamente na Atenção Básica, e especialmente em áreas remotas.

Construção de capacidades, formação e perfis necessários a consolidação do SUS

As questões sobre modelos de gestão e mercado de trabalho em saúde estão, entre outros fatores, relacionadas à formação profissional em saúde e envolvem também dimensões como a qualidade da assistência à saúde, a regulação do trabalho, a educação permanente, entre outras, presentes no cotidiano do SUS.

A inadequação dos perfis profissionais pode ser considerada uma das maiores dificuldades a serem superadas no SUS, por explicar boa parcela das lacunas de distribuição profissional, reforçadas por um modelo formativo que privilegia os espaços de alta complexidade, a prática liberal e o privilégio aos espaços urbanos. As consequências de tal modelo se consubstanciam nas dificuldades em atrair e fixar profissionais de saúde, especialmente médicos, nas áreas mais carentes, além de influir de forma negativa na capacidade de resposta do Estado às necessidades da população.

O reconhecimento da problemática que envolve a inadequação dos perfis profissionais em saúde não é recente, assim como a crítica aos modelos de formação tradicionais, não condizentes com os modelos de atenção adequados à realidade, a exemplo da Atenção Primária a Saúde, estratégia fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde universalizados. Nesse sentido, Almeida Filho (2011)³⁶ alerta:

“A força de trabalho ideal para atendimento no SUS ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema. Essa disparidade é em parte decorrente da auto seleção. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada. No entanto, pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior. Assim, a questão chave para a saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal de saúde”

Isso implicaria em alterar a toda a arquitetura universitária no Brasil, o que certamente não é uma operação fácil. Modelos inovadores de formação têm sido experimentados e, por vezes, têm enfrentado grandes resistências. Mas o SUS formulado pelos defensores da Reforma Sanitária exige a substituição do modelo tradicional de práticas em saúde por outro modelo, com ênfase na atenção primária e compromisso com o social. Nesse sentido, iniciativas como o Programa de Reestruturação do Ensino supe-

rior (REUNI)³⁷, Pro Saúde^{i, 37} têm provocado movimentos importantes no sentido de reformar o ensino superior, gerando desdobramentos em termos de mudanças curriculares e criação de novos cursos^{38, 39}.

Apesar das dificuldades, vale ressaltar que a acumulação produzida a partir da expansão da cobertura facultada pelo SUS favoreceu a institucionalização das propostas, além de grande capacidade de aglutinação de atores, com maior diálogo entre os entes federados, conselhos e câmaras técnicas, organismos de cooperação, como OPAS/OMS, além de representações dos movimentos sociais em torno de tal temática. Este movimento de governança peculiar ao SUS propiciou a atualização de pautas de ensino e pesquisa, com resultados evidentes nos programas governamentais que se sucederam ao longo das últimas quatro décadas, a exemplo do Programa Mais Médicos.

Este último foi criado pela Lei nº 12.871, 22/10/2013, incluindo um eixo específico para a formação médica, no qual se explicita a necessidade de se assegurar medidas estruturantes para intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no país, levando em conta as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com a respectiva reorientação da formação de médicos gerais e especialistas, voltada para as necessidades do SUS, com abertura de novas vagas de graduação e residência médica.

Outro aspecto importante na garantia da qualidade da formação em saúde é a profissionalização dos quadros do setor, impulsionada por programas de especialização e de pós-graduação em geral, além do projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu), do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS (Progesus) e outros, com ofertas de vagas em todas as regiões do país.

Sustentabilidade do SUS e desafios na área de Trabalho e Educação na saúde

No Brasil, o maior desafio para avançar na área de Trabalho e Educação na saúde está no campo político, ou seja, está diretamente ligado à governança, à suficiência financeira da gestão pública, bem como à capacidade de regulação dos processos educativos e de trabalho em saúde. A busca para a sustentabilidade no SUS em

tal área exigiria forte ação coordenada para a negociação intersetorial e interinstitucional, visando priorizar de fato as necessidades do SUS, mediante liderança integradora das autoridades sanitárias, em articulação com outros atores envolvidos.

i Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

Assim, é preciso investir no enfrentamento dos problemas de escassez, desequilíbrio de habilidades, má distribuição, barreiras interdisciplinares, más condições de trabalho, desigualdade na distribuição profissional de gênero, indisponibilidade de pessoal, além da inadequação dos perfis profissionais às reais necessidades do SUS. Para tanto, cabe especial esforço em direção à governança, atributo essencial para o planejamento da força de trabalho em saúde (FTS), com o que será possível a construção de capacidades institucionais para uma efetiva implementação de políticas, o que também inclui a construção de sistemas de informação confiáveis e úteis na tomada de decisões em tal matéria.

A Agenda 2030 da OMS projeta a criação de 40 milhões de novos empregos de saúde e assistência social no mundo, além da necessidade de 18 milhões de trabalhadores de saúde adicionais para locais em que é necessário elevar a cobertura e melhorar a qualidade da oferta de serviços.

Assim, dimensão importante do crescimento da FTS e que pode enriquecer as propostas contidas na Agenda 2030 diz respeito à necessidade de se criar dispositivos legais que evitem a redução de direitos trabalhistas nos novos modelos de contratação dos trabalhadores da saúde, com foco apenas na economicidade e flexibilidade contratual. Dentre os indicadores propostos para o desenvolvimento sustentável merecem destaque, então aqueles que contemplem a educação de qualidade, a igualdade de gênero, o trabalho decente, associados aos de crescimento econômico.

Quando se discute o compromisso com o futuro na Agenda 2030, deve ser lembrado, também, que nas bases de constituição do SUS está a Educação em Saúde, que deve ocupar um papel fundamental no referido movimento de reposicionamento da agenda da área como um todo.

Utopias, perspectivas e caminhos a percorrer

Se por um lado se vive um momento de comemorações pelos avanços e conquistas nesses últimos trinta anos de SUS, por outro, muitas preocupações continuam presentes no cenário, o que implica em permanente necessidade de análise e reposicionamento no campo em foco. Assim, por exemplo, persistem problemas de distribuição de pessoal, acesso, equidade, entre outros, produzindo novas questões que

exigem maior sofisticação, amplitude, velocidade de resposta e profundidade, para subsidiar intervenções políticas. Permanecem ainda interrogações como: quem são os atores principais dessas mudanças? Como as contradições devem ser tratadas entre os interesses de classe, o mercado e o interesse público? Quais projetos institucionais podem afetar questões que incidem diretamente sobre a maioria dos inte-

ressados? Seria possível maior margem de ação sobre ou por parte dos níveis descentralizados?

São questões que remetem diretamente às noções de território, de regionalização, de autonomia e de capacidade de resposta dos sistemas de saúde, em sua relação com a área de trabalho e educação, com foco no crescimento e na valorização dos trabalhadores, mas também, principalmente, na apropriação do sistema pela população. Sem dúvida, o papel dos diferentes atores em relação às questões em discussão deve ser motivo de vigilância e análise permanente, como base para a gestão de políticas públicas.

As tendências apontadas nos documentos relacionados à agenda 2030 indicam, de forma expressiva, que há um descompasso entre a formação profissional, os requerimentos dos serviços de saúde, as agendas atualizadas rumo a uma sociedade sustentável, solidária e cidadã, frente aos comportamentos e estilos de vida dos jovens profissionais ingressantes nos sistemas universais de saúde na atualidade.

A revisão de literatura voltada para a formação e a prática docente revela essa mesma necessidade de renovação no ensino e na formação em saúde, seja relativamente à formação dos próprios docentes, seja em relação à pauta geral de organização da educação. Isso certamente traz impactos à construção de processos educativos consoantes às necessidades de mudanças, sejam elas relativas a métodos, ações educativas, uso de tecnologias, consideração de mudanças culturais abrangendo estudantes e professores, entre outras.

Deve ser lembrando, ainda, que as pautas da educação não se circunscrevem às questões metodológicas ou de caráter temático e curricular e, nesse sentido, vale ressaltar que é função essencial da educação na sociedade, atual ou futura, ir além das questões já aqui enunciadas, para se revestir de outros atributos, ao se projetar uma educação profissional em saúde. Assim, cabe ampliar o escopo da formação em saúde, tradicionalmente próximo das análises econômicas, para se agregar a sociologia, a antropologia, as letras, as artes, a cultura, além do próprio campo da educação, buscando a complementariedade necessária à construção de um novo referencial condizente com os desafios do presente momento.

O conjunto de questões aqui mencionadas, no sentido do alargamento da visão tradicional dos processos educativos em saúde estimula a considerar que atualmente se vive numa “sociedade aprendente”⁴⁰ e com esse reconhecimento é possível delinear caminhos comprometidos com as mudanças sociais, na conformação de projetos, políticas e arranjos institucionais de formação dos profissionais do SUS, no que certamente, como diz Demo “a atualização permanente fará parte da vida das pessoas, já que é impensável manter-se profissional, sem refazer o exercício profissional”, conjuntura em que “o profissional acabado desaparece e entra em cena o profissional sempre a caminho”⁴⁰.

Essas reflexões encontram ressonância nas recomendações das Conferências Mundiais de Educação Superior ^{41, 42}, nas quais se destacam importantes aspectos, tais como: a educação como serviço público acessível a todos; a necessidade de manutenção da liberdade para as

universidades; o ensino contextualizado, além da importância das tecnologias da informação e comunicação, com aprendizagem aberta e a distância, o que poderá produzir novos arranjos na formulação de políticas educacionais com a absorção de práticas contemporâneas.

O caminho aqui traçado revela capacidades, potencialidades e desafios nas políticas de Trabalho e Educação em Saúde, ao longo do processo de construção do SUS, sem deixar de lado as preocupações com retrocessos e com o futuro do sistema público de saúde no Brasil.

Como pano de fundo de toda essa discussão, focalizando a possibilidade de alguns cenários negativos no horizonte, cabe resgatar o que Paim (2018)⁴³ aponta como cenários possíveis caminhos para a saúde no Brasil: a) o *SUS constitucional*, ancorado no direito à saúde, como defendido pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira; b) o *SUS reduzido* (ou “*simulacro de SUS*”), com aumento da segmentação e “americanização”, via planos de saúde, do sistema de saúde brasileiro; e c) o “*novo sistema nacional de saúde*”, rompendo com a Constituição, enfatizando o privado, e submetendo a formação e utilização da força de trabalho ao capital.

Finalizando, a gestão das políticas de recursos humanos em saúde no país deve encarar precipuamente: a) avançar nos níveis de institucionalidade e governança do campo dos recursos humanos em saúde; b) defender a manutenção de uma taxa crescente de investimento na alocação e distribuição de pessoal que reduza as lacunas e atenda ao objetivo universal de saúde; c) influenciar a construção de uma gestão pública coerente com as demandas; d)

defender a priorização da equidade no acesso aos cuidados de saúde e serviços, com pessoal qualificado; e) manter a vigilância e ação permanente pela qualidade, cordialidade e humanização nos cuidados com a saúde, f) destacar a importância de aprofundar a regionalização e a capacidade descentralizada de gestão da saúde.

Por fim, para alcançar os objetivos da Agenda 2030, caberia ainda confirmar a prioridade de investimentos que garantam a disponibilidade, acessibilidade e qualidade da força de trabalho em saúde como requisito indispensável para a consolidação do SUS.

Assim, alguns tópicos devem ser reforçados como caminhos e estratégias para as mudanças necessárias.

- A relação do ensino profissional com as tecnologias de Comunicação e Informação deve estar contemplada, seja na preparação dos que já atuam ou os que passarão a atuar no SUS, o que implica na importância de construir caminhos que apoiem iniciativas de intervenção na realidade.
- Em termos de governança é necessário promover mudanças qualitativas nos processos de formação, o que requer articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação.
- Deve ser reforçada a convivência e articulação formal também entre os organismos de formulação de políticas na saúde e as escolas e centros formadores de nível técnico e superior, além de outras instâncias, tais como Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass; Comissão Intersetorial

de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, do Conselho Nacional de Saúde, Conasems.

- Há que insistir e buscar estratégias de superação das iniquidades na força de trabalho, em termos de gênero, raça, etnias, mediante políticas de acesso aberto nas instituições; fomento da relação da educação com a cultura e meio ambiente; interfaces entre educação e processos de inclusão.
- É fundamental lançar mão de conhecimentos transversais na organização das políticas e práticas de educação para o setor saúde, buscando formatos e conteúdo para as novas interações que favorecem os perfis de formação necessários à atualidade.
- Informação, conectividade e aprendizagem permanente são palavras chave, indicando a necessidade de incorporação de hábitos que favoreçam a conexão com temas que atravessam a vida cotidiana das pessoas, enquanto formas de construção aplicáveis aos indivíduos e aos coletivos, a serem consideradas no planejamento de ensino dos profissionais de saúde, ainda mais dentro de um sistema de saúde universal e inclusivo como o SUS.
- A circulação de informação com grande potencial de implicação e engajamento deve se constituir como fator de produção de sentidos, preponderante na estruturação de programas de formação e processos de aprendizagem.
- Para fins de análise e tomada de decisão em relação às escolhas a serem feitas, é preciso identificar os riscos do atual contexto

político e mapear os possíveis cenários relativos à possível viabilidade da Agenda 2030.

- Respostas consequentes aos presentes desafios dependem também de uma “escuta organizada” das expectativas dos serviços e da sociedade, para se traçar estratégias de iniciativas futuras de conexão entre ensino, trabalho, serviço e sociedade.
- É desejável também a aproximação entre as instituições formuladoras de políticas de saúde e as agências de fomento à pesquisa, propiciando a revitalização da mesma, mediante uma visão de presente e futuro, mediada por diretrizes de equidade em saúde.

Agradecimentos. Aos participantes da Oficina de Especialistas realizada em maio/2018, especialmente aqueles que aceitaram o convite como expositores: Renato Tasca, Mario Dal Poz, Naomar de Almeida Filho, Márcia Teixeira, Maria Helena Machado e Humberto Fonseca.

Aos colaboradores que participaram da busca e sistematização dos dados da produção científica: Antonio Ribas, Ana Paula Cavalcante, Maria Alice Fortunato, Vinícius Oliveira, David Rios, Sylvania Sales, Ednir Assis e Marciana Feliciano

A equipe de relatoria e apoio da Oficina de Especialistas: Thadeu Santos, Catharina Soares, Ednir Assis, Liliana Santos, Laise Andrade, Sylvania Sales, Vinício Oliveira, Antonio Ribas e Mônica Duraes.

Felix Rigoli e Fernando Menezes foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Nunes, TCMN. Democracia no Ensino e nas Instituições: A Face Pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
2. Rodriguez-Neto E. Alternativas transformadoras na educação Latino-americana. Ver. Bras. Educ. Med. 1987; 11(2): 1-72.
3. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2008.
4. Belisário SA. Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. Campinas. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2002.
5. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira; 1975.
6. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
7. Arouca, AS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [1975]. São Paulo-Rio de Janeiro: UNRSP, Fiocruz; 2003.
8. Mendes Gonçalves RB. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Medicina Preventiva] Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
9. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria nº 3.019, de 27 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União 25 Nov 2007.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Lei nº 8080, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial União 24 set 1990 a.
12. Brasil. Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial União 31 dez 1990 b.
13. Pinto, ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. Salvador. Tese [Doutorado] – Universidade Federal da Bahia; 2004.
14. Brasil. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
15. Rigoli F. Os Observatórios de Recursos Humanos na América Latina. In: Brasil, Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
16. Esperidião, M. Controle Social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
17. Pinto ICM, Nunes TCM, Belisário AS, Campos FE. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: Paim J, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014 b. 611-623.
18. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva IV, Soares CM, Fagundes TLQ, Viana S, et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: *tendências da produção científica* entre 1990-2010. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 2013; 18(6): 1525-1534.
19. Silva VC, Soares CM, Santos L, Souza EA, Pinto CM. Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. Saúde em Debate 2017; 41: 296-315.
20. Girardi SN. Dilemas da Regulamentação Profissional em Saúde: Questões para um governo democrático e inclusionista. Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo 2002; 15: 67-85.
21. Machado MH, Oliveira ES, Moysés NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ; 2011.
22. Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi S. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.

23. Nogueira POR. desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Cunha A, Aquino L, Medeiros B. (Orgs.). Estado, instituições e democracia: república. Brasília: Ipea; 2010.
24. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Van Stralen ACS, Lauar TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 Set; 21(9): 2739-2748.
25. Santos LMP, Costa AM, Girardi, SN Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2015 Nov; 20 (11): 3547-3552.
26. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas J, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 Set; 21(9): 2675-2684.
27. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista de Educ, Gest e Soc* 2016; (10): 1290-1301.
28. Ribas AN. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. Brasília. Dissertação [Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional] – Universidade de Brasília; 2016.
29. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal da saúde. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/>
30. Collar JM, Becon JAN, Ferla AA. Formulação e impacto do programa mais médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Rev.Saúde em Redes* 2015; 1(2): 43-56.
31. Scheffer M, Cassenote A, Dal Poz MR, Matijasevitch A, Oliveira RA, Nunes MPT, et al. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015.
32. Teixeira M. Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. Tese [Doutorado] – Programa de Pós Graduação ENSP Fiocruz; 2015.
33. Pinto ICM, Teixeira C, Solla J, Reis A. Organizações do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014 a. 231-244.
34. World Health Organization. Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health world Health Organization. Geneva: WHO; 2015.
35. Almeida Filho, N. Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet Saúde no Bras* 2011 mai; 6-7.
36. Brasil. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI. *Diário Oficial da União* 25 abr 2007.
37. Teixeira CF, Coelho MTD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva* 2013 Jun; 18(6): 1635-1646.
38. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2013; 7(3)
39. Demo, P. Aprendizagem Permanente. In: *A Educação do Futuro e o Futuro da Educação*. 2. ed. Campinas: Autores Associados; 2005. 36-37.
40. UNESCO. Higher Education in The Twenty-first Century Vision And Action. Word Conference on Higher Education. Paris, 5-9 de outubro de 1998.
41. UNESCO. The New Dynamics of Higher Education and Research for Societal Change and Development. Conference on Higher Education. Paris. 5-8 de julho de 2009.
42. Paim, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1723-1728.

Desafios da saúde mental

Daniel Elia¹, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha²,
Sandra Fortes³, Katia de Pinho Campos²

¹ Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução

Recentemente e cada vez mais, os problemas de saúde mental têm sido reconhecidos como dos mais relevantes no contexto da saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que apenas a depressão, por exemplo, representa 4,3% da carga mundial de morbidade e 11,0% dos anos vividos com incapacidades. Isso naturalmente tem papel significativo em termos de perdas monetárias, com impacto que pode chegar a mais de 16 bilhões de dólares em todo o mundo, entre 2011 e 2030. Tais custos econômicos e, portanto, sociais derivam tanto dos transtornos mentais se constituírem uma das principais causas para a incapacitação para o trabalho, quanto por serem também relacionados a diversos outros problemas de saúde, como hipertensão, diabetes, câncer e doenças do coração¹.

Dessa forma, há atualmente um consenso internacional de que é cada vez mais significativa a saúde mental no mundo. Ela consta nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável², como condicionante de bem-estar e saúde, além de traduzir preocupações específicas com o crescimento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e com as crescentes taxas de suicídio.

O Brasil, por sua vez, apresenta altos índices de prevalência de transtornos mentais na população em geral, com prevalência próxima a 20,0%³, chegando a até mais de 56,0% nas pessoas atendidas em unidades da Atenção

Primária em Saúde (APS), acometendo principalmente mulheres⁴.

Documento recente da OMS⁵, sobre a prevalência de depressão e outros transtornos mentais comuns, estima que a depressão no Brasil atinja 5,8% da população, totalizando cerca de 11,5 milhões de pessoas. O país ainda é o recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, com 9,3% da população (cerca de 18 milhões de pessoas) sofrendo com o problema. Há, portanto, muito a ser feito no campo da saúde mental no Brasil, mesmo com os muitos avanços alcançados após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Cuidado em saúde mental no SUS: uma trajetória histórica de mudanças

Entre as décadas de 70 e 80, no contexto dos movimentos de redemocratização do Estado brasileiro que levaram à Reforma Sanitária e à construção do SUS, trabalhadores do campo

da saúde mental iniciaram, simultaneamente, movimentos de contestação ao modelo de atenção psiquiátrica vigente. As críticas eram voltadas para dois dos alicerces do modelo que

vigorava à época: o modelo assistencial propriamente dito, baseado no manicômio; e a estrutura privatista em que se fundamentava a política de saúde mental⁶.

Assim, o modelo hospitalocêntrico somado à contratação de serviços privados ineficazes traziam consequências drásticas para a população com problemas de saúde mental, incluindo alcoolistas e outros, considerados socialmente inadequados. Para estes, restavam a exclusão social, a internação em hospitais psiquiátricos, o tratamento com restrição da liberdade, as práticas psiquiátricas intervencionistas e inadequadas, equivalentes à tortura, além de outras formas de autêntica violação de direitos humanos.

A partir de tal momento se desenvolveram algumas experiências inovadoras e exitosas, como, por exemplo, em 1986 a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na rua Itapeva em São Paulo, Capital, e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em 1989, em Santos-SP, manicômio substituído por Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Tais experiências, entre outras, inspiraram o que constitui a atual rede dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial⁷.

É em tal contexto, com grande influência de movimentos sociais, sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que se estabeleceu o início do processo histórico chamado de *Reforma Psiquiátrica Brasileira* (RPB).

No Brasil, procurou-se construir, ao longo dos últimos 30 anos, e mais intensamente desde a Lei 10.216, de 2001 (conhecida como Lei da Reforma

Psiquiátrica), um modelo de atenção em saúde mental de base territorial e comunitária, com a garantia de direitos humanos e de tratamento em liberdade, que transformou o modelo centrado no hospital psiquiátrico em direção à atenção psicossocial. Mais do que um simples modelo assistencial, isso determinou uma mudança de paradigma, no qual foram inseridos: a reestruturação da rede de saúde mental integrando seus diversos pontos; a substituição de um modelo de assistência centrado no hospital e no médico para outro ancorado nos processos da vida psíquica e sua articulação com os diversos nexos do campo social, como as relações familiares e comunitárias, o trabalho, as condições socioeconômicas e outros determinantes; a reorientação das práticas clínicas antes sustentadas apenas no saber técnico e, portanto, executadas de modo soberano pelo profissional de saúde, para práticas que assegurassem o protagonismo do usuário, de seus familiares e de outros atores próximos ao paciente, em seu tratamento, entre outros aspectos.

Sobretudo foi enfatizada a modificação do estatuto da loucura na sociedade, a partir da ideia de que o “louco”, ou o “inadequado socialmente”, não seria, só por isso, desprovido de capacidade de se posicionar em sua vida, de exprimir anseios e afetos, de traçar caminhos para o seu destino, de exercer o direito soberano de viver a vida em sociedade.

Concomitantemente a tais processos, mudanças se desenvolveram na organização da Atenção Primária no SUS a partir da estruturação, na década de 90, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa, depois Estratégia, de Saúde da Família (ESF), fa-

zendo com que a reestruturação dos cuidados primários e do cuidado em saúde mental compusessem áreas cujos avanços se deram de forma interdependente e articulada na implementação das propostas do SUS. Destacam-se como

pontos fundamentais em comum entre a atenção psicossocial e a atenção primária, a base comunitária e territorial de cuidado, a participação ativa dos usuários e familiares e a concepção integral do processo de saúde e doença.

Fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, mesmo que ainda esteja em processo de evolução, só foi possível porque foi alicerçada nos princípios dos SUS, de integralidade, de equidade e de universalidade⁸. Constituíram-se, dentro de tais diretrizes, redes de atendimento a pessoas com problemas de saúde mental, ou uso nocivo de drogas, sujeitas a terem seu lugar social desqualificado e que, por isso, além de terem que conviver com o sofrimento, percorrerem sofrido caminho para fazerem valer seus direitos. Em tudo isso, houve condições de se avançar substancialmente em tal política asseguradas pela força dos movimentos sociais e também porque o SUS passou a garantir, do ponto de vista legal e constitucional, o direito ao acesso à saúde.

Neste sentido, aprofundaram-se ideias relativas a que tal grupo de pessoas possuem de fato e de direito especificidades a serem consideradas; que o delineamento de suas questões de saúde mental se expande para além do campo da saúde; que a falta de acesso a direitos também é constitutiva desse sofrimento psíquico e que se deve, portanto, elaborar respostas mais abrangentes para tais questões. É assim que surgiu no cenário uma lógica de cuidados

que tem como foco a atenção psicossocial, cuja essência está justamente toda a complexidade da articulação das particularidades individuais com o direito universal à saúde, no plano conceitual e das práticas.

Do ponto de vista da legislação, deve ser destacada a Lei 10.216, de 2001 que reorientou o modelo assistencial, ao definir que as internações psiquiátricas só poderiam ser indicadas quando os recursos extra hospitalares se mostrassem insuficientes, como está disposto no seu artigo 4º. A partir deste momento surgiu um arcabouço normativo para viabilizar tais orientações, incluindo aspectos como as regras de financiamento para transferir recursos de leitos fechados para serviços residenciais terapêuticos; o estímulo ao funcionamento e financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a normatização para programas como o *Volta pra Casa*; a instituição da *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS), como uma das redes de atenção à saúde, tendo por objetivo fortalecer e induzir a implantação de serviços de saúde mental.

Com isso, estabeleceu-se uma rede de serviços complexa e diversificada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como

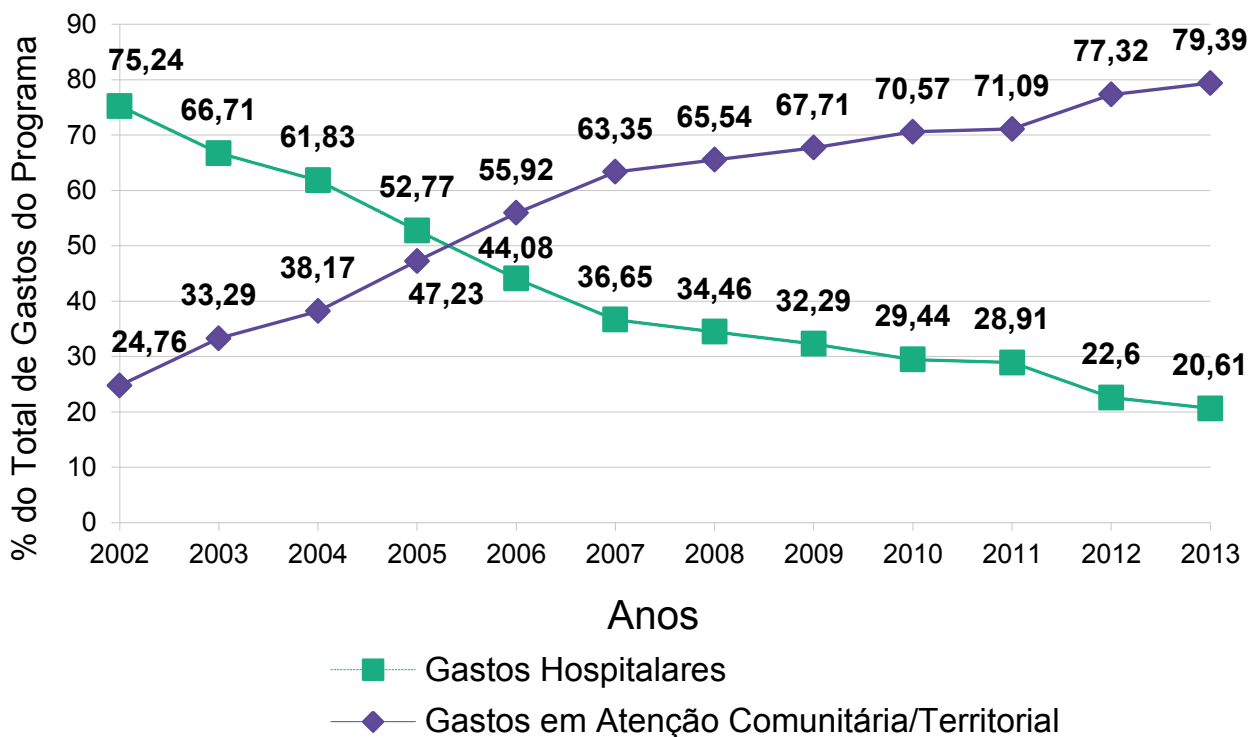
ponto estratégico, podendo ser estes de tipo I, II ou III, a depender da população de sua referência, sendo que o tipo III funciona 24h e tem leitos para atenção à crise. Os CAPS podem ainda ser infanto-juvenis (CAPSi) ou para usuários de álcool e drogas (CAPS-ad). A rede de saúde mental de base territorial conta ainda com serviços residenciais terapêuticos (SRT), que são moradias para usuários egressos de longas internações psiquiátricas; unidades de acolhimento adultas e infantis (UAA e UAI), para pessoas com problemas por uso nocivo de álcool e drogas; leitos de saúde mental em hospital geral, além de ações em saúde mental na atenção básica, nos serviços de urgências e emergências e em ou-

tros pontos das redes de saúde. Há também importantes estratégias de suporte a pessoas que perderam seus vínculos familiares e afetivos em longas internações, como o Programa de Volta para Casa (PVC), que fornece renda para que essas pessoas voltem a fazer parte dos ambientes sociais. Há ainda muitas outras iniciativas de reabilitação psicossocial, de geração de trabalho e renda e de participação social, que visam, de forma criativa, produzir alternativas que permitam às pessoas com sofrimento mental retomar e ampliar seu convívio em sociedade.

Com a expansão das estratégias de reinserção social e dos serviços de saúde mental em me-

GRÁFICO 1

Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial. Brasil, de/ 2002 a dez/2013



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

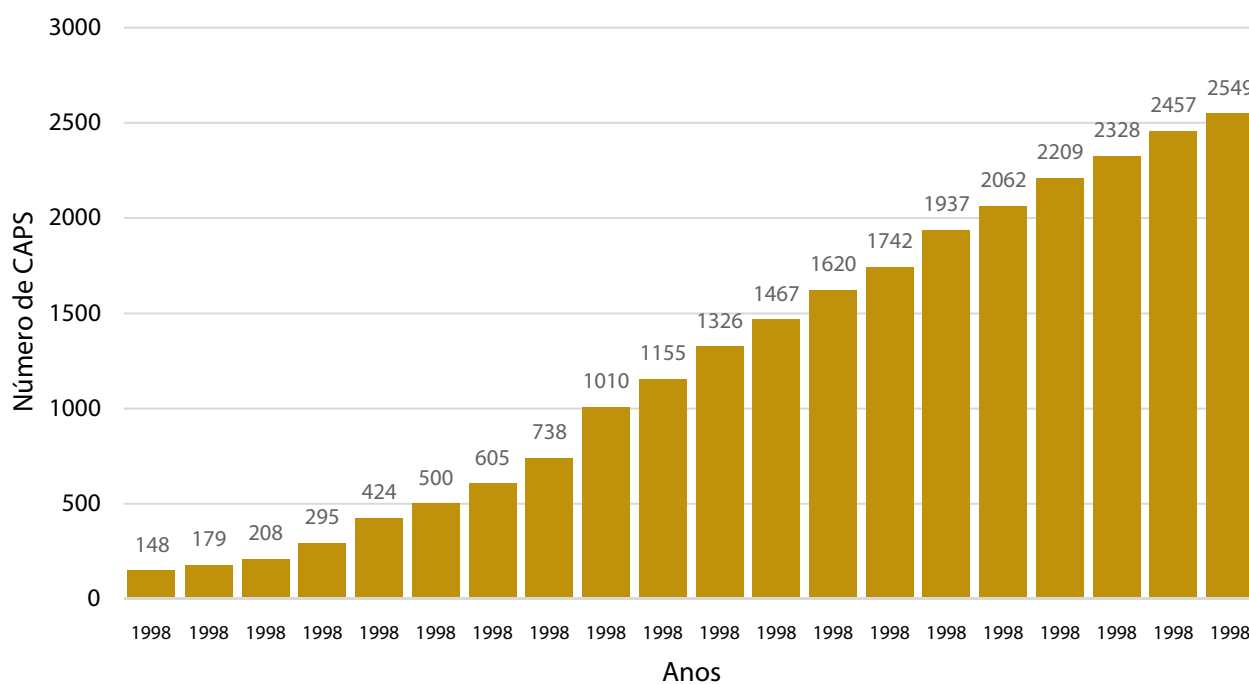
dos da década passada, o financiamento de serviços de base comunitária superou o financiamento hospitalar em saúde mental. Como se pode ver no Gráfico 1, a seguir, em 2013 as curvas de gastos hospitalares e a de gastos em atenção comunitária/territorial mostram tendências opostas⁹. A inversão da política foi capaz de inverter o financiamento de serviços em saúde mental na direção da ampliação da rede comunitária, que consumia, já em 2013, quase 80% dos gastos em saúde mental. Já os leitos em hospitais psiquiátricos caíram a menos da metade de 2001 a 2014, passando de quase 54 mil leitos para pouco menos de 26 mil leitos, enquanto os CAPS se multiplicaram de 295 unidades cadastradas no Ministério da Saúde para 2.549 no mesmo período⁸, como se pode ver no Gráfico 2.

A título de comparação com o avanço experimentado pelo Brasil, em relação a outros países da América do Sul, os gastos com hospitais psiquiátricos em média consomem 65,0% do orçamento da saúde mental e na América Central e Caribe chegam a 80,0%, apesar de os hospitais psiquiátricos atenderem a no máximo 10,0% das pessoas que necessitam de serviços de saúde mental. No Brasil, estes gastos pouco ultrapassam os 20,0%. Observa-se que os serviços comunitários são mais baratos e custo-efetivos, além de garantir mais qualidade, maior acesso a direitos e de serem mais acessíveis¹⁰.

Devem ser enfatizadas, ainda, duas importantes prioridades do cuidado em saúde mental, dentro do modelo proposto na reforma psiquiátrica. A primeira delas é a reabilitação

GRÁFICO 2

Série histórica de expansão de CAPS de 1998 a 2017, Brasil



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

psicossocial, ou seja, a garantia de suporte para pessoas que perderam seus vínculos familiares e afetivos em longas internações, associada à oferta de cuidados para evitar reinternações desnecessárias. A outra é a transformação do cuidado em saúde mental para o cuidado ampliado em saúde, envolvendo outros setores da sociedade. Ambas estratégias tratam sobre a desinstitucionalização, a atenção às crises, e a aproximação com a atenção primária à saúde.

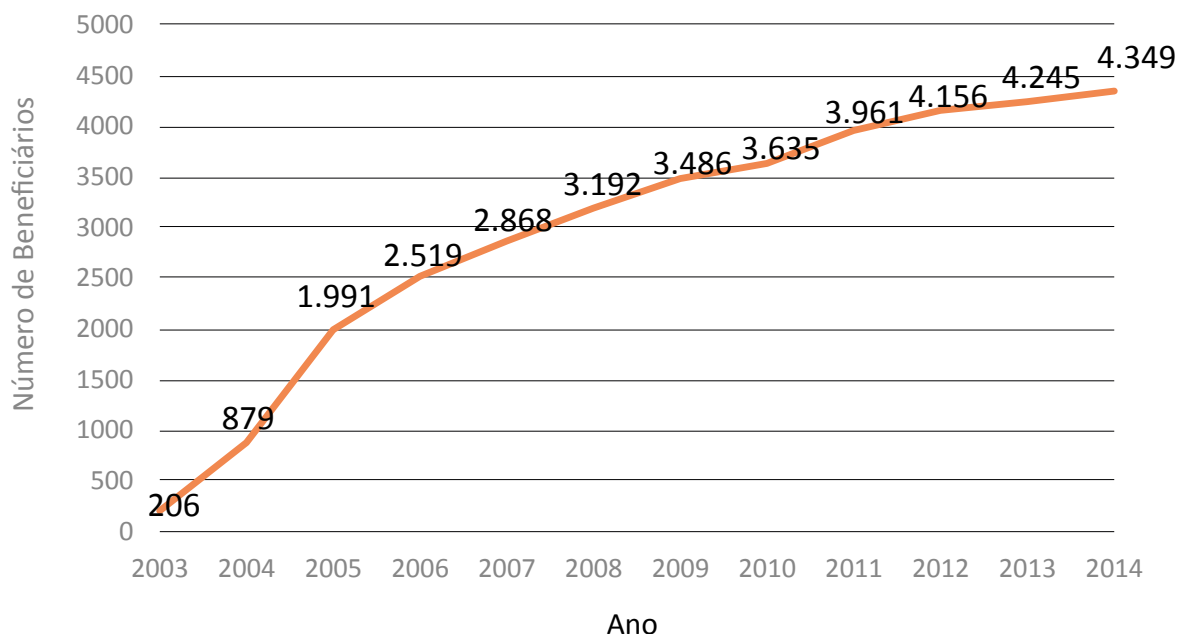
A desinstitucionalização tem um componente mais evidente, ou seja, o processo de desospitalização de pessoas que passaram muitos anos em manicômios¹¹. Para induzir a saída de pessoas em longas internações e baseado em experiências nacionais e internacionais bem-sucedidas, foram criados serviços residenciais terapêuticos (SRT), através da Portaria 106/2000, e o Programa de Volta para Casa (PVC), através da Lei 10.708/2003, que instituiu um auxílio-moradia para essas pessoas. Assim, uma vez que os leitos psiquiátricos foram fechados, os valores referentes a estes foram transferidos para SRT, o que promoveu uma transferência real de recursos financeiros hospitalares para serviços de base comunitária, fator fundamental para a adesão de estados e municípios, estimulados pelo aporte financeiro, com garantias na continuidade do processo progressivo de fechamento de leitos associado à criação de novos serviços substitutivos. Os SRT que eram apenas 85 em 2002 chegaram 697 em 2014, beneficiando milhares de pessoas. O crescimento do PVC acompanhou o movimento, indo de 206 beneficiários em 2003 a 4,3 mil em 2014, como se vê no Gráfico 3, a seguir.

No entanto, o conceito de desinstitucionalização tem abrangência ainda maior, pois na verdade trata da própria desconstrução da noção de loucura como objeto de intervenção do saber técnico-científico e, sobretudo, médico¹¹. Neste caso, a desinstitucionalização alcança e contesta saberes e práticas profissionais que se erigiram sob a ideia de que o “louco”, ou o “desprovido de razão”, deveria meramente se submeter às condutas clínicas. Entretanto estas, por sua vez, não foram capazes de encontrar a subjetividade e as diferenças em cada indivíduo, tornando-se assim homogêneas e repetitivas. Como consequência, a desinstitucionalização deve ser considerada também um método de atenção psicossocial, na medida em que é o princípio que orienta, para cada caso, a necessidade de se construir estratégias específicas de cuidado, que não só devem incluir o sujeito em sua elaboração, como estar permanentemente passíveis a mudanças. Para tanto, devem existir estratégias no âmbito próprio dos serviços, fazendo com que o cuidado em saúde mental se baseie em *Projetos Terapêuticos Singulares* (PTS), com vistas a garantir que cada ação de saúde seja guiada pelas necessidades individuais.

Da mesma forma, os serviços de saúde mental necessitam se manter em permanente processo de transformação de suas práticas, de suas estratégias clínicas e de intervenção no espaço-território que ocupam. Os serviços, como os CAPS, apesar de responderem a uma mesma lógica da atenção psicossocial, devem também ser singulares, no sentido de se modelarem sempre em função das características do território que ocupam, das demandas de saúde mental a que respondem e da rede, intra e in-

GRÁFICO 3⁹

Série Histórica de Beneficiários do Programa de Volta para Casa (Brasil, 2003 – dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, e Datasus

tersetorial, que partilham. Para isso, são fundamentais os processos de supervisão clínico-institucional; a participação em eventos coletivos, como assembleias, reuniões comunitárias e fóruns de saúde mental; a incorporação de diferentes modos de educação permanente, além da presença de instituições de ensino e pesquisa e de estudantes nos serviços.

Outro aspecto estratégico da reforma psiquiátrica brasileira é a *atenção à crise*, que diz respeito diretamente ao avanço da atenção psicossocial como lógica e política, respondendo também aos princípios do SUS, principalmente a garantia de direitos e, especificamente, o direito ao acesso universal às melhores formas de cuidado em saúde para um determinado problema, conforme o conhecimento técnico e científico que se tem em cada época.

Estrategicamente, a atenção à crise é um ponto nodal da reorientação assistencial, na medida em que é justamente nos momentos de crise que ganha força o apelo ao hospital psiquiátrico. Se ainda se buscam outras formas de lidar com problemas de saúde mental que prescindam do hospital psiquiátrico, torna-se necessário criar modos de enfrentar as diferentes situações de crise, mas que não deixem de priorizar o cuidado em liberdade sustentado na relação com o território e a comunidade. O entendimento mais profundo e criterioso de que uma crise não se define apenas por sintomas psicopatológicos, mas que leva em consideração os demais nexos que articulam a vida subjetiva e o campo social que a cerca, compreende também que o seu cuidado só ocorrerá se a intervenção também atingir esses aspectos¹².

Desse modo, a abordagem do caso clínico singular e complexo, com a participação ativa do usuário, é o método de intervenção clínica possível, levando em consideração seus laços afetivos, familiares e comunitários. No entanto, há que se ter também uma resposta assistencial e institucional do sistema de saúde, pois se por um lado toda a rede de saúde tem que lidar com situações desse tipo, ao mesmo tempo é necessária uma estrutura robusta de serviços de atenção psicossocial para dar conta de tal complexidade. Especificamente para este tipo de abordagem é que existem os CAPS, principalmente os CAPS III, além da rede de urgências e emergências e os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que devem trabalhar de forma integrada, em que pese o fato de que a

implantação de uma rede efetiva de CAPS III ainda precisa avançar no país.

No entanto se sabe que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não concluiu seu processo de implantação de serviços conforme o pensado em sua concepção, mas, assim como o próprio SUS, é necessário que se mantenha um rumo filosófico, no caso, com a ampliação da cobertura de serviços especializados comunitários e de integração com a atenção primária, como, aliás, é preconizado em vasta literatura internacional como a melhor forma de se estruturar uma verdadeira política de saúde mental. Com efeito, é nos municípios que investem em uma rede forte e diversificada de CAPS, que se verifica a diminuição das internações psiquiátricas e ampliação do acesso de casos mais graves.

Saúde Mental e Atenção Primária: avanços no cuidado integral à saúde

Observa-se desde o início da proposta de reestruturação da APS no SUS, com a organização do Programa depois Estratégia de Saúde da Família (ESF), que a saúde mental é parte indissolúvel do cuidado prestado em qualquer nível do sistema de saúde. A atenção primária parte de um foco biopsicossocial em sua proposta de cuidado e a saúde mental representa, coerentemente, um dos componentes de tal modelo¹³. A APS tem, ainda, como foco de sua atuação os agravos de alta prevalência populacional, nos quais certamente se incluem os problemas de saúde mental, tais como os sofrimentos emocionais difusos, as depressões, a ansiedade, os problemas ligados ao álcool, entre outros, to-

dos com alta prevalência populacional. Além disso, a base da ESF inclui os conceitos de responsabilidade sanitária e de territorialização, o que torna as equipes da ESF responsáveis pela coordenação do cuidado em saúde de uma determinada população, incluindo o cuidado em saúde mental.

Desde a década de 1990, diversas experiências de integração entre profissionais de saúde mental e da atenção básica vêm sendo desenvolvidas no país¹⁴. Porém, com a progressiva expansão da ESF e com o surgimento dos profissionais especializados em atenção primária (médicos e enfermeiros de família e comunida-

de), como vem ocorrendo na última década, é que vem a se fortalecer a compreensão de que tais profissionais devem trabalhar dentro de uma perspectiva integral que inclui também o cuidado em saúde mental.

Porém este é um processo que apresenta diversos percalços, por exemplo, na superação da etapa em que a ênfase da atenção primária se concentrava nos estudos epidemiológicos em saúde mental e na caracterização dos pacientes que já representam grande parte de sua demanda. Em uma nova perspectiva, surge a ênfase em que os profissionais de saúde mental devem promover, como prioridade, a estruturação do cuidado comunitário aos pacientes com transtornos mentais e sua desinstitucionalização¹⁵. Assim, como experiência de trabalho colaborativo, surge a estratégia chamada de *matriciamento*, possibilidade concreta de integração do cuidado em saúde mental na APS, desenvolvido de forma específica para tal prática¹⁶, através da integração de profissionais de diferentes níveis de cuidado, constituindo-se como modelo genuinamente brasileiro de cuidados colaborativos em saúde mental na APS.

Para que a APS pudesse assumir seu papel neste cuidado, foram necessárias estratégias para fortalecer a capacidade da mesma em relação à saúde mental, em nível técnico e institucional. Ação fundamental neste sentido foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2008, compostos por profissionais de diversas áreas, para apoio às equipes de saúde da família, com ênfase especial na atenção à saúde mental. A ação destes profissionais engloba o desenvolvimento de ações interdisciplinares de cuidado em saúde mental, como a disponibilização de ações de educação permanente e continuada em saúde mental na APS. Existem hoje mais de cinco mil equipes envolvidas em tal atuação, constituídas desde 2017 como Núcleos Ampliados do Saúde da Família, dos quais 90% possuem psicólogos entre seus profissionais, além de terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psiquiatras. Esses profissionais têm no matriciamento a base de suas intervenções. Diversas modalidades de trabalhos interdisciplinares têm sido desenvolvidas, tais como consultas, visitas domiciliares e grupos interdisciplinares terapêuticos ou de promoção de saúde, como rodas de terapia comunitária, grupos de artesanato e rodas de conversas em saúde mental¹⁷.

Os impasses e desafios atuais para a continuidade do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

É certo que houve diversos avanços no âmbito da saúde mental brasileira, como a ampliação da cobertura de serviços comunitários como SRT e CAPS, assim como o envolvimento da

APS no cuidado em saúde mental, decorrendo disso a ampliação e a consolidação das ações de desinstitucionalização, com a criação de instrumentos e ferramentas técnicas para a clínica e

reabilitação psicossocial. Ocorreu, assim, substancial diminuição de 51% de leitos psiquiátricos disponíveis no Brasil (Gráfico 4 a seguir)⁹.

No entanto, ainda há muitos e novos desafios pela frente, que certamente se inter-relacionam, entre eles se destacando a necessidade de capacitação e estruturação das ações da atenção primária nos cuidados em saúde mental; a necessidade de manutenção do ritmo histórico do crescimento da cobertura nacional de CAPS, além dos complexos desafios relacionados ao uso de álcool e drogas.

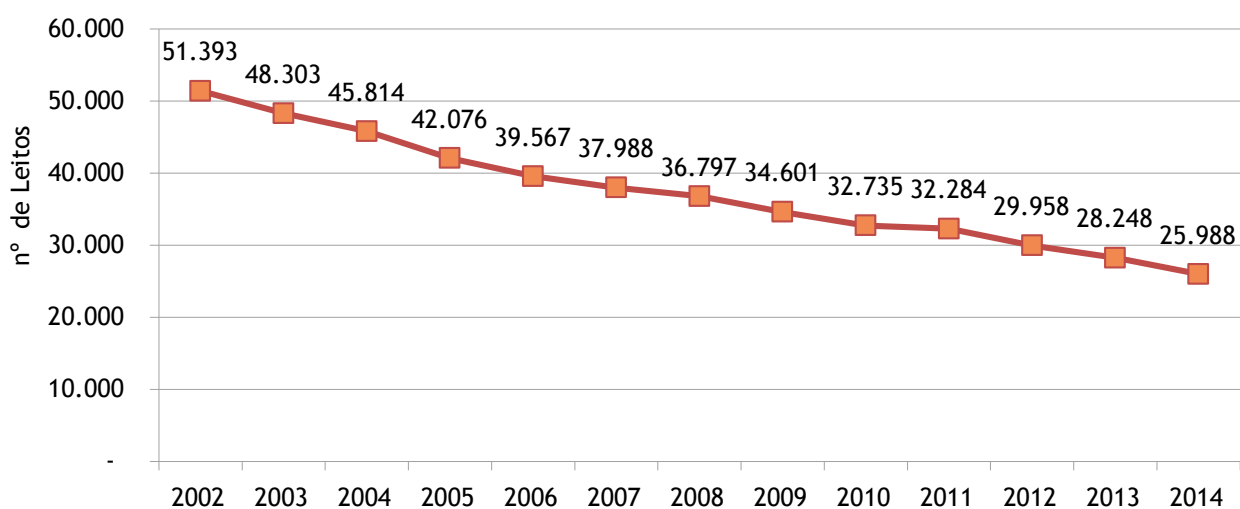
O primeiro desafio aqui listado diz respeito ao fortalecimento da capacidade da atenção primária para exercer seu protagonismo no cuidado em relação à saúde mental, tanto em termos técnicos, quanto institucionais. Pode-se dizer que a responsabilidade sanitária específica da APS é realizada no cuidado efetivo e eficaz relativo aos quadros de alta prevalência, como os

transtornos depressivos-ansiosos e os problemas referentes ao uso nocivo de álcool. Para tanto, são fundamentais a devida capacitação dos profissionais, a garantia de acesso à medicação básica e o desenvolvimento de intervenções terapêuticas não-medicamentosas. A disponibilização do Manual de Intervenções do Programa para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental 2.0 de 2016 (MI-GAP ou IG-mhGAP em inglês) é uma das alternativas existentes para superar tais limitações. Nesse contexto, a necessidade de integração da ESF com os outros dispositivos e instâncias do sistema de saúde é indispensável, para superar ações isoladas e construir redes de cuidado.

No que diz respeito ao avanço da cobertura dos CAPS, é possível observar (Gráfico 2) que o ritmo de abertura de novos serviços fora de mais de 120 novas unidades por ano até 2017, a partir do que se registra queda, não chegando hoje sequer a 100 novos CAPS anuais. Em 2016, a Emenda

GRÁFICO 4

Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais.

Constitucional estabeleceu um teto, a ser mantido por 20 anos, que inibe o crescimento de gastos com saúde. Ao mesmo tempo, ocorreu reajuste substancial nos valores pagos em diárias nos hospitais psiquiátricos, em claro detrimento dos serviços comunitários. Pode-se entender, assim, que o limite imposto pelo contexto de restrição orçamentária, concomitante à reorientação da política de saúde mental, privilegiando investimentos em hospitais psiquiátricos, constitui uma autêntica ameaça à expansão da cobertura de serviços de base territorial. E estes, como é amplamente demonstrado em todo o mundo, são decisivos para a qualidade da assistência, para o enfrentamento dos casos mais graves e para a ampliação do alcance dos cuidados em saúde mental, devido a sua maior capilaridade no tecido social e articulação com a atenção primária e outros setores das políticas públicas.

Pode-se observar, ainda, que os CAPS-ad e outros serviços para pessoas com problemas referentes ao uso de álcool e outras drogas tiveram um crescimento considerável a partir de 2011. Isso se deve ao investimento em políticas voltadas para o tema de álcool e drogas, como é o caso do programa “*Crack: é Possível Vencer*”, além da própria criação de serviços como a UAA e a UAI, instituídos em 2012. Por outro lado, ocorreu nos últimos anos significativo aumento dos problemas de saúde pública relativos ao uso nocivo de álcool e de outras drogas, confirmado pelo incremento de atendimentos específicos no âmbito do SUS⁹. Na verdade, soma-se a isso o fator agravante da mudança de perfil relativo aos casos mais graves entre jovens, acumulando violência, uso de drogas e outros transtornos mentais. A associação entre uso de álcool e outras drogas, com sofrimento mental,

alta vulnerabilidade social e miséria, compõe um cenário extremamente grave e complexo para o sistema de saúde e para os serviços de saúde mental em especial.

Assim é que as equipes da APS e também aquelas dos CAPS, CAPSi e CAPS-ad se deparam, cada vez mais, com esse tipo de situação e com a necessidade de reinventar a si e a seu papel na comunidade. Esta demanda apresenta características específicas para os cuidados, situando-se na interface da assistência em saúde com as ações de superação de determinantes sociais de saúde e de suporte a grupos especialmente vulneráveis.

Neste sentido, o encontro entre a atenção psicossocial e a proposta de *redução de danos* tem sido cada vez mais profícuo. As estratégias de redução de danos foram incluídas em documentos oficiais como fator de ampliação do acesso, na medida em que redimensiona o cuidado para além da questão específica do uso de álcool e drogas, passando a incluir outros âmbitos da vida.

Há sem dúvida muitos impasses em relação à atenção a pessoas com necessidades relativas ao uso de álcool e outras drogas, com lacunas referentes aos cuidados em relação a tal hábito e ao protagonismo da APS como ator central na rede. Além disso, muitas vezes têm se optado pela centralização do cuidado em propostas desvinculadas do setor saúde e com pouca ou nenhuma eficácia terapêutica comprovada, como acontece com as chamadas *Comunidades Terapêuticas*, cujo modelo se estrutura de forma paralela ao SUS, propondo novas formas de institucionalização, com violação de direitos

humanos, através, por exemplo, da manutenção de pessoas em privação de liberdade por longos períodos, sem as necessárias condições sanitárias, desrespeitando direitos básicos e impondo valores religiosos, como se pode verificar no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Apesar de, na maioria das vezes, serem sustentadas com dinheiro público, não apresentam evidências científicas de resultados positivos e ignoram a alta concomitância da dependência às drogas com transtornos mentais e patologias físicas.

O próprio cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso nocivo de drogas tem pautado importantes questões, tais como: as discussões sobre grupos específicos (jovens, indígenas, população LGBTI, negros, entre outros); os determinantes sociais do uso de álcool e drogas; as diferenças entre os problemas referentes ao álcool e os problemas referentes a outras drogas, principalmente em relação aos aspectos legais; o fortalecimento da rede de saúde mental e a necessidade de ampliação da cobertura de CAPS-ad e de unidades de acolhimento para adultos e crianças; além da questão das violações de direitos em instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas.

Por fim, o campo da saúde mental é repleto de disputas, muitas vezes de caráter corporativo, que deixam de lado os valores humanos, éticos e científicos que devem embasar as decisões em uma política pública. No entanto, a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inserida no contexto mais amplo da história da Reforma Sanitária e do SUS, baseada nos princípios de garantia dos direitos humanos básicos e do acesso ao cuidado de qualidade e em liberda-

de, sem privar o portador de transtorno mental da vida em sociedade e do exercício da cidadania, é repleta de conquistas e avanços reconhecidos pela comunidade internacional.

A OPAS e a OMS possuem um conjunto de informações, recomendações e instrumentos que zelam pela garantia de critérios éticos e evidências científicas. O Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020 da OPAS, por exemplo, tem como objetivos para a Região das Américas: a garantia dos Direitos Humanos no cuidado em saúde mental; ampliação dos serviços de base comunitária e as ações em saúde mental na atenção primária; redução dos hospitais psiquiátricos; a redução das taxas de suicídio; o aumento das ações de promoção da saúde e prevenção em saúde mental; e o fortalecimento dos sistemas de informação. Tais diretrizes, internacionalmente consensuais, se coadunam fortemente com as diretrizes que a Reforma Psiquiátrica Brasileira construiu a partir da construção do SUS como sistema público e universal, assim como de valores democráticos, da participação dos movimentos sociais e da busca pela garantia de direitos e da cidadania que fazem com a política de saúde mental no Brasil tenha sido exitosa e que tenha construído a capacidade de produzir formas criativas e eficazes de enfrentar os novos desafios.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Dévora Kestel e de Julio Suárez da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Julio Suárez e Renato Tasca foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra. 2013
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
3. Andrade, Laura Helena; Wang, Yuan-Pang; Andreoni, Solange; Magalhaes Silveira, Camila; Alexandrino-Silva, Clovis; Siu, Erica Rosanna; Nishimura, Raphael; Anthony, James C.; Farid Gattaz, Wagner; Kessler, Ronald C.; Viana, Maria Carmen. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE | www.plosone.org 2 February 2012 | Volume 7 | Issue 2 | e31879
4. Almeida Gonçalves, Daniel; Mari, Jair de Jesus; Bower, Peter; Gask, Linda; Dowrick, Christopher; Tófoli, Luis Fernando; Campos, Mônica; Batista Portugal, Flávia; Ballester, Dinarte; Fortes, Sandra. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores socio-demográficos relacionados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014
5. World Health Organization. Depression and Other Commons Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginebra. 2017
6. Amarante, Paulo. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995
7. Amarante, Paulo; Torre, Eduardo. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p.12-25, maio/ago. 2001
8. Brasil. Ministério da Saúde. Site acessado em 14 de julho de 2018. <http://portalmms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados 12. Ministério da Saúde. SAS. Ano 10, nº 12, outubro de 2015
10. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). WHO-AIMS: Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean. Washington D. C.. 2013
11. Leal, Erotildes Maria e Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154
12. Dell'Acqua, Giuseppe. Mezzina, Roberto. Resposta à Crise: Estratégia de Intencionalidade da Intervenção no Serviço Psiquiátrico Territorial. In: AMARANTE, Paulo. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005
13. Martin Prince, MD, Vikram Patel, PhD, Shekhar Saxena, MD et al. No Health without Mental Health The lancet . SERIES|GLOBAL MENTAL HEALTH| VOLUME 370, ISSUE 9590, P859-877, SEPTEMBER 08, 2007. September 04, 2007DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
14. Lancetti, Antonio. SAUDELOUCURA, VOL. 7 – SAUDE MENTAL E SAUDE DA FAMILIA. Hucitec, 2008
15. Athié, Karen; Fortes, Sandra; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008
16. Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007
17. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva; 2011 [citado 5 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/581/1/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>

A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de Zika

Cláudio Maierovitch¹, Wanderson Kleber de Oliveira², Enrique Vazquez³

¹ Fundação Oswaldo Cruz.

² Centro de Integração de Dados e Conhecimento para Saúde.

³ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Introdução

Em novembro de 2015, o Brasil esteve, pela primeira vez, no fulcro de uma emergência internacional, antes declarada emergência nacional, devido à uma epidemia causada pelo vírus conhecido como Zika.

Na ocasião, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em declaração internacional, destacou a gravidade da situação no Brasil e o caráter transnacional da epidemia pelo vírus Zika, com a ocorrência concomitante de problemas neurológicos e casos de microcefalia. Assim, foi estabelecida emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII, ou PHEIC, a sigla em inglês).¹

A identificação de uma grande epidemia causada pelo vírus Zika no Brasil, nunca antes encontrada no hemisfério ocidental, ocasionou, concomitantemente, casos de Síndrome de

Guillain-Barré e manifestações de maior gravidade, devido a infecções congênitas que resultaram em graves malformações fetais, especialmente no sistema nervoso central, tendo a microcefalia como característica mais severa. A epidemia de malformações relacionadas à infecção congênita pelo Zika no Brasil resultou, também, em grande sofrimento das crianças, famílias e comunidades afetadas. É digna de destaque, a rapidez em que ocorreram a identificação dos problemas de saúde e a velocidade da resposta do setor saúde, tanto no plano internacional como nacional.

O Sistema Único de Saúde e a Vigilância em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988, é fruto de grande mobilização de segmentos organizados da população, membros da burocracia pública, intelectuais das universidades, sindicalistas e outros atores comprometidos com a causa social. Seus princípios doutrinários são: a universalidade (direito à saúde), a responsabilidade pública, a integralidade e a equidade. Sua organização é baseada em diretrizes organiza-

tivas: a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação da sociedade.^{2,3}

Com base nesses conceitos, o Brasil pôde ampliar de forma significativa sua rede assistencial, ao longo dos trinta anos de criação do SUS. A atenção básica passou a possuir grande capilaridade, com a distribuição, por praticamente

todo o território, das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)^a, dentro da perspectiva de acesso universal da população, mesmo que alguns déficits de cobertura e restrições à integralidade, que estabelece a garantia do acesso a serviços especializados, exames laboratoriais, procedimentos e internações, perdurem temporariamente.

Do ponto de vista legal, as ações de vigilância em saúde no Brasil derivam diretamente de alguns princípios constitucionais, a saber: (a) o disposto no Art. 196, que preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, em termos de promoção, proteção e recuperação; (b) no Art. 197, o estabelecimento da noção de *relevância pública* aplicada às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle; (c) no Art. 198, a disposição de que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada dentro um sistema único, organizado, entre outras diretrizes, pela descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o que distribui a responsabilidades em saúde não só para a União, mas também para Estados e Municípios; (d) e, finalmente, a competência incontestada, explicitada no art. 200, de que o SUS tem responsabilidade essencial de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, nas três esferas de governo.²

Assim, os instrumentos legais garantem, normatizam a existência e o funcionamento das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária no SUS. A Vigilância Epidemiológica, compreendida como vigilância em saúde pública. Nos últimos anos, essas áreas de saúde vêm passando por transformações importantes em sintonia com os avanços do Regulamento Sanitário Internacional, que levou o país a organizar sua capacidade para respostas a eventos que ameaçam a saúde pública.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e de vários municípios mais populosos implantaram uma rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância Em Saúde (CIEVS). Ao mesmo tempo, programas de treinamento têm permitido qualificar as equipes das três esferas de governo, com correspondente incremento em sua capacidade de detecção, análise e resposta aos referidos eventos. Tal preparação para reagir frente a riscos à saúde pública inclui, ainda, métodos para organização dos processos de trabalho, materializados em planos de contingência que consideram diferentes cenários de ameaças.

Esse sistema de resposta acumulou o aprendizado sobre a importância do trabalho com outros setores da administração pública, com a instituição, em 2005, do Grupo Executivo Interministerial e a criação da Força Nacional de Saúde,⁵ para atuar de forma complementar quando a capacidade da esfera estadual não for suficiente para enfrentar uma determinada emergência em saúde pública.

a Modelo adotado no país como a principal porta de entrada para o SUS.

A epidemia de Zika no Brasil e a ação do SUS

O período que antecedeu a emergência relacionada ao vírus Zika foi de muita atividade no segmento da Vigilância Epidemiológica do SUS. Após a pandemia de influenza em 2009 e 2010, esta virose apresentou uma grande incidência nos anos de 2012-2013. Em 2013 e 2015 os casos de dengue superaram seus recordes históricos e teve início a transmissão do vírus Chikungunya e posterior epidemia. Nesta mesma época, ocorreu a declaração da ESPII pelo vírus Ebola, com grande repercussão, embora sem ocorrência de casos no Brasil.

Em que pese alguns vazios assistenciais, o Brasil conta com uma rede de serviços de atenção básica em saúde capilarizada e organizada na maior parte do território nacional, mediante a ESF.

Dessa forma, o SUS possui uma razoável e crescente capacidade de detecção de doenças que afetam a população brasileira, mesmo em áreas remotas do país. As unidades da ESF, cuja atenção básica oferece uma complexa tecnologia de organização e relação com a comunidade, ao lado dos serviços de pronto-atendimento e de urgência e emergência, constituem as portas de entrada do sistema, articulando-se às especializadas e hospitalares, voltadas para o objetivo constitucional da integralidade.

Essa rede de serviços foi responsável pela detecção dos primeiros casos de uma doença exantemática até então desconhecida no país, que de fato sequer se sabia se era conhecida

ou não. A comunicação de que muitas pessoas, em várias cidades da Região Nordeste, vinham se apresentando aos serviços de saúde queixando-se de erupção cutânea, vermelhidão nos olhos e febre abriu um leque amplo de possibilidades diagnósticas. No segundo semestre de 2014, observou-se que as notícias e informações começaram a chegar com frequência crescente.

Mas foi somente em abril de 2015 que pesquisadores do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia,⁶ associados a outros profissionais da rede de serviços, identificaram, pela primeira vez, a presença de material genético do vírus Zika em amostras de sangue colhidas daqueles pacientes. Pouco tempo depois, o laboratório da Fiocruz do Paraná também identificou, por testes de biologia molecular, a presença do vírus em amostras colhidas no Rio Grande do Norte.⁷ Assim, com base nas características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, firmou-se a convicção de que o vírus Zika era o agente responsável pela doença. Feito isso, o Ministério da Saúde passou a adquirir insumos específicos e realizar treinamentos para que os laboratórios tivessem a capacidade de pesquisar a presença deste vírus em amostras biológicas.

Tal sequência de investigações e decisões ilustra a conexão interinstitucional do SUS, que tem interface com instituições variadas, tais como hospitais universitários, laboratórios e institutos de pesquisa públicos, além de im-

portantes organizações do sistema educacional público, e privado. Trata-se de uma articulação que não reflete apenas uma colaboração esporádica e pontual, em que os interesses de pesquisa e da saúde pública coincidem. Mas, estabelecida, anteriormente, nos instrumentos legais e normativos do sistema de saúde que inclui no seu escopo de atuação a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação, nos termos da Lei Orgânica da Saúde. Aliás, o próprio Ministério da Saúde tem vinculadas a sua estrutura duas organizações de pesquisa importantes – o Instituto Evandro Chagas, no Pará, e a Fundação Oswaldo Cruz, com sede no Rio de Janeiro e unidades em vários outros estados.

As decisões iniciais relativas à epidemia no Brasil foram baseadas no comportamento das anteriores e relevantes duas únicas epidemias pelo vírus Zika, ocorridas na Micronésia (Ilha de Yap) e na Polinésia, que foi tomado como base para as primeiras decisões relativas à epidemia no Brasil. Dessa forma, a primeira iniciativa foi a de informar às instituições, aos profissionais e meios de comunicação fatos a respeito do diagnóstico provável dos casos e que a doença era conhecida por ser autolimitada, com cura espontânea em poucos dias. A segunda foi a orientação para que as secretarias estaduais de saúde elegeassem alguns serviços de saúde, que serviriam de sentinelas para acompanhar a evolução, com monitoramento do número de casos atendidos e envio de amostras para pesquisa do vírus Zika.

Ocorreu também um significativo esforço de otimização do sistema de vigilância, que incluiu a elaboração de instrumentos de notificação, adequação do sistema de informações, identifi-

cação de unidades sentinelas e capacitação de pessoal, tendo como objetivo principal identificar a dispersão do vírus para novas áreas. Nesse período, alguns laboratórios públicos assumiram a responsabilidade de analisar as amostras enviadas de todo o país para pesquisa do vírus.

Conforme se constatou mais tarde, o aumento da prevalência de microcefalia em bebês da Região Nordeste começou em agosto de 2015, pois as atenções estavam concentradas em outros quadros neurológicos. O baixo índice de crescimento do crânio de bebês, ao longo de algumas semanas, foi percebido por profissionais do setor hospitalar, particularmente pediatras e neuropediatras que recebiam os recém-nascidos encaminhados para atendimento especializado.

Tais episódios remetem ao fato de que, se uma doença ou agravo não está presente na lista de eventos a serem notificados ao sistema de vigilância, dificulta a detecção de mudanças no padrão epidemiológico. Isso significa que a percepção pode não ocorrer porque o evento é sabidamente muito raro e inusitado, mas, ao mesmo tempo, pode ser identificado por algum sistema de monitoramento capaz de captar informações de diversas origens e analisá-las de forma agrupada, fazendo comparações com outras localidades ou com a frequência habitual.

Foi exatamente o caráter extraordinário que chamou a atenção dos profissionais de saúde em Recife, Pernambuco, que a partir de diálogos informais com pacientes e outros profissionais puderam constatar a coincidência de observações e suspeitar que houvesse uma

situação epidêmica. O caso foi comunicado à Secretaria de Estado da Saúde, que ativou o sistema de vigilância em saúde e mobilizou os demais gestores do SUS. No episódio, a oportunidade da resposta foi possível por uma adequada combinação entre a percepção daqueles que atuavam no atendimento direto aos bebês e a prontidão das autoridades de saúde para responder à demanda.

Cabe assinalar que entre as características do sistema de saúde brasileiro está o esforço de interação entre atenção básica, a atenção especializada, laboratórios e instituições de pesquisa, por meio de mecanismos de referência formais ou de cooperação esporádica, quando

não pela iniciativa voluntária de profissionais com outros vínculos profissionais ou com inserção acadêmica. No caso presente, merece referência destacada a atuação de diversas instituições: Fundação Oswaldo Cruz; Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas; Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Departamento de Genética; Instituto de Biologia e Laboratório de Sistemas Avançados de Gestão de Produção-SAGE-COPPE-RJ; Centro de Gestão Tecnológica-CT2; Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ, Campina Grande-OB).

O estado de emergência nacional (ESPIN)

Dada a gravidade da situação, antes mesmo dos resultados laboratoriais confirmatórios, as informações iniciais da investigação epidemiológica, foram a base para a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Naquele momento, abriu-se um cenário de preocupações com a saúde da população que ocasionou uma ação sanitária decidida e resolutiva.

As duas casas do Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado) abrigaram discussões específicas sobre tal situação de emergência em saúde pública, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

no Brasil e de outras instituições. Na ocasião, o Legislativo aprovou recursos adicionais específicos de R\$ 500 milhões no Orçamento da União de 2016 e o Ministério do Planejamento autorizou remanejamentos que poderiam chegar a R\$ 3 bilhões para a saúde, tendo como argumento a epidemia.

O Ministério da Saúde, de posse de um conjunto de informações acumuladas nos meses de outubro e novembro de 2015, formulou um plano emergencial, com ações em três grandes eixos: (a) mobilização e combate ao mosquito; (b) atendimento às pessoas e (c) desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa. Assim, foi lançado, no início de dezembro de 2015, o Plano Nacional de Enfrentamento

à Microcefalia, rebatizado depois Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas Consequências.⁸

Uma atividade importante foi a realização da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do Aedes Aegypti no Brasil realizada em Brasília nos dias 17 a 18 de fevereiro de 2016. Na ocasião, o Ministério da Saúde se posicionou de maneira clara sobre as alternativas para implementar medidas para o controle do mosquito Aedes, o que resultou em uma agenda de pesquisas e na implementação de estudos para avaliação de novas tecnologias para o controle do mosquito.

A seguir, o combate ao mosquito *Aedes aegypti* se transformou em ação de maior visibilidade, com ações intersetoriais de grande volume e intensidade, com importante investimento em comunicação, em especial para iniciativas de mobilização social. As autoridades, sem dúvida, se empenharam em garantir prioridade às atividades, ao convocar o Grupo Executivo Interministerial (GEI), com presença de 17 ministérios, para a formulação do mencionado plano. Instalou-se uma Sala Nacional de Coordenação e Controle, com estrutura e suporte do Ministério da Integração Nacional,⁹ com capacidade para conexão remota por videoconferência, simultânea com salas equivalentes em todas as capitais dos estados, com o objetivo de coordenar, fazer o monitoramento e dar suporte ao trabalho de campo.

Naquele período até o final de outubro de 2016, entre os significativos números computados no combate ao vetor figuram as 275 milhões de visitas realizadas em imóveis para identificação

e eliminação de focos, tratamento de criadouros e orientação. Entre os diversos dias de ação concentrada foram acionadas cerca de 32 mil equipes de atenção básica, com envolvimento de quase 190 mil escolas de educação básica, 63 universidades federais e 40 institutos e centros federais de educação superior e tecnológica, totalizando 873 *loci* de atuação. Além disso, em um único dia, 220 mil militares participaram da campanha e as Forças Armadas mantiveram contingente e logística ativadas por vários meses¹⁰. O relato da emergência e seus desdobramentos certamente teriam sido muito diferentes caso não houvesse uma cuidadosa construção da estratégia de comunicação e de sua operação.

A seguir, a Tabela 1 apresenta os números de casos prováveis e a incidência de doença aguda de 2015 a 2018.

Observou-se uma produção ágil e abrangente de informações, bem como uma relação transparente e de abertura ao acesso dos veículos de comunicação, mídias e redes sociais. No Governo Federal, o Núcleo de Comunicação da Vigilância em Saúde, a Assessoria do Ministério da Saúde e a Secretaria de Comunicação da Presidência trabalharam em sintonia e em constante colaboração com as áreas equivalentes de governos estaduais.¹¹ Tal política de comunicação social foi, sem dúvida, uma prática bem-sucedida.

A busca de vínculos entre a esfera técnica, a esfera de comunicação e a esfera política foi fundamental, pois com base nas informações e orientações técnicas, houve um esforço contínuo para a produção de uma compreensão

TABELA 1

Número de casos prováveis e incidência de doença aguda pelo vírus Zika, até a Semana Epidemiológica 28. Brasil e regiões, 2016, 2017 e 2018*

	Casos prováveis (n)				Incidência (/100 mil hab.)			
	2015 ^Y	2016	2017	2018*	2015 ^Y	2016	2017	2018*
Norte	3.694	12.758	1.861	769	21,1	72,0	10,4	4,3
Nordeste	38.860	75.210	4.349	1.490	68,7	132,1	7,6	2,6
Sudeste	3.629	92.834	3.360	2.251	4,2	107,5	3,9	2,6
Sul	97	892	50	33	0,3	3,0	0,2	0,1
Centro-Oeste	154	34.101	5.594	1.398	1,0	217,7	35,2	8,8
Brasil	46.434	215.795	15.214	5.941	22,7	104,7	7,3	2,9

Fonte: Sinan NET SVS/MS

^YDados de 2015 a partir de FormSUS e Sinan NET

*atualizado em 10/07/2018), sujeitos à alteração.

comum, sem “simulacros” de conhecimento para responder às dúvidas, sendo que a própria ciência ainda não sabia tratar de algumas delas. A crise potencial que tal situação oferecia foi minimizada, apesar do volume e da densidade do trabalho, com geração ativa de informações, acolhimento e disponibilidade para veículos nacionais, internacionais, eletrônicos, corporativos e demais interessados.

Em fevereiro de 2016, acompanhando a gravidade da situação no Brasil e a expansão da epidemia de infecção pelo vírus Zika para mais de trinta países e que continuava a se propagar rapidamente por praticamente toda a parte tropical das Américas, a OMS declarou a emergência internacional (ESPII). A epidemia chegaria a outros continentes mais tarde.¹² Previamente à declaração de emergência internacional, o Brasil recebeu uma missão externa de especialistas da OPAS/OMS que reiterou a situação de

gravidade do problema. Dessa visita resultou a declaração de Emergência Internacional, sendo também corroborados os procedimentos de resposta até então adotados pelo Brasil, bem como a decisão acertada de declarar a emergência nacional. Na sequência, em fevereiro de 2018, a OMS contabilizava 86 países em uma das três categorias com transmissão do vírus Zika, sendo que em 71 não havia evidência de interrupção.

Certamente a maior proeminência da pandemia se deu no Brasil, com as consequências mais graves da infecção, tais como síndrome de Guillain-Barré, microcefalia e óbitos, que foram documentados e estudados de forma abrangente e aprofundada. O país chegou a receber uma delegação da OMS, liderada pela própria Diretora-Geral, que se reuniu com a Presidente da República, visitou Recife, a cidade mais atingida, e algumas das instituições de pesquisa

TABELA 2.

Notificações de casos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 20/2018. Brasil, 2015 a entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 20/2018, 2018

	2015		2016		2017		2018*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Em investigação	218	5,3	1.033	12,0	948	35,8	430	65,2
Confirmado	29	23,4	1.899	22,1	298	11,3	32	4,8
Provável	51	1,2	218	2,5	204	7,7	33	5,0
Descartado	2.299	55,8	4.001	46,5	876	33,1	110	16,7
Inconclusivo	104	2,5	207	2,4	44	1,7	5	0,8
Excluído	482	11,7	1.246	14,5	275	10,4	50	7,6
Total	4.119	100	8.604	100	2.645	100	660	100

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia) – SVS/MS

* Atualizado em 28/05/2018.

envolvidas na resposta à epidemia. Assim, o Brasil se tornou um protagonista relevante na discussão internacional sobre a emergência da Zika.

Ao mesmo tempo, a manutenção do Brasil como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 chegou a ser questionada por alguns especialistas, preocupados com a possibilidade de que o evento fosse o estopim para uma grande pandemia. Entretanto, com epidemias de dengue documentadas por décadas, confirmou-se a evidência de que a transmissão de arboviroses urbanas invariavelmente regride a níveis quase indetectáveis antes do inverno, sendo o mesmo esperado em relação ao vírus Zika. Houve, também, uma notável intensificação das medidas de prevenção e controle de vetores nas localidades onde foram realizadas as provas,

alojamentos dos atletas e delegações. Às quais foi somado um conjunto de atividades de vigilância, resposta e atenção à saúde organizadas para um evento de massa daquela dimensão. Conforme amplamente noticiado na ocasião, não foi registrado sequer um caso de Zika entre as pessoas que compareceram aos jogos.

No período de ESPIN e de ESPII, organizações e serviços de saúde no Brasil e no mundo trabalharam intensamente, de forma coordenada, para o monitoramento e adoção de medidas. Foram elaborados e adotados protocolos de atuação e resposta para prevenção, controle e mitigação das consequências da epidemia. Organismos multilaterais, em especial a OMS, tiveram um papel fundamental, complementado pela colaboração de instituições líderes, como o Centro de Controle de Doenças estadu-

nidense, o Instituto Pasteur francês, a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Evandro Chagas, brasileiros, e muitas outras organizações não menos importantes.

O estado de emergência internacional foi encerrado em novembro de 2016, quando o Comitê de Emergência da OMS emitiu sua recomendação. Recordando as razões da declaração original de fevereiro, e com base na demonstração da ligação entre a infecção pelo vírus e a microcefalia, o Comitê apontou a necessidade de uma integração política e técnica internacional de longa duração, como uma adequada resposta global, além de assinalar que a manutenção da emergência internacional não seria a forma mais indicada para uma resposta sustentável. Segundo a declaração do Comitê: *"...um surto extraordinário de microcefalia e outros problemas neurológicos notificados no Brasil, seguindo um surto similar na Polinésia Francesa*

e associação espacial e temporal com infecção pelo vírus Zika que exigiram ação urgente e coordenada. (...) Muitos aspectos da doença e das consequências associadas ainda precisam ser compreendidos, mas isso pode ser melhor realizado por meio de pesquisa sustentada". Recomendou-se, ainda, que tudo isso deve ser transformado para um programa sustentado de trabalho com recursos específicos para enfrentar a natureza duradoura da doença e das consequências associadas.¹³

Exatos seis meses depois do fim dessa emergência de saúde pública internacional, o Ministério da Saúde decidiu encerrar também a emergência nacional, ao levar em consideração a redução dos casos de infecção pelo vírus Zika e o efeito positivo das ações de controle do *A. aegypti*, envolvendo a mobilização da população para tal finalidade.¹⁴

Reflexões finais e recomendações

Não há como desenhar cenários prováveis sobre o comportamento futuro da transmissão do vírus Zika no Brasil. A Epidemiologia tem ferramentas poderosas para investigar ocorrências e compreendê-las, mas, algumas vezes, não suficientemente robustas para fazer previsões em contextos de grande complexidade. Os fatores climáticos e sociodemográficos certamente pesam muito na ocorrência das arboviroses. Por tudo o que se sabe até hoje, considera-se essencial a continuidade do investimento na mobilização social, na articulação intersetorial, na busca da qualidade na aplicação de métodos tradicionais de controle e de novas tecno-

logias, para conseguir, realmente, controlar de maneira mais efetiva o mosquito transmissor. Embora ainda não disponíveis, vacinas e medicamentos serão fundamentais para impedir novas catástrofes relacionadas ao vírus Zika e reduzir o impacto da infecção.

A população brasileira não atravessou simplesmente uma grande epidemia, pois restou um enorme rastro de sofrimento e necessidades. Alguns milhares de crianças, seus familiares ou responsáveis vão precisar, durante muito tempo, do apoio de serviços e políticas sociais que contribuam para a melhoria de sua qualidade

de vida. Essa demanda soma-se a outra, ainda muito pouco visível, de pessoas com transtornos de desenvolvimento sensorial e neurológico por causas diversas, como paralisia cerebral, autismo, epilepsia grave e vários tipos de deficiências. Todo o impacto destas sequelas vai ser carregado aos serviços de saúde – e o SUS continuará sendo a única alternativa de atenção para grande maioria das famílias afetadas.

Mas o SUS chega aos trinta anos em um momento de incertezas. O caso da epidemia de Zika e suas consequências, ilustra bem a importância de um sistema de saúde como o que existe no Brasil, que apesar de suas dificuldades constitui um real patrimônio social. As atuais ameaças, podem afetar não apenas a população brasileira, mas o futuro do país. As respostas dos serviços de saúde do SUS face às emergências decorrentes das recentes epidemias – de Zika e de arboviroses em geral – bem demonstra o papel essencial dos serviços públicos de saúde na proteção da população. Dentro das limitações e imprevistos observados na experiência com o vírus Zika, o SUS demonstrou ser um sistema com capacidade aceitável de responder inicialmente ao “teste de estresse” causado pela epidemia. Caberá sempre indagar: o que teria acontecido no Brasil com essa epidemia sem a atuação do SUS. Sem uma importante cobertura de atenção básica? Sem um sistema de vigilância epidemiológica e laboratorial ativo e coordenado em todo o território nacional? Sem um programa de controle de vetores em funcionamento em praticamente todos os municípios? Sem um esforço conjunto das três esferas de governo garantida pela gestão tripartite inerente ao SUS? Sem uma estreita

integração com instituições acadêmicas e de pesquisa de excelência?

Com a convicção de que o fortalecimento do SUS é a melhor solução possível para proteger a população brasileira de situações catastróficas determinadas por ameaças epidêmicas, torna-se importante identificar algumas lições aprendidas a partir da experiência com o Zika.

1. A recomendação principal é o fortalecimento das redes de atenção do SUS, baseada na Atenção Primária em Saúde (APS). São elementos chave para o funcionamento efetivo das redes, em um surto com as características do Zika, o aprimoramento da capacidade resolutiva da APS, o trabalho com a comunidade focado em ações multidisciplinares e o apoio aos agentes comunitários de saúde. O funcionamento efetivo das redes de atenção é especialmente importante em função do seguimento que deve ser feito, por muitos anos, das crianças e suas famílias acometidas considerando as sequelas adquiridas pela infecção. Sobretudo para as famílias que moram em áreas distantes dos centros especializados, com problemas de acesso aos serviços, e que, portanto, precisam de uma maior articulação das redes de atenção.
2. Uma segunda recomendação é o fortalecimento dos laboratórios de saúde pública e da colaboração com instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, visando a qualificação da vigilância, aspecto inquestionável e reafirmado pela experiência vivida em outras epidemias posteriores a de Zika, como nos surtos de febre amarela de 2017 e 2018 e de sarampo em

2018. Para o fortalecimento dessa área, considera-se necessário: qualificar o pessoal, aprimorar as estruturas físicas, melhorar a capacidade de realizar testes moleculares, aperfeiçoar os protocolos e incorporar novas tecnologias que tenham evidências de eficácia. O Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) é uma ferramenta efetiva de apoio ao monitoramento e gestão da rede de laboratórios.

3. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um excelente sistema de informação para a vigilância de rotina. Porém, em emergências apresenta algumas limitações. É prioritário para os sistemas de informação em saúde do país o ajuste ou o desenvolvimento de ferramentas de notificação mais eficazes e oportunas, nas ocasiões de epidemias. Nos surtos de Zika, Febre Amarela e Sarampo, o SINAN e o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização mostraram-se insuficientes, e as unidades de vigilância e imunizações de municípios e estados tiveram que apoiar em ferramentas ad hoc de registro e notificação, fato que dificultou a integração e análise de dados.
4. Finalmente, reafirma-se a necessidade de que o SUS e outras políticas de proteção social recebam os recursos necessários para manter e intensificar seus programas para o apoio e seguimento às famílias afetadas, quase todas de baixos recursos, sem capacidade para atender aos pacientes afetados

com microcefalia e outras sequelas durante períodos muito longos, difícil de estimar com precisão. Este apoio requer recursos financeiros, humanos e infraestrutura de atenção que vão além da simples atenção às vítimas da epidemia, mas que requerem um fortalecimento geral do sistema de atenção, baseado na APS como ordenador das redes de atenção.

5. Os efeitos de longo prazo da epidemia de Zika constituem mais um exemplo da necessidade de um sistema de proteção social especialmente em um momento de crise financeira e em um contexto de grandes desigualdades sociais. Porém, a manutenção destes serviços de vital importância para a população, especialmente as mais vulneráveis, pode vir a ser ameaçada pela implementação das medidas de austeridade previstas pela Emenda Constitucional no. 95, de 2016. Faz-se necessário estabelecer um diálogo social amplo sobre tal tema, de forma a evitar que a aplicação dessas medidas venha a cobrar um elevado custo social, em termos de sofrimentos e mortes.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Renato Tasca, Julio Suárez, Juan José Cortez-Escalante, Rogério Lima.

Carlos Frederico Campelo de Albuquerque e Giovanini Coelho foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. World Health Organization [homepage]. PHEIC WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations [access on: 1 Feb 2016]. Available at: <http://www.who.int>.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Artigos de 196 a 200.
3. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União 20 set 1990.
4. Brasil. Decreto de 6 de dezembro de 2010. Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), e dá outras providências. Diário Oficial da União 7 dez 2010 [acesso em 10 de abril de 2018]. Disponível em: planalto.gov.br
5. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Força Nacional do SUS (FN-SUS) [acesso em 10 de abr 2018]. Disponível em: <http://saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/forca-nacional-do-sus>.
6. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015 Oct; 21(10):1885-6. doi: 10.3201/eid2110.150847. PMID: 26401719; PMCID: PMC4593454.
7. Zanoluca C, Melo VCAD, Mosimann ALP, Santos GIVD, Santos CNDD, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. 2015 Jun; 110 (4): 569-72.
8. Ministério da Saúde [homepage na internet]. O mosquito da dengue pode matar. E é ainda mais perigoso para gestantes. Proteja-se [acesso em 09 abr 2018]. Disponível em: portal.arquivos2.saude.gov.br
9. Brasil. Decreto n.º 8.612, de 21 de dezembro de 2015. Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da dengue, do vírus chikungunya e do Zika vírus. Diário Oficial da União 22 dez 2015 [acesso em: 8 de abril de 2018]. Disponível em: planalto.gov.br
10. Frutuoso RL, Lima FCBA, Garcia GR, Fontoura OM. Atuação da Sala Nacional de Coordenação. In: Turcato M, coordenador. *Vírus Zika no Brasil: A Resposta do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 65-69.
11. Turcato M, coordenador. *Vírus Zika no Brasil: A Resposta do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 47-49.
12. World Health Organization. Zika Virus Classification Table [Internet]. Geneva: World Health Organization. 15 feb 2018; cited 10 apr 2018. Available from: who.int
13. World Health Organization statement. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus, 18 November 2016.
14. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia [acesso em 10 abr 2018]. Disponível em: portal.ms.saude.gov.br.

Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids

Ximena Pamela Díaz Bermúdez¹

¹ Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil.

Introdução

Este capítulo aborda as principais experiências da política de HIV/Aids no país à luz de sua trajetória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento apresenta o repertório das estratégias mais marcantes na resposta nacional à epidemia do HIV/Aids, os avanços e os dilemas. Acena para possíveis cenários programáticos projetados para 2030, período definido pelas Nações Unidas para a implementação de uma agenda universal de desafios globais para o desenvolvimento e sustentabilidade do planeta e de seus habitantes.

Um olhar global

A epidemia de HIV/Aids, que surgiu no início da década de 80, afetou desigualmente populações em escala mundial. Considerada uma das mais excepcionais crises sanitárias que a humanidade já conheceu, despertou uma resposta internacional sem precedentes, além da oportunidade de incentivar novos modelos globais de saúde, mobilizando pessoas e recursos financeiros em âmbito local, regional e global frente à um cenário que desafiou e continua desafiando os sistemas de saúde^{1,2}.

Após três décadas de epidemia são inegáveis as conquistas alcançadas em termos de conhecimentos; formulação de políticas baseadas em evidências; desenvolvimento técnico e científico; inovação na produção de medicamentos antirretrovirais; estratégias de prevenção e de acesso a grandes contingentes da população, todos esses dispositivos hoje disponíveis para a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas.

Contudo, no contraponto desses avanços, o custo humano global ainda é alto e distribuído desigualmente em territórios e populações: 35

milhões de mortes acumuladas. Atualmente, cerca de 36,7 milhões pessoas vivem com HIV/Aids, das quais 21 milhões utilizam regimes terapêuticos; 17 milhões de pessoas sem acesso ao tratamento; 1,8 milhões de novas infecções anuais, 47,0% entre as populações chave^{3,4}.

Os efeitos econômicos, políticos, sociais e emocionais da epidemia de HIV/Aids continuam a ser expressivos na agenda de saúde pública mundial. Os países de baixa e média renda são os mais afetados, sobretudo, no leste e no sul do continente africano. Na América Latina, a cobertura de tratamento é de 58,0% para um total de 1,8 milhão de pessoas infectadas, embora tenha havido um declínio de 12,0% ainda ocorrem aproximadamente 36 mil mortes anuais relacionadas à Aids e 97 mil novas infecções anuais na Região⁴. Do ponto de vista dos recursos financeiros aplicados globalmente, em 2016, US\$ 19,1 bilhões estiveram disponíveis nos países de baixa e média renda, os quais correspondem a mais da metade do orçamento doméstico desses países⁴. No entanto, é necessário destinar maior volume de recursos ao combate da epi-

demia no mundo, principalmente para incrementar o acesso ao tratamento e a garantia da sustentabilidade dos esquemas terapêuticos

disponíveis, que avançaram notavelmente nos últimos dez anos, ao combinar fármacos em número reduzido de comprimidos⁵.

A constituição do SUS e a epidemia de HIV/Aids

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) no final da década de 80, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tornou o acesso à saúde um direito de todos e um dever do Estado. Tal arcabouço legal permitiu avançar nos mecanismos de participação social e no reconhecimento dos determinantes sociais nas desigualdades de saúde.

A epidemia de HIV/Aids emerge no país exatamente durante esse momento político. Assim, as ações de combate à epidemia foram arquitetadas no bojo de um novo pensamento em saúde pública e em harmonia com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, de acordo com a CF de 1988. A presença do HIV/Aids no contexto brasileiro encontrou um país no rumo da retomada da democracia. E, mais especificamente, no setor saúde um movimento de muita reflexão e debate com intelectuais, profissionais e trabalhadores da saúde. O movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que concebeu a saúde como política, tendo o Estado como mediador das diversas forças sociais.

O SUS reflete o entendimento que as políticas públicas são resultado das forças políticas sociais da sociedade e é uma expressão concreta dos rumos trazidos pelo movimento da RSB. Esse contexto de construção e implementação da política de saúde brasileira, nas últimas três décadas, influenciou profundamente a resposta à epidemia do HIV/Aids, assim como os componentes de direitos humanos, da cidadania e da participação social, que permearam as respostas construídas⁶.

O fato de o HIV/Aids ser uma doença emergente contribuiu para vencer barreiras de organização do sistema de saúde e de acesso aos serviços. A resposta nacional à epidemia imprimiu uma nova concepção na organização da atenção à saúde e nas relações com os usuários. Esse foi o contexto para o percurso da política brasileira de HIV/Aids com a participação de diversos atores como academia, governo, sociedade civil, pessoas vivendo com HIV/Aids e organismos internacionais⁷.

Caminhos político-programáticos da resposta brasileira

No Brasil, a história da Aids acompanha as relações entre o Estado e a sociedade, com reflexos na formulação e na implementação da resposta nacional criada. A produção de conhecimentos científicos e de tecnologias para HIV/Aids nos campos clínico, epidemiológico e social; as novas abordagens éticas de boas práticas em saúde pública; as políticas e programas implementados na área da saúde e em outras esferas; a organização e a mobilização da sociedade civil; a qualificação de recursos humanos, além do financiamento aplicado ao combate à epidemia são alguns dos aportes para a saúde pública ao longo destes 30 anos⁸.

O compromisso governamental liderado por profissionais de saúde pública, além das primeiras reivindicações do movimento homossexual mobilizado frente a nova doença, ocorreu no estado de São Paulo em 1983, onde surgiram os primeiros casos de HIV/Aids. Em seguida, outros estados como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro se somaram, com respostas locais, que se ampliaram em nível nacional, com a criação da Divisão de Dermatologia Sanitária no Ministério da Saúde, na qual se abrigaram as primeiras ações da esfera federal, vinda a contribuir, em 1986, para a criação do Programa Nacional de Aids¹⁰.

Esse conjunto de articulações políticas e programáticas nacionais envolveu instituições internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o *Centers for Disease*

Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos das Américas. Nesse período também foi constituída a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS) atuante até os dias de hoje, como foro essencial para o debate técnico e político da resposta nacional ao HIV/Aids, ao congregarem setores de governo, organismos não governamentais, sociedade civil, associações de classe, universidades e especialistas de diversas áreas de conhecimento¹⁰.

A Política Nacional de Controle ao HIV/Aids foi pautada nos direitos humanos, equidade e integralidade das ações, princípios ainda hoje vigentes e que, ao longo destes 30 anos, foram estendidos a outros agravos, tais como hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Em 1991, foi dado novo passo, ainda que incipiente, com a distribuição gratuita do AZT aos pacientes diagnosticados. E, a partir de 1996, com a Lei 9.313, as pessoas com HIV/Aids têm assegurado o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, iniciativa que promoveu radical mudança na forma e no conteúdo das estratégias de prevenção, que passaram a ser indissociáveis do tratamento. Tratamento e prevenção são assim, desde 1996, vistos como referências singulares da resposta brasileira a epidemia do HIV.

O elevado custo do tratamento fez com que o Brasil adotasse uma postura de vanguarda no que concerne à transferência de tecnologia e ao enfrentamento das políticas de preços praticadas pelos grandes laboratórios internacio-

nais. Um marco na história de acesso aos medicamentos foi o papel do Brasil na Organização Mundial do Comércio (OMC), em Doha, 2002. À época o país defendeu a política de combate ao HIV/Aids e reivindicou sua capacidade de produção de antirretrovirais, abrindo o debate sobre a quebra de patentes, na perspectiva da saúde como direito humano, em divergência com a visão essencialmente lucrativa e mercantilista das corporações farmacêuticas mundiais. Assim, em 2007, o Brasil quebrou a patente do Efavirenz alicerçado no Tratado Internacional de Propriedade Intelectual (TRIPS)¹¹. O licenciamento compulsório do Efavirenz foi efetivado, contribuindo para uma economia de mais de 30 milhões de dólares, colocando o país como protagonista de iniciativas internacionais relevantes, em defesa ao acesso universal a todas as pessoas com HIV/Aids aos antirretrovirais. Dez anos mais tarde, em 2016, a incorporação do Dolutegravir como medicação da primeira linha foi também uma ação inovadora no país, a um custo que garante a sustentabilidade desse esquema. Além disso, foram inseridas na agen-

da duas inovações importantes: as medidas para a incorporação e a implantação da profilaxia pré-exposição (PrEP), dirigidas a atender a demanda de populações chave e também a ampliação do acesso ao diagnóstico por meio do auto-teste disponibilizado comercialmente. Entretanto, a preocupação com o papel dos medicamentos na resposta à Aids tem sido um importante ponto da pauta ao longo destes anos^{18, 19}. O acesso aos medicamentos ao HIV/Aids é sempre sensível e em diferentes momentos e locais ocorreram episódios pontuais na falta de alguns deles.

Ações específicas voltadas para populações chave têm sido recorrentemente testadas em projetos específicos. Estão em curso no país, ainda produzindo evidências para absorção em projetos de intervenções comunitárias, algumas iniciativas de ampliação do acesso ao diagnóstico fora dos serviços de saúde, em parceria com o CDC, por exemplo, a inclusão do auto-teste, como nos projetos *Viva Melhor Sabendo*, *Viva Melhor Sabendo Jovem* e *A Hora é Agora*.

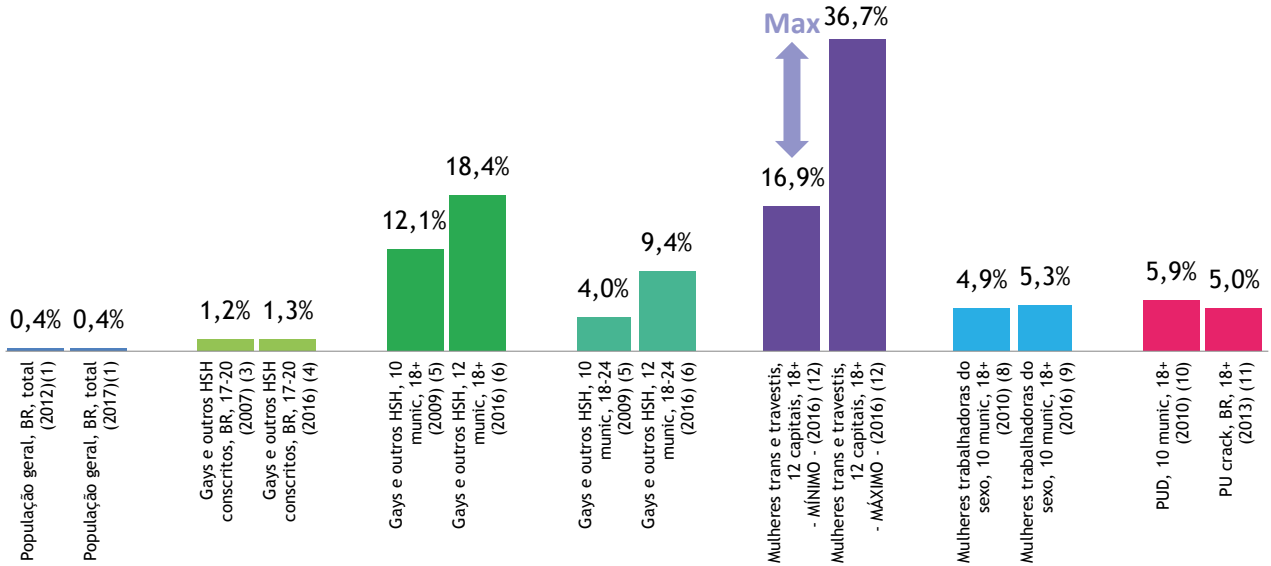
Cenário epidemiológico no Brasil

O primeiro caso de Aids no Brasil foi detectado no ano de 1982¹². Do início da epidemia até 2017 foram diagnosticados 882.810 casos, com aproximadamente 40 mil novos casos anuais de Aids nos últimos cinco anos. Há diferenças importantes nas regiões e nas populações mais afetadas. A região Sudeste detém 52,3% dos casos; 20,1% correspondem ao Sul e 15,4%, Nordeste. Taxas menores se verificam no Norte, com 6,1% de casos e na Região Centro-Oeste com 6,0%. Nesse mesmo período (1982-2017) fo-

ram notificados 316.088 óbitos, com maior proporção no Sudeste (59,6%) seguido de região Sul, 17,6%; Nordeste, 13,0%; Centro-Oeste, 5,1% e Norte 4,7%.

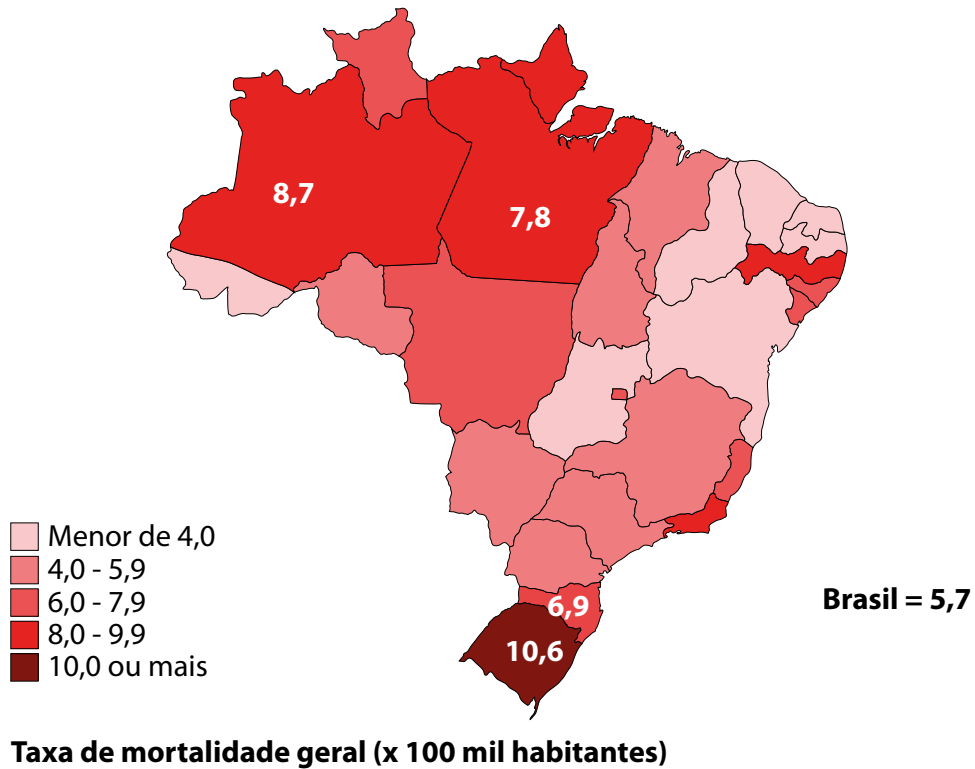
A epidemia de HIV/Aids no Brasil é de tipo concentrada, apresentando grandes diferenças por sexo, faixa etária e raça/cor, além de categorias de exposição¹³. Os últimos estudos nas populações chave realizados em 2016-2017 identificaram taxas de prevalência de 19,8% entre ho-

FIGURA 1
Prevalência nas populações vulneráveis, Brasil



Fonte: Departamento de Vigilância e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

FIGURA 2
Taxa de mortalidade geral, Brasil



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2015. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2015. 100p.

mens que fazem sexo com homens (HSH)¹⁴ e de 5,3% entre mulheres profissionais do sexo e um estudo entre mulheres trans no Rio de Janeiro, mostrou uma prevalência de 31,2% a carga mais alta no conjunto das populações-chave no Brasil¹⁵, como indicado na figura a seguir.

Algumas análises de tendência epidemiológica do HIV/Aids no país revelam a ocorrência de novas infecções anuais. As novas infecções atingem especialmente homens jovens, particularmente,

jovens que fazem sexo com homens. A mortalidade, com resistência ao declínio, persiste estável, mostrando diferenças marcantes entre as regiões e capitais, como Porto Alegre, que supera a média nacional^{16, 17}. Em termos das diferenças regionais, há uma iniciativa de cooperação interfederativa, tendo como foco os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas, cujas incidências e taxas de mortalidade em 2015, 10,6 e 8,7 ainda se mostram merecedoras de ações coordenadas, como se observa na figura seguinte.

A organização da atenção ao HIV/Aids e linhas de cuidado no SUS

A implantação de Centros Nacionais de Referência para diagnóstico, tratamento e qualificação de recursos humanos pode ser considerada etapa inaugural da construção de uma rede nacional de serviços, com o estabelecimento de centros especializados expandidos progressivamente, dentro da lógica de hierarquização prevista no SUS. Este processo acarretou também um processo de trabalho em rede para os laboratórios de referência em saúde pública, tais como aqueles do Instituto Adolfo Lutz e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Em 1988, o Brasil passa a distribuir os medicamentos para infecções oportunistas na rede nacional de saúde. Em 1991, o SUS inicia a terapia antirretroviral; em 1996, após as terapias tríplices terem sido oficialmente lançadas na ocasião da Conferência Internacional de Aids (Vancouver), inicia a terapia tríplice antirretroviral, respaldada pela Lei n. 9.313, sancionada em 1996. Estes fatos contribuíram para a criação de

uma rede estruturada e hierarquizada no SUS, à qual foram sendo agregados novos insumos e linhas de cuidado, simultaneamente à simplificação do tratamento, incrementando o sucesso terapêutico.

Desafio atual que se impõe, em termos das linhas de cuidado, é o de aperfeiçoar a qualidade da assistência e do manejo de co-infecções como a hepatite B e C, bem como de complicações crônicas associadas com a infecção pelo HIV e ainda de outras comorbidades como a tuberculose. Todavia, para garantir a continuidade efetiva de tais ações, outras iniciativas devem ainda ser consideradas, especialmente em um país com grande diversidade social e econômica como o Brasil. Há que se combater o estigma associado à doença e o enfrentamento da desigualdade social, para que as políticas públicas de saúde possam melhor alcançar populações socialmente excluídas.

Outro desafio é que as ações para o enfrentamento da epidemia atinjam os adolescentes e jovens, entre os quais epidemia aumenta, com estratégias de comunicação culturalmente pertinentes às suas necessidades. É ainda importante persistir na criação de estratégias para ações orientadas a gays, pessoas trans, profissionais do sexo, pessoas que utilizam drogas, população privada de liberdade e, dentro delas, as pessoas pretas e pardas; as populações indígenas e quilombolas.

A necessidade de resposta à epidemia de Aids tem permitido que o Brasil avance em novas formas de gestão e na implementação das políticas públicas, reforçando o processo articulado de pactuação entre os três níveis do SUS, envolvendo novos atores, especialmente aqueles das organizações não-governamentais comprometidos na luta contra a Aids⁷. As experiências

municipais têm sido iniciativas relevantes de aprendizado na área de HIV/Aids e outras infecções de transmissão sexual.

Por outro lado, a produção de conhecimentos sobre HIV/Aids trouxe aportes para a formulação e o aperfeiçoamento de políticas públicas baseadas em evidências^{20, 21}. A comunidade acadêmica vem contribuindo de forma marcante, com projetos de financiamento público e de outras fontes, que têm resultado no fortalecimento de redes de pesquisadores nacionais e estrangeiros, inclusive, com a participação de setores da sociedade civil. Para além da produção de conhecimentos, o desafio está também na tradução das evidências em ações concretas de resposta às demandas das populações. Ou seja, que os saberes produzidos realmente circulem também fora dos laboratórios, comunidades acadêmicas e eventos científicos.

Repertório de boas práticas na área de HIV/Aids no SUS

A expressão “sem o SUS, não haveria respostas sociais e coletivas à Aids no Brasil”, parece ser um consenso entre os atores envolvidos na resposta nacional à epidemia. Nesse sentido, a Aids talvez seja um dos exemplos mais relevantes da materialização do SUS, considerando as características de sua política transversal, desde a promoção, prevenção e atenção, assim como no campo da inovação tecnológica.

A incorporação de novas estratégias de uso da medicação, como o tratamento para todos, recomendado pela OMS, aumentou a cobertura das pessoas com acesso aos antirretrovirais, in-

cluindo a incorporação de fármacos na primeira linha de tratamento, proporcionando, além disso, a harmonização entre os esquemas utilizados nacionalmente e as recomendações técnicas internacionais.

A prevenção ao HIV/Aids continua a ser um desafio. A implementação de políticas de prevenção combinada, com estratégias ao mesmo tempo biomédicas, estruturais e comportamentais, voltadas para diminuir as infecções, constitui a mais nova referência conceitual de prevenção disponível no SUS^{22, 23, 24}. O acesso das pessoas à medicação é fundamental e prio-

ritário e não será efetivo sem a renovação das tecnologias de cuidado nas redes de saúde, e com o aprimoramento da política de acolhimento da população e seguimento adequado das pessoas em tratamento.

Intervenções de prevenção isoladas não são suficientes para reduzir as novas infecções, haja vista os contextos de risco e as dinâmicas de vida das pessoas considerando aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Portanto, a prevenção combinada envolve a oferta de dispositivos a serem utilizados em diversos cenários de risco e combinando diferentes estratégias, em que se conjugam ambientes, insumos, individualidades e vulnerabilidades. São novas formas de gestão do risco, que incluem testagem para o HIV, como o auto teste, autorizado para a venda comercial em farmácias e também ofertado em alguns serviços de saúde; os preservativos femininos e masculinos; os meios

de diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis; as estratégias de redução de danos; a imunização contra as hepatites A e B, além de outros insumos já disponibilizados no SUS²⁴.

Ainda no que diz respeito à prevenção combinada, merece realce o pioneirismo do Brasil na implementação da profilaxia de pós-exposição (PEP) recomendada para a exposição sexual de risco no período de 72 horas após o episódio. Outra inovação é a incorporação gradual, atualmente em curso, da profilaxia pré-exposição (PrEP) em pessoas não infectadas, com o uso de antirretrovirais para reduzir o risco da infecção, para a qual são prioritariamente elegíveis pessoas que tenham frequência regular de práticas sexuais anais ou vaginais de risco, episódios de IST, uso frequente de PEP, dentre outros.

Criando nexos entre pessoas e aprimorando capacidades humanas para a saúde

No Brasil, projetos de formação e educação permanente têm sido constituídos regularmente na área da saúde em nível local, regional e federal, envolvendo profissionais de saúde e também técnicos de setores da educação, direitos humanos, justiça, dentro de uma visão intersectorial que reconhece, além das condições biológicas ou clínicas, outros fatores que repercutem na vida das pessoas com HIV/Aids. Um extenso elenco de conteúdo pedagógico tem sido pro-

duzido, inovando nas metodologias, tais como ensino à distância, promoção de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, em temas chave da política de HIV/Aids. Se estabeleceram projetos com universidades no Brasil e no exterior e áreas de cooperação foram abertas com instituições de saúde de vários países além da cooperação bilateral e a cooperação Sul-Sul.

Ao mesmo tempo, e de forma complementar, o Grupo Temático Ampliado sobre HIV/AIDS (Grupo Temático do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS -UNAIDS), constituído em 1997, tem tido um papel fundamental no acompanhamento das políticas públicas em HIV/Aids, agregando atores diversos, como como agências da ONU, DIAHV/Ministério da Saúde, outros setores governamentais, como Educação, Relações Exteriores, Direitos Humanos. Assim, tal GT UNAIDS re-

presenta um expressivo fórum de discussão de políticas e de programas que apoia o fortalecimento da resposta nacional ao HIV/Aids, hepatites virais e outras IST, além de atividades desenvolvidas através integração com organismos da ONU, com ações voltadas para os estados do Amazonas, Bahia e Rio Grande do Sul. O GT UNAIDS é o mais antigo espaço de interlocução entre as agências do Sistema das Nações Unidas no Brasil.

Ética, cidadania e direitos humanos no âmbito da política de Aids

A resposta à epidemia do HIV/Aids tem conjugado esforços do Estado e da sociedade civil em uma nova configuração da cidadania que constitui um legado da população em seu direito à saúde. Embora a cidadania possa ser reflexo dos processos democráticos que a sociedade produz é na prática social que ela de fato se constrói. Ou seja, na interação social cotidiana, na disputa dos espaços de poder, no acesso aos bens e serviços disponíveis, na vivência entre indivíduos e grupos sociais. É também em tal arena, que o fenômeno HIV/Aids ocupa um lugar de relevância.

Por isso é fundamental a atenção para a conjugação de fatores atuais, que podem favorecer o retrocesso da resposta à Aids no país, tais como a redução de estratégias de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva nas escolas; o aumento da infecção entre homens jovens e adolescentes; o aumento da mortalidade por HIV/Aids; os moralismos religiosos que

entravam ações programáticas; a suspensão de campanhas de comunicação dirigidas à redução do estigma das populações vulneráveis^{25,26}.

O respeito aos direitos humanos, o combate aos preconceitos e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/Aids são pressupostos que permeiam a política brasileira de combate ao HIV/Aids. Dessa forma, uma característica emblemática da resposta brasileira à epidemia foi o envolvimento e a capilarização da sociedade civil organizada, aspecto facilitado pela estrutura do SUS, que sem dúvida tem propiciado a inovação nas relações entre Estado e Sociedade⁸. A experiência da mobilização e participação social na Aids tem sido referência para lutas sociais em outras áreas da saúde, notadamente, na tuberculose e nas hepatites virais.

Não menos importante é o desafio da prevenção, assistência e tratamento às co-morbida-

des, como as hepatites virais e a tuberculose, nas quais a resposta à Aids teve papel inovador, com o fortalecimento do movimento social e das organizações não governamentais. O advento da Aids trouxe benefícios para tais doenças de forma irreversível e iniciativas como a criação, em 2002, do Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária, representou um marco importante no enfrentamento

dessas três condições e nas formas de financiamento do controle das mesmas. Em 2007, o Brasil por meio de financiamento deste Fundo passou a executar ações colaborativas no campo TB/HIV e também ações laboratoriais e de fortalecimento do movimento social, tendo sido esse componente um dos mais bem sucedidos no projeto, liderado por ativistas oriundos do movimento Aids.

O que se espera do futuro?

Alcançar metas globais

A UNAIDS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lideram as agendas globais com o propósito de alcançar o fim da epidemia como problema de saúde pública, até 2030. Em 2014 a UNAIDS lançou um conjunto de estratégias articuladas denominadas metas 90-90-90 que propõe um trajeto para o fim da epidemia até 2020²⁷. Assim, propõe-se que 90,0% das pessoas infectadas pelo HIV conheçam seu diagnóstico; que entre as mesmas, 90,0% estejam em uso adequado de terapias antirretrovirais e ainda, que 90,0% delas mantenham carga viral indetectável.

Enquanto alguns países se aproximam do alcance de tais metas, para outros o caminho ainda é longo²⁸. Além disso, há uma tensão

importante na relação entre as tecnologias biomédicas disponíveis e o fortalecimento das iniciativas sociais para a prevenção, que não pode ser desconsiderada. Isto significa dimensionar o lugar das abordagens baseadas nos direitos humanos e cidadania; fortalecer a ação da sociedade civil organizada; lutar contra preconceitos ligados à orientação sexual e outras formas de estigma e discriminação; veicular informações e campanhas que reconheçam os matizes das sexualidades nos diversos contextos sociais e culturais do país, dentro do pressuposto de que apostas na medicalização da sociedade reduzem artificialmente a complexidade do HIV/Aids, fenômeno ao mesmo tempo, biológico, social e político²⁹.

Impulsionar o ideário do Sistema Único de Saúde

O desgastado contexto político, social e econômico do país, acentuado com cortes orçamentários nas áreas de saúde e educação, alerta para a necessidade de novos e continuados es-

forços na construção e defesa do SUS³⁰. Garantir o financiamento e a sustentabilidade do SUS é indispensável para atender demandas de saúde da população brasileira. Entretanto, um dos

pontos mais ameaçados é a sustentabilidade econômica, particularmente a definição orçamentária, que acirra tensões entre os ideais da saúde coletiva e os interesses comerciais que debilitam o sistema. A maior proporção do orçamento para a resposta brasileira à Aids é destinada à compra de antirretrovirais, insumos que são adquiridos exclusivamente pelo setor público. Nesse sentido constitui um desafio o alto custo dos medicamentos patenteados e os possíveis efeitos das medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica que prevê a Lei da Inovação (nº 10.973). Efeitos

na redução das margens de negociação que o Brasil tem tido na compra dos medicamentos como o Tenofovir, por exemplo, podem impactar negativamente a economia á obtida e a cobertura facultada pela política de compra de antirretrovirais¹⁸. Outro aspecto a considerar na sustentabilidade das ações é o financiamento público indireto do setor privado, facultado pelo não-reembolso por parte dos planos de saúde suplementar por ações realizadas dentro do SUS, com efeitos negativos para a sustentabilidade do sistema público.

Renovar a Atenção Primária

Desde os primeiros passos dados pela resposta à Aids se desenvolveu um modelo de atenção centrado em especialidades, já que o objetivo era enfrentar um problema de saúde de complexas características clínicas. Notadamente, os serviços ambulatoriais especializados, que contavam com equipes multidisciplinares, com infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, buscavam desenvolver cuidados integrais em saúde³¹. Além disso, os Centros de Testagem Anônima que tinham como principal função aproximar a população ao diagnóstico por meio da testagem e facilitar o acesso a insumos de prevenção, também desenvolviam algumas ações de atenção à saúde^{32, 33}.

Ao longo de mais de duas décadas este modelo assistencial cumpriu seu papel e favoreceu o cuidado das pessoas com HIV/Aids, embora com grande diversidade nos seus formatos nas diversas unidades em que estes serviços se instauraram. Atualmente com o aumento de

novas infecções em populações chave, principalmente, jovens HSH; a cronificação da doença e os novos protocolos clínicos que preconizam o início da terapia antirretroviral precoce, induziram mudanças o reordenamento das linhas de cuidado na atenção básica e na alta complexidade.

A possibilidade de fortalecer a atenção primária por meio da descentralização de ações de prevenção e de cuidado do HIV/Aids é um passo importante e, ao mesmo tempo, um desafio. Acentua-se aqui a preocupação com a capacidade de inclusão das populações afastadas dos serviços por barreiras estruturais diversas, o que acarreta a necessidade de novas capacidades que os profissionais de saúde da atenção básica precisam construir. Isto implica não só na oferta de testes rápidos, mas também em aconselhamento, diagnóstico e seguimento clínico de pacientes que não requeiram atendimento especializado.

Enfrentar inequidades, estigma, discriminação

Embora as tecnologias de cuidado integral do HIV/Aids estejam disponíveis universalmente, elas são acessadas de maneira desigual pelas diversas pessoas acometidas por este agravo, com suas vidas afetadas, também, de maneira desigual. Os vazios acumulados na atenção a tais grupos levam à precariedade do atendimento e afetam sua resiliência²⁵. Portanto, priorizar as populações-chave requer intervenções especialmente focadas no combate à pobreza, ao desemprego e à desinformação. Esse tipo de estratégia melhora o impacto das políticas setoriais de saúde, principalmente no caso da Aids.

Além disso, merece priorização na pauta das políticas públicas a abordagem de problemas ligados às diversas formas de violência estru-

tural com, que acarretam morte, estigma e discriminação. As atuais restrições às políticas públicas por valores morais ou religiosos produzem efeitos negativos em alguns grupos que já tinham seu acesso restringido. Assim, mais do que nunca, é preciso fortalecer as abordagens interculturais que reconhecem as especificidades dos diversos grupos sociais e suas demandas específicas em saúde, particularmente no que tange à infecção por HIV/Aids. A pauta contemporânea de saúde, também no âmbito internacional, prevê a retomada da saúde pública como promotora da redução de inequidades em saúde, agregando diversos atores em uma agenda que contribua com a diminuição de brechas sociais e econômicas que atuam como determinantes para o aumento das novas infecções por HIV/Aids³⁶.

Considerações Finais

A construção da resposta brasileira a epidemia do HIV se amalgama, ao conjunto do movimento social e político que deu origem ao SUS. Desde o início, com a mobilização solidária entre profissionais de saúde e organizações de base comunitária, visando enfrentar uma doença desconhecida. Muito do que foi realizado no início da epidemia, sobretudo a partir do entendimento de que era necessário vencer o preconceito e a morte social, esteve calcado na informação, na solidariedade e no acolhimento as pessoas, de modo que até hoje a resposta brasileira está ancorada em tais princípios, associados ao de participação social.

Os bons resultados auferidos ao longo do tempo na resposta à epidemia de HIV/Aids no Brasil somente foram possíveis graças a existência de um sistema de saúde universal, descentralizado, organizado em redes de atenção integral, equânime, com múltiplos atores atuantes. Isso tem reflexos em um grande conjunto de ações, por exemplo, nas compras, logística de medicamentos e insumos; na existência de laboratórios de diagnóstico e testagem; na construção de protocolos de tratamentos, monitoramento e avaliação, além de muitos outros detalhes fundamentais.

Ao longo de mais de três décadas de epidemia, obtiveram-se expressivos sucessos nas tecnolo-

gias para a prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na assistência em saúde. Sobretudo, são marcantes os resultados no desenvolvimento de competências humanas para acolher, acompanhar, cuidar e recriar as possibilidades da vida. Entretanto, a redução das inequidades ainda é um desafio no tecido social brasileiro, com seus recortes diferenciados de classe, gênero e raça. Faz-se necessário desenhar novos modelos de desenvolvimento que permitam encurtar as lacunas de acesso e aprimorar as capacidades de gestão e atenção, uma vez que significativos setores da população continuam expostos a riscos crescentes de infecção pelo HIV/Aids, dadas suas condições sociais de vida.

A inteligência coletiva que a resposta à Aids edificou no país ao longo dos 30 anos do Sistema Único de Saúde é um patrimônio de boas práticas. Mas, também, de sentido crítico, à luz dos princípios do SUS, dos direitos humanos e das demandas da sociedade civil.

Agradecimentos. A OPAS/OMS agradece às seguintes pessoas que gentilmente contribuíram com reflexões para o desenvolvimento deste texto: Adele Benzaken, diretora do Departamento de Vigilância e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, Ivo Brito e Gerson

Fernando Mendes Pereira, técnicos do DIAHV. Os ex-diretores do Programa Nacional de Aids, Pedro Chequer, ex-diretor do UNAIDS no Brasil; Alexandre Grangeiro, pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Dirceu Greco, professor titular da Universidade Federal de Minas Gerais e Fabio Mesquita, do Departamento de HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde. Aos gestores estaduais Maria Clara Gianna e Artur Kalichman do Centro de Referência e Treinamento IST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Na sociedade civil ao jornalista Francisco Pedrosa, ativista LGBT, membro do Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, no Ceará; Jorge Adrian Beloqui, professor do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo, membro da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Diretor do Grupo de Incentivo à Vida (GIV). Nos organismos internacionais a Marco Antônio Vitória do Departamento de HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde; Draurio Barreira, ex-diretor do Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde e Gerente Técnico da Tuberculose no UNITAID.

Giovanni Ravasi e Romina Oliveira foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Piot P. "Why AIDS is Exceptional" [Internet]. Speech given at the London School of Economics. London, 8 Feb 2005. Disponível em: <http://docplayer.net/59167561-Speech-why-Aids-is-exceptional-speech-given-at-the-london-school-of-economics-london-8-february-by-dr-peter-piot-unAids-executive-director.html>
2. Levi J, Kates J. HIV: challenging the health care delivery system. *American Journal of Public Health* 2000; 90(7):1033-1036. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446309/>
3. Piot P, Quinn TC. The AIDS Pandemic – A Global Health Paradigm. *The New England Journal of Medicine* 2013 Jun; 368(23): 2210–2218 Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMr1201533>

4. Editorial. The global HIV/AIDS epidemic—progress and challenges. *The Lancet* 2017 Jul; 390 (10092): 333. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31920-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31920-7)
5. Vitoria M, Hill A, Ford N, Doherty M, Clayden P, Venter F, et al. *AIDS* 2018 Jul; 32(12):1551-1561.
6. Greco, DB. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016 fev; 21(5): 1553-1564. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>
7. Barros SC, Vieira-da-Silva LM. A gênese da política de luta contra a Aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev. Saúde Pública* 2016 ago; 50: 43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100227&lng=pt. Epub 21-Jul-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050005801>.
8. Laurindo-Teodorescu L, Teixeira P. Histórias da Aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de Aids. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464.
9. Fassin D. The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate. *Anthropology Today* 2001 Feb; 17(1): 3-7. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2678317>
10. Carvalho MS. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 1989 Abr; 5(2):160-168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000200004X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000200004>.
11. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017.
12. Carvalho Marília Sá. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 1989 Abr; 5(2): 160-168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000200004>.
13. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017.
14. Kerr, L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota RV, Veras MA, Dourado I et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine* 2018; 97(1): S9–S15. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>
15. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira R I, Garcia ACF, Wilson EC. Unveiling HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV* 2017; 4(4): e169–e176. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30015-2](http://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30015-2)
16. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface (Botucatu)* 2015 Mar; 19(52): 5-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.
17. Da Cunha AP, da Cruz MM, Torres RMC. Tendência da mortalidade por Aids segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016 set; 25(3): 477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300477&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300004>.
18. Chaves GC, Hasenclever L, Oliveira MA. Redução de preço de medicamento em situação de monopólio no Sistema Único de Saúde: o caso do Tenofovir. *Physis* 2018 Mar; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100400&lng=pt. Epub 24-Maio-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280103>.
19. Bermúdez J. Os medicamentos e tecnologias farmacêuticas como uma questão estratégica para a viabilidade do Sistema Único de Saúde. *Physis* 2018 Mar; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100300&lng=pt. Epub 24-Maio-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280102>.
20. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang Le Minh et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cad. Saúde Pública* 2015 mar; 31(3): 477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300477X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172514>.
21. Greco, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estudos Avançados* 2008; 22(64): 73-94. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300006>

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada. Sumário Executivo. Brasília, 2017.
23. Kurth AE, Celum C, Baeten J M, Vermund S H, & Wasserheit JN. Combination HIV Prevention: Significance, Challenges, and Opportunities. *Current HIV/AIDS Reports* 2011; 8(1): 62–72. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s11904-010-0063-3>
24. Grangeiro A, Kuchenbecker R, Veras MA. Novos métodos preventivos para o HIV: reconhecendo as fronteiras entre a autonomia dos indivíduos e as políticas públicas. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Set; 18(Suppl 1): 1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790-2015000500001X&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-45032015000500001>.
25. Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à Aids. *Interface (Botucatu)* 2016 Jun; 20(57): 293-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en. Epub Feb 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.
26. Paiva V, Silva VN. Facing negative reactions to sexuality education through a Multicultural Human Rights framework. *Reproductive Health Matters* 2015; 23:46. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2015.11.015>
27. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014.
28. UNAIDS. Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets. Geneve: Global Aids Update; 2017.
29. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Set; 18(Suppl 1): 43-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500043&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-45032015000500005>.
30. Campos GWS. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Interface (Botucatu)* 2018 Mar; 22(64):5-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320180001000005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>
31. Nemes MIB, Castanheira ELR, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): S310-S321. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>.
32. Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009 Set; 25(9): 2053-2063. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20090009000019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20090009000019>.
33. Grangeiro A, Escuder MM, Wolffenbüttel K, Pupo LR, Nemes MIB, Monteiro PHN. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2009 Jun; 43(3): 427-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020090003000006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090003000006>.
34. Morosini MVGC, Fonseca Angélica Ferreira, Lima Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018 Jan; 42(116): 11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>

Imunização no Sistema Único de Saúde

José Cassio de Moraes¹, Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda², Eduardo Hage Carmo³, Lely Stella Guzman Barrera⁴, Juan José Cortez-Escalante⁴, Haydee Padilla⁴

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

² Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

³ Instituto Sul-americano de Governo em Saúde.

⁴ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Introdução

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica com a publicação da Lei 6259 e regulamentação em 1976 pelo Decreto Federal 78231^{1, 2} sistema constituído por um órgão central (Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde), órgãos regionais e microrregionais mantidos pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde, com Unidades de Vigilância Epidemiológica localizadas em estabelecimentos de saúde em nível regional e referendado pelo nível central.

Estes mesmos instrumentos legais institucionalizaram o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973³, tornando desde então obrigatória a vacinação. Em 1977 foi definido, através de portaria ministerial⁴, o primeiro calen-

dário para crianças menores de um ano de vida, composto pelas vacinas BCG; Oral Poliomielite (VOP); Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP), além da vacina contra sarampo.

Em 1990, dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual se define a saúde como direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde passam a ser regulamentadas pelas leis orgânicas da saúde, formalizando o Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes como universalização de acesso, integralidade e igualdade de assistência, direção única com descentralização, hierarquização e regionalização político administrativa e uso da epidemiologia para estabelecer prioridades.⁵

O SUS e os avanços do Programa Nacional de Imunizações

Desde os primeiros anos da criação do PNI as ações respectivas já vinham sendo desenvolvidas sob a forma de rede hierarquizada e regionalizada. Com as novas diretrizes estabelecidas pelo SUS, o Programa foi sendo gradativamente descentralizado. Atualmente, as ações do PNI são realizadas pelos 5.570 municípios brasileiros, os quais, além das vacinações obrigatórias da rotina, executam estratégias especiais como campanhas em postos fixos e móveis, vacinação em escolas, vacinação de bloqueio e investigação de eventos adversos e óbitos

temporalmente associados à vacinação. Aos estados cabem a coordenação e o apoio técnico necessários ao desenvolvimento das ações no seu território, além da aquisição dos insumos necessários como seringas, agulhas e impressos. O Ministério da Saúde é responsável pela definição das vacinações obrigatórias, aquisição dos imunobiológicos e normalização técnica⁶. A regulamentação das responsabilidades e a definição de diretrizes para execução e financiamento das ações de saúde, aprimoradas desde a criação do PNI, vêm contribuindo para

os avanços do programa, que representa atualmente uma das ações em saúde pública que atende integralmente os pressupostos do SUS, ao garantir acesso universal e igualitário.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷, que estabeleceu as unidades básicas de saúde (UBS) como porta de entrada, ao mesmo tempo coordenadora do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na rede de saúde, aponta na estrutura das mesmas a sala de vacina como componente essencial. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), em ação desde 1994, também contribuiu para a consolidação e qualificação dessa política. Dessa forma, o acesso ao PNI é garantido pela existência de mais de 36 mil salas de vacina distribuídas no país⁶, disponibilizando todas as vacinas estabelecidas nos calendários oficiais, abrangendo um público formado por crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. A força de trabalho do SUS é um dos grandes pilares para o alcance dos resultados no sistema e, neste aspecto, merecem destaque especial os trabalhadores que compõem as equipes de vacinação, os quais são os responsáveis por universalizar o acesso aos imunobiológicos à população brasileira.

Outro avanço importante do PNI está associado à atualização e ajustes nos calendários oficiais pelo Ministério da Saúde, atribuição explicitada na lei de criação do PNI e reforçada nos dispositivos legais do SUS. Desde o primeiro calendário em 1975 até 2003, os benefícios estavam direcionados às crianças, embora outros grupos populacionais fossem contemplados para ações específicas como hepatite B na região Amazônica, difteria e tétano para gestantes e adultos, influenza para pessoas com 60 anos ou mais.

A partir de 2004 o calendário definiu vacinação por ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Em 2013 oficializaram-se os calendários para a população indígena e para as campanhas anuais. A atualização dos calendários contempla, além da ampliação das recomendações para outras faixas etárias, a utilização de produtos combinados e o agendamento do menor número de visitas à unidade de saúde, o que facilitaria completar os esquemas e propiciar a proteção adequada.

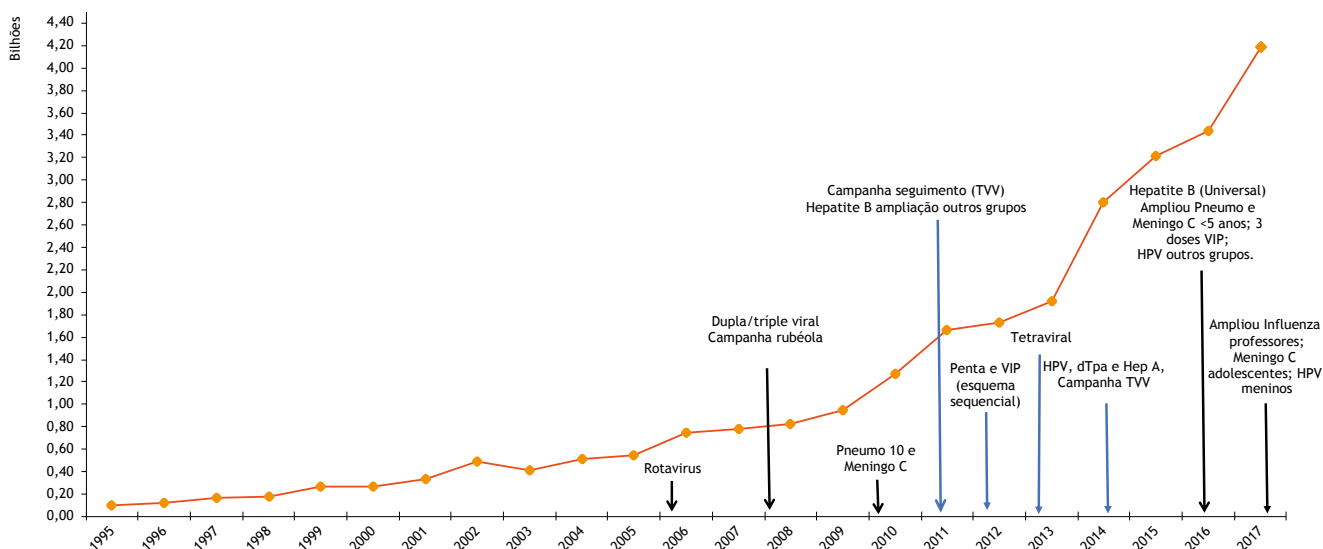
Hoje o PNI inclui 45 imunobiológicos (28 vacinas, 13 soros hiperimunes, 4 imunoglobulinas), com acréscimos gradativos, sobretudo nos últimos 10 anos, para vacinação de rotina e atendimento a grupos em condições especiais (Figura 1). Entre as mais recentes vacinas introduzidas podem ser citadas: rotavírus (2006), meningococo C (2010), pneumococo (2010), poliovírus – inativada (2012), HPV (2014), hepatite A (2014) e varicela (2014)⁸.

Destaque-se, também no âmbito do PNI, que hoje em todo o país existe uma ampla rede de referência para profilaxia e terapêutica com soros hiperimunes, para os casos de acidentes com animais peçonhentos (aranhas, escorpiões e cobras), ferimentos provocados por animais suspeitos de raiva, ferimentos perfuro cortantes, bem como na difteria e no botulismo.

O setor privado também oferece imunobiológicos, mas deve seguir as recomendações estabelecidas nos calendários oficiais, aspecto importante para não acarretar desigualdades nos esquemas básicos adotados e manter homogeneidade de coberturas vacinais. Atualmente cerca de 5% das vacinações são realizadas em

FIGURA 2

Investimentos do Programa Nacional de Imunizações para aquisição de imunobiológicos, Brasil, 1995-2017



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS *atualizado 04/05/2017.

2017 sujeito a alteração. Perspectiva de investimento, considerando que ainda não finalizou a compra dos imunobiológicos pelos fornecedores.

práticas de produção, no aperfeiçoamento no sistema sanitário de regulação, no custeio de pesquisas, bem como na construção de uma rede para ensaios clínicos de vacinas, encontram-se previstos e regulamentados no SUS⁸.

Destaque-se também o rígido controle de qualidade que é realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aplicado a todos os produtos disponibilizados. As análises de qualidade são consonantes com a legislação sanitária brasileira e os padrões internacionais.

A articulação inter e intrainstitucional, conforme recomendado explicitamente nos dispositivos normativos do SUS, está contemplada na estrutura de funcionamento do PNI. As decisões técnico-operacionais têm a partici-

pação dos coordenadores das 27 secretarias de estado da saúde (SES) em duas reuniões anuais, algumas vezes com a participação dos coordenadores dos municípios das capitais. Desde 1991, um Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), constituído por especialistas de epidemiologia, imunizações e representações de sociedades científicas, além do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)¹⁰, aprecia a oportunidade de novas inclusões, alterações programáticas e inovações. Tal modelo de gestão permite que as decisões e consensos relacionados às recomendações e ações programáticas do PNI sejam incorporadas com elevado grau de aceitação pelos diferentes níveis federativos da gestão pública e pela sociedade científica.

O esforço para o alcance de elevadas coberturas vacinais nos diferentes grupos populacionais tem sido sem dúvida bem sucedido, consolidado que foi nas quatro décadas de existência do PNI. Isso se traduz pela divulgação de conhecimentos referentes à eficácia das vacinas na promoção e proteção da saúde e das recomendações das equipes e dos profissionais de saúde, resultando na grande adesão da população ao calendário estabelecido. Merece menção, também, a prática de pactuação de metas e indicadores, de acordo com os dispositivos do SUS, entre os diferentes entes federativos, refletindo, sem dúvida compromissos assumidos para execução das ações prioritárias no campo em foco.

Duas iniciativas também merecem destaque: o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)¹¹ e a Pactuação Interfederativa de Indicadores para as prioridades nacionais de saúde – SISPACTO¹². A primeira, induz ao aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no SUS, mediante adesão voluntária dos municípios e estados, promovendo repasse anual de recursos financeiros adicionais para aqueles que atingirem metas estabelecidas, em especial o alcance de cobertura vacinal preconizada pelo PNI, relativa a todas as vacinas do calendário básico para as crianças menores de um ano.

Já o SISPACTO consiste em sistema de informação para o registro de metas dos indicadores propostos anualmente por municípios e estados para as prioridades nacionais de saúde. As prioridades originam-se de diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e validadas pelo Conselho Nacional de Saúde

(CNS), instância máxima de deliberação do SUS, composta por representantes dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores de saúde. As metas são pactuadas entre as instâncias do SUS e devem constar dos processos de planejamento governamentais. Um dos indicadores do SISPACTO trata do alcance de cobertura ideal preconizada para vacinas selecionadas pelo PNI, sendo constituída atualmente por pentavalente, poliomielite, pneumocócica e tríplice viral. Análises periódicas sobre as coberturas, bem como as avaliações dos impactos produzidos, são incentivadas pelo PNI, para que os diferentes níveis de gestão adotem oportunamente medidas de controle e redirecionamento de ações.

A comunicação social é outro fator importante relacionado ao alcance de coberturas adequadas na imunização. Inicialmente amadorística, passa agora pela introdução de estratégias adequadas ao uso extensivo das redes sociais. Os investimentos do PNI em comunicação têm priorizado as campanhas de massa, que vêm consolidando a credibilidade, junto à população brasileira, dos chamamentos anuais para vacinações, a despeito de eventuais críticas de que seja necessário apenas informar sobre os benefícios da vacinação de rotina. O personagem “Zé Gotinha”, por exemplo, originário do Programa de Erradicação da Poliomielite da década de 80, permanece no imaginário da população como ícone da vacinação até os dias de hoje. Com a ampliação dos grupos populacionais incluídos no programa, a imagem do personagem se ampliou para “Família Gotinha”.

Pesquisa de opinião dos brasileiros sobre saúde indicou que, nos domicílios em que residiam

crianças até seis anos de idade, mais de 85% considerava fácil o acesso às vacinas e 92% utilizaram serviços públicos. O grau de satisfação foi considerado alto e muito alto em 71% de todos os entrevistados¹³.

A enorme dimensão do PNI, pós implantação do SUS, pode ser demonstrada através de alguns fatos, mostrados no quadro a seguir^{14, 15, 16}

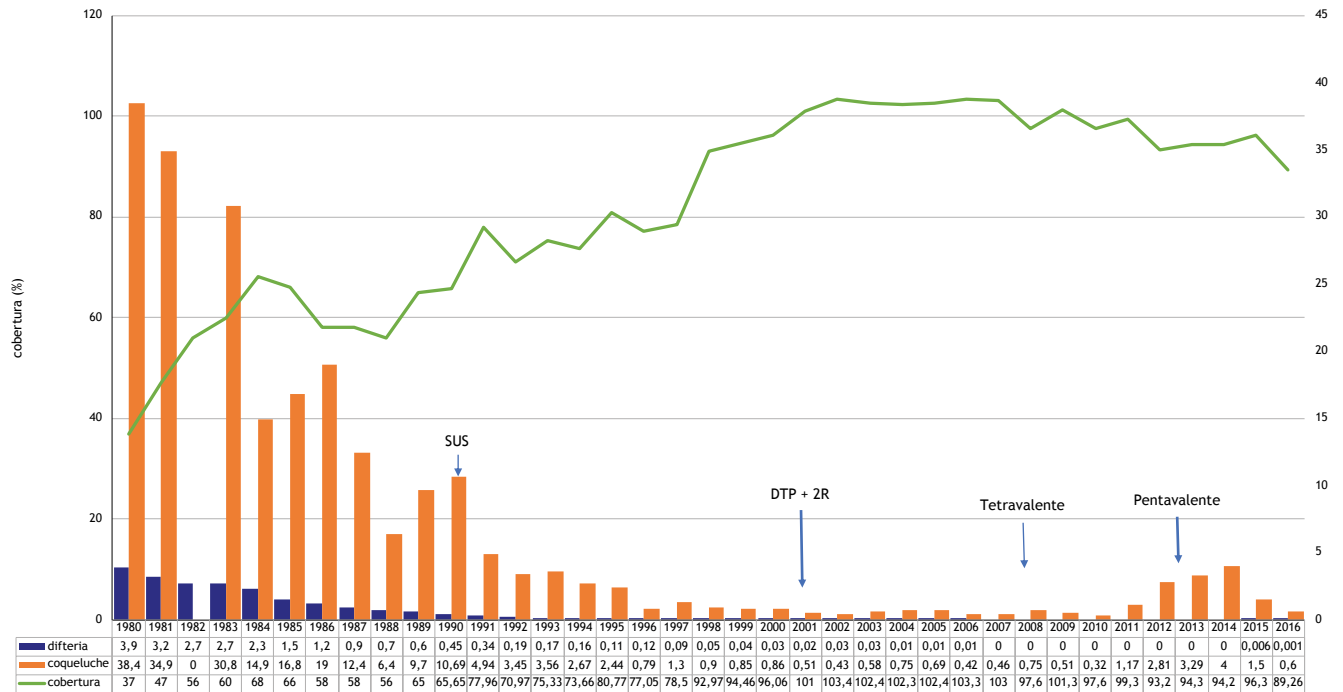
- 36 mil salas de vacina atuantes no país;
- 42 centros de imunobiológicos referenciados para as situações especiais; anualmente cerca de 100 milhões de doses de vacinas aplicadas de rotina para todas as faixas etárias;
- Cerca de 50 milhões de doses de vacina influenza administradas anualmente nas campanhas para crianças menores de 5 anos, adultos com 60 anos e mais de idade, gestantes e puérperas, profissionais de saúde, pessoas com comorbidades, privados de liberdade e população indígena;
- Na campanha de vacinação realizada durante a pandemia de influenza h1n1, em 2010, administradas 89 milhões de doses da vacina específica para a população de crianças menores de 5 anos, adultos entre 20 e 39 anos e acima de 60 anos, pessoas com comorbidades de todas as faixas etárias, profissionais de saúde e população indígena;
- Na campanha de vacinação para rubéola, em 2008, mais de 60 milhões de doses na população de homens e mulheres entre 20 e 39 anos, atingindo 94% de cobertura, além de 7,5 milhões de doses para adolescentes entre 12 e 19 anos em alguns estados;
- Introdução da vacinação para papiloma vírus humano – hpv em 2014, para meninas entre 11 e 14 anos de idade, com administração de 7,8 milhões de doses atingindo 53% de cobertura para segunda dose;
- Campanhas de seguimento para sarampo realizadas periodicamente com administração de mais de 25 milhões de doses nos anos de 2011 e 2014;
- Mais de 105 milhões de terceiras doses de vacina hepatite B administradas entre 1994 e 2015;
- Campanha de vacinação contra a febre amarela realizada em 2017, alcançando mais de 17 milhões de pessoas residentes nas localidades com epizootias ou riscos de introdução da doença; realizada devido a circulação do vírus da febre amarela, a partir do final de 2016, em áreas anteriormente sem recomendação da vacina e exigiu a adoção de estratégias diferenciadas, inclusive com a utilização de dose fracionada em municípios da região sudeste, pela primeira vez no país.
- Mais de 113. 913 doses de vacinas de todos os biológicos do esquema nacional Brasileiro, entre março e setembro de 2018 para atender a população migrante venezuelana na sala de vacinação de fronteira no município de Pacaraima no estado de Roraima.

Assim se lograram importantes conquistas na redução das doenças imunopreveníveis no Brasil. A partir do início da década de 90 e até meados da atual década o PNI passou a registrar altas coberturas vacinais, em todas as unidades federativas e para todas as vacinas que fazem parte do calendário oficial de imunização, gerando um importante impacto no comportamento epidemiológico das referidas condições.

O aumento da cobertura vacinal com os componentes diftérico, tetânico e coqueluche por meio do uso das vacinas tríplice bacteriana, tetravalente ou pentavalente provocou uma importante redução da incidência de tais doenças. Como se vê na Figura 3. A introdução da vacina conjugada contra o *H. influenzae* tipo B no final da década de 90 teve um reflexo imediato na ocorrência das meningites ocasionadas por tal agente (Figura 4). A manutenção da

FIGURA 3

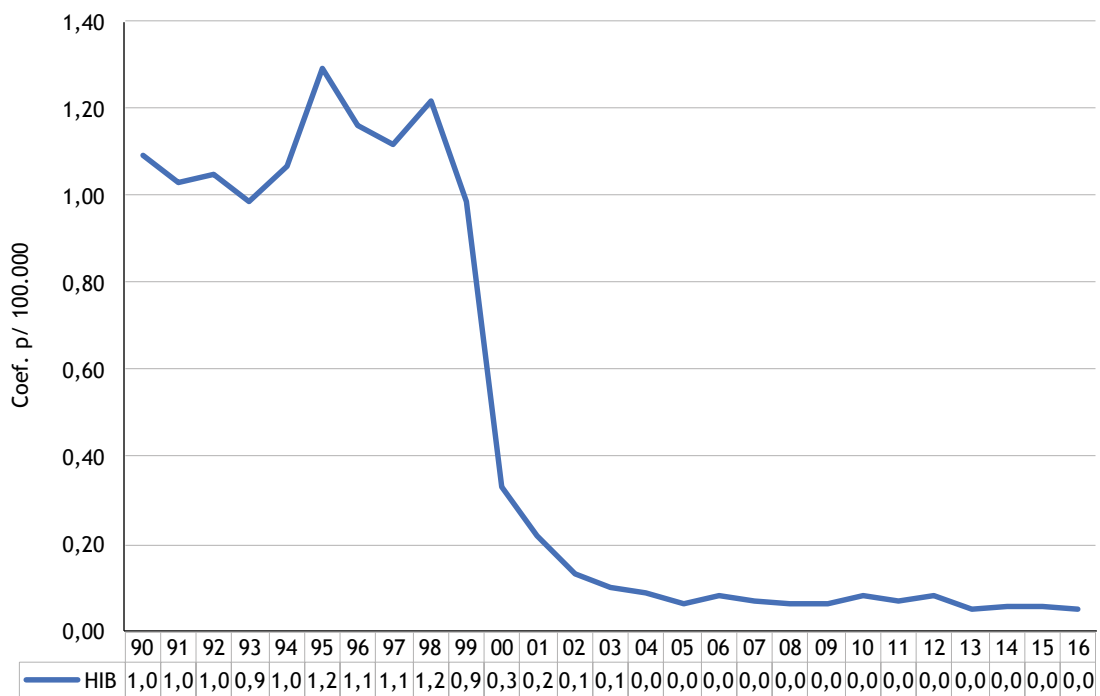
Coqueluche e difteria em coeficiente de incidência por 100 mil hab. e cobertura vacinal para menores de um ano, Brasil, 1980-2016



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

FIGURA 4

Meningite por H. influenzae tipo B segundo ano. Brasil, 1990-2016



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

FIGURA 5

Poliomielite em coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e cobertura vacinal de campanha com vacina oral poliomielite. Brasil, 1980-2015

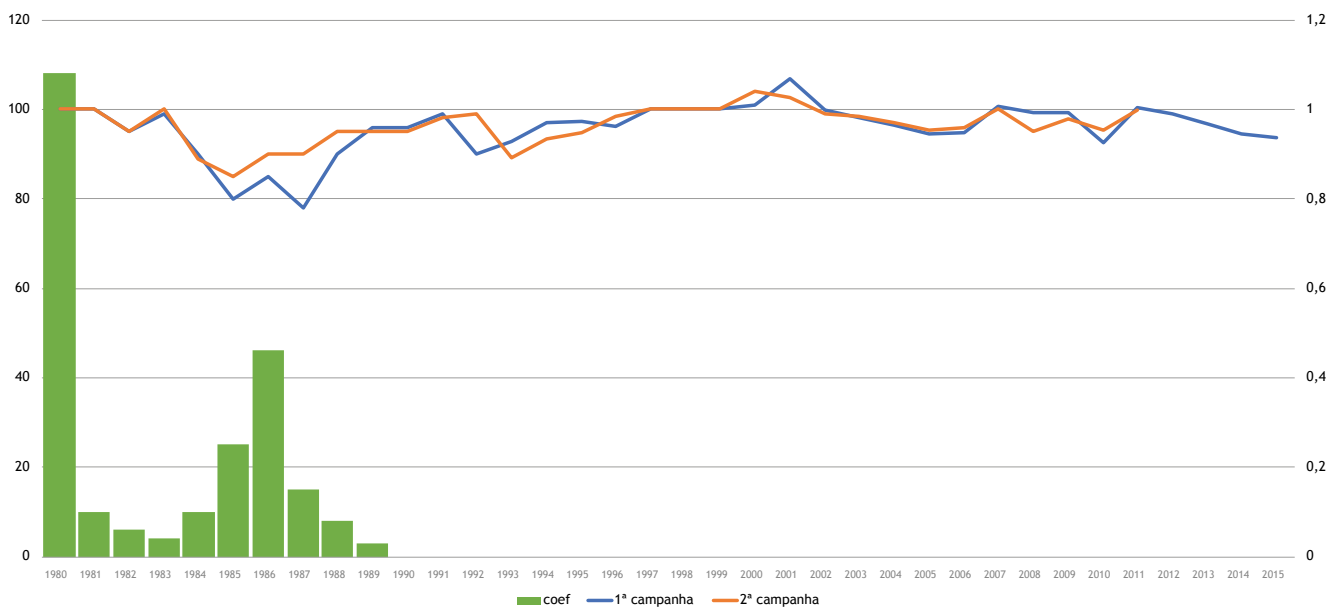
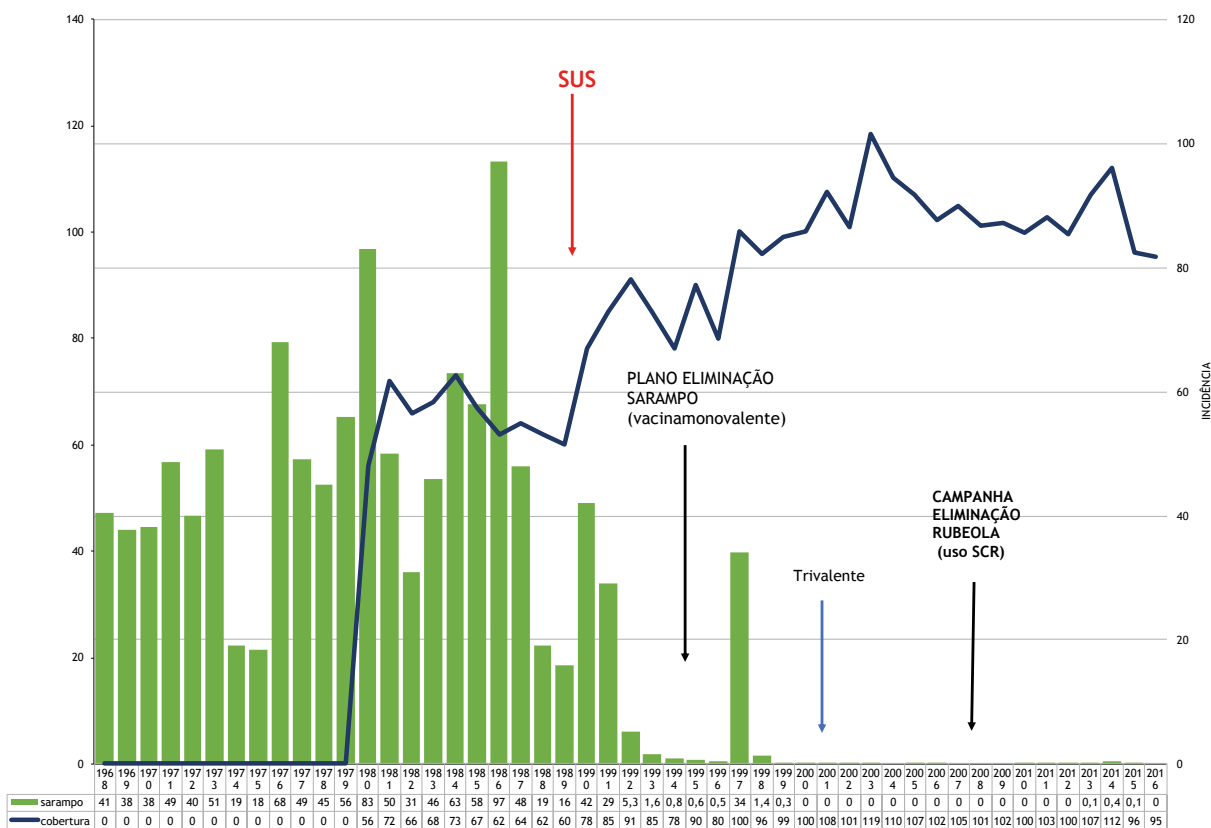


FIGURA 6

Sarampo em coeficiente de incidência por 100 mil hab. e cobertura vacinal, Brasil, 1968-2016



Fonte: Própria. Dado CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

eliminação da transmissão do vírus selvagem da poliomielite alcançada em 1989 também foi um dos marcos do PNI. Ela se deu por meio da vacinação de rotina e das campanhas nacionais de vacinação (Figura 5). A estratégia para eliminação do sarampo adotada na América Latina foi também exitosa no Brasil, com a interrupção da circulação autóctone do vírus em 2016 (Figura 6).

A introdução mais recente de novos imunobiológicos, como a vacina contra o Rotavirus, a vacina conjugada contra meningococo C e a vacina pneumocócica conjugada 10-valente, também já evidenciou impacto na redução da incidência das doenças graves provocadas por esses agentes etiológicos^{17, 18, 19}.

Velhos e novos desafios para o PNI

Um dos pontos críticos do Programa, que tem trazido grande preocupação, é a queda recente nos índices de cobertura vacinal. Se comparada a cobertura vacinal de 2012 com a de 2017 observa-se queda importante da mesma, como por exemplo: BCG de 106% para 93%, Rotavirus de 86% para 77%, meningococo C de 96% para 80%, poliomielite de 97% para 78% e tríplice viral de 100% para 85%²⁰.

Essa redução nas coberturas, que se expressa mais fortemente a partir de 2016, pode estar associada a fatores variados, por exemplo, a possível acomodação da população dado o sucesso do Programa, pois nem as pessoas nem os profissionais de saúde já não convivem com as mazelas das doenças imunopreveníveis, deixando de valorizar a vacinação precoce e rotineira como instrumento importante de proteção. Além disso, pode estar ocorrendo certa priorização das situações agudas pelo modelo de atenção à saúde um tanto “descolado” da Atenção Básica, por não privilegiar a continuidade do cuidado e reduzir o tempo de atendimento ao cidadão, negando uma abordagem

educativa quanto a medidas de prevenção e promoção de saúde.

A falta de informações qualificadas sobre segurança e benefícios das vacinas pode ser também um fator no fenômeno acima, favorecendo a que notícias e informações de conteúdos superficiais, imprecisos ou falaciosos, induzam temor relativo aos efeitos colaterais das vacinas ou mesmo a crença de que as pessoas não são realmente susceptíveis às doenças imunopreveníveis.

A deficiência de oferta e de operacionalização da vacinação em ambientes extramuros, como por exemplo, escolas, universidades, locais de trabalho, pode ser outro fator negativo. Da mesma forma, a coexistência de sistemas de informação distintos: um que registra doses aplicadas e outro que registra crianças vacinadas. Assim, isso pode estar sendo agravado pela mudança do sistema de informação do PNI, desenvolvido para registrar nominalmente cada pessoa imunizada e oferecer maiores recursos para monitoramento das coberturas vacinais,

mas que ainda sofre moroso processo de implementação em aproximadamente um quarto do total de municípios do país.

As questões gerenciais também são significativas. A despeito de financiamento específico para aquisição de equipamentos de informática, ainda existem dificuldades logísticas, organização de serviços, recurso humano capacitado e acesso à rede de interligação de computadores²⁰ ou internet ineficiente; havendo também sérios problemas no abastecimento de vacinas, pois desde 2016 o PNI tem sido afetado por uma série de descontinuidade ou atraso no recebimento pelos laboratórios produtores dos imunobiológicos, o que tem contribuído não somente para a redução das coberturas vacinais e diminuição da proteção imunológica individual, afetando também a própria credibilidade do Programa.

Uma razão de índole epidemiológica propriamente dita também deve ser considerada. Assim, a homogeneidade das coberturas vacinais deve ser assegurada, pois para se obter ou manter o impacto epidemiológico é necessário que todas as localidades alcancem homogeneidade entre os esquemas além de coberturas vacinais ideais para todo o conjunto de vacinas do calendário. Entretanto, tal falta de homogeneidade na cobertura vacinal ainda é significativa e é evidenciada pelos baixos percentuais que muitos municípios apresentavam em 2017²¹. Situação semelhante no primeiro semestre de 2018 segundo dados preliminares apresentados pelo PNI, para dar um exemplo, com a primeira dose da vacina tríplice viral (SCR) aos 12 meses de idade, apenas 39%²² do total dos municípios tinham cobertura igual ou superior a 95 % desejado.

Dessa forma, como consequência das baixas coberturas, desde final de 2017 o país vem apresentando uma epidemia de sarampo, inicialmente introduzida no estado de Roraima por pessoas infectadas procedentes de Venezuela. A partir desta introdução em fevereiro de 2018 e encontrando uma importante proporção de pessoas susceptíveis, tal doença se disseminou nos estados de Roraima e Amazonas e alcançou estados de todas as regiões do país, com mais de 2.564 casos confirmados em dez Unidades Federadas, sendo 14 óbitos confirmados por sarampo em três UF principalmente sob a idade de cinco anos²³. Mas a verdade é que baixos percentuais de coberturas vacinais em municípios já vinham sendo observados desde 2009, em especial nos estados da região Norte e Nordeste, o que gerou as condições favoráveis para a ocorrência da presente epidemia de sarampo. Anteriormente, os surtos que ocorreram nos estados de Pernambuco e Ceará, entre 2013 e 2015, já evidenciavam que, além do risco de introdução do vírus por meio de fluxo de pessoas infectadas procedentes de outros países, a circulação do vírus no território nacional encontra um ambiente favorável sempre que as coberturas vacinais estejam baixas e que exista acúmulo de susceptíveis.

Outros desafios importantes que o PNI tem enfrentado devem ser destacados.

- A necessidade de melhoria na gestão do Programa é fundamental, afetando segmentos como: rede de frio, que deve ser melhor estruturada para acondicionar adequadamente o volume de produtos, evitando perdas de vacinas; adequação da estrutura física para atenção ao cliente,

obedecendo a legislação; qualidade operacional que possibilite o aumento de salas de vacina, para gerenciar de forma adequada o aumento do número de imunobiológicos e a inclusão de novos grupos populacionais, além da gestão adequada de talento humano, considerado um dos maiores valores do PNI, permitindo enfrentar a alta rotatividade dos profissionais de saúde e propiciar uma constante atualização e motivação nas ações do Programa. Neste particular, cabe mencionar a importância da participação dos agentes comunitários de saúde e dos demais profissionais das equipes de saúde da família, detentores de maior capilaridade para identificar pessoas susceptíveis – em especial as crianças – e para desencadear medidas necessárias para alcançar os níveis adequados de cobertura vacinal.

- Uma das principais ameaças à sustentabilidade do PNI é o crônico subfinanciamento

do SUS, que tende a se agravar como consequência da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, na qual se estabelece o congelamento dos gastos públicos por 20 anos²⁴. Este problema deve agravar mais ainda a sobrecarga no custeio das ações das esferas estadual e, principalmente municipal, inclusive no que se refere ao PNI, para o qual se estima que 62% do custo total seja de responsabilidade municipal. O subfinanciamento do SUS, tendo em vista a recente Portaria Ministerial no. 3992 de 28 dezembro de 2017²⁵, que alterou as formas de financiamento para as ações do SUS, reduzido para dois blocos (custeio e investimento), pode implicar em mais outra redução de gastos específicos com vigilância em saúde e atenção básica, priorizando outras áreas com maior poder de pressão e apelo popular e midiático, como as ações assistenciais especializadas e curativas.

O PNI como instrumento de equidade

É necessário mais que nunca resgatar e manter os resultados positivos alcançados pelo PNI, identificando as suas fragilidades e ameaças. Deve-se ter presente que o sucesso do programa favoreceu a redução das desigualdades sociais uma vez que permitiu o acesso de toda a população a uma enorme gama de imunobiológicos, além do mais ofertados por um programa público. Tal fato tem resultado na redução de doenças que impactaram diretamente a vida de milhões de brasileiros, em particular os mais vulneráveis. Contribuiu, por exemplo, para a redução da mortalidade em menores de cinco anos, devido à proteção contra uma série de doenças

que incidiam e matavam mais neste grupo etário, especialmente entre as crianças mais pobres.

Portanto, a manutenção e a ampliação dos avanços alcançados pelo PNI constituem importante estratégia para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável²⁶. Isso se faz necessário não somente porque o impacto das ações de imunização do Programa contribui para atingir metas específicas de tal compromisso internacional, mas em especial, porque na sua trajetória o PNI sempre buscou – e certamente continuará buscando – não deixar ninguém para trás.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Bernadino Vitoy, Renato Tasca, Enrique Vazquez.

Julio Suárez e Lucimar Rodrigues Coser Cannon foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 out 1975.
2. Brasil. Decreto 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 ago 1976.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde. Divisão Nacional de Educação Sanitária. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 1973.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 85, de 4 de abril de 1977. Aprova modelo da Caderneta de Vacinações. Diário Oficial da União 3 jun 1977.
5. Brasil. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Domingues CMAS, Woycicki JR, Rezende KS, Henriques CMP. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. Revista Eletrônica Gestão & Saúde 2015; 6 (4): 3250-74.
9. Brasil. Lei nº 12708, de 17 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração e execução da lei orçamentária de 2013 e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 ago 2012.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 232 de 25 de novembro de 2011. Constitui o Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI) com a finalidade de assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde sobre os aspectos técnicos e científicos, referentes às ações do Programa Nacional de Imunizações. Diário Oficial da União 28 nov 2011; Seção II, pag 37.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título VI, Capítulo VI, anexo CXVIII, CXIX, C e CI. Diário Oficial da União. 03 out. 2017; Supl, pag 360.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Intergetores Tripartite. Resolução nº 8 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União 12 dez 2016; Seção I, pag 95.
13. Brasil. A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2003.
14. Brasil. Saúde Brasil 2012 Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Brasil. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papiloma vírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada) Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/.../Informe-Técnico-HPV-MENINGITE.pdf. Acessado em 18/08/2018

16. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42849-vacina-de-febre-amarela-sera-ampliada-para-todo-o-brasil>. Acessado 18/07/2018
17. Do Carmo GMI, Yen C, Cortes J, Siqueira AA, Oliveira WK, Cortez-Escalante JJ, Lopman B, et al. Decline in Diarrhea Mortality and Admissions after Routine Childhood Rotavirus Immunization in Brazil: A Time-Series Analysis. *PLoS Medicine* 2011; 8: e1001024.
18. Domingues CMAS, Verani JR, Montenegro Renoier EI, de Cunto, Brandileone MC, et al. Effectiveness of ten-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease in Brazil: a matched case-control study. *Lancet Respir Med* 2014; 2:464-71.
19. Moraes C, Moraes JC, Silva GDM, Duarte EC. Evaluation of the impact of serogroup C meningococcal disease vaccination program in Brazil and its regions: a population-based study, 2001-2013. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2017 Abr; 112(4): 237-246.
20. Consensus. *Revista do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde*. A queda da Imunização no Brasil. Ano VII, nº 25, pag 20-29 [acesso em 18 fev. 2018]. Disponível em www.conass.org.br/consensus.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET): Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def18>. Acessado em: 17/07/2018
22. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo/situacao-epidemiologica-dados>. Dados de janeiro a julho de 2018 preliminares. Acessado em: 10/09/2018.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo/situacao-epidemiologica-dados>. Acessado em: 05/11/2018.
24. *Revista CONASEMS*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Entrevista Mauro Junqueira. Outubro-novembro-dezembro/2016, nº 67, pag 05-10 [acesso em 18 fev. 2018]. Disponível em www.conasems.org.br.
25. Soares A. O (Novo) Paradigma de Financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista BEPA* 2018; 15 (170): 11-12.
26. Organização das Nações Unidas. Disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acessado em 17/07/2018.

Acesso a medicamentos no SUS: avanços e desafios

Autores: Tomas Pippo¹, Vera Lucia Luiza², Rondineli Mendes da Silva², Maria Auxiliadora Oliveira² e Jorge Bermudez²

¹. Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias e Pesquisa em Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde (UTMTP/OPAS/OMS)

². Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (NAF/ENSP/Fiocruz)

Aspectos conceituais do acesso a medicamentos

Considera-se que o acesso a medicamentos deve ser entendido no contexto do acesso a sistemas e serviços essenciais de saúde, como um direito humano fundamental. No Brasil, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) consagram esse direito como responsabilidade do Estado. Em âmbito global, fica muito claro que os Estados membros das Nações Unidas, ao assinarem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹, e consequente e sequencialmente, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável², contemplam essa questão como prioritária.

O acesso a serviços e produtos em saúde é um elemento central do desempenho dos sistemas de saúde e de seus componentes. Ainda que todos os demais elementos do desempenho funcionem adequadamente, nada adiantará se os serviços e atividades não alcançarem os usuários pretendidos, ou seja, se estes não conseguirem utilizar os serviços e produtos. Campbell et al.³ defendem a efetividade e o acesso como elementos centrais da qualidade em saúde e com total interdependência, ou seja, não há qualidade em saúde se há acesso a um cuidado inefetivo, da mesma forma que não adianta um cuidado efetivo que as pessoas não consigam utilizar.

O entendimento de que a saúde é um direito humano fundamental é amplamente reconhecido e pactuado. O entendimento de que os

medicamentos são indispensáveis para a concretização desse direito é uma consequência inevitável. Eles são indispensáveis na garantia de bons resultados em saúde, seja para cura, controle ou prevenção de doenças tanto agudas quanto crônicas.

A OPAS/OMS apoiou a construção dos pilares do Sistema Único de Saúde e, ao longo de seus 30 anos, a defesa incondicional de seus princípios, à luz da Constituição Cidadã.

Medicamentos essenciais, conforme definido pela OMS em 1975, são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população. Devem, portanto, estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas e em apresentações apropriadas, a um preço que a comunidade possa pagar⁴.

Nesse contexto e refletindo a realidade no Brasil, propõe-se conceituar como acesso a medicamentos essenciais a relação entre a oferta e a demanda dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia da qualidade e a informação suficiente para o uso adequado⁵. Isto implica na compreensão de pressupostos importantes em relação ao acesso aos medicamentos. O primeiro deles é de que o processo de busca pelas tecnologias em saúde é determinado por diferentes fatores e atores, dentro e fora do setor saúde, com in-

teresses muitas vezes conflitantes. O segundo é o de que o acesso se concretiza com o uso, ou seja, o usuário precisa obter o medicamento e isto deve ser acompanhado de serviços que promovam o uso adequado. Dado que nem todo uso de medicamentos é racional, as políticas públicas devem levar isso em consideração. Estratégias de ampliação de acesso aliadas às de promoção do uso apropriado e a provisão de medicamentos devem ser mediadas por serviços farmacêuticos de qualidade.

Existem diferentes modelos lógicos que buscam explicar o acesso aos medicamentos e suas dimensões. É bastante difundido o que considera como dimensões centrais a disponibilidade, capacidade de pagar, adequação de serviços e produtos, e acessibilidade geográfica⁶ but in coexistence with the ongoing regular governmental access to medicines (Unified Health System (SUS. Mais recentemente, foi proposto modelo mais amplo que visa abarcar aspectos mais abrangentes e complexos, e identifica determinantes de acesso segundo os níveis do sistema de saúde, além de relevantes aspectos transversais, como transparência, forças de mercado, potencial de inovação e agenda dos doadores⁷.

O acesso aos medicamentos é um desafio que transcende os países de renda média e baixa. Além do fato de que alguns países ricos terem contingentes de excluídos e vulneráveis, mesmo as populações de maior renda e terceiros pagadores tem dificuldades, por exemplo, de arcar com tratamentos de alto custo, como os medicamentos para hepatite C e oncológicos⁸.

O Brasil tem empreendido diferentes esforços no sentido da promoção do acesso e do uso apropriado de medicamentos, o que engloba a oferta de medicamentos em todos os níveis de cuidado, incluindo o alto custo e as doenças negligenciadas. O gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 em termos reais. Essa queda tanto pode ser efeito da situação política e financeira como também de políticas racionalizadoras das compras e da oferta de produtos no mercado nacional⁹.

Diferentes estudos^{10,11} tem sinalizado importantes e persistentes problemas de gestão da assistência farmacêutica (AF) que resultam na baixa disponibilidade de medicamentos¹². Estudos têm demonstrado a relação entre a institucionalização e organização da AF com a disponibilidade e, mais concretamente, com o acesso aos medicamentos^{12,13}.

Quanto ao uso apropriado de medicamentos, encontrou-se também relação positiva entre a presença do farmacêuticos em tempo integral em unidades básicas de saúde e a proporção de pacientes orientados¹⁴.

Não obstante, o mais amplo e específico estudo realizado sobre a AF no Brasil, com dados coletados entre 2013 e 2014 sinalizou avanços importantes. Por exemplo, encontrou-se 94,2% de acesso total a medicamentos para doenças crônicas, com acessibilidade geográfica similar entre a dispensação no SUS e as farmácias privadas, e apenas 2,6% declarando ter ficado sem seus medicamentos por problemas financeiros¹⁵, com 3,2% dos domicílios apresentando

gasto catastrófico em medicamentos¹⁶. Entre os portadores de doenças crônicas que conseguiram todos os medicamentos, cerca de metade os conseguiu sem qualquer pagamento direto do bolso¹⁷.

Ainda que isto não signifique a ausência de problemas, como evidenciado pela crescente judicialização de medicamentos no país, esses dados sinalizam que, até aquele momento, as políticas públicas brasileiras estavam oferecendo um bom grau de acesso aos medicamentos, em especial no nível da atenção primária em saúde (APS).

É sempre bom lembrar que a AF é parte dos sistemas de saúde, guardando relação sistêmica. Assim, o modelo existente de políticas públicas, tanto as setoriais da saúde quanto as inter-setoriais afetarão a AF e vice-versa. Assim, a AF será melhor sucedida quanto melhores forem as opções econômicas, industriais, do modelo de provisão de cuidado, das estratégias de boa governança e transparência. Igualmente, um

modelo efetivo de AF, que promova acesso e uso apropriado resultará no alcance a melhores resultados em saúde¹⁸.

Cabe sempre ressaltar que a agenda internacional e a agenda para o Desenvolvimento (econômico e social) tem destacado o acesso a medicamentos e a assistência farmacêutica como componentes estratégicos do acesso à saúde. No Brasil, nos 30 anos do SUS, conquistas sociais relevantes foram confrontadas com avanços e tropeços da Assistência Farmacêutica no contexto da integralidade¹⁹. Um país de dimensões continentais como o Brasil, com suas desigualdades e complexidades, atravessou vários momentos políticos e mudanças políticas, econômicas e sociais ao longo de três décadas. Audiências públicas, comissões parlamentares de inquérito, consultas públicas, seminários setoriais, relatórios temáticos e de conjuntura têm acompanhado e tentam, com seus olhares e vieses, abordar e contar um pouco dessa História.

A Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS

Antecedentes

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), em vigor desde setembro de 1990, estabelece dentre outras diretrizes que a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” é uma das áreas de atuação do SUS.

Os primeiros anos do processo de implementação do SUS foram fortemente influenciados por um Programa Federal de Desregulamentação (Decreto 99.179/90) que visava fortalecer a iniciativa privada em todos os campos e reduzir a interferência/regulação do Estado. Tal desregulamentação no âmbito da saúde, aliada à abertura do mercado, afetaram desproporcionalmente as ações da vigilância sanitária, a produção pública de medicamentos e a provisão de medicamentos pelo SUS. A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS) promoveu a desregulamentação de praticamente todas as atividades da vigilância sanitária, por meio do Projeto INOVAR, extinto em 1993²⁰.

A estrutura governamental responsável pela assistência farmacêutica no SUS era, desde 1971, a Central de Medicamentos (CEME). Destaca-se

um dos objetivos da CEME, o de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”²¹. No entanto, a falta de coordenação de suas atividades pelo Ministério da Saúde levou a uma situação crítica de desabastecimento de medicamentos no SUS.

O processo decorrente das novas diretrizes instituídas pela universalização e descentralização no SUS, fragilidade da gestão da vigilância sanitária, problemas no sistema de abastecimento de medicamentos no SUS, distorções no papel original da CEME já apontava para inúmeros desafios na área de medicamentos^{21,22}.

Esses fatos, associados à extinção da CEME, e em meio a um processo de consolidação jurídica da reforma sanitária brasileira, acarretaram na criação de um grupo de trabalho coordenado pelo Ministério da Saúde para desenvolver o processo de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), promulgada assim em 1998²³.

Cabe ainda ressaltar que, o termo “assistência farmacêutica” (AF), até a instituição da PNM, não possuía uma definição clara, nem mesmo havia enunciação de seu escopo de ações, objetivos e do conjunto de atividades que a

constituía. Logo, esse termo cunhou-se em um contexto focal de abastecimento e, posteriormente, por intermédio da PNM, recebeu uma definição mais estruturada²⁴.

A Política Nacional de Medicamentos

Esta Política foi desenvolvida tendo como referência as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) expressas no documento *Guidelines for developing national drug policies*²⁵. Para a OMS, uma PNM deve ser um documento oficial que expressa o compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população aos medicamentos essenciais de qualidade assegurada, eficácia e segurança comprovadas. Deve também se constituir em um guia para a ação, pois estabelece prioridades e metas, bem como estratégias para a implementação²⁶. Neste sentido, a OPAS organizou uma guia buscando orientar melhor as etapas de implementação e avaliação²⁷.

No Brasil, além dos técnicos do Ministério da Saúde, o desenvolvimento da PNM incluiu ampla discussão com representantes de outros ministérios, de profissionais de saúde, de instituições acadêmicas, organizações não governamentais, da indústria farmacêutica local e transnacional, entre outros. Esse modelo foi considerado adequado para a formulação da PNM no país especialmente porque, o processo de implementação do SUS implicava na produção de respostas robustas à população no que se referia ao acesso a medicamentos eficazes,

seguros e de qualidade assegurada. A PNM brasileira foi formalizada em 1998, sendo assim considerada a primeira política setorial no contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil²³.

A necessidade da existência de uma PNM correspondia em paralelo ao anseio por uma proposta de construção concreta de AF, diferente do que havia ocorrido com a CEME, cuja lógica acabou por ficar circunscrita ao abastecimento de medicamentos e o ensejo de ser aplicada com outros enfoques, entre os quais figuraram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do país, que apresentava simultaneamente doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de nações desenvolvidas, como até o presente.

A PNM, como política setorial e cumprindo a recomendação da OMS, visava: (a) assegurar os compromissos de governo e outras instâncias; (b) garantir o acesso aos medicamentos essenciais, principalmente para o atendimento de agravos prioritários de saúde da população; (c) garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e (d) promover o uso racional dos medicamentos. Essa Política definiu oito diretrizes e prioridades (Quadro 1):

QUADRO 1:

Síntese das Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos

Diretrizes	Prioridades
Adoção de relação de medicamentos essenciais	Revisão permanente da RENAME.
Regulamentação sanitária de medicamentos	Revitalização, flexibilização de procedimentos e busca por maior consistência técnico-científica. Elaboração de procedimentos operacionais sistematizados. Treinamentos.
Reorientação da assistência farmacêutica	Garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada. Descentralização plena da aquisição e distribuição de medicamentos. Financiamento específico para medicamentos da atenção básica. Atenção especial aos medicamentos de alto custo.
Promoção do uso racional de medicamentos	Campanhas educativas. Registro e uso de medicamentos genéricos. Formulário terapêutico nacional. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância.
Desenvolvimento científico e tecnológico	—
Promoção da produção de medicamentos	—
Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos	—
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	Capacitação de RH (gerenciamento de sistemas de saúde e de informação; guias terapêuticos padronizados; farmacovigilância).

Fonte: Elaboração a partir da PNM ²⁸.

No Brasil, em consonância com as diretrizes e resoluções da OPAS/OMS, o tema acesso a tecnologias em saúde constitui eixo norteador de importantes normas que compõem o regramento do SUS, com destaque para a PNM e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Essas políticas representaram um avanço no

sentido da promoção do acesso a medicamentos no país, acesso este que historicamente não é equitativo, pois quando é analisado o conjunto da população brasileira, muitas são as discrepâncias que afastam ou impedem que grande parcela da população consiga usufruir das tecnologias e serviços disponíveis.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica

O Brasil realizou em 2003 a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), cujo tema central foi “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica com controle social”.

A 1ª CNMAF se iniciou por meio de negociações prévias, que posteriormente fez o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicar a Resolução n.º 311, de 5 de abril de 2001. A norma visou a promoção de estudos e debates, articulando os diferentes atores envolvidos na problemática da área de medicamentos e a proposição de estratégias orientadoras de políticas aplicadas aos eixos programáticos de “pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico” e “reorientação da assistência farmacêutica no país, enfatizando os sistemas de distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos”. E também, aprovou a convocação da 1ª CNMAF, a ser realizada através de articulação com usuários, setores políticos, industriais, profissionais, gestores e prestadores do SUS, comerciais, dentre outros envolvidos²⁹.

A CNMAF discutiu um amplo leque de atividades relacionadas à AF e ao modelo de atenção à saúde vigente no País, tais como: abastecimento, dispensação e uso racional de medicamentos; medicamentos e a promoção da saúde; relação entre os setores público e privado de atenção à saúde; qualidade dos serviços e produtos no âmbito da AF; aspectos fundamentais para a pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção nacional de medicamentos

que atendam às necessidades do SUS; e capacitação de recursos humanos para a AF.

No cerne das inúmeras propostas aprovadas na 1ª CNMAF, definiu-se a necessidade de uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e que as decisões sancionadas na 1ª CNMAF fossem as diretrizes fundamentais da PNAF. Seu relatório final definiu que a AF seja parte do sistema de saúde e apontou para a necessidade de organizar a AF de forma sistêmica com o objetivo de lidar com a fragmentação das atividades existente naquela ocasião²⁹.

A Conferência aprovou recomendações nos seguintes eixos:

1. Acesso a medicamentos eficazes, seguros, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, de qualidade garantida, com regularidade e com a informação adequada para o uso correto.
2. Assistência Farmacêutica: por meio da elaboração de protocolos para a AF, explicitando suas diretrizes, prioridades e linhas estratégicas de atuação.
3. Organização dos serviços por meio da provisão de recursos materiais e profissionais qualificados em todas as farmácias em todos os níveis de complexidade.
4. Busca da universalidade e da equidade por meio da implantação de uma AF única e sob fiscalização dos conselhos de saúde nos três níveis de governo.

A PNAF foi aprovada por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Ela trouxe uma compreensão mais abrangente da AF, na perspectiva de integralidade de suas ações e novas perspectivas de compreensão do campo de ações de AF, ampliando seu conceito. Segundo a PNAF, as diretrizes da AF devem nortear a formulação de outras políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a garantia do acesso, a manutenção e a qualificação dos serviços na rede pública de

saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações, visando o uso racional dos medicamentos³⁰.

Essa Política também trouxe a perspectiva da intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde. Diferente da PNM, a PNAF está organizada em 13 eixos estratégicos (Quadro 2):

QUADRO 2:

Eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

- A garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica.
- Manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS.
- Qualificação dos serviços de AF existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção.
- Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados.
- Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos.
- Modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos.
- Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.
- Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção.
- Implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS.
- Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País.
- Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade.
- Estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos.
- Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Dez anos depois de sua aprovação, a PNAF foi objeto de avaliação, por intermédio de um processo inclusivo, complexo e exaustivo, mobilizando mais de 2.000 participantes em 15 oficinas de avaliação, consolidando as fortalezas, fraquezas, ameaças e oportunidades em diversos temas da Política³¹.

Políticas como a PNM e a PNAF pela temática e abordagem são intersetoriais, pois sua inerente amplitude coteja com diversos campos sociais e econômicos. Também refletem o cenário social e político brasileiro, reproduzindo o desenvolvimento sanitário presente em cada contexto histórico.

Elas apresentam diversos pontos comuns e complementares, tais como o papel da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), a pro-

dução de medicamentos etc. Outro eixo coincidente é relativo à descentralização das ações de AF, mas o aprofundamento nesse processo gera necessidades de aperfeiçoamento e a busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Por sua vez, a consolidação das ações de atenção primária como fator estruturante dos sistemas municipais de saúde torna-se um componente motivador para seu fortalecimento.

Apesar da relevância de cada uma delas, fruto de sua transversalidade e pela complexidade de seus temas, a carência de um efetivo plano de implementação é destacada. A OPAS e a OMS discutem a importância das políticas no contexto da AF serem seguidas de planos de execução, o que permitiria maior efetividade das políticas²⁷

Trinta anos de Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e dilemas

Após a institucionalização do SUS como sistema público de saúde no Brasil, a AF foi inserida formalmente como estratégia do Sistema. A PNM e, posteriormente, a PNAF, forneceram as bases para ações estratégicas da AF na busca por uma maior ampliação do acesso a medicamentos, bem como uma melhor articulação e integração dessas ações dentro do sistema de saúde de forma humanizada, com qualidade e controle social, perpassando pela orientação do financiamento, estruturação e organização.

De certo, a estruturação do campo da assistência farmacêutica no SUS permitiria, ao longo dos anos, pavimentar o processo instalado de promoção de cidadania, coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde.

Frente a este novo panorama, a reorganização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS se tornou premente. Assim, diversas ações, incluindo iniciativas voltadas ao fomento à inovação, ao desenvolvimento, à transferência e à incorporação tecnológica, à regulação sanitária

e ao aprimoramento da gestão, bem como ao uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias, foram executadas, com impacto direto ou indireto no acesso.

Nesse cenário (Figura 1.), destacam-se a promulgação de normas e implementação de estratégias, ações ou iniciativas institucionais que configuraram as trajetórias das políticas públicas no campo da AF.

Os avanços na promoção do acesso a medicamentos e tecnologias em saúde obtidos com a instituição do SUS tornaram-se exemplo para muitos países, mesmo com as limitações inerentes a um país em via de desenvolvimento, populoso, com dimensões continentais, mas com um sistema de saúde que tem a universalidade, integralidade e equidade como princípios.

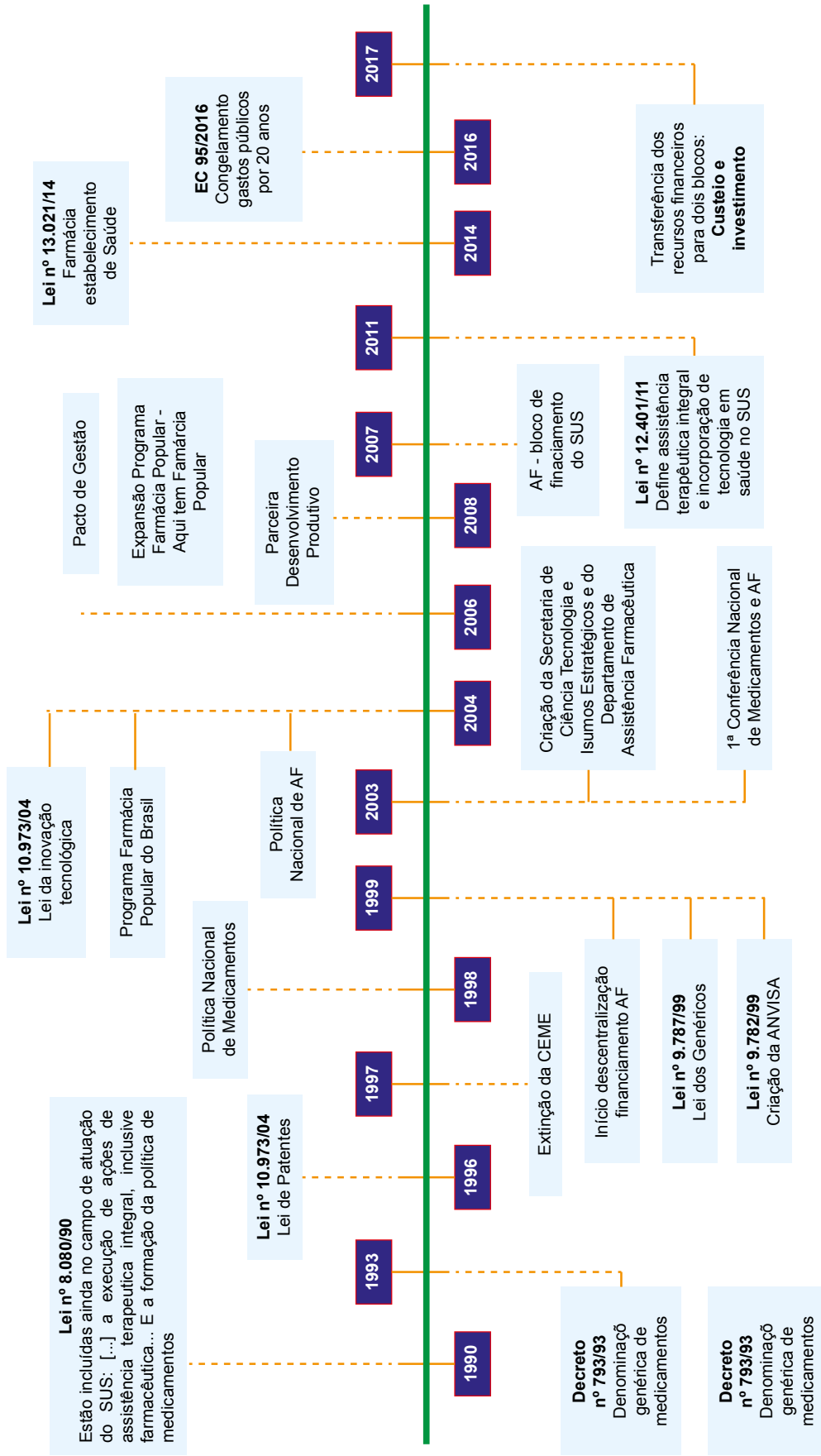
Inúmeras mudanças de cenário podem ser observadas nos anos de vigência da PNM e da PNAF, não sendo ainda possível afirmar que o acesso aos medicamentos seja uma condição de curso efetivo e estável no contexto brasileiro.

A melhoria de acesso representa uma condição desafiadora aos gestores públicos, pois uma parcela significativa de usuários de serviços privados ou públicos de saúde não possui garantia da assistência farmacêutica.

No âmbito do SUS houve diversas iniciativas nacionais para promoção do acesso a medicamentos. Muitas delas merecem destaque, tais como a PNM e a PNAF, que estabeleceram importantes definições para nortear o desenvolvimento de produtos farmacêuticos e diretrizes para o gerenciamento do acesso a medicamentos e a serviços farmacêuticos. Além disso, tiveram papel de destaque, para a formulação de políticas setoriais como políticas de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, de regulação sanitária, dentre outros.

Destacam-se a seguir alguns pontos que são importantes nesse cenário dos 30 anos no SUS correlacionados ao tema da AF, sem, no entanto, esgotá-los em sua complexidade e na profundidade inerente a cada tema.

FIGURA 1.
Linha do tempo - Assistência Farmacêutica: Principais marcos legais e institucionais



Fonte: Adaptação a partir de Silva ³².

Propriedade Intelectual e acesso a medicamentos

A Lei 9.279/1996, também conhecida como lei de patentes, abriga-se na temática de propriedade intelectual, mundialmente debatida. Envolve inúmeras disputas devido a interesses do setor produtivo, governos e sociedade.

O sistema de patentes foi concebido originalmente para promover a pesquisa e desenvolvimento e a transferência de tecnologia. Contudo, o contexto de reconhecimento de patentes pode levar a aumento de custos para os sistemas de saúde, além de outros aspectos ligados à defesa de política de desenvolvimento industrial integrada à política de saúde, especialmente no caso brasileiro, que não foi acompanhada de políticas públicas consistentes e contínuas que pudessem contribuir para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional. Importante destacar que a aplicação das patentes tem impacto no acesso da população aos medicamentos, pelo fato de gerar monopólios e podendo inviabilizar preços acessíveis, assim como disponibilidade e, conseqüentemente, a implementação de políticas públicas neste sentido. Embora os preços altos não sejam a única barreira ao acesso a medicamentos, a proteção patentária pode representar um dos principais obstáculos e contrapõe saúde versus comércio. No caso de produtos mais recentes, mesmo os países de renda alta não conseguem absorver em seus sistemas de saúde por causa dos altos preços e custos que geram para os sistemas de saúde muitas das vezes chamados de “extorsivos”^{33,34}.

A citada Lei 9.279/1996, foi aprovada precocemente para adequar-se ao acordo de proprie-

dade intelectual da então criada Organização Mundial do Comércio, conhecido como Acordo TRIPS (Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio).

Uma importante oportunidade perdida decorrente de decisão do legislativo foi a adoção de proteção patentária para medicamentos e alimentos já em 1997, a despeito de que o Brasil poderia ter se valido de todo período de transição até 2005 acordado no TRIPS, como fizeram outros países.

Embora o Acordo TRIPS devesse ter sido considerado um teto nos padrões de propriedade intelectual, basicamente o tempo mostrou que ele foi semelhante a um piso mínimo. O legislativo foi além das exigências internacionais e adotou medidas conhecidas como “TRIPS-plus”, representando o segundo desafio, com o mecanismo de patentes *pipelines*. Por meio deste mecanismo, medicamentos foram patenteados quando já não mais atendiam um dos requisitos de patenteabilidade (novidade). Em outras palavras, invenções que já estavam em domínio público foram patenteadas e geraram importantes problemas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Por exemplo, todos os primeiros ARV patenteados foram protegidos pelo sistema *pipeline* (abacavir, nelfinavir, lopinavir/ritonavir, amprenavir, efavirenz e ritonavir). Segundo vários autores, se as patentes *pipelines* não tivessem sido incorporadas na legislação brasileira, versões genéricas mais baratas poderiam ter sido adquiridas e os cofres públicos poderiam ter gasto entre USD 420 a USD

519 milhões a menos para seis ARVs no período de 2001 a 2007³⁵. O processo de licença compulsória para o medicamento efavirenz em 2007 poderia ter sido evitado se não houvessem as patentes *pipeline*.

Outro elemento TRIPS-plus incorporado na legislação foi a possibilidade de uma patente ter vigência superior a 20 anos caso o tempo para o exame leve mais de 10 anos (Parágrafo Único do artigo 40 da Lei 9.279/1996). Isso significa estender o monopólio para além do que foi previsto no TRIPS e pode significar a prática de preços altos para medicamentos fundamentais para o SUS³⁶. Este artigo da Lei de Patentes está sendo contestado atualmente no Supremo Tribunal Federal quanto à sua constitucionalidade, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade

5061. Dispositivos TRIPs-plus, tais como a extensão da vigência de patentes para além de 20 anos, vem sendo sistematicamente propostos em tratados de livre comércio bilaterais e regionais envolvendo Estados Unidos ou União Europeia e países em desenvolvimento.

Proteger a capacidade da utilização efetiva de salvaguardas ou flexibilidades de proteção da saúde pública, dispositivos coerentes com o Acordo TRIPS, amplia as opções para enfrentar a barreira patentária e as práticas das empresas farmacêuticas que afetam diretamente o acesso a medicamentos, assim como visam contribuir com esforços para estimular a produção local de medicamentos e iniciativas de ciência e tecnologia.

Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Regulação sanitária e de preços

A Vigilância Sanitária se constitui, classicamente, como um dos campos mais antigos de atuação da saúde pública e, ainda hoje, pode ser compreendida como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando a proteção e a promoção da saúde da população²⁰.

Ao contextualizar os eventos ocorridos ainda na década de 1990, a atuação da Secretaria de Vigilância Sanitária (órgão federal, coordenador do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e que antecedeu a ANVISA) refletia a conjuntu-

ra extremamente crítica que o país vivenciava, oriunda de um longo período de regime de exceção política e sucessivas crises econômicas. No país, até o final dos anos 90, nunca havia sido discutida e reconhecida a importância do Sistema Nacional de Vigilância, qual seja de um controle sanitário eficaz, pois nesse contexto ocorriam inúmeras denúncias de falsificação de medicamentos, dentre outras externalidades negativas. A Anvisa foi a primeira agência reguladora da área social no Brasil, estabelecida em 1999, por meio da lei 9.782. Derivou de um processo que refletiu condições político-institucionais específicas da conjuntura 1998-1999, que possibilitaram aos atores técnicos, políticos e sociais, introduzir o tema Vigilância Sanitária na agenda do Governo, decidir sobre ela, apro-

vá-la e colocá-la em prática em um curto espaço de tempo²⁰.

Desde sua criação, Anvisa tem fortalecido sua atuação no âmbito nacional e incrementado seu protagonismo em diversos foros sub-regionais, regionais e globais, mantendo atualizado o marco regulatório nacional e colaborando com a elaboração de referências internacionais.

Com foco na proteção da saúde e na ampliação do acesso aos medicamentos e tecnologias em saúde, Anvisa há adotado o arcabouço conceitual da “convergência regulatória” entendido como o “movimento de alinhamento técnico para possibilitar a aplicação de requisitos regulatórios locais que levem em consideração princípios e padrões reconhecidos internacionalmente para promover um único objetivo sanitário”³⁷ com especial enfoque na situação das Américas. Como outros setores, a saúde passou a enfrentar a necessidade de regular práticas internacionais, levando em conta, simultaneamente, as realidades distintas de cada país. A convergência regulatória – movimento de alinhamento técnico para possibilitar a aplicação de requisitos regulatórios locais que levem em consideração princípios e padrões reconhecidos internacionalmente para promover um único objetivo sanitário – surgiu para oferecer auxílio na resolução desse desafio. Fóruns que já utilizam essa ferramenta, principalmente a Conferência Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos (ICDRA). Atualmente, Anvisa faz parte dos mais importantes fóruns do âmbito regulatório global, como por exemplo a Conferência Internacional de Harmonização de Requisitos Técnicos para Fármacos de Uso

Humano (ICH), a Conferência Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos (ICDRA), Coalizão Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos (ICMRA), e o Fórum Internacional de Reguladores de Produtos para a Saúde (IMDRF), dentre outros.

A Anvisa também é reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde como Autoridade Nacional de Referência Regional, o que a posiciona dentro do grupo de autoridades reguladoras das Américas competentes e eficientes no desempenho das funções de regulação sanitária recomendadas pela OPAS/OMS para garantir a segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos.

Outro relevante tema a cargo da Anvisa no exercício do papel de secretaria executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), é a precificação dos medicamentos. Num mercado em que o acesso da população a esses produtos seja um direito de cidadania garantido pelo Estado, torna-se ainda mais justificada a necessidade da regulamentação de preços de medicamentos, na perspectiva do controle fiscal e dos gastos públicos. Obviamente esse tema atinge também os gastos privados, incluindo os dispêndios realizados diretamente tanto pelos usuários quanto os institucionais. A motivação da regulação brasileira por meio do controle do preço de entrada (precificação) e da variação de preços (reajuste) parece estar ligada ao acesso, permitindo aos indivíduos efetuarem diretamente suas compras de medicamentos. Por outro lado, países com estrutura regulatória mais robusta visam também questões ligadas ao controle fiscal dos gastos públicos com medicamentos³⁸.

O mercado farmacêutico apresenta imperfeições em seu funcionamento ou falhas de mercado, podendo gerar um ambiente de aumento de preços abusivos, o que justifica ainda mais sua regulação. Falhas de mercado são situações que impedem o mercado de atingir a condição de perfeitamente competitivo, tornando-o ineficiente. A presença de uma ou mais falhas em um determinado mercado pode justificar a regulação econômica deste. Ressalta-se, entretanto, que a regulação em si pode ser mais ineficiente do que a própria falha de mercado que a regulação pretende corrigir, e por tal motivo, a regulação de preços, assim como qualquer regulação, deve ser adequadamente desenhada para os fins que pretende corrigir, e deve ser implementada monitorando seus resultados ou impacto. Podem ser citados como fatores relacionados à concorrência imperfeita, decorrente da reduzida competição entre empresas: (1) barreiras à entrada de concorrentes, (2) consumidor impossibilitado de decisão de tratamento, (3) ausência de bens substitutos, (4) vigência de patentes, (5) magnitude dos custos iniciais requeridos até sua fabricação, (6) ritmo das inovações tecnológicas e (7) assimetria de informação entre os vários atores partícipes neste mercado, como laboratórios, prescritores e pacientes^{39,40}.

No Brasil, historicamente, observaram-se diversas práticas de intervenções no mercado de medicamentos, que são anteriores ao mo-

dulo de regulação econômica do setor farmacêutico atualmente vigente, tais como: (1) entre 1968/1990, controle de preços pelo extinto Conselho Interministerial de Preços, ligado ao Ministério da Fazenda; (2) entre 1990/1992, políticas dos Planos Collor I e II, com momentos de congelamento de preços e liberação gradual; (3) entre 1992/2000, período de liberação do controle de preços e monitoramento por meio de acordos informais, com a indústria farmacêutica; (4) entre 2000/2003, com a instituição da Câmara de Medicamentos, e, finalmente (5) de 2003 até o momento atual, com a criação da CMED.

Um aperfeiçoamento nesse cenário regulatório diz respeito às compras públicas, desse modo, a CMED também estabeleceu novos mecanismos, dentre eles, em 2006, o índice chamado Coeficiente de Adequação de Preço¹ (CAP). Esse coeficiente corresponde ao desconto mínimo obrigatório a ser aplicado pelas farmácias, drogarias, distribuidoras e produtoras de medicamentos, incidente ao Preço de Fábrica (PF) de um conjunto específico de produtos farmacêuticos vendidos a entes da administração pública. A aplicação do CAP sobre o PF deriva um novo componente de referência de preço, denominado Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG). O PMVG tem como objetivo definir um preço limite, servindo como um teto para as compras de medicamentos realizadas pelos entes da Administração Pública Direta

¹ O cálculo do CAP deriva da média da razão entre o índice do PIB per capita do Brasil e os índices do PIB per capita da Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia e Portugal. Ele considera o Relatório do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das Nações Unidas, sendo anualmente atualizado. O CAP é aplicado sobre o preço de fábrica de medicamentos do Componente Especializado da AF, aos indicados para o tratamento de DST/AIDS e câncer e aos hemoderivados, segundo Comunicado CMED nº 10, de 30 de novembro de 2009. Também é empregado nas compras públicas de qualquer medicamento a ser adquirido por força de decisão judicial. Para maiores detalhes, ver <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/t/i6>.

e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a partir do qual se deve iniciar o processo de negociação. No entanto, nos produtos em que não existe obrigatoriedade de aplicação do CAP, o limite do preço de vendas de medicamentos efetuadas para antes da Administração Pública deverá respeitar o Preço de Fábrica.

Mesmo com a existência do PMVG, vale citar que o Tribunal de Contas da União (TCU) em

auditorias operacionais sobre aquisição de medicamentos na esfera pública, destacou existência de grandes diferenças entre os preços obtidos em processos licitatórios e os PF tabelados pela CMED. Isso apontou possibilidade de ocorrência de sobrepreços e assim, o TCU orientou para que os órgãos públicos não utilizassem o PF da tabela CMED como parâmetro em licitações, além de exigir que a CMED avaliasse seus mecanismos de reajuste de preços⁴¹.

Introdução dos medicamentos genéricos

Um marco importante para uma política de medicamentos genéricos se deu com a promulgação do Decreto 793/1993, que determinava o destaque do nome genérico em relação ao nome de marca nas embalagens e a prescrição pelo nome genérico. Porém uma série de entraves, em especial envolvendo decisões judiciais, dificultou o pleno atingimento de seus objetivos. Esse Decreto acenava para a implementação de uma política de medicamentos genéricos no país, que viria ocorrer posteriormente.

Com o advento da Lei 9.787/99 foi introduzida no Brasil uma política de medicamentos genéricos, que até então, possuía apenas produtos inovadores e similares. Os genéricos podem ser produzidos após o término ou renúncia da proteção patentária ou de outro direito de exclusividade. Sua adoção é compreendida como estratégia de promoção de acesso e redução dos preços dos medicamentos. É necessária a realização de testes específicos, tais como o de bioequivalência quando aplicável, regulados pela ANVISA para designar sua intercambialidade a produtos inovadores ou de referência.

Dessa forma, buscou-se disponibilizar à população brasileira medicamentos mais baratos, de qualidade e com garantia de intercambialidade com os medicamentos referência. Entretanto, houve um lapso temporal significativo desde a promulgação da Lei e a efetiva comercialização e consumo dos genéricos. Mais recentemente, os genéricos ocupam espaço considerável no mercado farmacêutico brasileiro e têm papel fundamental na ampliação do acesso a medicamentos. Entre 2015-2017, dados disponibilizados pela Anvisa mostraram que esses produtos cresceram em volume e já superaram 1,5 bilhão de embalagens vendidas no triênio. Em 2015 obtiveram 30% em termos de embalagens comercializadas, passando a 32,4% e 34,6% respectivamente, em 2016 e 2017. Porém, seu faturamento em reais tem se mantido estável, com 13,5% nos três anos⁴².

Mesmo assim, o mercado de marcas permanece forte. Segundo a Anvisa, a categoria medicamentos novos (além dos similares excluí-se produtos biológicos, fitoterápicos, homeopáticos, medicamentos ditos “específicos” e aqueles

isentos de registro) possui grande representatividade, com quase 40% em termos de fatu-

ramento, apesar do volume comercializado ser pouco superior a 20%⁴².

Financiamento de Medicamentos

O financiamento público na área de medicamentos é um tema central para o desenvolvimento das ações de AF, tanto que a PNM estabeleceu, na Diretriz de Reorientação da AF, a necessidade de articulação em três pontos: (1) garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada de medicamentos, (2) descentralização plena da aquisição e distribuição e (3) financiamento específico para os medicamentos da atenção básica.

Velasquez⁴³ salienta que o Estado não necessariamente deve arcar e fornecer todos os medicamentos, porém os governos precisam garantir que os mecanismos de financiamento, públicos, privados ou ambos, sejam conduzidos de modo a garantir um acesso universal aos medicamentos essenciais.

A história brasileira sobre o financiamento público de medicamentos apresentou um modelo centralizado de gestão, implementado pela Central de Medicamentos (CEME) até sua extinção em 1997.

O movimento descentralizador no financiamento da AF, especificamente voltado ao contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) foi inaugurado pela vigência da Portaria GM nº. 176/1999, que definiu um incentivo à assistência farmacêutica básica, ficando a cargo do Ministério da Saúde a gestão central dos Programas Estratégicos. Estabeleceu-se o repasse financeiro direto do fundo federal aos

fundos estaduais e/ou municipais, permitindo a estes entes governamentais maior autonomia na aquisição de medicamentos, mobilizando sua própria estrutura administrativa e de serviços²². Nesse antecedente, ainda existiam normas específicas e focais, como financiamento para área de saúde mental, que não envolvia os municípios, até então.

Em 2005, por meio das Portarias 1.105 e 2.084 ocorreu aumento no aporte de recursos, reforçando o papel do município como gestor da aquisição de medicamentos relacionados à atenção básica, em conformidade com a política de descentralização da assistência farmacêutica, ou seja, com a PNM e PNAF.

Os mecanismos de financiamento do SUS foram sendo reestruturados. Desse modo, em 2006, definiu-se que os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passariam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento (inicialmente cinco blocos, passando a ser seis posteriormente), dentre eles um referente à Assistência Farmacêutica, no movimento estabelecido como Pacto de Gestão. O financiamento da AF era de responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar à aquisição de medicamentos, alguns insumos (principalmente voltados ao tratamento do diabetes e métodos contraceptivos de barreira) e também possibilitou a viabilização, com estes recursos, para estruturação e capacitação⁴⁴.

Além disso, outros grupos de medicamentos possuem regras de financiamento específicas, como os oncológicos. Estes produtos compõem procedimentos específicos, fornecidos em estabelecimentos habilitados em oncologia. São informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

No bloco de financiamento da AF, os recursos estão atualmente categorizados em três componentes: Estratégico, Especializado e Básico. As esferas de gestão, dependendo da especificidade de cada componente participam financiando, através da aquisição direta ou por meio de repasses de contrapartidas financeiras (Quadro 3).

QUADRO 3:
Características e responsabilidades de financiamento da AF no Brasil

Componente	Características gerais	Responsabilidade no financiamento
Estratégico	Tratamento de grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas estratégicos do MS com protocolos e normas estabelecidas.	Ministério da Saúde financia integralmente, compra e distribui medicamentos às SES ou diretamente aos Municípios.
Especializado	Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa à garantia da integralidade do tratamento em nível ambulatorial para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. Abordagens terapêuticas estabelecidas em PCDT, publicadas pelo MS.	Divididos em três grupos: Grupo I – financiamento integral da União. Grupo II – financiamento pelos Estados. Grupo III – financiamento tripartite (tornou-se Componente Básico).
Básico	Aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da APS. Elenco de referência de medicamentos e insumos complementares, com base na RENAME vigente.	Três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas definidas. Base populacional para os repasses. Contrapartidas estaduais ou municipais podem ser aumentadas, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Fonte: Elaboração própria.

De fato, a configuração da AF como bloco de financiamento produziu maior descentralização e isso requer dos gestores das diversas instâncias executivas compromissos de melhoria ao acesso a medicamentos, com uso apropriado e com gestão eficiente dos recursos. A existência de normativas e definição de responsabilidades

não impedem que os entes federativos possam ultrapassar os mínimos definidos.

Em que pese a situação do subfinanciamento crônico no SUS, com reflexos na AF, ainda mais com desafios devido às restrições fiscais que limitam a ampliação dos gastos, outras mudanças já alteraram o arcabouço acima descrito,

decorrente da extinção dos repasses federais via seis blocos de financiamento. Mesmo assim, tem sido mantida a operacionalização das responsabilidades do financiamento da AF segundo os componentes Básico, Especializado e Estratégico.

Assim, o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS passaram a ser organizados, segundo a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017

em dois blocos, Custeio e Investimento. A junção dos antigos cinco blocos de financiamento de custeio em um único bloco (mantendo-se grupos de ações dentro do bloco de custeio), tem consequências na organização orçamentária do executivo dos entes subnacionais. Cabe monitorar em que medida isso pode acarretar a fragilização de áreas internas ao sistema público de saúde que competirão entre si por recursos.

Qualificação da Assistência Farmacêutica: Estrutura e Recursos Humanos

Cabe ainda frisar que, ao longo do tempo, as regras definidas pelo Ministério da Saúde no tocante ao financiamento da AF estavam hegemonicamente restritas à aquisição de medicamentos, sendo tímidas as previsões de recursos para estruturação e a organização dos serviços farmacêuticos, elemento relevante para o êxito das ações de AF. Entretanto, em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, passou a existir a possibilidade de destinação de recursos a esse objetivo.

No Bloco de Gestão do SUS, por meio do Componente para a Qualificação da Gestão, criou-se a possibilidade de financiamento de apoio à estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica. E mais: o Componente Básico da AF permitiu a aplicação de recursos para atividades de adequação de espaço físico das farmácias no SUS (aquisição de equipamentos e mobiliários) e/ou

de educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da atenção básica, com valores no teto de 15%, exclusivo da contrapartida municipal. Os estados, desde que pactuados em CIB, podem também contribuir nesse financiamento.

Assim, mais recentemente, e ainda que de forma acanhada, têm sido desenvolvidas novas ações dirigidas à melhoria da estrutura dos serviços farmacêuticos no âmbito do setor público do SUS.

Em 2012, foi publicada a Portaria nº 1.214, de 13 de junho, instituindo o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Esse novo Programa⁴⁵, em síntese, buscou trazer e fortalecer a estruturação dos serviços farmacêuticos, estímulo às boas práticas far-

macêuticas, promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissio-

nais de saúde em todos os âmbitos da atenção (Quadro 4:).

QUADRO 4: Eixos e Objetivos do Programa QUALIFAR-SUS.

Eixo	Objetivo
Estrutura	Contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos.
Educação	Promover educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica, voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde.
Informação	Produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.
Cuidado	Inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Fonte: Elaboração própria, a partir de Costa et al.⁴⁶

A constituição do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Sistema Hórus), iniciado em 2009, teve como objetivo qualificar a gestão da AF, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado. Ele tem sido ofertado aos estados e municípios para melhorar o controle gerencial dos medicamentos e auxiliar no acompanhamento do uso dos medicamentos pelos usuários. É um sistema de informação via web que traz um conjunto de registros, tais como: informações sobre estabelecimentos, dados de dispensação de medicamentos; características dos usuários; consumo de medicamentos, procedência das prescrições, escrituração de produtos sob controle especial. Essa inovação tecnológica pode ser uma importante ferramenta para apoiar a gestão, além de propiciar a construção de uma base nacional de dados das ações e serviços da AF no SUS. Entretanto, apesar da potência presen-

te no Hórus, muitos desafios têm dificultado sua implementação, tais como insuficiência de conectividade à internet e problemas ligados à estruturação de serviços e de qualificação dos profissionais⁴⁷.

Na gestão do conhecimento, destaca-se a profusão de diversos documentos técnicos e manuais, dirigidos à melhoria da qualidade das ações do campo da AF. Nesse campo, tomando por base apenas publicações oriundas do Ministério da Saúde, várias delas por meio de cooperação técnica com a OPAS, podem ser citados alguns livros, tais como: “Planejar é Preciso”, “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização”, “Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do SUS”, cadernos “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”, “Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados”.

Outro ponto está relacionado à formação de recursos humanos (RH). Essa Diretriz (Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos) da PNM foi uma das poucas com menos normas publicadas comparadas à outras diretrizes, num contexto de realização de diversos esforços de estabelecimento de normativas¹⁹. Mesmo assim, esforços de educação permanente foram implementados, como a oferta do curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, patrocinado pelo MS, no formato de Especialização em Educação à Distância. Essa formação cobriu todas as regiões do Brasil,

com oferta de mais de 3000 vagas. Outro exemplo, já no eixo educação do QUALIFAR-SUS é o curso de capacitação para utilização do sistema Hórus, também à distância. Muitas outras iniciativas de educação permanente e continuada não captadas, também são desenvolvidas pelos municípios e estados.

No entanto, é estratégica a ampliação dos temas ligados ao RH no SUS, com enfoque na AF (que é atividade multidisciplinar), cujas características envolvem abordagens intersetoriais.

Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

O PFPB, implementado em abril 2004, logo após a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, inaugurou uma importante inovação nos mecanismos de provisão de medicamentos no Brasil, tendo papel relevante nas recentes discussões sobre melhorias de acesso a medicamentos no país. O PFPB começou logo após a 1ª CNMAF, tendo como base experiências estaduais de venda com subsídio público, em particular o estado de Pernambuco. Esta modalidade inicial, a Rede Própria, funcionava por meio de uma rede estatal de farmácias sob gestão da Fiocruz, e através de parcerias com entes públicos e privados sem fins lucrativos. Em sua evolução o Programa expandiu-se em 2006 por meio de convênios com a rede privada do varejo farmacêutico, aproveitando sua capacidade instalada.

A existência de denúncias de fraudes, dentre outros, resultou em 2009 na realização de diversas mudanças incrementais, passando a ser chamado desde então como Aqui Tem

Farmácia Popular (ATFP). O ATFP foi responsável pela forte expansão e pelo aumento da cobertura do Programa. Finalmente, a última grande mudança, ocorrida em 2011, inaugurou a terceira fase do programa denominada “Saúde Não Tem Preço” no qual medicamentos para hipertensão arterial, diabetes mellitus e posteriormente para asma, passaram a ficar isentos de copagamento pelo usuário em todas as unidades do programa (rede pública e conveniada com o setor privado). A liberação de copagamento tem sido responsável pelo expressivo incremento dos gastos no programa, com pagamentos às farmácias conveniadas, ainda que com redução do custo *per capita*⁴⁸.

Em março de 2017 em reunião da Comissão Intergestores Tripartite foi deliberado o fim do repasse de manutenção e de operacionalização das unidades de Rede Própria, tendo seus valores de financiamento acrescidos ao componente básico de financiamento da AF⁴⁹.

Muitos debates têm sido empreendidos com relação ao Programa Farmácia Popular. Um deles se refere ao custo comparado à dispensação nas farmácias do SUS. Alguns estudos^{50,51} indicam que o melhor nível de gestão da AF, resulta em economicidade por meio da provisão pública. Outro ponto está relacionado à livre demanda existente no programa, que pode ser responsável pelo significativo aumento de gastos e na qual se coloca a preocupação com sua sustentabilidade.

O PFPB encontrava-se presente em mais de 80% dos municípios brasileiros em 2016, mas seus gastos concentram-se em poucas localidades, o que aponta para a necessidade de avaliar sua equidade. Neste sentido, dados de 2015 publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada mostram que seis estados (todos nas regiões mais ricas), receberam recursos superiores a 70%, apesar de cobrir metade da população do país. Verificou-se também concentração dos recursos destinados à compra de medicamentos para asma, diabetes, hipertensão e dislipidemia, respondendo por 92% dos gastos totais com pagamentos realizados pelo MS no Programa Farmácia Popular⁵². Outrossim, se tem evidenciado a efetividade do PFPB tanto nas internações hospitalares como na mortalidade. Comparação entre municípios cobertos e não cobertos pelo PFPB entre 2004-2016, mostraram, em média, redução de 64 internações por complicações de asma, diabetes e hipertensão por 100 mil habitantes naqueles com cobertura do Programa. Foi identificado também impacto do PFPB sobre a mortalidade por problemas decorrentes de hipertensão arterial, diabetes e asma, tendo sido estimados 19.390 óbitos evitados em 2016. Para o

caso da asma, identificou-se uma tendência de redução dos óbitos, mas menos expressiva (6,3% do total em 2016) que as observadas nos casos do diabetes (59,2%) e para hipertensão (34,5%)⁵².

Outro estudo que utilizou a proporção de dias cobertos (PDC) como medida de adesão ao tratamento no PFPB, mostrou que a participação de usuários e do PDC no PFPB variou em razão das diversas mudanças realizadas ao longo do tempo no Programa. Evidenciou-se que o aumento de copagamento foi barreira à continuidade do tratamento. No entanto, após a introdução da isenção de copagamento (pelo Saúde Não Tem Preço), em 2011, verificou-se aumento no PDC para todos medicamentos analisados, tanto para hipertensão quanto diabetes, com 80,7%, considerado um índice elevado, logo aderentes⁵³.

Atualização da RENAME e a Incorporação de tecnologia em saúde no SUS

Em consonância com a recomendação da OMS para a adoção de uma lista nacional de medicamentos essenciais considerando as necessidades prioritárias de saúde da população e baseando-se em evidências de eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade, a RENAME é também um importante avanço para o SUS.

Elemento central na PNM e PNAF, a adoção da RENAME após sucessivas formas de estruturação teve como base a orientação da essencialidade dos medicamentos, com priorização do atendimento aos principais problemas de saúde da população, e a medicina baseada em evidências. Assim, possui papel norteador da

formulação das listas aos entes subnacionais, contribuindo na seleção de medicamentos nesses níveis.

Com a instituição em 2011 da Lei 12.401 e do Decreto 7.508, as atualizações periódicas da RENAME passaram para a tutela da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Desde então, isso tem promovido um deslocamento da RENAME - de uma lista norteadora de práticas clínicas e gerenciais, em uma lista de medicamentos incorporados - que engloba todo o rol de medicamentos padronizados e financiados no SUS, extrapolando, em alguns casos, o critério de essencialidade⁵⁴⁻⁵⁶.

Em uma sequência histórica de mais de dez atualizações da RENAME, a última, em 2019 (Rename 2020), apresenta-se como uma lista de incorporação e financiamento no SUS, com base nos atuais componentes de organização de financiamento da Assistência Farmacêutica, e um alinhamento diferente da concepção original de medicamentos essenciais preconizada pela OMS, que outrora presidia os elencos das relações de medicamentos. Essa concepção pode ser mais susceptível a pressão para incorporação e financiamento de novas tecnologias em detrimento de uma orientação de necessidades baseada em prioridades de saúde^{54,55}.

A CONITEC está constituída como órgão assessor do MS no que tange às decisões relacionadas à incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos no SUS. Essa instância, constituída por um plenário com diversos atores, tem fortalecido o processo de avaliação tecnológica em saúde

(ATS), com base em preceitos de efetividade, segurança, custo e impacto orçamentário. Isso vai ao encontro do aprimoramento da capacidade regulatória do Estado que requer avaliação cuidadosa e produção de informação com elevado rigor metodológico.

Entre 2012 e 2018, a CONITEC recebeu pouco mais de 600 demandas para avaliação, sendo aproximadamente 70% relativas a medicamentos, 20% a procedimentos e 10% a produtos de saúde. Do total das tecnologias demandadas com status no portal da CONITEC, em fins de 2018, aproximadamente 46% foram recomendados para incorporação, 23% não incorporação e 7% indicados para exclusão, enquanto os outros 24% estavam situados em diversos estágios, como por exemplo, sob análise, em consulta pública, encerrados a pedido do demandante ou da Comissão⁵⁷. Outro fator marcante está relacionado à participação social, pela possibilidade de realização de Consultas e Audiências Públicas. Essas formas de “escuta” foram inovações previstas no fluxo estabelecido no processo avaliativo da Comissão.

Outro importante instrumento sob responsabilidade da CONITEC são os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), pois o acesso e uso apropriado de medicamentos e outras tecnologias em saúde implica também em garantir a atenção integral. A Lei 12.401/11, ao alterar artigos da Lei 8.080/90 e sua posterior regulamentação, definiu que a assistência à saúde, incluindo assistência farmacêutica, dentre muitos, deve estar em consonância com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença e seguir a RENAME, etc.

Deste modo, além de promover uma rede de cuidados completa, a produção de documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado ao paciente são competências atribuídas ao SUS. Documentos como guias de prática clínica, manuais, *guidelines*, cadernos, protocolos e diretrizes clínicas são importantes exemplos dessas ferramentas que foram extensamente publicadas e divulga-

Judicialização da saúde

A judicialização da saúde, na qual os medicamentos são insumos centrais na garantia de efetivação do direito à saúde, tem sido considerada um importante fenômeno da realidade sanitária brasileira e um mecanismo alternativo do cidadão ao acesso a medicamentos no SUS⁵⁸. Há menções na literatura sobre possíveis consequências negativas da judicialização, como: (a) limites e não previsão orçamentária; (b) desbalanço entre atendimento às demandas individuais vis-à-vis ao interesse coletivo; (c) iniquidade no acesso ao Poder Judiciário; (d) possível influência econômica da indústria farmacêutica no processo judicial de medicamentos; (e) coerência e observância nas decisões judiciais relacionadas às diretrizes e políticas públicas no SUS; (f) capacitação técnica do judiciário quanto a não observância de critérios de comprovação de eficácia e segurança dos medicamentos e (g) papel da prescrição médica como respaldo fundamental para a decisão do juiz⁵⁸⁻⁶⁰.

Em que pese essas situações supramencionadas, também são identificados vários problemas, principalmente de barreiras de acesso e de

das ao longo dos 30 anos de existência do SUS. Nesse contexto, se inserem os PCDT, que desde 2012 estão sob a supervisão da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, vinculada à CONITEC. Os PCDT devem ser produzidos e atualizados de acordo com rigorosa avaliação das evidências científicas das intervenções em saúde para as diferentes fases da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

desabastecimento que corroboram para que medicamentos sejam solicitados judicialmente. Já foi demonstrado^{61,62} que muitos medicamentos faziam parte dos elencos de listas oficiais, com destaque para aqueles pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O impacto da judicialização na gestão da saúde, em especial da AF, com elevação do número de ações judiciais tem motivado algumas medidas de interlocução entre o Poder Executivo e o Judiciário. Tanto antes da justiça quanto da saúde, visando formas de aproximação e aprimoramento do diálogo, podem propiciar aumento de base técnica para as decisões, indo além da emissão de respostas aos questionamentos, oriundos principalmente do Ministério Público e de órgãos do Poder Judiciário. Um exemplo disso tem sido, os Núcleos de Assessoramento Técnicos aos Tribunais de Justiça, instituído no país, especialmente nos estados; constituídos como arranjo institucional para subsidiar tecnicamente os magistrados na elaboração de sua decisão, dentre muitos.

Desafios atuais

Em termos das agências internacionais, os desafios com relação a promover o acesso a medicamentos se encontram muito bem delimitados nos documentos e propostas recentes descritos anteriormente.

A epidemia de Aids provocou todo um movimento global, que se destacou como modelo para o enfrentamento da epidemia em países de renda média⁶³⁻⁶⁵. É importante destacar que esse movimento ajudou a estruturar com mais consistência o SUS como sistema de saúde universal e a enfrentar o acesso a medicamentos como direito humano fundamental, conforme determina a Constituição do Brasil.

Coincidindo com os 30 anos da Constituição e do SUS, 20 anos da Política Nacional de Medicamentos, 15 anos da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e 14 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, são muitos os desafios que enfrentam as políticas de saúde do Brasil neste dinâmico período de importantes mudanças e incertezas tecnológicas, políticas e econômicas. Assegurar o fortalecimento do SUS, é a base para a construção das políticas que venham a atender esses desafios.

Entretanto, avanços concretos na construção e consolidação do SUS permanecem como desafios permanentes que afrontam as três esferas de governo quando políticas de austeridade fiscal condicionam e demandam pela distribuição dos recursos existentes e um maior investimento em saúde pública. Nesse sentido, cabe

lembrar a “Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde” aprovada em 2014 pelos Estados Membros da OPAS, a qual recomenda aumentar o gasto público em saúde até atingir a meta de referência de 6% do produto interno bruto (PIB) (Organização Pan-Americana da Saúde, 2014).

Ao mesmo tempo, o desafio se torna ainda mais complexo com a incorporação de novas ferramentas tecnológicas de elevados preços e sujeitos aos monopólios gerados pela proteção patentária, ou mesmo pela expectativa de patente⁶³, gerando a necessidade de maiores recursos para o custeio do SUS.

Os desabastecimentos e os medicamentos em risco de desabastecimento, suas causas e os encaminhamentos correspondentes, são questões que vêm sendo discutidas no Brasil pelo Ministério da Saúde, a ANVISA, o CONASS, o CONASEMS, a Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, entre outros atores, contando com o apoio da OPAS e em diálogo com representantes do setor produtivo, apontando para problemas que incluem questões logísticas, motivação comercial, parque fabril, processos de fabricação e a disponibilidade de princípios ativos (insumos farmacêuticos ativos) como as principais razões informadas pelas empresas com relação aos desabastecimentos⁶⁶.

Avançar com ações concretas que levem em consideração as economias geradas pelas compras centralizadas e superem os desafios de de-

envolvimento e incorporação de tecnologias por intermédio de parcerias estratégicas para o desenvolvimento produtivo nas linhas que acoplam política de saúde, política industrial e política de Ciência, Tecnologia e Inovação, são ainda mais relevantes.

Cabe ainda destacar a sequência de políticas públicas que tem envolvido o setor produtivo com vistas a suprir o Complexo Econômico e Industrial da Saúde, discutido no Brasil⁶⁷⁻⁶⁹ incluindo uma série de medidas propostas e que incluem o setor farmacêutico e farmoquímico, a biotecnologia, P&D, regulação sanitária, propriedade intelectual, questões tributárias e propostas de desoneração, marco regulatório de proteção ao patrimônio genético, entre outras.

No campo da gestão da AF, estudos recentes seguem sinalizando desafios e problemas não previstos. Por exemplo, há municípios que interromperam a compra e, portanto, a oferta na rede básica, de medicamentos do elenco do PFPB. Persistem também, apesar das muitas iniciativas implementadas, problemas de estrutura, recursos humanos e insuficiente oferta de serviços voltados aos usuários, família e comunidade, com importantes diferenças regionais⁷⁰. Isto se alia a um cenário de recrudescimento de problemas importantes, como a sífilis, aumento da mortalidade infantil e de casos de febre amarela urbana além da emergência de novos desafios, como as epidemias de zika e chikungunya.

Nesse contexto e mais recentemente, buscando ainda a sustentabilidade estrutural do SUS e relacionando com as dimensões social e econômica da Saúde, com o objetivo de fortalecer ainda mais esse debate, uma parceria do Conselho Nacional de Saúde com a Fundação Oswaldo Cruz e a Escola Nacional dos Farmacêuticos, contando com o apoio da OPAS no Brasil, programou e promoveu em 2018 uma série de 10 seminários regionais e um Simpósio Nacional para discussão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Esses eventos tiveram a participação de 238 participantes que, em preparativo para a 16ª Conferência Nacional de Saúde prevista para 2019, discutiram quatro categorias definidas pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde: Saúde como direito; Consolidação dos princípios do SUS; Financiamento adequado e suficiente para o SUS; Democracia participativa⁷¹. Como resultado desse processo de mobilização nos seminários e no Simpósio Nacional, foi elaborada, discutida e aprovada a Carta do Rio de Janeiro², importante elemento preparatório para os participantes a integrar as discussões na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Num país de dimensões continentais como o Brasil, é fundamental assegurar a capacidade produtiva nacional do setor farmoquímico e farmacêutico, além da cadeia de abastecimento para o promover o acesso da população a medicamentos de qualidade, segurança e eficácia.

² Disponível em <http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2018/12/CARTA-VERS%C3%83O-FINAL-revCNS.pdf>

Lições aprendidas e considerações finais

Sabemos que, acompanhando os 30 anos do SUS, muitos avanços têm sido possíveis no Brasil no campo do acesso a medicamentos, incluindo as negociações de preços, licenças voluntária e transferência de tecnologia, a licença compulsória do Efavirenz, a competição genérica, o aumento da escala de tratamento e do poder de compra do Estado, oferta de cursos presenciais e a distância para profissionais da AF, qualificação de serviços e de infraestrutura, investimento de pesquisas alcançando também a AF. Iniciativas internacionais como o Fundo Global, UNITAID, Pefpar e PMI nos Estados Unidos mas com foco na África, Stop TB e o *Global Drug Facility*, o Fundo Estratégico de Medicamentos da OPAS, todas elas têm sido cruciais em reduzir preços de medicamentos globalmente. A produção privada na Índia, lançando produtos genéricos registrados nos EUA e pré-qualificados pela OMS, trouxe reduções consideráveis e se tornou uma espécie de “farmácia do mundo”.

A dinâmica do mercado e os inexoráveis avanços da inovação tecnológica em saúde são fatores que requerem atenção para que favoreçam, e não influenciem negativamente, o acesso, requerendo constantes e cuidadosos monitoramento e avaliação de modo a manter o alinhamento entre as necessidades do SUS e as orientações e ofertas do mercado nacional e global. Neste sentido, é importante destacar a necessidade de manutenção do estímulo ao fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde Brasileiro, do fomento público à pesqui-

sa, desenvolvimento e inovação tecnológicas (PD&I) em saúde, da internalização de tecnologias de interesse para o SUS por instituições nacionais, e de regulação do mercado nacional de medicamentos e tecnologias de forma a evitar que a dependência tecnológica do mercado externo, e o atual “modus operandi” de proteção da propriedade intelectual e precificação, em prática em todo o mundo, não limitem o acesso.

Outro ponto de grande relevância para a discussão sobre acesso e financiamento de medicamentos e tecnologias, a judicialização da saúde aparece como um desafio contemporâneo, requerendo iniciativas como o aprimoramento do marco legal; o fortalecimento das funções regulatórias das instituições do SUS, dentre elas a CONITEC, a CMED, e Anvisa; e o respeito ao papel e às atribuições de cada um dos três poderes da república para minimizar os efeitos perversos causados pelas excessivas ações judiciais.

É reconhecido que o que tornou a política de acesso a ARV uma realidade foi a possibilidade de reduzir os preços dos medicamentos por meio da concorrência e a produção no país, ao mesmo tempo em que a decisão política governamental foi a de incentivar a capacitação nacional e a internalização da nossa capacidade tecnológica. Em nível internacional, um tratamento que custava cerca de US\$10 mil dólares por paciente por ano em 2000, hoje custa menos de US\$ 100 por paciente por ano, graças

à concorrência com medicamentos genéricos e, em nosso caso, a produção local e pública.

Entretanto, cabe lembrar que hoje, altos preços de medicamentos não se limitam apenas aos ARVs para HIV, mas também a outras patologias, incluindo câncer e produtos oncológicos, hepatites virais, doenças autoimunes, produtos de base biotecnológica e outras.

Atualmente, a escalada no custo dos tratamentos afeta tanto países em desenvolvimento como desenvolvidos e temos que nos perguntar por que os medicamentos são tão caros, portanto inacessíveis. Que limites podem ou devem ser impostos à ganância?

O grande desafio no Brasil é como assegurar que esse sistema universal, solidário e gratuito que é o SUS, seja abrangente, sustentável e capaz de incorporar os novos produtos necessários para confrontar nossa carga de doenças, ao mesmo tempo mirando prospectivamente como será o futuro da Saúde Pública.

Se agradece a revisão e contribuições realizadas pelos membros da Unidade de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa em Saúde do escritório da OPAS/OMS no Brasil: Felipe Carvalho, Natalia Veloso, Gilvania Melo Pinto, André Lacerda Ulysses de Carvalho, Geni Neuman N. de Lima Camara y Kathiaja Miranda Souza.

Referências

1. United Nations. United Nations Millennium Declaration. Resolution 55/2 [Internet]. 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
2. United Nations. Sustainable Development Goals 2030 - Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 - A/RES/70/1 [Internet]. set 25, 2015. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. dezembro de 2000;51(11):1611–25.
4. WHO (World Health Organization). The selection of essential drugs: report of a Who Expert Committee Technical Report Series 615. Geneva: WHO; 1977.
5. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez J, Oliveira MA, Esher A, organizadores. *Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel Del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
6. Luiza VL, Chaves LA, Campos MR, Bertoldi AD, Silva RM, Bigdeli M, et al. Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil. *BMJ Global Health*. fevereiro de 2018;2(Suppl 3):e000547.
7. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning* [Internet]. 22 de novembro de 2012 [citado 24 de novembro de 2012]; Disponível em: <http://www.heapol.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapol/czs108>
8. Bermudez J, Tangcharoensathien V. Heading off Global Action on Access to Medicines in 2018 [Internet]. U. H. C. Coalition. 2018 [citado 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://medium.com/health-for-all/heading-off-global-action-on-access-to-medicines-in-2018-bfe1b17bb4f9>
9. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema único de Saúde no período 2010 a 2016. *Texto para Discussão*. janeiro de 2018;46.
10. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):3s.

11. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.
12. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM da, Freitas P da S, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado 30 de dezembro de 2014];38(special). Disponível em: <http://www.gn-research.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S009>
13. Barros RD de, Costa EA, Santos DB dos, Souza GS, Álvares J, Guerra AA, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública*. 22 de setembro de 2017;51(suppl 2).
14. Lima MG, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 5 de março de 2019];51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000300316&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
15. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 14 de dezembro de 2016];50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, Pizzol T da SD, et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50:15s.
17. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 14 de dezembro de 2016];50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Bigdeli M, Peters DH, Wagner AK, organizadores. *Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use* [Internet]. 1ª ed. Geneve: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf
19. Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM de, Chaves GC, Oliveira MA, Silva RM da, et al. *Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System*. 2018;16.
20. Piovesan MF, Labra ME. Institutional change and political decision-making in the creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency. *Cadernos de Saúde Pública*. junho de 2007;23(6):1373-82.
21. Bermudez J. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec : Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 1995. 204 p. (Saúde em debate ; Phármakon).
22. Negri B. Política federal de assistência farmacêutica: 1990 a 2002 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado 15 de março de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf
23. Paula PAB de, Alves TNP, Vieira R de CPA, Souza AIS de. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(4):1111-25.
24. Marin-Jaramillo N, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Vera Lucia Luiza, Selma Rodrigues de Castilho, Maria Auxiliadora Oliveira, Nelly Marin, organizadores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 27-38.
25. WHO (World Health Organization). *Guidelines for Developing National Drug Policies*. Geneva: World Health Organization; 1988. 52 p.
26. World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy*. Vol. 6. Geneva: WHO; 2003.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas* [Internet]. Washigton, D.C: OPS; 2016 [citado 28 de março de 2016]. 124 p. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28211/9789275318874_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União (DOU). Seç. 1 1998 p. 18–22.
29. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1a. conferência nacional de medicamentos e assistência farmacêutica: relatório final : efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2005.
30. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política nacional de Assistência Farmacêutica. [Internet]. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
31. Manzini F, Baierle E, Leite SN. Avaliação participativa da política nacional de assistência farmacêutica (PNAF): 2004-2014. São Paulo: Escola Nacional de Farmacêuticos; 2017. 60 p.
32. Silva RM da. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro Rio de Janeiro [Tese]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
33. Bermudez JAZ, Oliveira MA (orgs). La Propiedad Intelectual en el Contexto del Acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP; 2006. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17042s/s17042s.pdf>
34. Chaves GC, Vieira MF, Reis R. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. Sur Revista Internacional de Direitos Humanos. junho de 2008;5(8):170–98.
35. Hasenclever L, Lopes R, Chaves GC, Reis R, Vieira MF. O instituto de patentes Pipeline e o acesso a medicamentos: aspectos econômicos e jurídicos deletérios à economia da saúde. Revista de Direito Sanitário. 1º de outubro de 2010;11(2):164.
36. Chaves GC, Vieira MCF, Brito WG, Prabhala A. Tratado de livre comércio União Européia-Mercosul: estudo de impacto de medida TRIPS plus nas compras públicas de medicamentos no Brasil - Relatório preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
37. Silva APJ, Tagliari POP. Iniciativas de convergência regulatória em saúde nas Américas: histórico, evolução e novos desafios. Rev Panam Salud Publica. maio de 2016;39:281–7.
38. Romano LAN, Freundt B, Mendes FM. Intervenção e regulação no Brasil: a indústria farmacêutica. Brasília, DF, Brasil: Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica; 2005. 112 p. (Estudos Febrafarma).
39. Lisboa M, Fiuza E, Viegas M, Ferraz L. Política governamental e regulação do mercado de medicamentos. Documento de trabalho [Internet]. 2001 [citado 22 de maio de 2013];(08). Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/1/ferraz-fiuza-lisboa-2001.pdf>
40. Teixeira L da S. Reajustes de preços administrados no setor da saúde [Internet]. Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa; 2006 [citado 22 de maio de 2018]. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/1646>
41. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (Brasil). Acórdão nº 3.016 de 2012. Relatório de Auditoria Operacional do Ministério da Saúde, Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) [Internet]. 2012 [citado 28 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=5377456>
42. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2017 [Internet]. 2018 [citado 28 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+de+Medicamentos+2017/9f8fb420-e4b7-4a2e-8d76-6edf4b6cb856>
43. Velásquez G. El papel del Estado em el financiamiento de los medicamentos. In: Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. 1º ed Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004. p. 25–40.
44. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, organizador. Para entender a gestão do SUS. 1a ed. Brasília: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. 13 p.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Qualifar: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Eixo Estrutura Atenção Básica - Instruções Técnicas. Brasília: Ministério da Saude; 2016.

46. Costa KS, Tavares NUL, Araújo SQ de, Soeiro O. Qualifar-SUS - Eixo estrutura. Orientações técnicas. José Miguel do Nascimento Júnior, Karen Sarmento Costa, organizadores. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2012.
47. Costa KS, Nascimento Jr. JM do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. dezembro de 2012;46(suppl 1):91–9.
48. Silva RM da, Caetano R, Silva RM da, Caetano R. “Farmácia Popular do Brasil” Program: characterization and evolution between 2004 and 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*. outubro de 2015;20(10):2943–56.
49. Silva RM da, Caetano R. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 24 de maio de 2018 [citado 17 de março de 2019];28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100402&lng=pt&lng=pt
50. Garcia MM, Guerra Júnior AA, Acúrcio F de A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. janeiro de 2017;22(1):221–33.
51. Silva RM da, Caetano R. Costs of Public Pharmaceutical Services in Rio de Janeiro Compared to Farmácia Popular Program. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 12 de janeiro de 2017];50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100251&lng=en&nrm=iso&lng=en
52. Almeida ATC de, Vieira FS, Sá EB de. Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. In: CMAP 2016 a 2018 Estudos e Propostas do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais [Internet]. Brasília: IPEA; 2018 [citado 28 de fevereiro de 2018]. p. 28. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181127_comite_de_monitoramento_cap04.pdf
53. Emmerick ICM, Campos MR, Luiza VL, Chaves LA, Bertoldi AD, Ross-Degnan D. Retrospective interrupted time series examining hypertension and diabetes medicines usage following changes in patient cost sharing in the ‘Farmácia Popular’ programme in Brazil. *BMJ Open*. novembro de 2017;7(11):e017308.
54. Osorio-de-Castro CGS, Azeredo TB, Pepe VLE, Lopes LC, Yamauti S, Godman B, et al. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. abril de 2018;122(4):402–12.
55. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. junho de 2013;29(6):1056–8.
56. Vasconcelos DMM de, Chaves GC, Azeredo TB, Silva RM da. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*. agosto de 2017;22(8):2609–14.
57. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Tecnologias Demandadas [Internet]. 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/tecnologias-em-avaliacao-demandas-por-status>
58. Pepe VLE, Figueiredo T de A, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*. agosto de 2010;15(5):2405–14.
59. Machado TR. Judicialização da saúde e contribuições da Teoria de Justiça de Norman Daniels. *Revista de Direito Sanitário*. 30 de outubro de 2015;16(2):52.
60. Vidal J, Di Fabio JL. Judicialización y acceso a tecnologías sanitarias: oportunidades y riesgos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;1–5.
61. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. abril de 2005;21(2):525–34.
62. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. abril de 2007;41(2):214–22.
63. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos Direito ou Utopia? 1º ed. Rio de Janeiro: e-papers/Faperj; 2014. 114 p.
64. Brasil. Ministério da saúde. Programa Brasileiro de DST e Aids. MS; 2000.

65. Brazil. Ministry of Health. The Brazilian response to HIV/AIDS: best practices. Brasília: Ministry of Health; 2000. 188 p.
66. Nascimento Junior JM do. Análise prospectiva do risco de redução de oferta ao SUS: Avaliação do cenário do desabastecimento de mercado de medicamentos - Relatório Final. Brasília: OPAS/OMS/Escola Nacional de Farmacêuticos/ ANVISA; 2017 maio.
67. Brasil Câmara dos Deputados. Subcomissão especial de desenvolvimento do complexo industrial em saúde, produção de fármacos, equipamentos e outros insumos. Brasília: Comissão de Seguridade Social e Família; 2011.
68. Brasil Câmara dos Deputados. Subcomissão especial de desenvolvimento do complexo industrial em saúde, produção de fármacos, equipamentos e outros insumos. Brasília: Comissão de Seguridade Social e Família; 2014 jun.
69. Gadelha CAG, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS, Maldonado JMS de V. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: Inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
70. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. abril de 2017;22(4):1181–91.
71. Leite SN, Manzini F, Veiga A da, Lima MEO, Pereira MA, Araujo SQ de, et al. Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica em pauta: contribuições da sociedade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. dezembro de 2018;23(12):4259–68.

O Relatório “30 anos de SUS. Que SUS para 2030?” foi idealizado e elaborado coletivamente por autores e colaboradores da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e de instituições parceiras. Fizeram parte da coordenação da elaboração do documento: Joaquín Molina, Renato Tasca, Júlio Suarez, Janine Giuberti Coutinho, Adriano Massuda.

Esta foi uma publicação revisada e aprovada pelo *Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil*, que visa garantir a qualidade e o alinhamento estratégico dos documentos publicados. Em cada um dos capítulos estão indicados os respectivos autores, colaboradores, revisores, seguindo os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil. A revisão final foi realizada por Flávio Goulart, Lucimar Rodrigues Coser Cannon, Janine Giuberti Coutinho e Vanessa Pinheiro Borges.

Projeto gráfico e diagramação

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Grupo de elaboração:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil

Ana Paula Cavalcante de Oliveira
Antônio Neves Ribas
Bernadino Vitoy
Carlos Frederico Campelo de Albuquerque
Carlos Rosales
Dévora Kestel
Diogo Alves
Enrique Vazquez
Felipe Carvalho
Fernando Antônio Gomes Leles
Gabriel Vivas
Giovanini Coelho
Giovani Ravasi
Haydee Padilla
Iasmine Lorena Silva Ventura
Juan Cortez-Escalante

Kátia de Pinho Campos
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Lucimar Rodrigues Coser Cannon
Lely Gusman
Maria Alice Barbosa Fortunato
Maria Dolores Perez-Rosales
Mónica Padilla
Pamela Bermudez
Romina Oliveira
Rogério da Silva Lima
Rosane de Mendonça Gomes
Tomás Pippo
Tatiana Coimbra Selmann
Vanessa Pinheiro Borges
Victor Pavarino
Wellington Mendes Carvalho

Colaboradores externos:

Adele Benzaken
Alexandre Grangeiro
André S. Szklo
Artur Kalichman
Carine Bianca Ferreira Nied
Catharina Soares
Claudia Buchweitz
Cláudio Dutra Crespo
Cláudio Maierovitch
Clélia Aranda
Daniel Duba Silveira Elia
Dario Barreira
David Rios
Davide Rasella
Deborah Carvalho Malta
Dirceu Greco
Ednir Assis
Eduardo Hage
Elisandrea Sguario Kemper
Erno Harzheim
Fabio Mesquita
Francisco Pedrosa
Gerson Fernando Mendes Pereira
Humberto Fonseca
Isabela Cardoso Pinto
Ivo Brito
Jorge Adrian Beloqui

Jorge Bermudez
José Cassio de Moraes
Laise Andrade
Liliana Santos
Márcia Teixeira
Marciana Feliciano
Marco Andreazzi
Marco Antônio Vitória
Maria Auxiliadora Oliveira
Maria Clara Gianna
Marina Shinzato Camelo
Mônica Duraes
Naomar de Almeida Filho
Pedro Chequer
Renilson Rehem
Rondineli Mendes da Silva
Sandra Fortes
Silvania Sales
Silvania Sales
Tânia Celeste Nunes
Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem
Thadeu Santos
Thomas Hone
Vera Lucia Luiza
Vinicius Oliveira
Wanderson Kleber de Oliveira

Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil:

Joaquín Molina
Lucimar Rodrigues Coser Cannon

Carlos Rosales Echevarria
Janine Giuberti Coutinho

ISBN 978-92-75-72272-5



9 789275 722725

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Representação da OPAS/OMS no Brasil

www.paho.org/bra

SETOR DE EMBAIXADAS NORTE, LOTE 19, 70800-400, BRASÍLIA – DF, BRASIL • TEL.: +55 61 3251-9595