

Relatório

30 ANOS DE
SUS

QUE
SUS
PARA 2030?

Síntese

VERSÃO PRELIMINAR



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?

Grupo de coordenação:

Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde no Brasil
Joaquín Molina
Renato Tasca
Júlio Suarez
Janine Giuberti Coutinho
Adriano Massuda

Grupo de elaboração:**Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde no Brasil**

Ana Paula Cavalcante de Oliveira
Antônio Neves Ribas
Bernadino Vito
Carlos Frederico Campelo de Albuquerque
Carlos Rosales
Dévora Kestel
Diogo Alves
Enrique Vazquez
Felipe Carvalho
Fernando Antônio Gomes Leles
Gabriel Vivas
Giovanni Coelho
Giovani Ravasi
Haydee Padilla
Iasmine Ventura
Juan 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 Gomes de Mendonça
Tomás Pippo
Tatiana Coimbra Selmann
Vanessa Pinheiro Borges
Victor Pavarino
Wellington Mendes Carvalho

Colaboradores externos:

Adele Benzaken
André S. Szklo
Alexandre Grangeiro
Artur Kalichman
Carine Bianca Ferreira Nied
Catharina Soares
Claudia Buchweitz

Cláudio Maierovitch
Cláudio Dutra Crespo
Clélia Aranda
Daniel Duba Silveira Elia
Davide Rasella
David Rios
Dario Barreira
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
José Cassio de Moraes
Jorge Adrian Beloqui
Laise Andrade
Márcia Teixeira
Maria Clara Gianna
Marina Shinzato Camilo
Marciana Feliciano
Marco Antônio Vitória
Marco Andreazzi
Mônica Duraes
Naomar de Almeida Filho
Pedro Chequer
Renilson Rehem
Tânia Rehem Santa Bárbara
Tânia Celeste Nunes
Silvania Sales
Thadeu Santos
Liliana Santos
Thomas Hone
Vinicius Oliveira
Sandra Fonte
Silvania Sales
Wanderson de Oliveira

Revisão final:

Flávio Goulart
Janine Giuberti Coutinho
Vanessa Pinheiro Borges

Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil:

Joaquín Molina
Lucimar Rodrigues Coser Cannon
Carlos Rosales Echevarria
Isabella Sayuri Abe Alvarenga
Janine Giuberti Coutinho

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
1. Cenários e desafios do Sistema Único de Saúde, identificados pelos atores estratégicos	8
2. Cenários do financiamento público em saúde	18
3. Desafios da mortalidade infantil e na infância	22
4. Atenção Primária forte: estratégia central para a sustentabilidade do SUS	25
5. O Programa Mais Médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde	29
6. Trabalho e educação na saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no SUS	34
7. Política de medicamentos, produtos e inovação tecnológica em saúde	37
8. Resposta do SUS às doenças e agravos não transmissíveis	42
9. Desafios da saúde mental	46
10. A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de zika	50
11. Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids	54
12. Imunização no SUS	58

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 dos 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 de-*

safios 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 desta Síntese de 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 04).

■ 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 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 12 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 uma síntese das 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 dos 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 baseado 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, 11 outubro 2018

Dr. Joaquín Molina

Representante no Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Cenários e desafios do Sistema Único de Saúde, identificados pelos atores estratégicos

Panorama geral

A celebração dos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma oportunidade para explorar a percepção dos atores estratégicos do país sobre os cenários e os desafios da saúde no Brasil. Nesse sentido, a OPAS/OMS no Brasil convidou gestores do SUS e do setor privado, acadêmicos, parlamentares e especialistas a responder a um questionário sobre a sustentabilidade do SUS.

Aproximadamente duzentas pessoas foram convidadas a responder ao questionário. Desses, 86 responderam. Formou-se um grupo bastante heterogêneo, composto por participantes com 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.

O questionário explorou as percepções e as opiniões sobre os seguintes aspectos:

- 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 em saúde.

- Perfil da Atenção Primária em Saúde.
- Financiamento.
- Relação público privada.

O questionário incluiu 40 perguntas fechadas. Os entrevistados escolheram uma de quatro opções de opinião, sobre cada tema investigado. E, em cada pergunta, os entrevistados tiveram a possibilidade de comentar, de forma aberta, sobre o tema em questão. Ao total, foram obtidos cerca de 800 comentários sobre o conjunto total de questões.

Apesar das limitações que o estudo apresenta, 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.

Foram observados consensos, especialmente no diagnóstico e explicação das causas de problemas que afetam a sustentabilidade do SUS. Contudo, posições bastante contrastantes também foram registradas, principalmente a res-

peito de soluções e estratégias sugeridas para a reforma do SUS.

Informações detalhadas sobre os resultados e a metodologia da pesquisa são acessíveis no link www.apsredes.org.

Desafios e recomendações

Universalidade: cláusula pétrea irrenunciável

O primeiro tema que foi abordado no estudo é o caráter universal do SUS. Houve 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, 98% são favoráveis que o SUS seja para todos, sem distinção. Concordaram, 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 constitucionais, em particular o da universalidade.

As reformas indicadas como necessárias envolvem modelo de financiamento, gestão, governança interfederativa e relação com setor privado, com perspectiva de consolidar o sistema em sua concepção original, ao invés de substituí-lo ou transformá-lo em um sistema de saúde segmentado. Está claro nas respostas, que os atores estratégicos consideraram o SUS indispensável para concretizar o direito universal à saúde, de acordo ao preconizado pelos países membros da Organização Pan-Americana da Saúde na Resolução CD 53. R14 do 53º Conselho Diretor da OPAS de 2014.

Integralidade sim, mas com regulação e instrumentos legais eficientes

O conceito de integralidade imbrica-se ao princípio da universalidade. Para explorar a relação entre integralidade e universalidade foi perguntado 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, não apenas do SUS, decorrente do crescimento progressivo de custos no setor saúde, provocado pelo envelhecimento populacional, aumento da carga de doenças crônicas e introdução de novas tecnologias em saúde.

Apesar das dúvidas expressas por alguns participantes sobre os possíveis conflitos de escolha entre integralidade e sustentabilidade financeira, houve consenso pela defesa da integralidade. Dentre 85 entrevistados, 98% defenderam que a integralidade deve permanecer como um princípio básico do SUS. No entanto, 64% propuseram regular serviços ofertados pelo SUS, a partir do fortalecimento de mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde, adoção de protocolos clínicos fundamentados na medicina baseada em evidências e utilização de instrumentos de gestão da clínica.

Porém, foram observados pontos controversos. Como devem ser estabelecidos os “limites” da integralidade? Qual melhor estratégia: estabelecer uma relação de serviços a ser garantida

O gargalo da judicialização

A judicialização da saúde é considerada pelos entrevistados como um “efeito colateral” da falta de uma definição clara sobre o princípio da integralidade. Entre as 84 respostas, 51% associaram que o uso excessivo do Poder Judiciário para resolver problemas de atenção à saúde no SUS deve-se a uma falta no marco legal, que define a integralidade, e quais devam ser os meios e instrumentos para garanti-la. Para outros 39%, trata-se de um problema contemporâneo, decorrente do progresso tecnológico no setor, e associado a interesses econômicos. Logo, dificilmente irá acabar.

Entretanto, a judicialização no Brasil também deve ser compreendida como consequência da

pelo sistema público ou uma lista de serviços não cobertos pelo SUS? Como evitar cair em um pacote de serviços simplificado para os mais pobres? Estas perguntas evidenciam a complexidade e a delicadeza do assunto.

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. Isso contrasta com outros sistemas de saúde da Região das Américas, que oferecem cobertura a todas as pessoas, porém, a partir de pacotes limitados de serviços, de acordo ao perfil socioeconômico da população, o que na prática restringe a abrangência da universalidade a um escopo restritivo de serviços.

composição público-privado que caracteriza o sistema de saúde brasileiro. O setor privado de serviços de saúde tem tido papel crescente na indução e incorporação 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. No entanto, as evidências 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.

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

A formação e alocação de recursos humanos para saúde é condição para garantir a universalidade com integralidade no SUS. Dentre 79 respostas, 86% consideraram que há carência de recursos humanos no sistema público, e 75% apontaram que a maior limitação está na escassez de médicos em áreas carentes. Esta situação foi atribuída ao poder de atração que o setor privado exerce sobre esses profissionais, especialmente nos grandes centros urbanos. 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 multidisciplinares. Isso demanda atualizar políticas e revisar as estratégias para o treinamento de profissionais de saúde para o SUS. A pesquisa, porém, demonstrou que não há consenso em relação às medidas a serem adotadas, tampouco apontou quais devem ser as prioridades.

Parte superior do formulário

Propostas para aperfeiçoar a política de gestão dos recursos humanos no SUS também foram analisadas. Entre as opções de resposta esta-

vam: a implantação de planos de carreira com contratos tipo 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 em 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 foi 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. 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. 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 foram divididas entre aqueles que acreditavam que o modelo de atenção atual está esgotado e deve ser totalmente revisado, e aqueles que consideraram que os atuais problemas do modelo podem ser resolvidos com financiamento adequado.

Alguns relatos destacam a interrelação 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 consideraram que uma Atenção Primária

em Saúde (APS) forte é a forma mais adequada para responder à transição demográfica e epidemiológica e às necessidades apresentadas pela população. Entre os 82 atores estratégicos que responderam sobre o assunto, a grande maioria entende que a APS deveria 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%) consideraram 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.

A OPAS/OMS considera que o modelo de atenção implementado na APS é fundamental na indução do sistema de saúde rumo ao acesso à saúde universal. Evidências científicas demonstram que a ESF conseguiu importantes resultados com a melhora de indicadores básicos de saúde, da eficiência, da equidade e da satisfação dos usuários.

SUS com acesso universal, sem barreiras financeiras

O estudo também explorou a opinião sobre a gratuidade do SUS. Dos 85 entrevistados, a maioria (76%) considerou que a gratuidade é uma condição essencial para garantir a universalidade do sistema. No entanto, aproximadamente um quarto 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.

Observou-se, também, que a maioria dos atores estratégicos tem clareza sobre a necessidade de se ter uma APS forte como requisito irrenunciável para a sustentabilidade do SUS. Contudo, avanços nesta direção têm sido limitados como se observa a 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 nacionalmente, além da necessidade de aprimorar processos de trabalho para ampliar acesso, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, ressalta-se o papel estratégico do Programa Mais Médicos, que além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, saindo da estagnação registrada nos anos anteriores ao programa, tem promovido melhorias substanciais na qualidade do atendimento, reconhecidas por pesquisas de satisfação dos usuários.

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 assis-

tidos pelo setor privado. Esta posição contraria os princípios do SUS e o que foi pactuado entre os países membros da OPAS em 2014¹ sobre saúde universal, baseada no direito de todas as pessoas à atenção de saúde.

A posição mais prevalente entre os entrevistados foi que o pagamento por serviços de saúde representa uma barreira à universalidade. A solução sugerida é o fortalecimento de modelos solidários de financiamento e a regulação

pública sobre o setor privado, visando garantir o atendimento aos interesses da população. Além disso, recomenda-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 documentos de posição “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (PAHO 2007) e “Atenção Primária a Saúde: Hoje mais do que nunca - Relatório Mundial de Saúde” 2008 (WHO 2008)”.

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

O posicionamento em defesa da universalidade, sem barreiras financeiras, ocorre num momento de agravamento do subfinanciamento crônico do SUS e da APS. No Brasil, nos últimos anos, o gasto público em saúde foi 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

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 saúde 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.

Não há dúvida que uma melhoria na eficiência do SUS pouparia um montante muito significativo de recursos. Contudo, devido ao subfinanciamento crônico do SUS, os efeitos de um eventual incremento da eficiência não seriam suficientes ao seu concreto fortalecimento, nem teriam condição de minimizar os danos sobre a saúde decorrentes medidas de austeridade financeira, que restrinjam ainda mais os recursos públicos à saúde. É evidente que uma agenda para a eficiência do sistema de saúde é indispensável, mas, deve estar contida dentro

¹ Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 53º. Conselho Diretor da OPAS, Washington, D.C., 2 de outubro de 2014.

de um conjunto de estratégias para fortalecer o SUS. Assim, considera-se oportuno estudar as experiências de outros sistemas universais, que implementaram reformas para enfrentar os de-

safios da sustentabilidade financeira. Os casos da Itália e do 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 entrevistados consideraram que a relação interfederativa deve ser aperfeiçoada no SUS. A natureza tripartite do sistema não foi questionada, mas sim o desequilíbrio de poder e as responsabilidades entre os entes federativos. Entre as 82 respostas, 79% declararam 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 representatividade 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 macro diretrizes do SUS.

Prevaleceu entre os entrevistados a percepção 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.

Sob perspectiva da OPAS, 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 tecnicamente e politicamente para diminuir a fragmentação do sistema, melhorar a equidade na distribuição dos recursos, aumentar a eficiência na resolução de problemas e obter economias de escala.

A insatisfação sobre o atual arranjo interfederativo foi 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 que podem ser resolvidos com aprimoramento

dos mecanismos de pactuação do SUS. A municipalização foi questionada e o papel das três esferas do governo foi 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: ideia forte que precisa ser aprimorada

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”. Houve consenso que este é um atributo essencial e que deve ser fortalecido e aprofundado. No entanto, predominaram críticas sobre o modo como a participação social foi desenvolvida ao longo dos 30 anos, dentre elas a excessiva burocratização dos conselhos, foco em interesses corporativos ou específicos e distanciamento dos interesses da população. Vários entrevistados manifestaram que os conselhos de saúde

têm sido dominados por representações sindicais, partidárias e corporativas, restringindo a representação dos interesses da população.

Ressalta-se que a principal crítica não foi dirigida a exigência de instâncias de participação, como conferências e conselhos, mas o 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?

O estudo abordou as relações do SUS com o setor privado. Para 48,1% dos entrevistados a existência de planos/seguros de saúde privados é positiva para o SUS se forem bem regulados. Em contrapartida, 16,46% consideraram que, em razão do SUS ser universal, não tem sentido a existência de planos ou seguros de saúde privados. Outros 35,44% entenderam que sendo o Brasil um país de economia de mercado, seria opção do consumidor ter planos ou seguros de saúde privados, sem precisar de regulação do estado.

Entre atores estratégicos entrevistados, 68% consideraram que a criação de planos de saúde privados “acessíveis” 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 europeu-canadense que aceita seguro privado suplementar para serviços considerados não essenciais.

Ainda, no que diz respeito à relação público-privada, 60% dos entrevistados consideraram 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% consideraram que o SUS deve ser ressarcido pelos serviços prestados aos beneficiários dos planos de saúde.

Foram também 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 defendeu a melhoria da regulação dos planos privados, 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”*.

Embora alguns tenham sido a favor de um novo modelo de sistema de saúde com base em outros arranjos organizacionais e legais, a grande maioria considerou como objetivo melhorar a integração entre a saúde suplementar e o SUS, com a defesa dos princípios de universalidade e integralidade.

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

Para concluir, não há dúvidas na narrativa da maioria dos entrevistados quanto à necessidade de realizar mudanças no SUS. Porém, prevaleceu o receio sobre os riscos de implementar transformações na estrutura e organização do sistema de saúde brasileiro no atual contexto político e econômico.

A maioria dos participantes considerou que reformas são fundamentais para que o SUS possa preservar a universalidade, a integralidade e a ausência de barreiras financeiras. Os atores estratégicos apresentaram uma ampla variedade de argumentos para descrever e analisar os problemas do sistema de saúde e suas respectivas consequências. Entretanto, não se observa

uma consistência nas proposições para a 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 que garantam racionalidade, ainda que necessárias, no atual contexto de instabilidades política e econômica e sob o efeito de austeridade fiscal, 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 saúde, voltadas à restringir direitos sociais e a atender interesses clientelistas de 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 do SUS esteja na intensificação do diálogo social, do debate técnico e no estudo de experiências nacionais e internacionais sobre como fortalecer a concepção de sistema público universal do SUS, fundamentado no direito à saúde.

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 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.

Um debate aberto e um amplo diálogo entre atores governamentais, academia e representantes da sociedade civil representa uma estratégia importante na direção de um SUS fortalecido, central para a estratégia de desenvolvimento do Brasil.

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. Não podem ser poupados esforços para o seu fortalecimento.

Cenários do financiamento público em saúde

Panorama geral

Estudos realizados em vários países demonstram que tanto a recessão econômica, quanto as políticas de austeridade afetam as condições de saúde. Durante estes períodos as pessoas classificam sua saúde como pior. E, os transtornos de saúde mental e os suicídios aumentam. O aumento do desemprego também está associado a aumento da mortalidade por causas evitáveis.

Por outro lado, quando um país não está sob o efeito de recessão e/ou crise econômica as evidências sugerem que as pessoas empreendem atividades menos prejudiciais e consomem menos álcool, o que influencia na redução da mortalidade por acidentes de trânsito, hepatopatias e doenças cardiovasculares. Um olhar cuidadoso sobre este fenômeno mostra que os impactos variam de acordo a situação socioeconômica. As pessoas desempregadas ou com baixos rendimentos são mais propensas a sofrer os efeitos da crise. Há evidências mostrando que os programas e as políticas de proteção social e de saúde contribuem na redução dos efeitos negativos da crise econômica sobre a saúde das populações.

Durante a crise da Europa do final da década passada, o impacto da austeridade nos sistemas de saúde assumiu variadas formas. Em geral, os serviços prestados gratuitamente foram reduzidos, enquanto foram introduzidas ou incrementadas, modalidades de cobrança direta aos usuários para receber os serviços. Com isso, em toda a Europa, mais pessoas com necessidades de saúde ficaram desatendidas ou tiveram que arcar pessoalmente com os custos de cuidados de saúde.

Embora as evidências acima sejam valiosas para a compreensão do impacto potencial da recessão e da austeridade na saúde, os países europeus em geral dispõem de fortes sistemas de saúde e programas de proteção social. Em países de menor renda e com maiores desigualdades sociais, como no caso do Brasil, espera-se que o impacto da crise econômica e das medidas recessivas seja muito pior.

No Brasil, a recente crise econômica aumentou a pobreza e o desemprego, enquanto as medidas de austeridade fiscal já começam a impactar os orçamentos públicos nas próximas duas décadas. Esta restrição de recursos pode afetar a sustentabilidade do SUS, dadas suas

fragilidades estruturais, com o risco de reverter as melhorias obtidas nos resultados de saúde a partir da sua fundação em 1988.

Desde a implantação do SUS, o Brasil fez progressos substanciais em direção a ampliação do acesso à saúde, com resultados expressivos na redução na mortalidade materna e infantil e diminuição das desigualdades. Um dos pontos chave para isso foi a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS). Entre 2000 e 2016, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aumentou a cobertura de 13,2 para 120,2 milhões de pessoas, atingindo 58,5% da população - predominantemente nas regiões mais pobres. O investimento na ESF foi acompanhado pelo desenvolvimento de redes de saúde, atendimento de emergência e unidades de saúde mental.

O setor privado de saúde, que vinha crescendo no Brasil, em função das limitações na prestação dos serviços públicos cronicamente subfinanciados, também experimentou retração nos últimos anos. Assim, em 2014, havia 50,3 milhões de pessoas (24,8% da população) coberta por planos de saúde. Este número caiu para 47,7 milhões em 2016 após a recessão, aumentando a pressão sobre o SUS.

A expansão do SUS não foi acompanhada da alocação dos recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Isso fez do Brasil um dos países com menor proporção de gastos públicos em saúde, seja na América Latina e Caribe, como em países de renda média-alta, e nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O financiamento público

limitado, particularmente por parte do governo federal, tem sobrecarregado não só os governos municipais, como também o orçamento familiar, com pagamentos por desembolso direto das pessoas. As fragilidades decorrentes do subfinanciamento crônico do SUS levaram a persistentes desigualdades regionais e sociais no acesso a serviços de saúde e desfechos de saúde, com regiões mais pobres e grupos socioeconômicos mais desfavorecidos.

Tais fatos deixam o Brasil em situação bastante desfavorável no financiamento da saúde, quando comparado a outros países, considerando que nos últimos anos esteve com um gasto público em saúde em torno de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), bem abaixo de 6% de financiamento público para a saúde, definido pela Estratégia para o Acesso à Saúde Universal e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2014 pelos países membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A Emenda Constitucional no. 95, de 2016 (EC95), que limita o crescimento das despesas com saúde à inflação nos próximos 20 anos, inibirá o crescimento real dos gastos federais. Esta situação enfraquece a sustentabilidade do SUS e impossibilita a expansão e o aprimoramento da APS, que foi determinante na redução das desigualdades em saúde no Brasil. A inversão do decréscimo da mortalidade infantil e nos menores de 5 anos no ano de 2016, assim como a queda da cobertura vacinal, alertam que existe a possibilidade real de que as vitórias conquistadas pelo SUS sejam progressivamente perdidas nas próximas duas décadas.

Desafios e recomendações

Estudos recentes têm examinado o potencial impacto na saúde com a restrição do financiamento público para programas de saúde e de proteção social. Em paralelo, outros vêm demonstrando os benefícios advindos da expansão do Programa Bolsa Família (PBF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.

Recentemente um estudo com modelos de microssimulação em nível municipal, desenvolvidos para o contexto brasileiro, observou que a redução na cobertura da ESF e do PBF, em função da EC95, poderá ter como consequência cerca de 20.000 mortes infantis e 124.000 hospitalizações na infância entre 2017 e 2030, quando comparada a um cenário onde o nível de proteção social sob o ESF e PBF são mantidos.

A manutenção da cobertura do PSF e da ESF resultaria, em 2030, numa taxa de mortalidade em menores de cinco anos 8,6% menor do que sob a queda da cobertura decorrente da EC95. Muitas dessas mortes devem se concentrar entre a população mais vulneráveis do país e seriam causadas por doenças relacionadas à pobreza, incluindo doenças diarreicas e desnutrição.

As medidas de austeridade também podem interromper a tendência de diminuição das desigualdades na mortalidade infantil entre os municípios que foram observadas na última década.

Outro estudo demonstrou achados semelhantes em adultos. As reduções da cobertura da ESF, devido a EC95, podem ser responsáveis por uma taxa de mortalidade de 5,7% superior às condições sensíveis aos cuidados de saúde em menores de 70 anos em 2030, se comparadas com a situação de manutenção da cobertura da ESF. Isso corresponderia a 27.000 mortes adicionais, afetando municípios mais pobres e encerrando, assim, um ciclo de declínio histórico nas desigualdades entre brancos e negros / pardos brasileiros.

Evidências de outros países e estudos de previsão no Brasil oferecem valiosos elementos para a formulação de estratégias e políticas sobre o financiamento da saúde no Brasil. Embora os efeitos de longo prazo da recessão econômica e da austeridade levem muitos anos para serem totalmente compreendidos, as simulações prospectivas preliminares são úteis para entender os possíveis impactos à saúde.

A crise econômica e as medidas de austeridade fiscal, que agravam o subfinanciamento crônico do SUS, podem levar o sistema a uma situação crítica. Financeiramente limitado, o SUS correrá o risco de se transformar num sistema concentrado no atendimento aos pobres, com baixa qualidade e resolutividade, ampliando, ao invés de diminuir, as desigualdades em saúde. Os esforços para alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionadas à saúde serão prejudicados neste cenário.

Por outro lado, a experiência e os conhecimentos acumulados, pelo Brasil na construção do SUS podem indicar estratégias capazes de minimizar as consequências negativas da crise. O impacto de programas sociais, como o Bolsa Família e a ESF, na redução das desigualdades em saúde. Esses programas contribuem decisivamente para aumentar a resiliência do SUS, portanto devem ser fortalecidos em tempos difíceis de crise, para o que o aumento do investimento de fontes públicas é essencial.

Neste momento, considera-se essencial abrir um amplo diálogo com a sociedade brasileira sobre o financiamento do SUS. A criação de es-

paço fiscal para viabilizar o aumento do gasto público em saúde é urgente. O Banco Mundial apresentou recentemente uma proposta defendendo o fim das renúncias fiscais do governo federal para o setor privado da saúde.

Uma redução ainda maior dos recursos no setor saúde, além de ter um impacto negativo sobre as condições de saúde da população, pode representar um problema ainda maior para o SUS, que acabará sendo progressivamente reduzido, ao ponto de contrariar os princípios constitucionais de universalidade e integralidade que tornaram o SUS um exemplo para a região das Américas.

Desafios da mortalidade infantil e na infância

Panorama geral

O Brasil registrou nas últimas três décadas incontestáveis progressos na redução da mortalidade infantil e na infância. Essas conquistas da saúde pública são atribuídas, em grande medida, à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e às políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção da saúde e de assistência e cuidados básicos.

Em 1984, o Ministério da Saúde estabeleceu estratégias de promoção ao aleitamento materno, controle de infecção respiratórias e doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, além de ações para a qualificação do parto e nascimento, incluindo alojamento conjunto e parto domiciliar por parteiras tradicionais.

A universalização do acesso e diversificação dos serviços foram iniciadas com a criação do SUS, após seu estabelecimento pela Constituição Federal de 1988.

Em 1993, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF) que absorveu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, propiciando uma *intensificação de ações* de prevenção

de doenças e agravos à saúde, de promoção da saúde e de assistência e cuidados básicos à saúde. O PSF foi sucedido pela ESF que expandiu a cobertura populacional da atenção primária em saúde. Subsequentemente, estudos demonstraram que a cada 10,0% de aumento da cobertura da ESF, aliado a programas de proteção social, foi observada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil.

Ações de incentivo ao aleitamento materno, uma prioridade do SUS, são implementadas pelos Bancos de Leite Humano (BLH) e fazem parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Essas iniciativas promovem e apoiam o aleitamento materno na primeira hora de vida, realizam intervenções oportunas para a atenção ao recém-nascido de baixo peso ao nascer, grave ou potencialmente grave. Em 2011, a Rede Cegonha, cujo objetivo é fortalecer os cuidados maternos e infantis, enfoca o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. Esta Rede fortaleceu ainda mais o incentivo ao aleitamento materno e propiciou a melhoria dos cuidados durante a gravidez, parto e puerpério, além daqueles ao recém-nascido.

O crescimento econômico e as políticas sociais implantadas na última década tiveram também, impacto positivo na redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. Merece destaque o Programa Bolsa Família (PBF), de transferência de renda. Estudos demonstraram um efeito protetor desse programa contra o baixo peso ao nascer e seu efeito positivo na redução da taxa mortalidade infantil associada à desnutrição e problemas respiratórios.

Entre 1990 e 2016, a taxa de mortalidade infantil reduziu 70,0% (47,1 para 14,0 óbitos por 1000/V) e seu componente neonatal (TMI-Neo) caiu 58,3% (23,1 óbitos para 9,6 por mil NV). Até 2015, houve uma variação de queda consistente em todas as regiões do país, incluindo a região Nordeste e a Amazônia Legal. Em 2016, observou-se um aumento em todas as regiões, com exceção da Região Sul.

No mesmo período (1990-2016), a mortalidade na infância baixou 69,6% (53,7 para 16,4 óbitos por 1000/NV). Essa redução nacional acompa-

nhou o mesmo ritmo de queda da mortalidade infantil, com uma redução média de 6% ao ano, na década de 90, e de 4,8% de queda na década de 2000. Entre 2011 e 2015, a TMIN diminuiu em média 3,2% ao ano.

Em 2016, apresentou um aumento de 3,1% comparado com o ano anterior. Entre as regiões, a região Nordeste foi a que alcançou a maior redução, com a TMNI passando de 87,3 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 19,0 em 2016, atingindo 78% 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 essa mortalidade aumentou 5,6%, quando comparada com a do ano anterior.

A partir de 2008, houve um aumento significativo da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, incluindo os maternos, infantis e fetais, em decorrência da descentralização pelo Ministério das ações de vigilância do óbito para os estados e municípios sob a coordenação das secretarias de saúde.

Desafios e recomendações

Apesar dos avanços, as taxas de mortalidade infantil e na infância no Brasil ainda são bastante altas quando comparada com a de países desenvolvidos (que estão no patamar de 4/1.000) e mesmo com outros países em desenvolvimento da região, como Chile, Argentina e Uruguai. Mesmo assim, as disparidades socioeconômicas entre as regiões do país permanecem inaceitáveis, refletindo a necessidade de empreender esforços para melhorar as condições de vida de grande parte da população,

especialmente daquelas, em situação de vulnerabilidade social - indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, entre outras.

Alguns desafios, como a prematuridade, o baixo peso ao nascer, as infecções perinatais e neonatais, as malformações congênitas, além de doenças emergentes e reemergentes, como a sífilis e as doenças transmitidas por vetores, como a dengue, a zika, a chikungunya e a febre amarela, ainda requerem um esforço maior,

concentrado e contínuo por parte do sistema de saúde.

Em 2014, os partos cesáreos alcançaram o patamar de 57%, e em 2015 passou a 55,5%, registrando uma pequena redução. Isto, apesar da implementação de estratégias e iniciativas para reduzir esse elevado índice de cesariana, tais como acompanhamento pré-natal e estímulo à humanização do parto e nascimento.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelam que entre 2015 e 2016 houve um aumento da mortalidade pós-neonatal e de óbitos em números absolutos na faixa etária de 1 a 4 anos, de 2% e 11%, respectivamente. Mesmo reconhecendo a necessidade de aguardar os dados de 2017 para confirmar a tendência de aumento da mortalidade infantil, é possível que este fenômeno esteja associado à crise econômica, que reduziu a renda da população, afetou o financiamento SUS e os programas de proteção social.

As medidas de austeridade fiscal estabelecidas pela Emenda Constitucional nº.95 de 2016 (EC-95), somadas aos efeitos da Medida Provisória (MP) nº 839, de 30 de maio de 2018 podem interferir na oferta de atenção à saúde com qualidade, eficácia e equidade, pelo risco de haver subtração de recursos destinados ao SUS ou à programas de proteção social, que evidentemente protegem a saúde da população. A possível subtração desses recursos pode colocar em risco as conquistas de redução da TMI registradas até o ano de 2015. Estudos de microssimulação prospectiva, que analisaram impactos

destas medidas de austeridade, indicam que a manutenção das políticas de proteção social poderia reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos em 8,6% entre 2017 a 2030. Por outro lado, se a EC-95 acarretar redução de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Bolsa Família, poderá acontecer aproximadamente 20 mil mortes evitáveis neste grupo etário nesse período.

As lições aprendidas nos 30 anos de SUS devem servir para corrigir os rumos atuais. Os indicadores acordados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Agenda 2030 exigem prioridade dos governos federal, estaduais e municipais para superação do desafio de implementar políticas e programas existentes e adotar novas estratégias para que o Brasil volte a manter o ritmo de queda e reduzir a TMI em 43,4%, no período de 2016 a 2030. Esse esforço permitirá que o país alcance a taxa de TMI 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 federação.

Portanto, faz-se necessário manter e fortalecer programas de proteção social, como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ESF, para enfrentar os desafios para alcançar os ODS e garantir a sustentabilidade das políticas públicas para a infância. Por isso, é necessário estabelecer um diálogo entre o Estado brasileiro e a sociedade civil para que a ameaça de aumento da mortalidade infantil não se concretize.

Atenção Primária forte: estratégia central para a sustentabilidade do SUS

Estimular e promover o acesso e a cobertura universal à saúde é um dos principais objetivos da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), objetivo em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A OPAS/OMS reconhece que a construção de sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária em Saúde (APS) é a estratégia mais efetiva para promover a universalidade de fato da saúde.

Há um conjunto de evidências que demonstram que para a garantia da sua sustentabilidade, os sistemas de saúde necessitam ter uma APS forte e resolutiva. Estudos mostram que, quanto mais eficiente a atenção primária, maior será a eficiência da atenção especializada. Em épocas de crise financeira e busca por maior eficiência no gasto público, a APS também demonstra ser a estratégia mais viável por seu custo-efetividade, estando associada a melhores resultados de saúde em países de baixa e média renda, seja nas dimensões da efetividade (melhoria da situação de saúde, acesso e cobertura dos serviços, capacidade de resposta e fortalecimento do sistema de saúde), como

na equidade (redução de desigualdades no acesso e nos resultados) ou na eficiência (custos compatíveis do cuidado).

No Brasil, a APS já se mostrou indispensável para a operacionalização e a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2011², a APS brasileira alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis e possibilitou a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulneráveis do ponto de vista social e sanitário, conforme demonstrado na literatura. Entretanto, existe ainda grande heterogeneidade na qualidade da atenção prestada no SUS, assim como persiste o desafio de ampliar o acesso e a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil.

O caminho para qualificar o SUS no Brasil é, indiscutivelmente, o fortalecimento da APS – prioritariamente de seus atributos essenciais,

2 Portaria MS/GM 2.488.

como definidos por Starfield, a saber: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e também de seus atributos derivados – orientação familiar e comunitária e competência cultural. Só a efetivação desses atributos como estratégia de saúde é capaz de ampliar a capacidade da APS de resolver problemas e de prepará-la para assumir a responsabilidade pela saúde da população.

Sendo assim, no ano que marca os 30 anos do SUS e os 40 anos de Alma-Ata, buscou-se identificar estratégias e inovações para fortalecer a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS no SUS. Para tanto, foram

consultados cerca de duas dezenas de especialistas, entre gestores das três esferas de governo e acadêmicos, envolvidos com experiências significativas na APS no SUS. O estudo foi conduzido em três fases: (1) os especialistas responderam a um questionário aberto que buscava identificar as principais estratégias de fortalecimento da APS; (2) as estratégias propostas no questionário aberto foram consolidadas em 44 itens para aplicação de metodologia Delphi em rodada única; (3) os 44 itens da fase Delphi foram discutidos em reunião presencial a fim de chegar a um consenso sobre o conjunto de estratégias para fortalecimento da APS no SUS.

Desafios e recomendações

A seguir são apresentadas 20 propostas para fortalecimento dos atributos da APS no Brasil, enunciadas pelos especialistas participantes do estudo, que podem ser considerados um grupo de grande influência na formulação de políticas públicas em nosso país. Algumas dessas recomendações sugerem mudanças e inovações nas práticas de cuidado e de atenção à saúde que são realizadas na atenção básica, com foco no fortalecimento dos atributos da APS. Outras propostas se referem aos requisitos e às condições “macro”, que são consideradas necessárias para que a APS se fortaleça dentro do SUS, inclusive financiamento adequado, modelos organizacionais inovadores e incorporação de novas tecnologias. É claro que para alcançar tais condições, torna-se preciso que os gestores demonstrem vontade política e que se engajem com ações concretas para melhorar a capacidade de gestão, tendo ousadia para introduzir

inovações nos modelos de gestão e nas práticas clínicas baseadas em evidências científicas.

O perfil diferenciado de seus propositores faz com que as presentes recomendações sejam de fato coerentes e adequadas aos princípios do SUS, configurando propostas concretas e viáveis, que uma vez aplicadas e institucionalizadas no âmbito do SUS certamente fariam a diferença.

- Ampliar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais e derivados da APS.
- 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: mar-

cação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).

- 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.
- Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
- Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.
- Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e à tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
- 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.
- Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores; disponibilizar 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.
- Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da infor-

mação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.

- Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
- Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
- Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da Atenção Primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
- Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para Atenção Primária à Saúde em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
- Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento), de forma presencial ou a distância.
- 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.
- Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
- Promover estratégias de defesa e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.

- 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.
- 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.
- 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. O subfinanciamento crônico do SUS, a crise financeira que o Brasil está vivendo nos últimos anos e as medidas de austeridade fiscal que subtraem recursos das áreas sociais não podem, nem devem impedir o

alcance da APS Forte por falta de recursos. Perder a oportunidade de fortalecer a APS no SUS significa renunciar à possibilidade de avançar rumo ao acesso e à cobertura universal, reduzindo as desigualdades em saúde e melhorando a qualidade de vida da população brasileira.

Em momentos de fortes questionamentos quanto à sustentabilidade de sistemas de saúde universais, o fortalecimento da APS, à luz dos conhecimentos acumulados durante décadas, representa a melhor estratégia atualmente disponível para superar as dificuldades. Hoje existe pleno consenso de que ampliar o acesso à APS, melhorar a qualidade e a resolutividade dos serviços, fortalecer o vínculo com usuários e comunidade e garantir a continuidade do cuidado são medidas que fortalecem os sistemas de saúde e os tornam mais eficientes e sustentáveis.

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

Panorama geral

Apesar dos avanços obtidos nos últimos 30 anos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre seus princípios a universalidade e a integralidade, o acesso a serviços de saúde tem limitações em regiões mais carentes do país. Desde que o SUS foi estabelecido, várias políticas públicas inovadoras foram desenvolvidas para viabilizar a oferta de serviços para populações em situação de vulnerabilidade nas regiões de maior carência do país. Dentre elas, o Programa Mais Médicos (PMM) merece destaque pela sua dimensão, ousadia e resultados alcançados.

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, o Programa está organizado em três eixos. O primeiro que prevê a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde, conectado com o segundo eixo de provimento emergencial de médicos, que recruta profissionais brasileiros e estrangeiros para preencher vagas na Atenção Básica e ampliar a cobertura e o acesso a serviços de saúde de qualidade no primei-

ro nível de atenção à saúde. E, 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 seus cinco anos de funcionamento, o PMM alocou mais 18 mil vagas de médicos em todo o Brasil, priorizando as regiões de maior carência.

Por mais que tenha sido uma iniciativa do governo da União, o PMM nasceu e cresceu, com o compromisso das autoridades governamentais dos estados e 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 no eixo de provimento emergencial, as autoridades brasileiras recorreram ao apoio da OPAS/OMS para viabilizar esta estratégia.

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. Desde o desenho do programa, a OPAS/OMS tem sido um participante ativo. Foi neste contexto que foram estabelecidos os Acordos de Cooperação entre Brasil, Cuba e a OPAS/OMS que permitiram a chegada ao Brasil de 11.400 médicos cubanos no Brasil, passando em 2018 a 8.500 médicos cubanos trabalhando no país.

O Projeto de Cooperação Mais Médicos para o Brasil exigiu da OPAS/OMS uma intensa articulação técnica e política, envolvendo múltiplos atores institucionais e da sociedade civil, além dos governos de Brasil e Cuba, para garantir dentro dos corpos legais nacionais, dos regulamentos e das boas práticas de cooperação internacionais, essa grande mobilização de profissionais. O Projeto está totalmente em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)³ relacionadas 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 práticas mundial sobre contratação internacional de pessoal em saúde da OMS, levando em consideração os direitos, as obrigações e as expectativas dos países de origem e de destino e dos profissionais que imigram envolvidos no Projeto.

Experiências internacionais desenvolvidas ao longo do século XX demonstram que sistemas, com uma APS forte e com fluxos coordenados dentro do sistema de saúde facilitam o acesso da população a um conjunto abrangente de serviços de saúde, com menor custo e melho-

res resultados sanitários. Uma APS forte é aquela que conta com unidades de saúde acessíveis aos cidadãos que precisam de atendimento; que oferece um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; que está preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabilidade; e, também 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 implantação do SUS uma política nacional para APS foi configurada. O principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura da atenção primária e reorientar o modelo de atenção adotado para o SUS foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este modelo, quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, apresenta melhores resultados em relação à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores de saúde, como diminuição de internações por condições sensíveis à APS e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis.

Embora 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 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

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

das grandes cidades, bem como a alta rotatividade destes profissionais, o que dificulta a formação de vínculos entre equipes, usuários e comunidades.

Dessa forma, o PMM veio para dar um novo impulso ao crescimento da ESF no país, diminuindo a carência e a alta rotatividade dos médicos nas equipes, sobretudo em regiões mais vulneráveis, onde se concentra também a população que mais se beneficia dos cuidados das equipes de Saúde da Família.

Não obstante tenha sido implantado há menos de cinco anos, o PMM tem sido objeto de diversas investigações, sendo bastante expressiva a literatura referente a isso⁴. Destaca-se um conjunto de evidências de que o PMM contribuiu para redução na escassez de médicos e redução das desigualdades na distribuição dos mesmos, com a relação médico/habitante em áreas anteriormente menos assistidas, como zonas rurais, populações quilombolas, municípios abaixo da linha da pobreza distantes dos grandes centros e em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O incremento da cobertura pela APS nas regiões mais carentes e vulneráveis do Brasil culminou com o aumento no número de consultas médicas e da diversidade dos procedimentos

realizados, entre ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de vigilância em saúde. Infere-se que a ampliação das atividades desenvolvidas no âmbito da APS tenha sido um efeito da presença regular de equipes completas de ESF, com médicos com perfil adequado à APS. 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.

O PMM apresentou resultados positivos na melhoria no atendimento à população. O aumento no número de consultas foi significativo em todas as faixas etárias consideradas, mas de maior magnitude entre as crianças menores de 1 ano. Observou também aumento nos encaminhamentos para profissionais que atuam no nível secundário; aumento no número de exames, e de visitas domiciliares e redução de internações, por doenças infecciosas e parasitárias e por doenças respiratórias. Estudos que avaliaram as internações por condições sensíveis a APS (ICSAP) no âmbito do PMM demonstram impacto significativo na redução das mesmas, em especial nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo em municípios com população vivendo em extrema pobreza, embora com altas coberturas da ESF. Isto sugere que, além da ampliação do acesso, o PMM aprimorou o desempenho da APS no SUS.

4 Plataforma de Conhecimentos Programa Mais Médicos disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/>

Desafios e recomendações

À luz dos resultados alcançados, pode-se afirmar que o PMM é uma política pública inovadora, de abrangência nacional, ousada e necessária para reduzir as desigualdades na distribuição de profissionais médicos no Brasil. Apesar dos resultados satisfatórios obtidos na redução do déficit de recursos humanos, desafios estruturais na organização do SUS persistem e precisam ser enfrentados para conferir sustentabilidade ao 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 os três eixos é necessária para o sucesso desta política no médio e longo prazo.

O impacto positivo no curto prazo do provimento emergencial, alocando mais 18 mil profissionais médicos em serviços da APS em lugares antes carentes ou deficitários, com suporte de tutoria acadêmica e supervisão para qualificação profissional, foi claramente a parte mais exitosa do programa. Pesquisas demonstram a satisfação da população e a aprovação dos gestores. Uma redução ou eliminação deste componente do programa, por certo comprometeria seriamente, e de maneira imediata, a APS no SUS.

A transformação das posições de médicos do PMM em postos permanentes de trabalho,

com a manutenção da cobertura alcançada em todo o país é um desafio. Para isto, uma das opções seria a criação de uma estratégia nacional para contratação de profissionais de saúde (particularmente médicos) para a APS no SUS, com apoio do governo federal e gestão tripartite, visando garantir a sustentabilidade de equipes completas de ESF.

Não há dúvidas de que o recrutamento internacional de médicos se mostrou eficaz. Estudos sobre o desempenho dos médicos cubanos do programa (o maior contingente estrangeiro), demonstraram a facilidade desses profissionais estabelecerem vínculos com a comunidade e a propensão de 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.

No que diz respeito ao eixo formação de recursos humanos, entende-se que seja essencial para a garantia do provimento em quantidade e qualidade de profissionais a longo prazo, fazendo-se necessário que as ações previstas para este eixo sejam intensificadas. Estratégias regulatórias para a abertura de vagas de 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. Além do mais, há de se ter maior protagonismo na definição de diretrizes curriculares para formação em saúde, conforme previsto no artigo 200 da Constituição, de modo que as principais necessidades de

saúde sejam abordadas na formação dos futuros profissionais. Faz-se fundamental estimular o diálogo entre os principais atores envolvidos nestes desafios para que as metas de recursos humanos previstas no PMM sejam alcançadas.

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

Registre-se, ainda, que além da sua legitimação pelos resultados positivos do provimento emergencial, o PMM conseguiu superar desafios da pressão contrária das entidades médicas e das

acusações de inconstitucionalidade. Mas, mesmo assim, a sustentabilidade do Programa não está garantida, posto que as políticas de austeridade de longo prazo aprovadas no país abrem campo a reduções de recursos destinados ao SUS.

Diante das ações realizadas e resultados obtidos, o questionamento sobre a pertinência do PMM está superado. A manutenção do programa Mais Médicos é decisiva como fator de resiliência do sistema, pois já se observa regressão nas condições de saúde de grupos mais vulneráveis, a exemplo do aumento da mortalidade infantil registrado no país. O enfraquecimento do PMM, neste momento, pode agravar o problema, trazendo sérias consequências e piora de indicadores básicos de saúde. Os investimentos no PMM, portanto, são imprescindíveis e oportunos na conjuntura atual.

Trabalho e educação na saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no SUS

Panorama geral

A trajetória da área de Trabalho e da Educação na Saúde ganhou destaque na agenda política desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, quando foi estabelecida uma sinergia entre os processos de formação dos profissionais de saúde e a visão de um novo sistema de saúde de caráter universal e inclusivo, que viria a se constituir como o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal movimento 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.

Com a implementação do SUS houve um esforço para a reconfiguração das práticas, a ampliação e a descentralização dos serviços de saúde. Este processo favoreceu a redefinição da formação e da qualificação profissional, bem como, a inserção e distribuição dos trabalhadores do setor. É imprescindível compreender

a imbricação das áreas “Trabalho” e “Educação na Saúde”.

Temas como “ensino médico”, “integração docente assistencial”, “formação em saúde pública”, “educação permanente em saúde”, “formação técnica”, “educação à 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”, passaram a integrar o repertório das políticas de educação e gestão do trabalho, e impulsionaram o desenvolvimento científico, a formação de quadros especializados e a organização de grupos de pesquisa em todo o país.

A integração entre instituições formuladoras de políticas, escolas de saúde pública, institutos de pesquisa e universidades propiciou o avanço das atividades de pesquisa, fenômeno potencializado pelo surgimento da Rede

de Observatórios de Recursos Humanos em 2003. Esta Rede se expandiu em todo o território nacional, com vocações específicas entre os Observatórios, o que favoreceu a diversificação de temas relacionados às políticas da área, com expressões diferenciadas dos problemas de pesquisa, alguns mais abrangentes, de alcance nacional, e outras com um caráter local, em apoio ao desenvolvimento das políticas regionais.

Ainda em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação (SGTES) do Ministério da Saúde. Esta iniciativa permitiu a movimentação de ideias, conhecimentos, programas e recursos financeiros, ampliando as possibilidades de projetos e do desenvolvimento de políticas governamentais para o setor, além do diálogo com diferentes atores incluídos em instituições parceiras e entidades representativas que fazem parte da governança do SUS, como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), incluindo um mecanismo oficial de diálogo e ação direta com a Rede Brasileira dos Observatórios de RHUS.

Nos 30 anos do SUS houve um crescimento exponencial dos serviços públicos de saúde com a ampliação dos postos de trabalho, o que permitiu a abertura do mercado para um expressivo número de trabalhadores. Consequentemente, ampliou-se a oferta formativa com temas diversos. Modelos inovadores de formação têm sido experimentados e alcançados resultados importantes orientados a transformação da educação em saúde. Esses esforços têm limitações considerando o crescente processo de privatização da educação em saúde, os incentivos financeiros que valorizam a prática privada, concentrados em cidades de maior desenvolvimento e alto protecionismo dos espaços de prática das profissões da saúde, em especial da medicina.

A acumulação produzida pela expansão do SUS favoreceu a institucionalização de muitas propostas no campo do trabalho e educação em saúde, pelo diálogo entre os entes federados, os conselhos, a OPAS/OMS, câmaras técnicas e representações dos movimentos sociais. Mas há grandes desafios para alcançar a capilaridade territorial que permitirá gerar intervenções de políticas efetivas de recursos humanos que permitam avançar no acesso universal a um SUS efetivo.

Desafios e recomendações

Persistem os problemas de equidade na distribuição de pessoal e descompasso entre a formação profissional e as necessidades dos serviços de saúde. Enfrentar o desafio de uma mudança qualitativa nos processos de formação e garantir condições de trabalho que fa-

voreçam o desempenho dos trabalhadores da saúde e a resposta às demandas de saúde da população, requer esforços de articulação entre os Ministérios da Saúde, Educação, em diálogo permanente com os gestores dos três níveis da gestão do país e com os atores sociais.

São desafios para a gestão das políticas de recursos humanos em saúde no país: 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 e cordialidade nos cuidados com a saúde, f) destacar a importância de aprofundar a regionalização e a capacidade descentralizada de gestão da saúde.

A respostas para estes desafios dependem de ações intersetoriais, interprofissionais e políticas e exigem uma “escuta organizada” das expectativas dos serviços e das necessidades que a sociedade impõe ao SUS. Essa pode ser uma estratégia importante para futuras iniciativas que façam conexão entre ensino, trabalho, serviço e sociedade.

Um movimento de renovação da área de Trabalho e Educação requer também uma

aproximação entre as instituições formuladoras de políticas de saúde com as agências governamentais de fomento à pesquisa, propiciando a revitalização de linhas de pesquisa com a visão de presente e futuro, mediadas por diretrizes que reduzam iniquidades em saúde.

É fundamental a configuração de um cenário com atuação ativa. Uma ação coordenada de todos os atores envolvidos visando a definição de uma estratégia nacional intersetorial, integradora e sustentável, que articule saúde, educação, trabalho, financiamento e gestão pública, alinhada às necessidades de desenvolvimento social da população brasileira. Melhorar a governança é essencial para o planejamento da força de trabalho em saúde, mais especificamente para enfrentar os problemas de escassez, desequilíbrios de habilidades, má distribuição, condições não adequadas de trabalho, desigualdade na distribuição de gênero, entre outros problemas.

Por fim, para alcançar os objetivos da agenda 2030, é preciso ratificar 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.

Política de medicamentos, produtos e inovação tecnológica em saúde

Panorama geral

Em países como o Brasil, que adotam sistemas universais de saúde, é condição *sine qua non* garantir que o acesso a medicamentos e tecnologias de saúde seja promovido pelo estado, o que é um grande desafio para os gestores públicos. Assim, é fundamental que intervenções nos campos sanitário, político, econômico, jurídico, científico, industrial e comercial sejam realizadas de forma assertiva no sentido de diminuir, ou ao menos, minimizar as assimetrias que

determinam maior ou menor nível de acesso, de modo a promover a equidade social.

O avanço tecnológico no setor sanitário certamente foi um dos fatores responsáveis por propiciar o aumento da expectativa e a melhoria da qualidade de vida da população. Entretanto, ao longo dos anos, governos e cidadãos de todo o mundo têm encontrado muitas barreiras ao acesso a medicamentos e outras tecnologias, tais como os indicados no seguinte quadro:

QUADRO 1.

BARREIRAS AO ACESSO A MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS

- Indisponibilidade de certos medicamentos e outras tecnologias em determinados mercados.
- Altos preços praticados por titulares de patentes.
- Monopólios e oligopólios.
- Medicamentos órfãos e o desinteresse da indústria farmacêutica em realizar pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e outras tecnologias para doenças negligenciadas.
- Produção local insuficiente ou inexistente.
- Baixa capacidade aquisitiva de pessoas e governos de países subdesenvolvidos e em via de desenvolvimento.
- Ausência ou inadequação de políticas e má gestão da assistência farmacêutica.
- Condições geográficas ou climáticas desfavoráveis que afetam as operações logísticas.
- Acesso escasso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de doenças, bem como acompanhamento de doenças crônicas.
- Lacunas ou excessos regulatórios relacionados a produtos e serviços de saúde.
- Aspectos negativos relacionados aos determinantes sociais da saúde.

Historicamente, diretivas e resoluções da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ressaltam a importância do acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias para a promoção da assistência à saúde.

No Brasil, o acesso a medicamentos constitui eixo norteador das Políticas Nacionais de Medicamentos (PNM) e de Assistência Farmacêutica (PNAF), duas das principais legislações que compõem o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas políticas representam um avanço no sentido da promoção do acesso a medicamentos no país, acesso este que historicamente não é equitativo. Muitas são as discrepâncias que afastam ou impedem que grande parcela da população brasileira consiga usufruir das tecnologias e serviços disponíveis.

De maneira oposta, as demais tecnologias de saúde não possuem papel de destaque específico nas normativas do SUS, o que lança uma sombra sobre as reais necessidades da população: desde uma simples órtese até um sofisticado equipamento cirúrgico. Há de se destacar que a organização da Assistência Farmacêutica no SUS (componentes básico, estratégico e especializado) e a clara hierarquização das ações entre os três níveis federados favorecem a gestão da informação sobre medicamentos, diferentemente das demais tecnologias que, em geral, são adquiridos de forma pulverizada diretamente pelos serviços de saúde.

Nas décadas de 70 e 80, período que precedeu a criação do SUS, somente tinham acesso satisfatório a serviços e tecnologias de saúde, aqueles

brasileiros que estivessem formalmente inseridos no mercado de trabalho e os contribuintes ativos da Previdência Social. Aos que não eram assistidos corporativamente pelo empregador, pela Previdência ou que não podiam pagar por serviços e tecnologias de saúde, restava a assistência prestada por instituições de caridade, beneficentes ou filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou em alguns casos, por hospitais públicos e postos de atendimento médico (PAMs), cujos leques de especialidades médicas eram limitados. Neste contexto, a provisão de medicamentos ficava a cargo da Central de Medicamentos (Ceme) que, inicialmente vinculada à Presidência da República, posteriormente à Previdência Social, e mais tardiamente ao Ministério da Saúde, tinha por objetivo principal promover e organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis àqueles que não pudessem adquiri-los arcando do próprio bolso com os preços praticados no mercado.

Durante o período que esteve em atividade, duas iniciativas da Ceme mereceram destaque: a homologação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em 1975, contemplando os princípios da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, e o incentivo à produção pública de medicamentos no país, o que ocorreu fortemente no início das atividades da Central e decaiu ao longo dos anos. Com uma carteira de medicamentos à disposição da população incondizente com o perfil epidemiológico de muitas regiões e municípios do país, dentre outros problemas, a Central se mostrou incompetente para prover medicamentos à população brasileira na lógica centralizada, inviabilizando o amplo acesso, o que

redundou em sua extinção em 1997, momento no qual já se encontravam avançadas as discussões acerca da descentralização de ações para estados e municípios com a adoção das Listas Municipais e Estaduais de Medicamentos Essenciais (Remine e Resme respectivamente).

As referidas discussões foram originadas com o Movimento da Reforma Sanitária, tendo seu ápice na ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e ecoado para o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. Fóruns os quais debateram-se sobre as necessidades de nacionalizar tecnologias; de olhar as patentes como possível fator limitador de acesso; ampliar a pesquisa, a assistência farmacêutica e sua inserção no SUS; aumentar a presença estatal na produção farmacêutica; proibir propaganda comercial de medicamentos; e fiscalizar rigorosamente, por meio da vigilância sanitária, a qualidade e comercialização de medicamentos.

Com a Constituição Federal de 1988, em especial o artigo 196, que coloca a saúde como *“direito de todos e dever do Estado”* e com a promulgação das Leis Orgânicas do SUS (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990), a *“saúde como direito”* tornou nítida a responsabilidade pública em promover o acesso a medicamentos e outras tecnologias à luz dos novos valores de cidadania, democracia e bem-estar social.

Frente a este novo panorama, a reorganização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS se tornou premente. Assim, foram implementadas diversas ações, no marco das políticas públicas, incluindo fomento à inovação, ao desenvolvimento e à transferência e internalização tecnológica, bem como o uso seguro de medicamentos e tecnologias, com impacto direto ou indireto no acesso a medicamentos e outras tecnologias.

Mesmo com as limitações, a assistência farmacêutica no Brasil é um exemplo para muitos países, tendo como ícones a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Também merece destaque a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que hoje sob a tutela da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) engloba todo o rol de medicamentos padronizados no SUS. A criação desta Comissão fortaleceu e sistematizou o processo de avaliação tecnológica em saúde (ATS), visando incorporação de tecnologias no SUS; a adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de certas doenças;

No quadro seguinte, um conjunto de exemplos de iniciativas de fortalecimento da assistência farmacêutica.

QUADRO 2.

EXEMPLOS DE INICIATIVAS DE FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

- Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS).
- Programa Farmácia Popular, atualmente passando por readequações.
- Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.
- Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
- Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.
- Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde.
- Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis).
- Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs).

Desafios e recomendações

Os avanços obtidos pelo Brasil desde a criação do SUS até os dias atuais são de grande significância para o acesso a medicamentos. Entretanto perduram ainda alguns desafios comuns também a outras nações, os quais foram manifestados pelos governos nas metas 3.8 e 3.b dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU).

A tendência crescente do gasto com medicamentos é um fator característico dos sistemas de saúde contemporâneos em todo o mundo. O envelhecimento populacional, a prevalência de doenças crônicas, e a pressão para a incorporação tecnológica são fatores que sinalizam que esta tendência irá perdurar. Isso, combinado com a entrada de novas tecnologias no mercado, cujos preços prevalecem devido às “falhas de mercados”, imputam aos sistemas públicos de saúde a responsabilidade que

permita avançar na cobertura e acesso considerando os princípios de integralidade, universalidade e equidade em um contexto de recursos limitados.

Para que seja possível alcançar o acesso universal a medicamentos e outras tecnologias, superando as assimetrias socioeconômicas e geográficas, é necessário aprofundar as políticas bem-sucedidas e promover novas ações que contemplem os desafios atuais. Destaque para a ampliação do financiamento público, hoje ameaçado por medidas de austeridade fiscal. De outro modo, caso não haja ampliação deste financiamento, os orçamentos familiares serão impactados negativamente devido ao aumento dos gastos diretos com tecnologias, principalmente medicamentos, situação que aflige todas as camadas sociais, mas que afeta mais fortemente as famílias com menor poder aquisitivo.

Estudo publicado em 2018 demonstrou que o gasto do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, 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 (-7% nos últimos dois anos), o que representa um crescimento nominal de 30% no período, tendo o governo federal o principal financiador.

Para que a sustentabilidade da provisão de medicamentos seja garantida, é preciso fortalecer as políticas integradas que impactam sobre a redução dos preços (políticas de propriedade intelectual com critérios de saúde pública, promoção dos medicamentos genéricos e do complexo industrial da saúde, regulação econômica do mercado, da incorporação tecnológica) junto com políticas de ampliação do investimento em saúde.

Também é importante destacar que a dinâmica do mercado e os inexoráveis avanços da inovação tecnológica requerem constantes e cuidadosos monitoramento e avaliação das políticas, visando manter constante alinhamento

entre as necessidades do SUS e as orientações e ofertas do mercado nacional e global.

Outra frente importante de desenvolvimento desta área no SUS é constituída pelo estímulo ao desenvolvimento e crescimento industrial interno, principalmente na esfera pública. Devem ser fortalecidas políticas de incentivo à pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I), principalmente de tecnologias de interesse para o SUS, visando que o atual sistema de proteção da propriedade intelectual não limite o acesso. Nesta direção, é necessário atuar para minimizar os efeitos perversos causados pelas excessivas ações de judicialização, aprimorando o marco legal e fortalecendo as funções regulatórias das instituições do SUS, especialmente Ministério da Saúde, Conitec e Anvisa.

A conservação e o fortalecimento do SUS e de seus preceitos e diretrizes é a grande esperança para que a população brasileira venha a ter em 2030 acesso integral e universal a medicamentos, bem como aos serviços necessários ao uso seguro e racional destas tecnologias.

Resposta do SUS às doenças e agravos não transmissíveis

Panorama geral

Nos últimos 50 anos, seguindo a tendência mundial, têm-se observado no Brasil processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que vêm produzindo mudanças significativas no perfil das doenças e mortes que ocorrem na população. No período 1990-2016 foi registrado um gradual declínio das doenças transmissíveis e um progressivo crescimento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Mesmo que em alguns estados e localidades a transição epidemiológica tenha ocorrido mais tardiamente do que em outros, observa-se que a carga das DANT na população brasileira é generalizada, representando um grande desafio para o SUS no Brasil. Além do impacto econômico direto, causado pelo elevado e prolongado uso dos serviços de saúde, as DANT e suas consequências incapacitantes, produzem perda de renda familiar, levando muitas famílias a situações de pobreza, acentuando as desigualdades e iniquidades em saúde. Segundo estimativa da OPAS/OMS, estima-se que as mortes por doenças crônicas não transmissíveis provocam impacto anual de 1% no PIB do Brasil.

Segundo os princípios da vigilância em saúde do SUS, previstos na Lei 8080/1990, o Ministério da Saúde (MS) criou instâncias para implantar e consolidar a vigilância de DANT em todas as esferas do SUS. Tal concepção da vigilância das DANT está fundamentada numa visão ampla, epidemiológica e social da saúde, contemplando não somente as doenças, mas também os respectivos fatores de risco e de proteção, considerando os determinantes sociais, econômicos e ambientais do processo saúde-doença.

Essas medidas fortaleceram a capacidade do SUS de realizar uma vigilância efetiva das doenças crônicas e seus fatores de risco e de proteção, direcionando as políticas públicas no país e fortalecendo o vínculo com a atenção básica como meio para realização das intervenções no SUS. Nesse contexto, a vigilância elencou cinco prioridades: I. controle do tabagismo; II. redução da ingestão de sal; III. promoção da alimentação saudável e atividade física; IV. redução do consumo de álcool; e V. acesso a medicamentos e tecnologias para o controle das DANT.

Para a efetivação da vigilância são realizados inquéritos e pesquisas. A produção e sistematização deste conhecimento é subsídio para a

formulação de políticas voltadas ao enfrentamento, o controle e a prevenção das doenças crônicas, nos âmbitos de promoção da saúde, de alimentação e nutrição, além de saúde da pessoa idosa no SUS.

Diante da necessidade do enfrentamento das DANT, o MS coordenou o processo de elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT no Brasil (2011-2022). Este foi realizado em colaboração com vinte ministérios, além de diferentes instituições acadêmicas, secretarias de saúde estaduais e municipais, sociedades científicas e organizações não governamentais. O Plano está fundamentado em três eixos básicos: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento, II. Promoção da saúde, III. Cuidado integral. Esta iniciativa favoreceu uma participação intersetorial e de diferentes atores, possível através da articulação intergestores inerente ao SUS.

A indução do SUS em ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco e de proteção, da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DANT.

A Política de Controle do Tabagismo no Brasil é um exemplo exitoso, considerado um caso de sucesso. Em 2005, o Brasil ratificou a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi o primeiro tratado internacional de saúde pública com o objetivo de conter a epidemia global do

tabagismo. O Brasil teve um papel de destaque na negociação do Tratado. A partir da ratificação do Tratado, as ações voltadas para o controle do tabagismo passam então a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que é orientada ao cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT no país.

A determinação do Brasil em ratificar a CQCT e em dar cumprimento a suas disposições é expressão da prioridade conferida pelo país ao direito de proteção à saúde pública. Mais do que uma obrigação legal, a necessidade de adotar uma resposta internacional eficaz, apropriada e integral ao problema do tabagismo é uma política de Estado. Nessa perspectiva, o Brasil tem buscado fortalecer a governança e as características intersetoriais das ações de controle de tabaco.

Atualmente, o Brasil é o maior país do mundo com legislação nacional de ambientes livre de fumo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem editando uma série de resoluções regulamentando os conteúdos, publicidade e rotulagem dos produtos de tabaco. O Brasil adotou advertências sobre os efeitos nocivos do consumo do tabaco em 2002, antes mesmo da aprovação da CQCT e conta, ainda, com a proibição total de publicidade e propaganda de produtos de tabaco. O tratamento do tabagismo para as pessoas que desejam parar de fumar está vinculado ao SUS, e é ofertado a toda população; e desde 1990 a venda de produtos de tabaco é proibida à menores. Em 10 anos, segundo dados do Vigitel, a redução foi de 35,0% na prevalência de fumantes no Brasil, passando de 15,7% (2006) para 10,2% (2016).

Desafios e recomendações

É necessário o fortalecimento da vigilância das DANT para melhorar cobertura e qualidade dos dados de morbimortalidade e para a realização de inquéritos regulares dos fatores de riscos, contemplando diferenças regionais. Além disso, os estados e municípios precisam desenvolver capacidades para análise e monitoramento de situação de saúde local usando dados secundários para subsidiar a gestão e aprimorar práticas assistenciais.

Tecnologias inovadoras, como o uso do *BigData* e o *linkage* entre os bancos de dados SUS e IBGE, abrem novos horizontes para monitoramento, construção de cenários e governança das políticas de enfrentamento das DANT. Para tanto, se faz necessário e urgente que o SUS consiga articular e coordenar o desenvolvimento de capacidades e disponibilidade das bases de dados em diferentes setores do governo.

Com o aumento da conscientização e preocupação com a carga das DANT no Brasil, tornam-se necessárias Análises de Impacto Econômico - AIR para produzir conhecimentos essenciais para formular políticas custo-efetivas e subsidiar ações de defesa de direitos e monitoramento. Informações como essas poderão fortalecer o SUS na negociação com os atores estratégicos para a implementação de medidas que envolvem outros atores e instituições.

De fato, o enfrentamento eficaz das DANT não poderá ocorrer sem a implementação de ações intersetoriais, principalmente com foco nas atividades comerciais que impactam a saúde e

no incentivo às escolhas saudáveis dos indivíduos e comunidades. Observa-se uma grande influência dos interesses comerciais que atuam contrariamente às medidas para prevenir e reduzir as DANT. Tais interesses têm exacerbado as iniquidades em saúde, estimulando padrões de consumo insustentáveis, que vêm causando danos na saúde das pessoas e ao meio ambiente.

O desenvolvimento de parcerias e mecanismos de governança intersetorial se destaca como ação de fundamental importância para o manejo dos fatores de risco, responsáveis por quase a totalidade da prevalência das DANT. A política de controle do tabaco no Brasil, mencionada anteriormente, é um exemplo bem-sucedido de parceria e ações intersetoriais, com a implementação de políticas públicas, mesmo com pressão e interferência da indústria.

Políticas eficazes voltadas a redução da mortalidade prematura das DANT exigem coordenação intersetorial e mecanismos de governança coesos. A implementação de medidas regulatórias são exemplos de medidas custo-efetivas comprovadas que atuam diretamente em fatores de risco para as doenças crônicas. Da mesma forma, campanhas de educação e sensibilização da população, assim como políticas públicas de incentivo ao pequeno produtor para aumentar a produção de alimentos saudáveis, bem como mecanismos eficazes para aumentar disponibilidade física e financeira de frutas e verduras para a população podem con-

tribuir à mudança nos hábitos alimentares, especialmente entre a população de baixa renda.

Finalmente, é necessário implementar modelos de atenção inovadores, posto que o progressivo aumento das DANT nas últimas décadas mudou de maneira substancial o perfil da demanda aos serviços de saúde. Até poucas décadas atrás, a demanda era maioritariamente constituída por pessoas com condições agudas. Em muitos casos, um único atendimento por um profissional de saúde, ou uma única internação hospitalar, resolviam aparentemente o problema. Hoje, boa parte dos usuários que se apresentam aos serviços de saúde são portadores de uma ou mais condições crônicas. Não existe cura para estas pessoas, porém o cuidado realizado por profissionais de saúde, com a colaboração dos pacientes e familiares, é capaz de controlar estas doenças. Enfim, são pessoas que precisam de cuidado durante a vida toda.

Em geral, os serviços de saúde tradicionais, salvo a ESF, que é uma marca do SUS, estão despreparados para enfrentar esta rápida e radical mudança de perfil da demanda. Fragmentados, acostumados a oferecer serviços de forma episódica, com dificuldades para criar vínculos fortes com os usuários, sem prestar muita atenção para o ambiente onde eles vivem ou o estilo de vida dessas pessoas, muitos serviços de saúde hoje se encontram sobrecarregados e nem sempre em condição de oferecer a estas pessoas o manejo clínico mais apropriado, ou de assegurar a continuidade do cuidado nos diferentes pontos da rede de serviços.

Para isso, foram introduzidos modelos de atenção inovadores para condições crônicas, ca-

racterizados pelo envolvimento do paciente no processo de cuidado. É assim que a ESF tem se demonstrado a estratégia ideal para a implantação no SUS de modelos de atenção inovadores para DANT. Os atributos da Atenção Primária em Saúde, como definidos por Starfield (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural), são fundamentais para que as equipes de saúde mantenham estas pessoas conectadas, ou presentes “na tela do radar” dos serviços de atenção primária.

Concluindo, a verdadeira epidemia atual de DANT representa um sério obstáculo aos esforços para aliviar a pobreza e uma ameaça ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, pois quando as pessoas adoecem e morrem no auge de suas vidas, as perdas de produtividade impactam a situação econômica não só das famílias, mas também do país.

O modelo de APS do SUS permite o estabelecimento de ações intersetoriais e descentralizadas, capazes de atuar contra as desigualdades e fatores de risco por meio de medidas custo-efetivas. Para que o SUS cumpra esta importante função de proteção social da população brasileira, é necessária a garantia de fluxos de financiamento suficientes, assim como a mudança dos modelos de gestão e de atenção para o efetivo enfrentamento da epidemia das DANT. Por isso, a possível redução de financiamento para programas sociais, decorrentes da EC 95, pode enfraquecer a capacidade do SUS de responder esta importante e crescente ameaça para a saúde da população brasileira.

Desafios da saúde mental

Panorama Geral

A saúde mental é atualmente considerada um dos temas mais importantes no contexto da saúde pública devido ao forte peso na carga de doenças e ao grande impacto econômico que seus transtornos causam. Devido a sua relevância, a saúde mental foi incluída nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como condicionante de bem-estar e saúde.

O Brasil apresenta altas prevalências de transtornos mentais na população adulta. Percentuais que variaram entre 20,0% e 56,0%), acometendo principalmente mulheres e trabalhadores. A estimativa é que a depressão no Brasil alcance 5,8% da população, isto é um total de 11,5 milhões de pessoas. O Brasil também é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, 9,3% da população sofre com o problema, ou seja, mais de 18 milhões de pessoas.

Ao longo dos últimos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais intensamente desde 2001, com a conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica, o Brasil construiu um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária, com a foco nos direitos humanos e no tratamento em liberdade, vencendo o modelo tradicional centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção psicossocial, de base

ambulatorial e territorial. Uma mudança de paradigma que reestruturou a rede de saúde mental de modo integrado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) esteve centrada na construção de uma rede de centros comunitários de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais substituíram as internações nos hospitais psiquiátricos, como modelo de cuidado a pacientes com transtornos mentais graves. Este modelo teve suas bases nos princípios democráticos do SUS como a integralidade, equidade e universalidade, com foco na luta antimanicomial, tendo como lema: “por uma sociedade sem manicômios”. A RPB foi sustentada pela força dos movimentos sociais e pela visão progressiva do SUS, por meio de estratégias normativas eficazes.

Para a sua implementação, foi estabelecida uma rede complexa e diversificada de serviços, que conta com mais de 2.500 CAPS como serviço de entrada estratégico. A rede de saúde mental avançou e foi ampliada, e desde 2011 é denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente inclui todos os níveis de cuidado em saúde mental, abrangendo os leitos em hospitais psiquiátricos. A Rede está concentrada nos serviços de caráter comunitário,

os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) 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; inserção do atendimento de saúde mental nos serviços de urgências e emergências gerais além de serviços de caráter ambulatorial localizados em unidades gerais tais como Policlínicas. A Atenção Primária em Saúde (APS) é a sua ordenadora, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que são responsáveis pelo cuidado em saúde mental a população, nos preceitos do SUS. O cuidado em Saúde Mental deve ser parte do cuidado geral à população.

A RAPS, criada no marco da sua Política Nacional, além de incluir a saúde mental como uma das redes de atenção à saúde para a implantação de serviços de saúde mental, reafirma o compromisso com os objetivos antimanicomiais, com os direitos humanos, com o fortalecimento dos serviços de base comunitária e com o cuidado em saúde mental na APS em conformidade com as recomendações internacionais.

Em 30 anos de SUS são duas são as prioridades do cuidado em Saúde Mental a partir da RPB. A primeira é a reabilitação para suporte a pessoas que perderam contato com seus vínculos familiares e afetivos em longas internações. O

Programa de Volta para Casa (PVC), que beneficia mais de 2.600 pessoas e fornece renda para essas pessoas voltem a frequentar os ambientes sociais, é um exemplo. Há também outras iniciativas de reabilitação psicossocial, de geração de trabalho e renda e de participação política que têm sido implementadas para que formas de cuidado inovadoras permitam que as pessoas com sofrimento mental possam retomar e ampliar seu convívio em sociedade.

A segunda prioridade é a transformação do foco do cuidado em saúde mental para todo o cuidado em saúde, dentro do Modelo de Integralidade proposto para o SUS. São avanços que têm sido feitos em conjunto com a modificação do modelo de cuidado em atenção primária nestes últimos 30 anos. A ESF, com suas 42.000 equipes de base territorial, cuidando de uma população adstrita, tem a responsabilidade sanitária pelo cuidado de 80,0% dos problemas de saúde, incluindo as ações de promoção e prevenção em saúde mental. Para tal, os NASF que hoje somam cerca de mais de 5000 equipes, incluem profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras) em suas equipes as quais trabalham de forma integrada com as equipes da ESF, dentro de um modelo de cuidados colaborativos denominado Apoio Matricial. Esse processo de trabalho é pautado em ações compartilhadas, de caráter interdisciplinar, superando o isolamento do cuidado em saúde mental e o isolamento dos portadores de transtornos mentais.

Desafios e recomendações

Apesar dos avanços com a criação de estratégias custo-efetivas para a garantia ao direito à saúde de pessoas com problemas de transtorno mentais, ainda persistem desafios para a consolidação e ampliação do cuidado centrado na abrangência das ações comunitárias em saúde mental.

O primeiro desafio se refere ao fortalecimento das RAPS com ampliação da cobertura dos CAPS, especialmente do tipo III (com acolhimento noturno), e a sua maior integração com às equipes da ESF responsáveis pelos territórios de seus usuários. Experiências demonstram que a integração entre a ESF, os NASF e os CAPS III qualifica o cuidado em saúde mental, incluindo o cuidado geral em saúde dos portadores de transtornos mentais graves. Esta integração também aumenta adesão ao tratamento de usuários com transtornos graves, reduz as consultas de emergências e amplia o cuidado longitudinal a estes pacientes quando comparado ao antigo sistema que centrava o cuidado nas unidades psiquiátricas especializadas. A qualificação da APS para o cuidado em saúde mental dispõe hoje de ações promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de programas de capacitação, dentre os quais se destaca o Guia de Intervenção do MHGap⁵.

Um outro desafio reside no cenário de aumento do uso nocivo de álcool e outras drogas e a associação de uso de álcool e outras drogas com sofrimento mental, alta vulnerabilidade e miséria, compondo um cenário complexo que demanda um modelo integral de cuidado. Atualmente, as propostas de cuidado a estes usuários estão focalizadas nos cuidados em unidades especializadas, sejam elas de saúde (CAPS-AD:Álcool-Drogas) ou da assistência social e religiosa tais como as Comunidades Terapêuticas. No entanto, este é um problema que precisa ser enfrentado a partir da APS.

Ignorar o papel e o protagonismo da APS, bem como a atenção em base comunitária poderá refletir no fracasso da abordagem a estes usuários. A melhor alternativa é a incorporação dos princípios da integralidade e da redução de danos que ampliam o acesso e redirecionam o cuidado para além da questão específica do uso de álcool e drogas, passando a incluir outros âmbitos da vida, como as diversas vulnerabilidades sociais, garantindo os direitos daqueles com uso nocivo de substâncias psicoativas a um cuidado que abarque todas as facetas de sua saúde, e que se associe a menor estigmatização e isolamento social.

Há que salientar que o fortalecimento da capacidade da APS para exercer seu protagonismo no cuidado à saúde mental, tanto no nível técnico, quanto no nível institucional é um

5 http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf.

grande desafio. Os NASFs, com profissionais especializados em temas específicos, têm um papel fundamental, e em especial na atenção à saúde mental. Deve-se considerar, também, a atenção à grupos específicos, como jovens, indígenas, população LGBTI, e negros.

Em que se pese o reconhecimento dos avanços da política de saúde mental no Brasil e a sua capacidade de produzir formas criativas e eficazes de enfrentar os novos desafios, o campo em que este tema está inserido é repleto de disputas, muitas vezes de caráter corporativo, doutrinário e religioso. Em dezembro de 2017, foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite novas diretrizes para a RAPS. Essas, ao mesmo tempo que fortalecem as RAPS, abrem possibilidades para o aumento dos recursos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas que atuam a partir do isolamento de usuários de drogas. Neste sentido, ignorar o que preconiza a OMS através de suas diretrizes, documentos, protocolos de cuidado e de capa-

citações no sentido da importância da APS nos cuidados do tratamento de transtornos mentais, é também, ignorar as evidências científicas internacionais.

O SUS necessita hoje avançar na centralização do cuidado em saúde mental na APS, de acordo com as recomendações internacionais, os compromissos assumidos pelo país através dos Planos de Ação em Saúde Mental da OPAS/OMS e da última Assembleia da Nações Unidas para o Problema Global das Drogas (UNGASS), atuando de forma integrada com os serviços especializados, tais como CAPS e Ambulatórios, que também necessitam ter sua capacidade ampliada. Assim, o SUS continuará mantendo seu papel de liderança e exemplo, que tem sido reconhecido internacionalmente nestes 30 anos, por ser um sistema construído dentro do marco da universalidade, da integralidade, e da inclusão, superando em definitivo os resquícios do antigo sistema de cuidado, considerado obsoleto.

A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de zika

Panorama geral

Em 2015, o Brasil esteve, pela primeira vez, no fulcro de uma emergência internacional, antes declarada 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 e sua associação com problemas neurológicos e casos de microcefalia. Assim, foi estabelecida emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII, ou PHEIC, a sigla em inglês).

Os serviços do SUS foram responsáveis pela detecção dos primeiros casos de uma doença exantemática até então desconhecida no país. 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. Em abril de 2015, o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia identificou, 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.

O aumento na prevalência de microcefalia entre bebês da Região Nordeste, como se constatou depois, começou em agosto de 2015, enquanto as atenções estavam concentradas nos quadros neurológicos. O crescimento, ao longo de algumas semanas, foi percebido pelos profissionais dos hospitais, particularmente pediatras e neuropediatras que recebiam os recém-nascidos encaminhados para atendimento especializado. Segundo informações do Ministério da Saúde, em 2016 foi o auge de casos notificados confirmados (1.899). Reduzindo para 298 em 2017 e 32 em 2018⁶.

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

6 Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia) – SVS/MS

* Atualizado em 28/05/2018.

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.

Exatos seis meses depois do fim da ESPII, o Ministério da Saúde decidiu encerrar a emergência nacional, ao levar em consideração a redução dos casos de infecção pelo Zika e a contribuição das ações voltadas para a eliminação do *A. aegypti* e mobilização da população para tal finalidade.

Desafios e recomendações

Não há como desenhar cenários prováveis sobre o comportamento futuro da transmissão de Zika no Brasil. A Epidemiologia tem ferramentas poderosas para investigar ocorrências e compreendê-las, mas, algumas vezes, não são 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 tecnologias, 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 de proteção social 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.

O SUS chega aos 30 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 aceitável capacidade para responder 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.

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.

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

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-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.

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.

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.

Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids

Panorama geral

A epidemia de HIV/Aids surgiu no início da década de 80 e afetou amplamente, de forma desigual, populações em escala mundial. A necessidade de enfrentamento da epidemia, que desafiou os sistemas de saúde, motivou uma mobilização internacional sem precedentes, articulou respostas mobilizando pessoas e recursos em âmbito local, regional e global, propiciando a oportunidade de construir novos modelos globais de saúde.

O primeiro caso de Aids no Brasil foi detectado no ano de 1982. Do início da epidemia até 2017, foram diagnosticados 882.810 casos em todo o território nacional. Aproximadamente 40 mil novos casos anuais de Aids foram registrados nos últimos cinco anos, mostrando diferenças importantes nas regiões e nas populações. A Região Sudeste detém 52,3% dos casos; 20,1% correspondem ao Sul e 15,4%, no Nordeste. Taxas menores se verificam no Norte - 6,1% de casos, e na Região Centro-Oeste - 6,0% do total dos casos.

Nesse mesmo período foram notificados 316.088 óbitos. A maior proporção de óbitos é da região Sudeste com 59,6%; seguido pela Região Sul, 17,6%; Nordeste, 13,0%; Centro-Oeste, 5,1% e Norte, 4,7%. A epidemia de HIV/Aids no Brasil é concentrada, apresenta grandes diferenças

por sexo, faixa etária e critério raça cor, além de categorias de exposição. Os últimos estudos nas populações-chave realizados em 2016-2017 identificaram taxas de prevalências de 19,8% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e de 5,3% entre mulheres profissionais do sexo. 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 Brasil.

No Brasil, a história da Aids está marcada pela complexa interação entre o governo e a sociedade civil, tanto na formulação quanto na implementação de políticas. O compromisso ocorreu primeiro no Estado de São Paulo, em 1983, seguido pelo Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro e logo em âmbito federal, com a criação da Divisão de Dermatologia Sanitária no Ministério da Saúde (MS), que abrigou as primeiras ações de caráter nacional, em 1985. Foi o movimento inicial para constituir em 1986, o Programa Nacional de Aids.

A implantação de Centros Nacionais de Referência para diagnóstico, tratamento e qualificação de recursos humanos pode ser considerada uma etapa que inaugura a construção de uma rede nacional de serviços. Esse processo gerou o estabelecimento dos centros espe-

cializados expandidos progressivamente e observando a hierarquização da atenção prevista no Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo promoveu também a criação do trabalho em rede dos laboratórios de referência de instituições consagradas na saúde pública como o Instituto Adolfo Lutz e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A política brasileira de combate a Aids inaugurou um processo articulado de negociação entre os três níveis de governo, envolvendo novos atores, especialmente aqueles das organizações não-governamentais comprometidos na luta contra a Aids e outros parceiros, a exemplo dos organismos internacionais, as universidades, sindicatos, instituições religiosas e o setor privado. O Programa de Aids do MS considerou a necessidade de equilíbrio entre ações de prevenção, concomitantemente a uma política de assistência, para aqueles que já viviam com HIV/Aids.

Parece ser um consenso entre os atores envolvidos na resposta nacional da Aids que “sem o SUS, não haveria respostas sociais e coletivas a Aids no Brasil”. A Aids talvez seja um dos exemplos mais significativos da materialização do SUS, por se constituir em uma política transversal, de promoção, de prevenção e atenção, que remete também a uma visão de custos e inovação.

Uma característica emblemática da resposta brasileira à epidemia foi o envolvimento da sociedade civil organizada e sua capilarização no SUS, que propiciou a criação de novas formas de relação estado-sociedade. A experiência da mobilização e participação social da Aids é uma referência para lutas sociais em outras áreas da saúde, notadamente, na tuberculose e nas hepatites virais.

Desafios e recomendações

O acesso das pessoas à medicação é fundamental e prioritário. Mas, não será efetivo sem a renovação das tecnologias de cuidado nas redes de saúde, na gestão de uma política de acolhimento da população e para o acompanhamento adequado das pessoas em tratamento, além da luta contra o preconceito e a discriminação social que a doença ainda impõe.

É importante mencionar os embates com a indústria farmacêutica, como ocorrido em 2007, com o licenciamento compulsório do efavirenz, caso emblemático da saúde pública brasileira.

A medida resultou em uma economia de mais de 30 milhões de dólares e colocou o país como protagonista de iniciativas internacionais relevantes, em defesa do acesso universal a todas as pessoas com HIV/Aids aos antirretrovirais.

Não menos importante é o desafio da prevenção, assistência e tratamento às comorbidades como as hepatites virais e a tuberculose. A Aids tem um papel inovador e fundamental no fortalecimento do movimento social e nas organizações não governamentais destinadas à luta contra a tuberculose.

Um dos pontos de ameaça a continuidade do programa de HIV/Aids no Brasil é a sustentabilidade econômica do SUS, particularmente, no contexto de austeridade de longo prazo decretado pela Emenda Constitucional no. 95, de 2016.

Desde os primeiros passos dados para a resposta à Aids foi desenvolvido um modelo de atenção inovador, centrado na especialidade, visando enfrentar um problema de saúde de complexas características clínicas. Notadamente, os serviços ambulatoriais especializados, que contavam com uma equipe multidisciplinar entre os quais infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos buscaram desenvolver cuidados integrais em saúde. Ao longo de mais de duas décadas, este modelo assistencial tem cumprido seu papel e favoreceu o cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids. Na atualidade, a revisão do modelo de atenção se mostra necessária diante do 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 nas pessoas HIV positivas.

A possibilidade de fortalecer as ações de prevenção e cuidado do HIV/Aids por meio da atenção primária é um passo importante e, ao mesmo tempo, um desafio. Acentua-se a preocupação por uma capacidade de inclusão do território das populações que têm sido afastadas dos serviços por barreiras estruturais. Isto implica oferta de testes rápidos, aconselhamento, diagnóstico e seguimento clínico dos pacientes que não necessitem do atendimento especializado.

Em termos das linhas de cuidado, melhorar a qualidade da assistência, do manejo mais adequado de co-infecções como a Hepatite C e de complicações crônicas associadas com a infecção pelo HIV são importantes desafios, da mesma forma com comorbidades como a tuberculose.

Ademais, para garantir a continuidade efetiva dessa resposta, outras frentes de ação precisam ser consideradas. Em um país com grande diversidade social e econômica como o Brasil, o combate ao estigma associado à doença e o enfrentamento da desigualdade social precisa ser intensificado, a fim de permitir que as políticas públicas de saúde alcancem às populações socialmente excluídas.

Outro desafio é atingir os adolescentes e jovens, faixa etária com incidência de infecção crescente, com estratégias de comunicação adequadas e com serviços acessíveis para evitar a infecção.

É preciso também aperfeiçoar as estratégias para melhor acessar as pessoas LGBT, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, populações privadas de liberdade. E, em especial, pessoas negras e pardas, populações indígenas, quilombolas, o que poderá favorecer a redução de vulnerabilidades e de brechas na prevenção e no cuidado.

Nesses 30 anos de epidemia obtiveram-se expressivos resultados em termos de tecnologias disponíveis, dispositivos para a prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência em saúde e, sobretudo, no desenvolvimento de competências humanas nas pessoas para acolher,

acompanhar, cuidar e recriar possibilidades de vida. A redução das inequidades demanda vontade política para desenhar novos modelos de desenvolvimento e capacidades aprimoradas, considerando que setores da população estão mais expostos ao risco, dadas suas condições sociais de vida.

Assim visto, a inteligência coletiva que a resposta à Aids edificou no país é um patrimônio de boas práticas, mas também, de sentido crítico à luz dos princípios do SUS, dos direitos, e das demandas da sociedade civil organizada, *locus* de onde será possível recriar novos rumos.

Imunização no SUS

Panorama geral

Criado há 45 anos, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), vem apresentando um intenso aperfeiçoamento desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Cumprindo as diretrizes de universalização de acesso, integralidade e igualdade de assistência, o Programa passou a utilizar como estratégia de implementação de suas atividades a descentralização, a hierarquização, a regionalização político administrativa e o uso da epidemiologia para estabelecer prioridades.

Seguindo a trajetória do SUS, o PNI foi se fortalecendo sob a gestão municipal, mas mantendo responsabilidades bem definidas das demais esferas de gestão. Mais recentemente, a inserção do Programa na Política Nacional da Atenção Básica cristaliza uma localização institucional estratégica, já existente na prática, e ressalta a importância das ações de imunização como uma das ofertas obrigatórias para toda a população.

Atualmente, em 2018, as ações do PNI são realizadas em todos os municípios brasileiros que, além das vacinações obrigatórias, 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 apoio técnico necessários ao desenvol-

vimento do PNI na sua área geográfica, além da aquisição dos insumos necessários para as ações como seringas, agulhas e impressos. O Ministério da Saúde é responsável pela definição das vacinações obrigatórias, aquisição dos imunobiológicos e normalização técnica.

Várias iniciativas do PNI contribuíram para que este se constituísse como um Programa de excelência no SUS, hoje reconhecido internacionalmente. Esses avanços devem ser reconhecidos e aprofundados, mas, ao analisar esta história de sucesso, deve-se também, refletir sobre as suas limitações e as ameaças, que podem reverter o avanço alcançado ao longo dos anos.

Dentre os avanços do PNI destaca-se a universalidade de acesso que é garantida pela existência de mais de 36 mil salas de vacina distribuídas no país, com todas as vacinas estabelecidas nos calendários oficiais e demais imunobiológicos. O contingente de profissionais de saúde envolvidos nas ações de imunização, nos mais distantes territórios, muitas vezes em difíceis condições de trabalho, representa um dos grandes pilares para o alcance dos resultados alcançados.

O PNI apresenta, ainda, o maior conjunto de imunobiológicos disponíveis gratuitamente à população: são 45 imunobiológicos (28 vaci-

nas, 13 soros hiperimunes, 4 imunoglobulinas), que tiveram acréscimo gradativo nos últimos 10 anos. Dentre as mais recentes vacinas introduzidas, estão aquelas que protegem contra as seguintes infecções/doenças: Rotavírus (2006), Meningococo C (2010), Pneumococos (2010), Pólio inativada (2012), HPV (2014), Hepatite A (2014) e Varicela (2014).

Além da incorporação de novas vacinas, o PNI vem promovendo atualização do calendário vacinal. A partir de 2004, o calendário define vacinação por ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Em 2013 oficializam-se calendários para a população indígena e para as campanhas anuais. A atualização dos calendários contempla além da ampliação para outras faixas etárias e a adição de vacinas, a utilização de produtos combinados e o agendamento do menor número de visitas à unidade de saúde, que seriam suficientes para completar os esquemas e propiciar a proteção adequada.

É também importante destacar que em todo o país existe ampla rede ligada ao PNI e referenciada para profilaxia e terapêutica utilizando os soros hiperimunes, utilizados em acidentes com animais peçonhentos (aranhas, escorpiões e cobras), ferimentos provocados por animais suspeitos de raiva, ferimentos perfuro cortantes e nos casos de difteria e botulismo.

O suprimento regular de imunobiológicos é uma das principais garantias para a prevenção e tratamento de doenças imunopreveníveis. Todas as vacinas recomendadas nos calendários oficiais, além de imunobiológicos especiais de alto custo financeiro, para grupos em

situação de maior risco, são adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS), por diferentes mecanismos. Uma das estratégias utilizadas é o estímulo à produção por laboratórios públicos nacionais, seja pelo desenvolvimento autônomo, ou por incorporação de tecnologia de empresas estrangeiras. Esta estratégia tem como base o investimento na infraestrutura, estabelecimento de boas práticas de produção, aperfeiçoamento no sistema sanitário de regulação, custeio de pesquisas e estabelecimento de rede de ensaios clínicos de vacinas. Produtos não fornecidos por estes laboratórios podem ser adquiridos de laboratórios privados por compra direta ou por meio do Fundo Rotatório da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

A autossuficiência é um fator importante para evitar desabastecimento e comprometimento das coberturas vacinais. O investimento na aquisição dos produtos é marcadamente crescente: 95 milhões em 1995 para 4 bilhões em 2018, ampliando volume de doses ou acrescentando novas vacinas, sempre obedecendo critérios bem estabelecidos pelo PNI. Desde 2012, a aquisição de imunobiológicos é obrigação do MS garantida por lei, não sendo objeto de limitação de empenho.

Mas, este esforço na ampliação da oferta de imunobiológicos não seria completo se não houvesse um rígido controle de qualidade, realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) da Fiocruz para todos os produtos. As análises de qualidade são consonantes com a legislação sanitária brasileira e padrões internacionais, garantido uma oferta de produtos de segurança e qualidade.

Para que se mantenha como um programa que utilize as tecnologias mais eficazes e seguras, o PNI desenvolve mecanismos de articulação inter e intrainstitucional. As decisões técnico operacionais têm a participação dos coordenadores estaduais. Além desta articulação interfederativa, o PNI conta com um Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), constituído por especialistas das áreas de epidemiologia, imunizações e representações de sociedades científicas, que discutem e apoiam cientificamente novas inclusões, alterações programáticas e inovações. Neste comitê há representações do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Este modelo permite que as recomendações relacionadas às ações programáticas do PNI sejam incorporadas com elevado grau de aceitação pelos diferentes níveis hierárquicos de gestão pública e pela sociedade científica.

Ainda em relação à articulação interfederativa o PNI propõe, coordena e monitora, no seu âmbito de gestão, as metas e indicadores que são utilizados nos processos e instrumentos de pactuação entre os diferentes entes federados.

Para assegurar adequadas coberturas vacinais é necessária uma boa adesão das populações alvo, valendo-se dos mecanismos mais eficientes de comunicação social. A prática de campanhas preventivas, com o personagem Zé Gotinha, originário do Programa de Erradicação da Poliomielite da década de 80, foi se consolidando, com a ampliação dos outros grupos populacionais, e transformando o personagem, na família Gotinha.

Esse conjunto de iniciativas tem representado em números absolutos: cerca de 100 milhões de doses de vacinas aplicadas anualmente na rotina para todas as faixas etárias; cerca de 50 milhões de doses de vacina influenza administradas anualmente nas campanhas para grupos prioritários de maior risco, sendo que somente na campanha de vacinação realizada durante a pandemia de influenza H1N1 em 2010, foram administradas 89 milhões de doses da vacina; na campanha de vacinação para Rubéola em 2008, foram administradas mais de 60 milhões de doses, atingindo 94% de cobertura da população alvo; nas campanhas de seguimento para sarampo, realizadas periodicamente, foram administradas de mais de 25 milhões de doses nos anos de 2011 e 2014; mais de 105 milhões de terceiras doses de vacina contra hepatite B administradas entre 1994 e 2015; na campanha de vacinação contra a febre amarela realizada em 2017, se alcançou mais de 17 milhões de pessoas nas áreas de risco.

O sucesso do programa nacional de imunização pode ser verificado também pelo aumento das coberturas vacinais em todas as unidades federativas, resultando em redução de várias doenças imunopreveníveis nas últimas três décadas.

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 da difteria, coqueluche e tétano neonatal e acidental. A introdução da vacina conjugada contra o *H. influenzae* B no final da década de 90 resultou na redução de casos de meningites por

esse agente. A manutenção da eliminação da transmissão do vírus selvagem da poliomielite alcançada em 1989 foi um dos marcos do PNI, que se deu por meio da vacinação de rotina e das campanhas nacionais de vacinação. A estratégia para eliminação do sarampo e da rubéola adotada na década passada logrou a interrupção da circulação autóctone do vírus do

sarampo e da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Mesmo com as vacinas introduzidas mais recentemente, como as vacinas contra meningococo C, pneumococo e rotavírus já se tem evidências científicas de redução de casos graves de doenças causadas por esses agentes em crianças.

Desafios e recomendações

Entretanto, o PNI enfrenta hoje uma série de desafios que requerem reflexão, identificação e adoção das estratégias mais apropriadas para os novos cenários. Um dos pontos críticos do Programa, é a queda recente nos índices de cobertura, que pode implicar no retorno de doenças já eliminadas ou sob controle.

Alguns fatores têm sido elencados por especialistas para explicar este quadro, tais como (a) a constatação de que a população deixou de conviver com muitas doenças imunopreveníveis, como ocorria em passado não muito distante, podendo deixar de valorizar a vacinação precoce e rotineira como ferramenta importante da manutenção da situação epidemiológica atual; (b) a priorização dos eventos de saúde agudos de natureza não infecciosa, não privilegiam a continuidade do cuidado e mantêm reduzido ou inexistente o tempo de atendimento ao cidadão que permita abordar medidas de prevenção e promoção de saúde; (c) a deficiência de informações sobre segurança e benefícios das vacinas, favorecendo a veiculação de informações superficiais, falsas ou excessivas, induzindo temor a efeitos colaterais ou descrença nos efeitos positivos da vacinação; (d) a insufi-

ciente oferta da vacinação em situações extramurais, como nas escolas e locais de trabalho; (e) a convivência de dois sistemas de informação, sendo um que registra as doses aplicadas e outro que registra crianças vacinadas, ao passo que as mudanças no sistema de informação do PNI, desenvolvido para registrar nominalmente cada pessoa imunizada e oferecer maiores recursos para monitoramento das coberturas vacinais, ainda sofre moroso processo de implementação nas municipalidades.

Cabe ainda mencionar que desde 2016, o PNI tem sido afetado por uma série de descontinuidade ou atraso no recebimento pelos laboratórios produtores dos imunobiológicos. Este problema tem contribuído para a redução das coberturas vacinais, em nível coletivo, e diminuição da proteção imunológica individual, como também afeta a própria credibilidade do programa.

São também desafios importantes:

- A homogeneidade de coberturas vacinais. Para se alcançar e manter um impacto nas doenças é necessário que todos os muni-

cípios alcancem coberturas vacinais ideais para todas as vacinas incluídas no calendário. Problemas na homogeneidade de coberturas podem ser evidenciados pelo fato de que um baixo percentual dos municípios apresentou cobertura maior ou igual a 95% para vacinas, como a pneumocócica (49%), poliomielite (33%) e pentavalente (28%) em 2017.

- A necessidade de melhoria na gestão do programa como, por exemplo, a reestruturação da rede de frios para acondicionar adequadamente o volume de produtos, evitando perdas de vacinas.
- A gestão adequada de recursos humanos, 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;
- Enfrentamento e superação do crônico subfinanciamento do SUS, que tende a se agravar pela Emenda Constitucional no. 95, de 2016, que estabelece o congelamento dos gastos públicos por 20 anos. Este problema pode agravar mais ainda a sobrecarga das esferas estadual e, principalmente municipal, no custeio das ações, inclusive aquelas relativas ao PNI.

Atualmente, pode já estar sendo observado um efeito desses problemas, como é o surto de sarampo, que teve início em estados da região Norte do país, com presença de casos desde finais de 2017 no estado Roraima. Inicialmente, estes casos eram procedentes de Venezuela, que ao chegarem ao Brasil encontravam uma parcela da população susceptível permitindo o desenvolvimento de casos autóctones

que se estende para outros estados do país. Atualmente o surto já afeta outros estados, inclusive na região sudeste do país. Entretanto, devemos recordar que em passado recente o país já enfrentou um surto de sarampo, embora em menor dimensão, na região Nordeste, atingindo os estados de Pernambuco e Ceará. As lições aprendidas nesses surtos certamente contribuirão para o controle da presente epidemia.

A despeito de todos esses problemas a percepção do usuário do PNI é positiva. Pesquisa de opinião dos brasileiros sobre saúde aponta, dentre os domicílios em que residem crianças até 6 anos de idade, que mais de 85% considera fácil o acesso às vacinas e 92% utilizaram serviços públicos. Outra evidência da percepção positiva é a resposta da população em situações de risco, como por exemplo, na pandemia de influenza e na epidemia de febre amarela. A campanha da febre amarela, realizada em 2017, tendo em vista a circulação do vírus em áreas anteriormente sem recomendação da vacina, exigiu a adoção de estratégias diferenciadas, inclusive com a utilização de dose fracionada em municípios da região Sudeste, pela primeira vez no país.

É necessário, mais do que nunca, conservar e resgatar os resultados positivos alcançados pelo Programa, identificando as suas fragilidades e ameaças. O sucesso do programa favoreceu a redução das desigualdades sociais uma vez que permitiu o acesso de toda a população à maior gama de imunobiológicos ofertados por um programa público. Tal fato tem resultado na redução de doenças que impactam 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 as crianças mais pobres.

Portanto, a manutenção e ampliação dos avanços alcançados pelo PNI constituem em impor-

tante estratégia para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Não somente porque o impacto das ações de imunização do Programa contribui para atingir metas específicas deste compromisso internacional, mas em especial, porque na sua trajetória o PNI sempre buscou, e certamente continuará buscando, não deixar ninguém para trás.

