



DOCUMENTO DE PROPOSTAS

Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil

agenda
mais



SUS

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

Ficha Técnica

O que é a Agenda Mais SUS?

A “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil” é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umane que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir de diagnósticos e propostas concretas para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Realização: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umane

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago - *Diretor Executivo*

Rudi Rocha - *Diretor de Pesquisa*

Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*

Umane

Thaís Junqueira - *Superintendente Geral*

Evelyn Santos - *Coordenadora de Projetos*

Elaboração:

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*

Agatha Eleone - *Pesquisadora de Políticas Públicas*

Dayana Rosa - *Pesquisadora de Políticas Públicas*

Manuel Faria - *Analista de Políticas Públicas*

Rebeca Freitas - *Coordenadora de Advocacy e Relações Governamentais*

Renato Tasca - *Consultor*

Apoio temático (Saúde Mental):

Instituto Cactus

Maria Fernanda Quartiero - *Diretora Presidente*

Luciana Barrancos - *Gerente Geral Executiva*

Organizações apoiadoras da Agenda Mais SUS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP)

Impulso Gov

Instituto República

Instituto Veredas

Rede de Ação Política pela Sustentabilidade (RAPS)

Vital Strategies

Revisão e apoio técnico

Beatriz Almeida - *Assistente de Políticas Públicas*

Beatriz Rache - *Pesquisadora de Economia da Saúde*

Danilo Castro - *Consultor de comunicação*

Helena Ciorra - *Analista Administrativo*

Maria Cristina Franceschini - *Coordenadora de Gestão*

Maria Letícia Machado - *Gerente de Programa*

Matías Mrejen - *Pesquisador de Economia da Saúde*

Sara Tavares - *Pesquisadora de Políticas Públicas*

Victor Nobre - *Estagiário de Políticas Públicas*

Coordenação-Geral do Projeto

Rebeca Freitas - *Coordenadora de Advocacy e Relações Governamentais*

Comunicação e Design

Danilo Castro - *Consultor de Comunicação*

Estúdio Massa - *Diagramação*

Especialistas consultados(as) para a elaboração de propostas

Adriano Massuda	Luana Araújo
Ana Luiza D'Ávila	Márcia Castro
Beatriz Rache	Marco Akerman
Beatriz Tess	Mário Dal Poz
Chenya Coutinho	Matías Mrejen
Daniel Elia	Renilson Rehen
Gabriela Lotta	Ricardo de Oliveira
Giovanni Salum	Roberto Tykanori
Guilherme Werneck	Rudi Rocha
Heider Pinto	Zeliete Zambon
Isabella Koster	

Agradecimentos

Agradecemos aos(as) especialistas e organizações que participaram do processo de elaboração da Agenda Mais SUS e que foram imprescindíveis para que o projeto ganhasse vida. Agradecemos também, em especial, à toda equipe IEPS e aos comentários de Miguel Lago, Rudi Rocha, Fernando Aith, Evelyn Santos e Luciana Barrancos.

Observação: Estão listados apenas os(as) especialistas e organizações que autorizaram serem mencionados. O apoio das organizações e contribuição técnica dos especialistas não implica endosso à Agenda Mais SUS em sua totalidade de propostas e mensagens. O IEPS é integralmente responsável pelo conteúdo do documento.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais:

www.agendamaissus.org.br

www.ieps.org.br

Informações:

contato@ieps.org.br

+55 (11) 4550-2556

Realização:



UMANE

Apoio Temático:

CACTUS
INSTITUTO

Organizações Apoiadoras:



impulsogov



República.org



Índice

5 Sumário Executivo

7 Introdução à Agenda Mais SUS

8 Princípios norteadores

9 Visão Mais SUS: Onde estamos hoje?

10 O alcance do Sistema Único de Saúde

11 Desafios para a ampliação e aprofundamento da qualidade dos serviços do SUS

11 — Crescimento da tensão entre necessidades financeiras e sustentabilidade do SUS

13 — A Atenção Primária como estratégia de organização do sistema

15 — Saúde Mental é um determinante negligenciado da qualidade de vida

15 — Legado da pandemia e crescimento da demanda por saúde

17 Mais SUS na Prática: Seis Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil

18 Caminho 1: Ampliar recursos e orientar o financiamento para induzir a universalização do SUS

21 Caminho 2: Fortalecer a Atenção Primária para garantir um SUS universal, eficiente e de qualidade

25 Caminho 3: Inovar em mecanismos de governança regional do SUS

29 Caminho 4: Garantir a disponibilidade e efetividade de Recursos Humanos no SUS

34 Caminho 5: Valorizar e promover Saúde Mental

40 Caminho 6: Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública

47 Considerações finais

49 Referências

Lista de Abreviaturas

<u>ACS</u> - Agentes Comunitários de Saúde	<u>NASF</u> - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
<u>APS</u> - Atenção Primária à Saúde	<u>OCDE</u> - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
<u>ASPS</u> - Ações e Serviços Públicos em Saúde	<u>ODS</u> - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<u>CAPS</u> - Centro de Atenção Psicossocial	<u>OMS</u> - Organização Mundial da Saúde
<u>CEIS</u> - Complexo Econômico-Industrial da Saúde	<u>ONU</u> - Organização das Nações Unidas
<u>CGMAD</u> - Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	<u>OPAS</u> - Organização Pan-Americana da Saúde
<u>CIE</u> - Centro de Inteligência Epidemiológica	<u>OS</u> - Organização Social
<u>CIEVS</u> - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde	<u>OSC</u> - Organizações da Sociedade Civil
<u>CIT</u> - Comissão Intergestores Tripartite	<u>PIB</u> - Produto Interno Bruto
<u>CNES</u> - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	<u>PNASH</u> - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos
<u>CNS</u> - Conselho Nacional de Saúde	<u>PNEPS</u> - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<u>COR</u> - Centro de Operações do Rio	<u>PVC</u> - Programa de Volta para Casa
<u>CSP</u> - Conferência Sanitária Pan-Americana	<u>RAG</u> - Relatórios de Gestão dos Municípios
<u>CT</u> - Comunidades Terapêuticas	<u>RAPS</u> - Rede de Atenção Psicossocial
<u>EPI</u> - Equipamento de Proteção Individual	<u>RH</u> - Recursos Humanos
<u>ESD 28</u> - Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028	<u>SAMU</u> - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<u>ESF</u> - Estratégia Saúde da Família	<u>SES</u> - Secretaria Estadual de Saúde
<u>HIV</u> - Vírus da Imunodeficiência Humana	<u>SIA-SUS</u> - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
<u>IEPS</u> - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde	<u>SRT</u> - Serviços Residenciais Terapêuticos
<u>IMA-RH</u> - Inteligência, Monitoramento e Avaliação dos Recursos Humanos	<u>SUS</u> - Sistema Único de Saúde
<u>LGPD</u> - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais	<u>SVS</u> - Secretaria de Vigilância em Saúde
<u>MS</u> - Ministério da Saúde	<u>UTI</u> - Unidade de Terapia Intensiva

Sumário Executivo

A Agenda Mais SUS é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umané que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir de propostas concretas para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Este documento apresenta as propostas da Agenda para garantir uma melhora do bem-estar de todos os brasileiros e brasileiras através de uma expansão qualitativa e quantitativa do SUS. As proposições foram formuladas e priorizadas a partir dos principais achados da coletânea “Mais SUS em Evidências”¹ em conjunto com organizações parceiras², especialistas em saúde pública e gestores públicos, atendendo a critérios de viabilidade técnica e política, bem como uma base de princípios norteadores.

Esses achados foram sintetizados em quatro desafios: i) o crescimento da tensão entre necessidades financeiras e sustentabilidade do SUS, frente ao baixo nível de gasto público na saúde; ii) o sucesso da expansão da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária e a estagnação desse processo em anos recentes; iii) a piora da saúde mental dos brasileiros e brasileiras nos últimos anos, simultânea à uma desconfiguração gradual das principais políticas públicas de acolhimento e tratamento, e; iv) o legado de procedimentos represados durante a pandemia, que elevará a demanda por saúde nos próximos anos e pressionará o SUS por mais financiamento e uma organização mais eficiente.

A Agenda Mais SUS organiza propostas em seis caminhos que o Estado brasileiro deverá percorrer, já no curto prazo, para superar tais desafios e assegurar um acesso à saúde de qualidade e equitativo, de forma eficiente. São eles:

- 1. Ampliar recursos e orientar o financiamento para induzir a universalização do SUS:** elevar o gasto público em saúde de 3,96% para 5% do PIB até 2026 e 6% até 2030, reformular o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde e instituir uma nova instância de financiamento regional.
- 2. Expandir a Atenção Primária com qualidade, para garantir um SUS universal, eficiente e resolutivo:** ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) até 100% da população, considerando a conversão de modelos tradicionais para ESF e garantindo completude das equipes; inovar no modelo assistencial da APS com foco no enfrentamento a doenças crônicas não transmissíveis, considerando a incorporação de ferramentas de saúde digital.

1. Os cinco volumes da coletânea “Mais SUS em Evidências” estão disponíveis em: www.agendamaissus.org.br.

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP); Impulso Gov; Instituto República; Instituto Veredas; Rede de Ação Política pela Sustentabilidade (RAPPS); Vital Strategies.

3. **Fortalecer os mecanismos de governança regional do SUS:** iniciativas para um progressivo aprimoramento da gestão regional, incluindo a ampliação de investimentos para reduzir as disparidades na dotação de serviços de saúde das regiões; desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, e; avaliação técnica e contínua das modalidades de organização regional.
4. **Garantir a disponibilidade e efetividade de Recursos Humanos no SUS:** criar uma unidade de inteligência, monitoramento e avaliação de recursos humanos no Ministério da Saúde; reformular a regulação do ensino em saúde; reestruturar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); implementar estratégias complementares para induzir interiorização profissional, e; construir agenda para expansão da atuação multiprofissional e ampliação do escopo de práticas da enfermagem.
5. **Valorizar e promover Saúde Mental:** monitorar e fiscalizar as políticas públicas de saúde mental, aprimorar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promover estratégias para capacitação e valorização dos profissionais que interagem com pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e recuperar estratégias e diretrizes de resgate e avanço da Reforma Psiquiátrica.
6. **Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública:** formalizar uma estrutura de governança técnica e qualificada que centralize funções relacionadas a emergências sanitárias; desenvolver instrumentos de planejamento e normativos, e uma estratégia nacional de comunicação, que sejam transparentes e baseados em evidências, e; implementar estratégias de reconhecimento e incentivo aos trabalhadores da saúde.

Espera-se que as propostas contribuam para qualificar o debate público durante as eleições de 2022, garantindo aderência às reais necessidades da população e do Sistema Único de Saúde, e que os caminhos apresentados sejam trilhados a partir dos esforços dos gestores públicos do Executivo e Legislativo Federal nos próximos quatro anos. A Agenda Mais SUS simboliza o compromisso do IEPS em apoiá-los.

Introdução à Agenda Mais SUS

Ainda vivendo o maior colapso de sua história, o sistema de saúde brasileiro se vê diante da necessidade de se preparar para um futuro desafiador. A pandemia de covid-19 mostrou à toda população que ela tem motivos para se orgulhar do SUS, mas mostrou também que é fundamental aprimorá-lo. É chegada a hora de fortalecer o sistema para enfrentar os inúmeros desafios de saúde que nos esperam: das emergências sanitárias às doenças crônicas, passando por tudo aquilo que nos impede de viver mais e melhor.

Diante de um horizonte nada promissor, a nossa visão é a de que podemos e devemos ir além. Por ocasião das eleições que se aproximam, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), com o apoio de uma extensa rede de pesquisadores, gestores e especialistas em saúde, se dedicou a construir este documento.

A Agenda Mais SUS apresenta **propostas para o Sistema Único de Saúde a partir de um amplo diagnóstico das condições e resultados de saúde do país³ e das recomendações de especialistas para os principais desafios do sistema.**

As propostas da Agenda são tecnicamente corretas, politicamente viáveis e administrativamente factíveis. As recomendações foram desenhadas a partir da evidência científica disponível, e identificam o que as lideranças políticas e a próxima gestão do Governo Federal podem e devem fazer para garantir o direito à saúde de todos e todas.

3. A coletânea “Mais SUS em Evidências” consiste em cinco volumes de diagnósticos, nos seguintes temas: i) Gestão e Financiamento do SUS; ii) Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia no SUS; iii) Atenção Primária à Saúde; iv) Determinantes Sociais da Saúde; v) Saúde Mental.

Princípios

A Agenda Mais SUS está estruturada sobre seis princípios. São eles:

1

Saúde como um Direito Fundamental: A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde no Brasil como um direito de todos os cidadãos. O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, é a materialização desse direito. Assim, sua expansão, fortalecimento e atuação intersetorial, conforme as diretrizes constitucionais, representam o objetivo final de todas as propostas da Agenda.

2

Orientação pelos princípios do SUS para concretizar o direito à saúde: As propostas estão em consonância com os princípios normativos - universalização, equidade e integralidade - e organizativos - regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; participação popular - do SUS.

3

Saúde enquanto dever do Estado: É de responsabilidade do Estado o controle, o financiamento e a gestão do Sistema de Saúde, que se caracteriza como um serviço nacional universal e financiado por impostos. Aprimorar esse modelo significa estender o direito à saúde para todas as pessoas, englobando promoção, proteção e recuperação da saúde.

4

Equilíbrio entre equidade e eficiência: O Direito à Saúde se efetiva pelas escolhas que o Poder Público realiza com os recursos disponíveis. É fundamental que tais escolhas levem em conta os princípios da equidade e da eficiência. No nível da equidade, isso significa a busca para que todo cidadão brasileiro tenha acesso aos mesmos direitos. No nível da eficiência, garantir que a oferta, bem como as estratégias de organização do sistema sejam aquelas mais custo-efetivas, de acordo com as evidências científicas disponíveis.

5

Considerar os Determinantes Sociais da Saúde para reduzir as desigualdades: Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e ampliar iniquidades. No Brasil, isso implica olhar para determinantes sociais como segurança alimentar, habitação, educação, emprego e renda e também para as especificidades dos mais vulneráveis: negros⁴, mulheres, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais e em situação de rua.

6

Participação social e transparência para exercício de cidadania e democracia: Uma agenda de governo aberto deve agregar à participação social o acesso à informação, transparência e colaboração com a sociedade civil.

4. Especificamente sobre a população negra, esta representa 50,7% do total populacional geral e compõe 67% do total de atendidos exclusivamente pelo SUS. Embora representem a maioria da população e dos usuários do SUS, as pessoas negras apresentam índices de saúde piores quando comparadas às brancas. Ver mais em: Brasil, 2017. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.



Visão Mais SUS: Onde estamos hoje?

Visão Mais SUS: Onde estamos hoje?

Esta seção discute o desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e a conjuntura atual, trazendo uma visão geral dos principais desafios abordados pela Agenda.

Para conhecer uma versão completa da visão Mais SUS sobre o sistema de saúde brasileiro, acesse os diagnósticos disponíveis no endereço eletrônico: www.agendamaissus.org.br.

O alcance do Sistema Único de Saúde

O grande marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. A Conferência inaugurou um processo de participação da sociedade civil na decisão sobre as políticas de saúde do país, e seu relatório subsidiou o capítulo referente à Saúde na Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito universal da população brasileira.

Os princípios definidos na Constituição se materializaram em 1990 com a criação do SUS. Com sucessos e retrocessos, o SUS garantiu a expansão do acesso aos serviços, melhora dos resultados e maior equidade em saúde no Brasil⁵. Desde sua implementação, o Brasil melhorou substancialmente indicadores de expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, mortes evitáveis, desigualdade racial em mortes e imunizações⁶.

O real alcance do SUS transborda a oferta de serviços de saúde médico-paciente. O SUS atua no cotidiano de toda população promovendo saúde e inclusão social. Seja através de vigilância sanitária em lojas, restaurantes, academias, na garantia de ambulâncias do SAMU para acidentes e emergências, oferta de medicamentos, controle da qualidade da água potável, doação de sangue, órgãos e leite materno, ou até mesmo na regulação e apoio aos serviços oferecidos pelo setor de saúde privados, todos os brasileiros e brasileiras se utilizam e beneficiam do Sistema Único de Saúde.

Esse cenário posiciona o SUS como uma das maiores políticas de redistribuição de renda e enfrentamento às desigualdades no Brasil e no mundo, e que forma a base do sistema de saúde brasileiro. No entanto, seu sucesso e importância não vieram sem desafios. O SUS tem como um gargalo histórico de sua expansão a capacidade de financiamento, e as tendências epidemiológicas e o envelhecimento da população indicam que as demandas por saúde continuarão crescendo no país.

5. Rocha e Soares, 2010; Barreto et al., 2011; Boing et al., 2012; Castro et al., 2019.

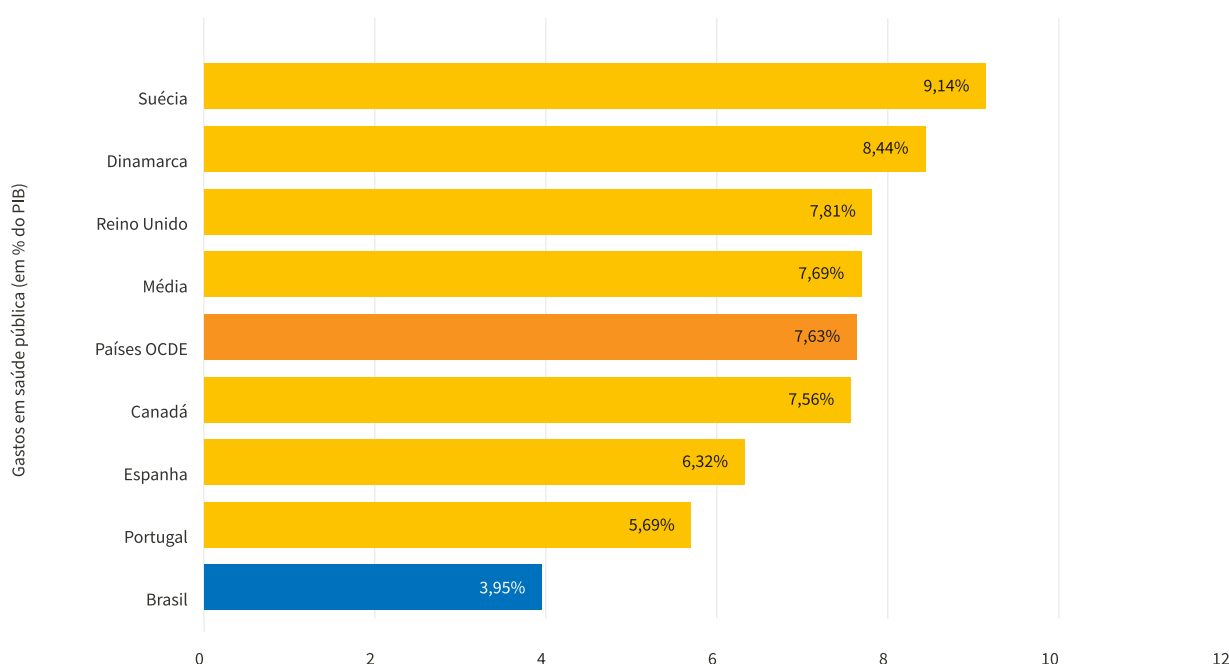
6. Bhalotra et al., 2020; Rasella et al., 2014; Hone et al., 2017; Mrejen et al., 2021

Desafios para a ampliação e aprofundamento da qualidade dos serviços do SUS

Crescimento da tensão entre necessidades financeiras e sustentabilidade do SUS

Nos últimos 10 anos, o gasto total com saúde no Brasil cresceu marginalmente em relação ao PIB, alcançando cerca de 9,51% em 2018⁷. No entanto, a parcela de gasto destinado ao sistema público ainda é baixa. Em 2018, somente 3,96% do PIB foram de fato gastos do governo no SUS, ao passo que os restantes 58%, ou 5,55% do PIB, foram gastos privados das famílias brasileiras.

Gráfico 1 - O Brasil investe pouco em saúde pública quando comparado a países da OCDE e outros com sistemas de saúde universal



Fonte: World Bank Database, 2022. Nota: Dados relativos a 2017, devido à disponibilidade de dados internacionais.

A arrecadação de impostos é a principal fonte de financiamento da saúde na maior parte dos países do mundo, independente do modelo de provisão tender mais ao setor público ou privado. Rocha et al. (2021) mostram que em países desenvolvidos o gasto público tende a ser até três vezes maior que o gasto privado, enquanto que em países mais pobres, com menor renda e capacidade de atuação do Estado, essa razão cai para duas vezes.

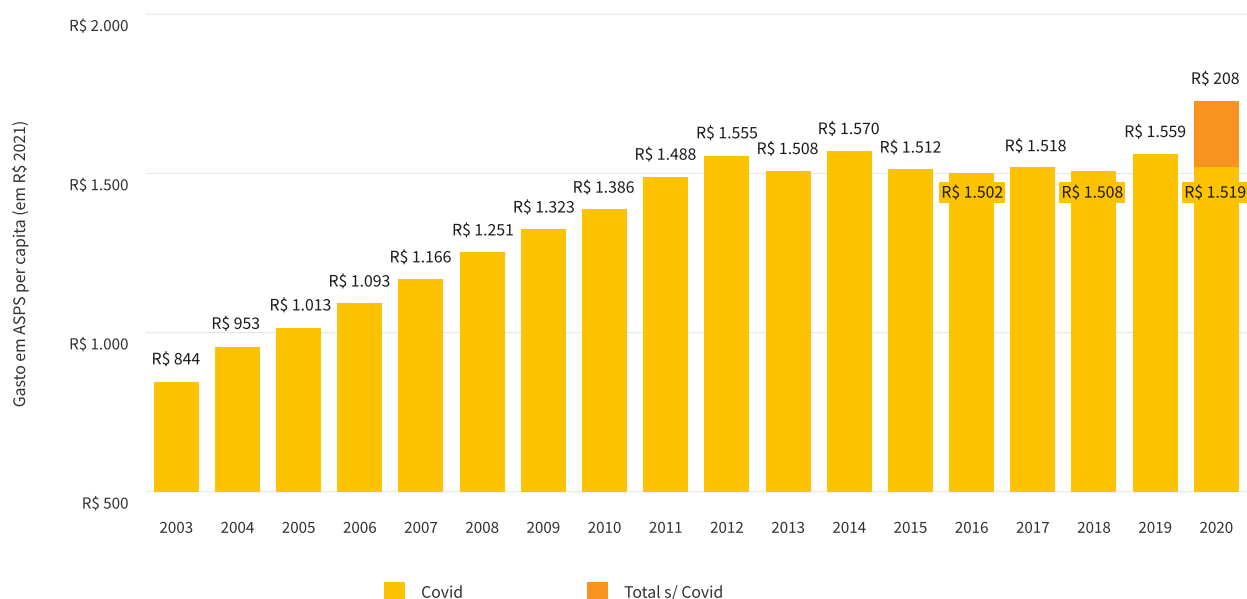
O financiamento da saúde no Brasil é uma exceção preocupante. No país, a parcela de gasto público não alcança nem metade do financiamento total da saúde, e não há nenhuma tendência expressiva de aumento em proporção ao PIB.

Em termos absolutos, entre 2003 e 2020, o gasto total per capita em Ações e Serviços Públicos em

7. Word Bank Data, 2022.

Saúde (ASPS)⁸ no Brasil praticamente duplicou em termos reais, alcançando R\$ 1.726 por pessoa, contabilizando os recursos destinados ao combate à covid-19. Desconsiderando os últimos, a variação foi menor, mas ainda significativa, cerca de 80%, alcançando o montante per capita de R\$ 1.518. Desde 2012, no entanto, os gastos com saúde da União estão estagnados.

Gráfico 2 - Em termos absolutos o orçamento da saúde cresceu até 2012, mas desde então está estagnado



Fonte: Portal do Orçamento SIOS para os valores executados em ASPS pela União a partir de 2012, SIOPS para os indicadores municipais e estaduais: D.R.Próprios em Saúde/Hab e Tesouro Transparente para os gastos da União em saúde com combate à COVID-19. Nota 1) Valores reais de 2021 corrigidos pelo IPCA. Nota 2) Os dados de valores gastos em ASPS pela União de 2003 até 2012 foram retirados de Piola; de Sá e Benevides; Vieira (2018). Nota 3) Dados do Tesouro Transparente, disponíveis em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>.

Esse cenário é preocupante não só em sua dimensão de nível, visto que o Brasil investe significativamente menos do que países que se propõem a ter um sistema de saúde universal, mas também em sua tendência, dado que mudanças demográficas e epidemiológicas farão com que as demandas por serviço de saúde cresçam no médio e longo prazo. Somente frente ao envelhecimento da população, o gasto em saúde pública para cobrir as necessidades totais de financiamento do SUS deve alcançar valores na ordem de 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB) até 2030⁹.

Seguindo essa tendência, a tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema de saúde pública no Brasil crescerá nos próximos anos. Se, de um lado, as projeções indicam que o financiamento da saúde demandará cada vez mais recursos, não ape-

8. A Aplicação Mínima em Recursos em Saúde refere-se à comprovação de que o ente federativo aplicou o percentual mínimo anual de sua receita em ações e serviços públicos de saúde, em atendimento ao disposto no art. 198, § 2º da Constituição Federal, no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), nos arts 6º e 7º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e no artigo 25, § 1º, inciso IV, alínea “b” da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

9. Rocha et al, 2021

nas em termos absolutos, mas como proporção do PIB, de outro, o aumento das restrições para a expansão do gasto federal tornam esse um dos desafios mais relevantes para a saúde no curto, médio e longo prazo.

A Atenção Primária como estratégia de organização do sistema

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização de sistemas de saúde materializada na acessibilidade de primeiro atendimento, promoção da saúde, cuidados preventivos, na continuidade do cuidado no tempo e nas relações estabelecidas com as famílias, comunidades e contextos culturais. A APS cobre a maior parte das demandas de saúde da população e também desempenha papel fundamental como porta de entrada no sistema.

Existe um consenso na literatura acadêmica de que sistemas de saúde ordenados pela APS são resolutivos, eficientes e eficazes. Esses possuem maior sustentabilidade financeira e funcional no longo prazo e também contribuem de forma mais efetiva para tornar a população mais saudável¹⁰. Além disso, os países que têm os serviços de saúde organizados dessa forma, alcançam melhores e mais equitativos resultados de saúde da população¹¹. Ainda, os sistemas de saúde que envolveram de forma relevante a APS no enfrentamento da pandemia foram mais resilientes na capacidade de resposta¹².

O Brasil desenvolveu um dos mais inovadores e bem sucedidos modelos de APS do mundo. O país tem evoluído continuamente desde os anos 1990, com destaque à Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo impacto positivo tem sido apontado sistematicamente na literatura. Estudos que avaliaram os impactos do programa mostram que este é custo efetivo¹³.

Rocha e Soares (2010) e Bhalotra et al. (2020) revelam que a expansão da ESF está associada com reduções significativas em mortalidade infantil e mortalidade materna. Rasella et al. (2014) também avaliaram um impacto positivo na redução de mortalidade por doenças cardiovasculares e Hone et al. (2017) demonstram existir o mesmo efeito sobre um conjunto amplo de mortes evitáveis. Adicionalmente, Rocha e Soares (2010) e Hone et al. (2017b) mostram que o programa foi vetor da redução de desigualdades no acesso à saúde no Brasil e Mrejen et al. (2021) revelam que a transição de outros modelos de Atenção Primária para Saúde da Família também levou à redução de mortalidade e hospitalizações por diversas doenças.

Desde 1998, o Governo Federal investiu na ampliação da ESF, incentivando, inclusive, que municípios migrassem equipes já implantadas em modelos tradicionais para o modelo ESF. A partir deste movimento, a cobertura da ESF cresceu expressivamente, alcançando em 2021 dois em cada três brasileiros (66% da população brasileira), se configurando como um dos maiores programas de Atenção Primária à Saúde do mundo.

10. Starfield, 2002; Mendes, 2019.

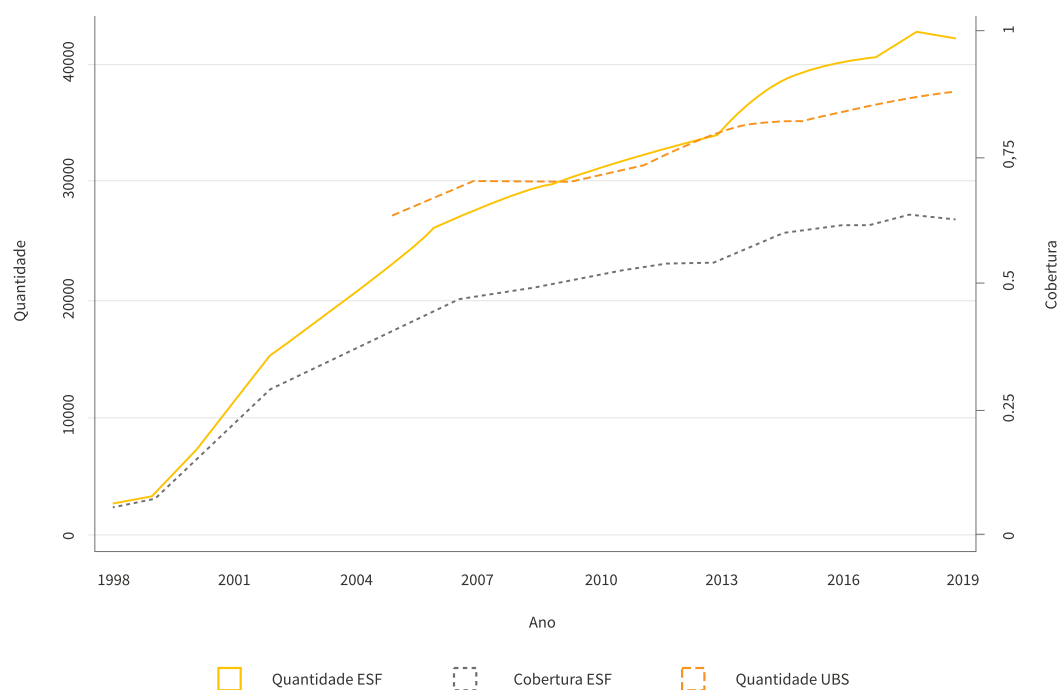
11. Starfield et al., 2005.

12. Haldane et al., 2021.

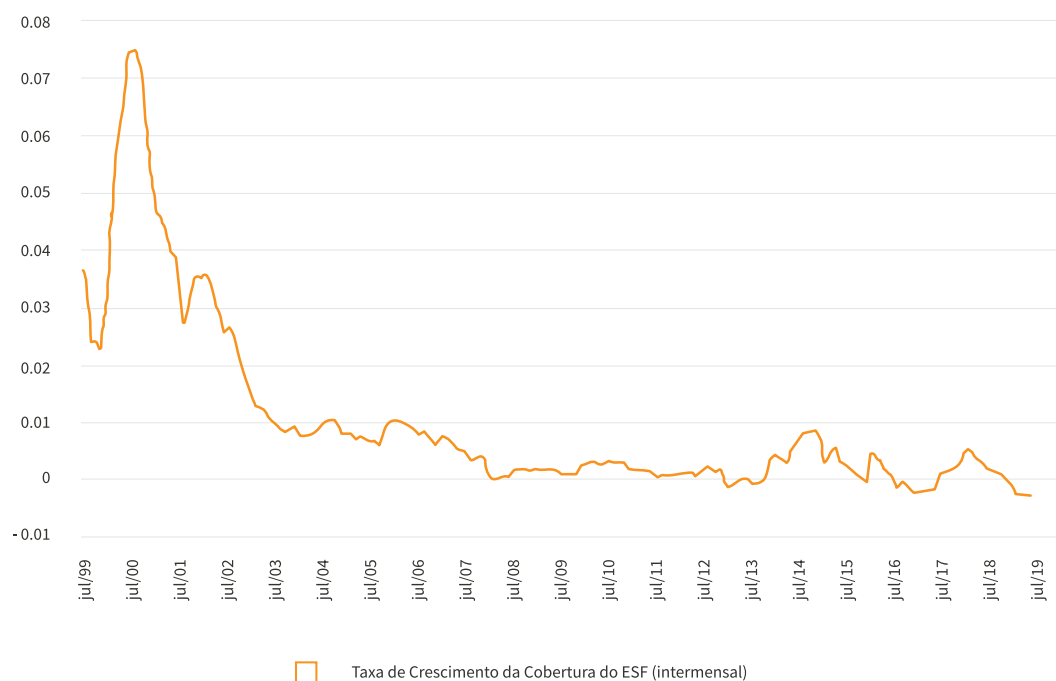
13. Além dos citados, Castro et al., 2019; Aquino et al., 2009; Harris, 2014; Macinko et al., 2006; Santos et al., 2018; Guanais, 2015 também evidenciam o sucesso da Estratégia de Saúde da Família.

Gráficos 3 e 4 - Expansão da Estratégia de Saúde da Família e desaceleração recente

Número de Equipes e Cobertura do ESF



Taxa Mensal de Crescimento da Cobertura do ESF



Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (SAPS/MS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/Datasus) e IBGE. Reprodução de Rocha et al, 2020.

No entanto, a expansão da Atenção Primária como um todo parece ter estagnado na última década¹⁴. Persiste também o desafio de integração da APS e a atenção especializada em nível regional. Hoje, estima-se que 65 milhões de pessoas ainda não estão cobertas por qualquer modelo de Atenção Primária. E de forma mais preocupante, cerca de 72 milhões não estão cobertas pela ESF¹⁵.

Saúde Mental é um determinante negligenciado da qualidade de vida

Durante a pandemia de covid-19 a saúde mental dos brasileiros e brasileiras piorou. O isolamento social, que na área da saúde mental representa uma contraindicação, passou a ser recomendado para a segurança sanitária da sociedade, e outros desdobramentos da pandemia, como emprego e moradia, também influenciaram a piora. Nos momentos críticos da pandemia, os benefícios de auxílio-doença outorgados pelo INSS por sintomas de ansiedade e depressão aumentaram 25% em 2020, em relação ao ano anterior¹⁶, e os dados da Covitel¹⁷ mostram que, entre o período pré-pandemia e o primeiro trimestre de 2022, houve um aumento de 41% no diagnóstico médico de depressão.

Estima-se que, aproximadamente, 80% dos casos de adoecimentos mentais não são diagnosticados ou tratados adequadamente e, conseqüentemente, muitos dos casos que poderiam ser prevenidos ou recebido intervenções adequadas se agravam e afetam não só o indivíduo, mas todo o seu entorno¹⁸. Simultaneamente, a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) estima que, ao longo da vida, cerca de 50% das pessoas experimentam algum tipo de transtorno mental leve ou moderado, como de humor ou ansiedade, e 5% apresentam transtornos graves.

Promover políticas de saúde mental não é apenas ofertar serviços, mas também é promover qualidade de vida. Uma forma de fazer isso é avançando nas reconhecidas conquistas da Reforma Psiquiátrica, com a humanização do atendimento e cuidado em liberdade¹⁹. A Reforma não foi implementada em sua totalidade, e há pontos que demandam avanço e atualização, os quais a Agenda Mais SUS pretende contribuir.

Legado da pandemia e crescimento da demanda por saúde

A pandemia restringiu o acesso dos brasileiros e brasileiras aos serviços de atenção à saúde. Este fenômeno ocorreu tanto pela alta ocupação de leitos hospitalares quanto pelo receio das pessoas de se deslocarem até os serviços e se contaminarem por covid-19. Como consequência, as filas de pacientes em espera para cirurgias eletivas ou outros procedimentos programáveis continuaram crescendo. O represamento de serviços e procedimentos afeta particularmente algumas categorias, como a das pessoas vivendo com condições crônicas (em tratamentos oncológicos e cardiovasculares, dentre outros) e que dependem da atuação tempestiva dos serviços.

14. Rocha et al., 2020

15. Os dados de população coberta por Atenção Primária são do E-gestor AB, referentes à população adscrita em 2021.

16. Ver mais em Mrejen et al, 2021a.

17. Disponível em: <http://observatoriodaaps.com.br/covitel/>.

18. Instituto Cactus e Veredas, 2021

19. Onocko-Campos, 2019

Além da situação crítica da atenção hospitalar, a redução do acesso aos serviços de Atenção Primária à saúde é também preocupante. Procedimentos de rastreamento massivo, imunizações, consultas de condições crônicas, entre outras áreas, registraram uma significativa redução a partir de março de 2020²⁰. Muitas unidades de saúde em todo o Brasil até hoje não conseguem responder a 100% dos serviços de APS e a crescente “síndrome da covid longa” se soma a outras demandas represadas, para colocar mais pressão sobre os serviços de saúde do SUS. O sistema, que já estava enfraquecido, terá que lidar com um maior volume de cidadãos buscando o sistema de saúde em estágios avançados de condições que necessitavam de diagnósticos precoces²¹.

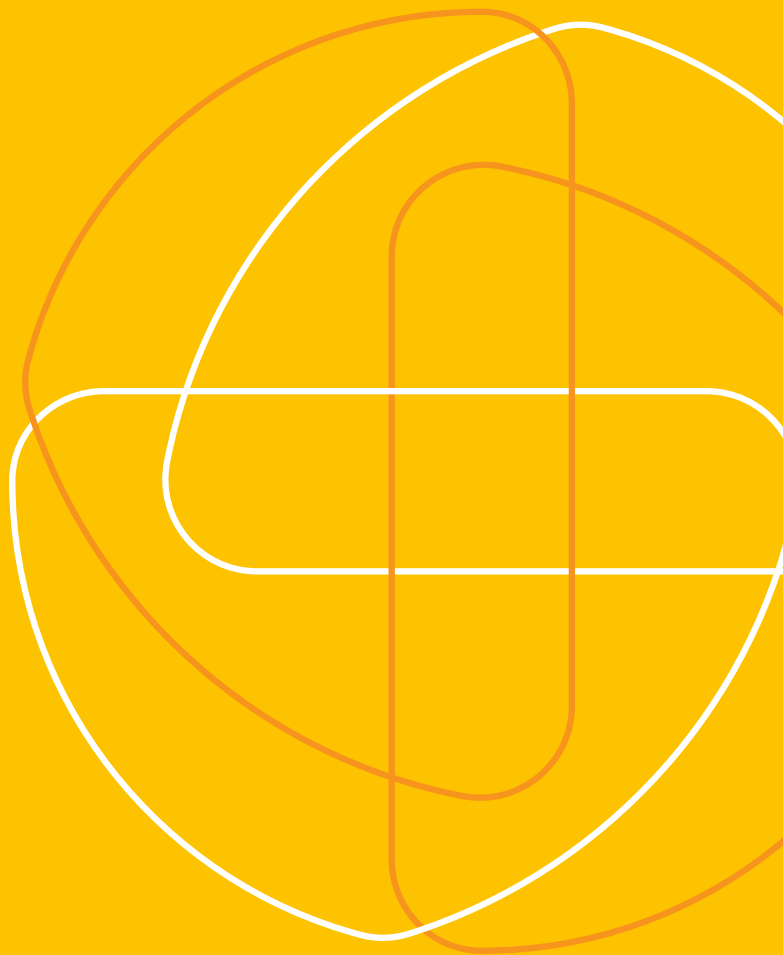
Esta situação requer um urgente planejamento e implementação de políticas capazes de fortalecer os serviços de saúde, de forma a satisfazer o aumento da demanda depois da fase de emergência. No entanto, os recursos alocados à APS para o ano de 2022 são insuficientes²², mesmo com a destinação adicional de recursos para combate à pandemia, penalizando as populações mais vulneráveis e exacerbando ainda mais as desigualdades em saúde no país²³.

20. Rache et al., 2021

21. **1)** Bigoni et al., 2022; **2)** Rache et al., 2021

22. Faria et al., 2021

23. Castro et al., 2019



Mais SUS na Prática: Seis Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil

O SUS provou o seu valor a partir do combate da pandemia de covid-19, mas e agora? Qual o futuro do sistema a partir de 2022? Refletindo os principais desafios mapeados, as recomendações da Agenda Mais SUS se estruturam sobre os seis caminhos que o Brasil precisa percorrer, já no curto prazo, para garantir que os brasileiros e brasileiras vivam mais e melhor. Elas estão baseadas em um amplo diagnóstico da estrutura de funcionamento do sistema de saúde brasileiro, e foram validadas e priorizadas por um conjunto expressivo de especialistas, seguindo critérios de viabilidade técnica, política e financeira.



Caminho 1:

Ampliar recursos e orientar o financiamento para induzir a universalização do SUS

O Brasil gasta 9,2% de seu PIB em saúde, nível em linha com o de países da OCDE. No entanto, a parcela de gasto público de saúde, que corresponde a 3,95% do PIB, está substancialmente abaixo da média da OCDE e de outros países da América do Sul, o que sugere um sistema cronicamente subfinanciado. É preciso gastar mais e melhor em saúde pública, tanto pela natureza progressiva e pelo alto retorno social que decorre de políticas como a Estratégia de Saúde da Família, como pelo crescimento de demandas associadas ao envelhecimento populacional e às variações nos custos médico-hospitalares.

Projeções de gastos em saúde do SUS até 2060 revelam dois fatos importantes para esta discussão: primeiro, mostram que o SUS, diferente dos sistemas de saúde de outros países, não se encontra em uma trajetória explosiva de gastos, e tende a estabilizar-se em um determinado patamar. Segundo, mostram que com a presença da EC 95²⁴, o gasto em saúde pode ficar restrito no longo prazo, reduzindo-se a 3,8% do PIB²⁵.

A Agenda Mais SUS, portanto, propõe uma trajetória de gastos na direção dos 6% do PIB, já pactuados pelo Brasil na OPAS²⁶, mas não só: indica também alternativas de como gastar melhor, reformulando o Previnha Brasil para que gere equidade e induza a universalização da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, discute-se uma estratégia para incentivar uma regionalização da saúde mais efetiva.

24. Que define o teto de gastos da União.

25. Rocha et al., 2021

26. CD53/5, Rev. 2. OPAS, 2014

1. Ampliar o gasto público em saúde para 5% do PIB até 2026 e 6% até 2030

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) estabelece, em pacto formado por todos os participantes, entre eles o Brasil, que os países do continente devem atingir a meta de 6% do PIB investidos em saúde pública. Reconhecendo que um aumento do gasto em saúde se daria em um cenário de baixo crescimento econômico, optou-se por sequenciar o cumprimento do objetivo em duas fases, com um aumento de cerca de 1% do PIB a cada quatro anos - o ciclo eleitoral. A próxima gestão do Governo Federal deve, segundo essa proposta, elevar o gasto público em saúde de 3,96% (2018) para 5% até 2026, seja qual for a âncora fiscal vigente nos próximos anos.

O aumento do gasto público em saúde pode ser realizado por meio de quatro estratégias, além de eventualmente financiado com espaço fiscal liberado através de maior arrecadação. Primeiro, com a eliminação ou redução expressiva da renúncia fiscal em saúde. Em 2018, tal renúncia foi da ordem de 57,7 bilhões de reais. Em 2021, estima-se que tenha alcançado 43% do orçamento federal da saúde, valor 2,5 vezes maior que aquele destinado à Atenção Primária no mesmo ano²⁷. Segundo, através da realocação de recursos que estão em outras áreas. Para tal, seria necessário rever prioridades orçamentárias.

A terceira maneira consiste no fomento ao aumento de gastos em saúde por outras entidades do pacto federativo bem como de outros setores. Em particular, a Emenda Constitucional 108 de 2020 abriu um precedente para os estados ampliarem os repasses da cota parte de ICMS para os municípios e aplicarem estes recursos na saúde municipal²⁸, condicionando os repasses a resultados de internação e mortalidade. Da mesma forma, a capacidade de financiamento dos bancos de desenvolvimento, instituições multilaterais e mesmo do setor privado podem ser utilizados para financiar investimentos importantes na saúde pública. Por fim, ampliar a tributação de setores econômicos que possuem um importante custo sobre a saúde das pessoas, como as bebidas açucaradas, os alimentos ultraprocessados, o álcool e o tabaco, poderia simultaneamente reduzir os danos causados pelo consumo destes produtos e ampliar os recursos disponíveis para a saúde pública²⁹.

27. Dados da Lei Orçamentária Anual 2021.

28. Uma referência desta discussão é o Programa Cuidar Melhor do Estado do Ceará, que ampliou os repasses de ICMS para a saúde municipal de 150 milhões para 450 milhões, condicionando tais repasses a redução de mortalidade evitável nos municípios e regiões de saúde.

29. Sobre isso, a OMS delimita a tributação como uma estratégia eficaz de promoção da saúde no relatório “Tracking NCDs Best Buys” da Organização Mundial da Saúde (2017).

2. Reformar o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde

Assumindo a estrutura corrente do Previnir Brasil³⁰ enquanto modelo de financiamento da APS e a necessidade de aumento sistemático no nível de recursos disponível para este nível de atenção, propõe-se as seguintes mudanças no programa: primeiro, é necessário instituir um nível mínimo nacional por indivíduo cadastrado na APS no município, com complementação da União para compensar diferenças de arrecadação, com estrutura análoga àquela do Fundo Nacional da Educação Básica (FUNDEB)³¹. Com isso, os diferenciais de financiamento per capita serão drasticamente reduzidos.

Segundo, o componente de pagamento por desempenho do Previnir Brasil deve passar a recompensar os municípios não apenas de acordo com o alcance das metas para os indicadores, mas também avaliando o percentual de melhora em relação a períodos anteriores, incentivando assim municípios que partiram de níveis baixos e estão avançando, ainda que não tenham alcançado os parâmetros ideais. Por fim, o modelo deve criar metas e fontes de recursos específicas e adicionais para garantir a quantidade adequada de recursos humanos nas equipes de saúde da família e multiprofissionais.

3. Instituir instância de financiamento regional para induzir a regionalização da saúde³²

A regionalização da saúde, condição necessária para melhorar a eficiência do SUS, pode e deve ser induzida através do modelo de financiamento. Primeiro, é preciso que o pagamento por desempenho leve em conta os indicadores da região, que olhem para atributos específicos da regionalização e para o desempenho como um todo da região de saúde. Segundo, é necessário também instituir uma instância de financiamento regional, sobre a qual os municípios de uma região deliberem de maneira colegiada, com a participação do estado, entendido como autoridade sanitária regional.

30. Composta por: i) capitação ponderada, ii) pagamento por desempenho; iii) incentivo a ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. Para maiores detalhes, disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>.

31. Para uma visão mais detalhada do funcionamento do FUNDEB acesse: <https://todospelaeducacao.org.br/noticias/perguntas-e-respostas-o-que-e-e-como-funciona-o-fundeb/>.

32. O processo de regionalização será tratado em mais detalhes no “Caminho 3: Inovar em mecanismos de governança regional do SUS”.

Caminho 2:



Expandir a Atenção Primária com qualidade, para garantir um SUS universal, eficiente e resolutivo

O Brasil desenvolveu um dos maiores e mais inovadores modelos de APS no mundo. Construída em meio ao processo de reforma sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) promoveu uma rápida expansão da cobertura da APS no país, alcançando mais de 133 milhões de pessoas (63% de cobertura) em 2020 e gerando melhorias nos resultados e equidade em saúde³³.

No entanto, desde 2008, a taxa de cobertura da APS não cresce significativamente e, mais recentemente, registrou variações negativas³⁴. Adicionalmente, os recursos direcionados à APS nos últimos anos tem se mostrado insuficientes para cobrir o atual nível de serviço³⁵. Ambos os fatos contrastam com a orientação da OMS de ampliar a cobertura e a eficiência no setor, sobretudo diante da demanda reprimida ocasionada pelo período de pandemia da covid-19³⁶.

Para que isso aconteça, a ampliação do investimento é condição necessária, mas não suficiente. É preciso que existam também modelos efetivos de financiamento, governança e gestão. Para ampliar a Atenção Primária no SUS, será necessário dobrar a aposta na Estratégia Saúde da Família, modelo que já se mostrou eficaz. Na prática, isso significa:

33. Macinko, 2018

34. Rocha et al., 2020

35. Faria et al., 2021

36. Além das sequelas da doença em parte dos infectados, a chamada Covid longa, o sistema de saúde será confrontado com uma enorme demanda assistencial represada em função da pandemia. Ver mais em Bigoni et al., 2022.

1. Converter integralmente modelos de Atenção Primária tradicionais para Estratégia de Saúde da Família

Ainda hoje, uma parte das equipes de APS no Brasil - em torno de 18% das equipes cadastradas no CNES e 7,5% das equipes cofinanciadas pelo Ministério da Saúde - operam em lógicas diferentes do modelo ESF, unificadas no termo “modelo tradicional”. Tratam-se de diversas modalidades de organização do trabalho, que normalmente não preveem a adscrição de famílias, sendo pouco projetadas sobre as comunidades e territórios e dispensando, em alguns casos, o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os profissionais médicos dessas equipes são, comumente, pediatras, ginecologistas ou obstetras, ao invés de especialistas de Medicina de Família e Comunidade.

No entanto, evidências científicas mostram a superioridade do modelo ESF nos resultados de diversos indicadores de saúde, como: redução da mortalidade nos menores de 5 anos, melhor controle de pacientes crônicos, menor número de internações desnecessárias, entre outras³⁷. Faz-se necessário, portanto, um amplo esforço de conversão.

Na conjuntura atual, esse processo de conversão representa uma tarefa complexa, dada a indisponibilidade de recursos para investimentos e custeio, contratação, formação e até transição de outras especialidades para a medicina de família, relatada em uma recente experiência no Distrito Federal³⁸. Mas frente às evidências de maior efetividade do modelo ESF, atrasar a tarefa de conversão traz riscos à saúde coletiva.

2. Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família até 100% da população

A ESF hoje cobre cerca de 66% da população brasileira. Embora a cobertura tenha crescido nas décadas de 1990 e 2000, seu crescimento desacelerou desde 2007, e mais recentemente apresentou variações negativas. Hoje, estima-se que cerca de 72 milhões ainda não estão cobertos pela ESF³⁹.

O objetivo de 100% de cobertura dos serviços do SUS representa um mandato constitucional. Uma gradual ampliação da cobertura de ESF, até a universalidade, garantirá a todas as pessoas o acesso à rede de serviços do SUS e representa também uma condição necessária para que a APS se torne ordenadora de cuidados, reduzindo as desigualdades em saúde.

37. Mrejen et al., 2021

38. Corrêa et al., 2019

39. Os dados de população coberta por Atenção Primária são do E-gestor AB, referentes à população adscrita em 2021.

A expansão de cobertura da ESF deverá ser gradual, baseada em planejamento de médio a longo prazo (cinco a dez anos), com metas anuais, critérios claros de prioridade - que considerem o atual nível de serviço e o grau de vulnerabilidade socioeconômica -, participação de estados e municípios e respeitando as exigências de cada território.

3. Garantir a completude⁴⁰ de todas as equipes de ESF e melhores condições de trabalho

A Estratégia de Saúde da Família preconiza um conjunto mínimo de profissionais⁴¹ em suas equipes de trabalho. No entanto, é bastante comum as equipes estarem desfalçadas de alguns destes profissionais. Existem evidências de que a presença de profissionais de saúde qualificados, e a formação de equipes de saúde da família completas, inclusive com ACSs, estão associadas à melhora das condições de saúde da população⁴².

Para além do conjunto mínimo de profissionais especificado na ESF a qualidade do cuidado pode beneficiar de um conjunto mais amplo de profissionais, especificados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), como Nutricionistas, Fisioterapeutas e Preparadores Físicos. Os NASFs cumprem um papel fundamental para melhorar a resolutividade do primeiro nível de atenção, além de realizar outras ações de apoio que facilitam o trabalho dos profissionais na ponta e melhoram a qualidade do cuidado. A configuração do NASF deve depender das características demográficas, sociais e epidemiológicas de cada território. É essencial promover a criação de novos NASFs e proporcionar apoio aos que estão atualmente em atividade, mediante o retorno de incentivos financeiros e outras ações de suporte aos municípios.

4. Inovar no modelo assistencial da APS com foco no enfrentamento a doenças crônicas não transmissíveis

O progressivo aumento das demandas de usuários portadores de condições crônicas, somada ao represamento da demanda que ocorreu durante as fases críticas da pandemia, sobrecarregará as equipes de APS, já no curto prazo. Para fazer frente a este desafio a APS precisa estar pronta para manejar estas condições de maneira efetiva. O manejo das condições crônicas na maioria dos municípios brasileiros ainda deixa a desejar: apenas 20% deles alcançaram a meta do previne de solicitação de hemoglobina glicada em diabéticos e, somente 2%, a meta relativa a aferição da pressão arte-

40. Completude se refere a toda equipe de ESF possuir o conjunto mínimo de profissionais especificados pelo Ministério da Saúde.

41. (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Ver: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>

42. Mrejen et al., 2021

rial em hipertensos⁴³; um diagnóstico qualitativo do IEPS mostrou que os municípios brasileiros têm inúmeros desafios ao implementar as linhas de cuidado de Diabetes e Hipertensão⁴⁴.

Para melhorar o manejo destas doenças será necessário instituir uma estratégia efetiva de apoio assistencial aos municípios, auxiliando-os no desenho e implementação de linhas de cuidado das principais DCNTs. Esta estratégia precisa levar em conta os desafios de escala dos municípios brasileiros e buscar a coordenação do cuidado com outros níveis de governo.

5. Incorporar ferramentas de saúde digital na APS

Disponibilizar o acesso aos dados de saúde das pessoas adscritas na APS é essencial para que as equipes de ESF ordenem o cuidado entre os diferentes níveis de atenção. Entretanto, hoje, os profissionais da APS não conseguem ter acesso a informações sobre procedimentos especializados, pronto-atendimentos e internação hospitalar. Iniciativas como o Cartão SUS e o Conecte-SUS estão ainda em processo de implementação e o Programa Informatiza APS tem se mostrado insuficiente. Mesmo que a pandemia de covid-19 tenha acelerado a adoção das tecnologias digitais em saúde, na APS o uso dessas ferramentas têm sido escasso e desigual. Sobretudo, porque aproximadamente 46 milhões de brasileiros e brasileiras ainda não possuem acesso à internet⁴⁵, sendo a maioria deles representada pelos mais vulneráveis.

Portanto, uma rápida aceleração do processo de digitalização da APS passa pela disponibilização de elementos fundamentais como conexão com internet, *hardware*, *softwares* e treinamentos, considerando as desigualdades regionais e de infraestrutura no país. Também deve ser garantido o acesso das equipes aos dados sanitários da população adscrita, com os cuidados necessários para respeitar os direitos de privacidade dos usuários definidos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e regras para gestão e compartilhamento dessas informações. Por fim, os esforços necessários para a aceleração da digitalização da APS devem seguir às ações estratégicas voltadas à Atenção Primária estabelecidas pela Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD 28), que dentre suas prioridades já prevê a expansão da informatização e a interoperabilidade deste nível de atenção.

43. Ver mais em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/03/pre-natal-adequado-no-sus-tem-metas-descumpridas-em-65-dos-municipios.shtml>

44. Eleone et al., 2021

45. Dados da pesquisa TIC Domicílios 2021 do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/indicadores/>.



Caminho 3:

Fortalecer os mecanismos de governança regional do SUS

A regionalização é um princípio organizativo do SUS baseado na gestão integrada dos sistemas de saúde municipais em uma determinada região de saúde. Por meio de uma melhor coordenação entre entes da federação, a regionalização permite ganhos de escala e maior eficiência na alocação de recursos, e com isso uma resposta mais efetiva às necessidades de saúde da população no território regional.

Na prática, esse princípio organizativo nunca se efetivou por completo no país. Historicamente a gestão do SUS se descentralizou entre os municípios, que assumiram a responsabilidade sobre a maioria das redes ambulatoriais⁴⁶, enquanto os estados perderam a centralidade no planejamento e na articulação de redes regionais para serviços de saúde⁴⁷. Como consequência alguns municípios, especialmente os de pequeno porte, tiveram dificuldades na gerência de seus serviços, por várias razões, como: recursos insuficientes, problemas relativos à escala/qualidade e escassez de força de trabalho competente *in loco*.

Simultaneamente, as normas federais que introduziram ferramentas para regular e incentivar o desenvolvimento de instâncias regionais de gestão do SUS podem não ter causado mudanças em fluxos assistenciais⁴⁸. Isso indica um papel limitado das estratégias atuais na efetiva implantação de uma governança regional, com poucas e heterogêneas experiências de sucesso.

46. De acordo com o mandato da Lei Orgânica da Saúde, durante a primeira década do SUS, o processo de descentralização foi centrado na municipalização, sendo sustentado normativamente pelas NOBs (Normas Operacionais Básicas) de 1991, 1992, 1993 e 1996 e depois garantido pelos recursos do PAB – Piso de Atenção Básica, em 1998. Ver mais em Lucchese, 2000. Em poucos anos, a gestão da atenção básica foi se tornando municipal.

47. **1)** Bigoni et al., 2022; **2)** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos que integram ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, para garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Quando a integração dos serviços se dá de forma intermunicipal municipal, tem-se uma rede regional.

48. **1)** Rocha et al., 2022; **2)** O esforço normativo federal de guiar a regionalização pode não ter tido impacto sobre a reorganização de recursos e fluxos assistenciais.

Os diferentes modelos de regionalização e o protagonismo dos estados

A delegação da gerência da rede dos serviços regionais - ou de parte dela - à entidades terceiras, de direito público (como consórcios intermunicipais) ou do terceiro setor (por exemplo, fundações universitárias, OSs) representa atualmente uma prática experimentada em muitos lugares do Brasil.

Por outro lado, as experiências de alguns estados, como, Ceará, Espírito Santo e Maranhão, mostram que a atuação do gestor estadual pode levar a importantes avanços no processo de regionalização, independentemente dos instrumentos administrativos utilizados para a gerência dos serviços assistenciais. Estas experiências foram favorecidas pela atuação dos gestores em diversas áreas, como: formação de coalizões com os atores estratégicos locais, modernização de estruturas chaves das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), disponibilidade de recursos humanos qualificados e fortalecimento das instâncias administrativas regionais.

É importante destacar que o protagonismo do estado ficou mais visível durante a resposta à pandemia, indicando um progressivo esgotamento do ciclo de desenvolvimento do SUS impulsionado pelo governo federal. Independente dos instrumentos e dispositivos que podem ser utilizados, é difícil pensar em modelos efetivos de regionalização sem o estado como ator central na coordenação deste processo, com a plena participação dos municípios, respeitando a autonomia e respondendo às prioridades municipais.

Melhorar a distribuição de poder e responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal é essencial para viabilizar o funcionamento das redes de atenção à saúde. Para isso, será necessário um modelo inovador, que supere obstáculos institucionais e promova uma organização de redes de atenção municipais baseada na APS, com governança própria, orientando-se pelos valores, princípios, regras e diretrizes do SUS.

Este modelo precisará coordenar União, estados e municípios em direção a um planejamento regional perene, imune ao ciclo político e às fricções político-partidárias, e ser orientado por uma leitura técnica da realidade epidemiológica, sanitária e social da região de saúde. Ele também precisará contar com participação social e de instituições legislativas e do judiciário, diminuindo assim o risco jurídico e político de intervenções realizadas ao nível regional. As soluções passam também por uma nova instância de financiamento, bem como por um ganho de eficiência no gasto e pelo compartilhamento e coordenação no uso destes recursos em nível regional. Neste sentido, o aporte de mais recursos financeiros, físicos e humanos pode ser vinculado à coordenação entre municípios na alocação e compartilhamento de insumos, assim como ao monitoramento conjunto no uso desses recursos.

Alcançar o modelo de regionalização acima descrito é uma tarefa longa e difícil, porém, essencial e urgente, uma vez que a persistência dessas lacunas pode causar impactos negativos sobre o SUS. Para isso, consideramos importante a realização de uma iniciativa em escala nacional, promovida pelas três esferas, visando um progressivo aprimoramento da gestão regional de saúde, que realize em um tempo definido (dois ou três anos) um conjunto de atividades nas seguintes linhas de trabalho:

1. Desenvolver um plano nacional de investimentos para reduzir as disparidades na dotação de serviços de saúde das regiões e garantir o acesso universal aos serviços do SUS

Existe considerável desigualdade entre regiões de saúde em infraestrutura, equipamentos e recursos humanos⁴⁹. O desenho de um plano nacional para reduzir essas disparidades requer o protagonismo dos estados, especialmente nas tarefas de planejamento regional de serviços e de definição de critérios de prioridade, que devem estar baseados em evidências científicas. Vale ressaltar que a disponibilidade de um plano de investimentos, com informações detalhadas e transparentes sobre as prioridades, poderia melhorar a racionalidade da alocação dos fundos das emendas parlamentares, contribuindo de forma sensível ao financiamento desta iniciativa.

2. Desenvolver a capacidade institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, focada nas áreas de planejamento, gestão e monitoramento das redes regionais de serviços de saúde

As ações de fortalecimento das SES devem estar dirigidas às áreas críticas para a governança regional. Entre elas, destacamos a digitalização (relevante para as tarefas de contratualização, vigilância à saúde, qualidade da atenção, entre outras) e o fortalecimento das superintendências regionais (ou outra denominação), essenciais para a coordenação ativa e contínua do estado com os atores estratégicos locais. Quanto à atualização e motivação da força de trabalho das SES, é importante que este programa enfatize o compartilhamento e discussão de boas práticas entre os gestores, otimizando os conhecimentos acumulados pelas experiências mais significativas do SUS.

3. Documentar e avaliar as diferentes iniciativas e modalidades de organização regional por meio de um projeto de gestão de conhecimento

A complexidade do processo de regionalização e a multiplicidade de soluções experimentadas nas últimas duas décadas no Brasil criaram inúmeras práticas e conhecimentos, que precisam ser mais bem analisados, para extrair elementos empíricos relevantes para aprimorar a regionalização do SUS. Portanto, propõe-se a desenvolver estratégias de gestão de conhecimentos sobre regionalização que realizem estudos de

49. Viana et al., 2015; Rache et al., 2020; Rache et al., 2022

casos e pesquisas sobre as experiências do SUS, auxiliem o monitoramento dos fluxos assistenciais e alimentem constantemente os gestores com informações relevantes e capazes de orientar as decisões nessa área.

Espera-se que o conjunto dessas ações, dentro de uma visão comum, possa estimular a criação de um movimento nacional, formado por todos os atores estratégicos do SUS, que promova a regionalização como estratégia principal de descentralização e acesso universal à saúde. Nesse novo “ciclo da regionalização”, o estado teria papel protagonista, quer seja coordenando e efetivamente implementando as atuais estruturas vigentes da regionalização, com a condição de fortalecer a governança regional, quer seja externalizando os serviços de saúde regionais para um Consórcio Interfederativo ou outra entidade que se responsabilize pela gestão da rede – mantendo o seu papel coordenador e supervisor.

Caminho 4:



Garantir a disponibilidade e efetividade de Recursos Humanos no SUS

Disponibilidade, planejamento, desenvolvimento, qualidade e produtividade da força de trabalho da saúde são importantes determinantes da efetividade do SUS. A existência destes profissionais, apesar de necessária, não é condição suficiente para garantir qualidade. É preciso pensar na fixação, na formação inicial e em serviço, em políticas de indução profissional e em um conjunto amplo de estratégias que aumente o nível de produtividade da força de trabalho. Para tal, o Ministério da Saúde precisa enfrentar uma série de desafios na regulação profissional, fortalecendo sua capacidade de inteligência e monitoramento, aprimorando o ambiente de ensino e formação e incentivando a implementação de estratégias assistenciais multiprofissionais. Com esse objetivo, a Agenda Mais SUS propõe:

1. Desenvolver a capacidade de Inteligência, Monitoramento e Avaliação dos Recursos Humanos no SUS, consolidando uma estrutura própria

A primeira proposta trata do diagnóstico contínuo e transversal para o planejamento informado das diferentes estratégias de formação e alocação de recursos humanos. Para isso, o Ministério da Saúde, em diálogo com estados e municípios, deve estruturar sistemas contínuos de coleta de dados, pesquisas quali e quantitativas, avaliação de políticas, e outras ferramentas de acompanhamento e planejamento do RH no SUS.

As informações precisam estar centralizadas para que possam ser processadas com inteligência e sirvam como a base do planejamento e da avaliação das diversas políticas de formação, educação permanente, contratação profissional e interiorização do Ministério da Saúde. Isso inclui também estudos aprofundados para dimensionamento de demandas e ofertas profissionais, em diferentes níveis regionais e horizontes temporais, e o desenvolvimento de novos levanta-

mentos para dados que ainda não estão disponíveis no país, como por exemplo, a avaliação de competências específicas ou de preferências declaradas no mercado de trabalho.

Instituições de ensino, da sociedade civil, e organismos multilaterais suprem algumas das lacunas de produção técnica no tema. No entanto, para garantir que o planejamento do SUS seja orientado por esse tipo de evidência, o Ministério da Saúde precisa absorver, colaborar e, por vezes, liderar essas iniciativas. Ainda assim, a formatação de acordos de cooperação técnica com essas entidades será um passo essencial para efetivação dessa proposta.

Por fim, destaca-se que essa proposta está alinhada à Resolução CSP 29/10 - OPAS (Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde), a qual o Brasil é signatário, e orienta que os países priorizem o desenvolvimento de sistemas de informação sobre recursos humanos de acordo com as necessidades nacionais e voltados para o apoio à elaboração e ao acompanhamento de políticas, planos e programas de recursos humanos para a saúde.

2. Reformular a regulação do ensino em saúde, integrando e aprimorando os mecanismos de avaliação, adequação curricular e integração territorial, e as sanções, em prol da qualidade

A segunda proposta trata da formação de recursos humanos e foca no desenvolvimento da regulação do mercado de ensino, cujo arcabouço legal não tem acompanhado as tendências recentes. Nos últimos 10 anos o número de novas matrículas em universidades e cursos técnicos privados cresceu significativamente em todas as profissões de saúde. O mesmo não aconteceu nas universidades públicas e, a despeito da orientação da OPAS⁵⁰, e tampouco se efetivou uma regulação ou controle desse mercado.

Esse cenário impõe que a superação de desafios históricos no planejamento da formação de recursos humanos em saúde para o SUS, como a adequação curricular, garantia de qualidade ou integração prática e serviço, demande novas estratégias regulatórias que insiram as diretrizes de formação de pessoal para o SUS no mercado de ensino privado.

Tais estratégias de regulação devem se desenvolver sobre três principais eixos: i) adequação curricular e de práticas, garantindo a educação interprofissional e a integração ensino-serviço, em acordo com Diretrizes Curriculares Nacionais e em consonância com os objetivos do Sistema Único de Saúde, através de novos instrumentos de avaliação sistemática e exercício do poder de polícia pelo Estado; ii) exames e outros instrumentos de avaliação da qualidade da formação das instituições de ensino téc-

50. A Resolução CSP29/10 - OPAS, a qual o Brasil é signatário, orienta que os Estados Membros promovam acordos para regular a qualidade da formação dos profissionais da saúde através de sistemas de avaliação e de credenciamento de faculdades e instituições formadoras. Além disso, o documento também sugere que haja promoção de acordos de alto nível entre setores de educação e da saúde para que as estratégias de formação dos recursos humanos estejam alinhadas a fim de garantir o acesso e a cobertura universal de saúde.

nico, superior e de residência, que gerem sanções às instituições que não atendam à critérios mínimos; iii) autorização e controle sobre a oferta e distribuição de vagas em medicina e enfermagem.

3. Reestruturar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) orientando-a a políticas e objetivos finalísticos, e criando estratégias de apoio a ações regionais

Ainda no âmbito da educação, a terceira proposta tem como foco o aprimoramento das estratégias de educação permanente, reformulando a implementação da atual PNEPS. Hoje a PNEPS representa um modelo de ensino continuado com estrutura centralizada, e que não se insere nas diretrizes estratégicas das diferentes políticas preconizadas pelo SUS. Como consequência, a política se materializa em cursos cujo conteúdo não necessariamente condiz com o desenvolvimento das competências necessárias para cada contexto e estratégia assistencial. Em paralelo, outras áreas do Ministério da Saúde formulam suas próprias ações de educação continuada, atendendo a objetivos e necessidades específicas, a exemplo das ações de formação lideradas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde⁵¹.

Nesse contexto, é necessário reestruturar o funcionamento da PNEPS para que atue de forma transversal e a serviço das ações estratégicas das diferentes áreas do Ministério da Saúde. Além disso, as ações de educação permanente serão mais efetivas na medida em que se adaptem aos contextos sócio culturais e organizacionais específicos e às necessidades de cada território brasileiro. Para isso acontecer, a PNEPS deve materializar linhas de apoio financeiro e técnico aos estados e municípios estimulando o desenvolvimento de ações locais de educação permanente. Espera-se que tal descentralização das ações de capacitação para os estados e municípios permita a aproximação da formação continuada com os desafios e contextos locais, rendendo melhores resultados, além de uma aproximação entre os entes da federação.

4. Criar um programa de cotas e estágios em áreas remotas para indução da fixação profissional, complementando as estratégias de formação provimento do Ministério da Saúde

Avançando no ciclo das profissões de saúde, a quarta proposta busca impactar o mercado de trabalho, com foco em estratégias para a interiorização e fixação profissional. Hoje, os Programas Mais Médicos, ProvaB e o - mais atual - Médicos pelo Brasil re-

51. Por exemplo: <https://aps.saude.gov.br/noticia/4012>

presentam as principais ações em interiorização profissional no país, e tem como base a contratação centralizada e o incentivo financeiro para atrair médicos para áreas desabastecidas.

No entanto, incentivar a interiorização somente através dos salários pode não ser suficiente, uma vez que fatores como identificação ou proximidade com o local de trabalho, nível de infraestrutura e contexto sociocultural podem pesar mais na decisão de alocação profissional do que salários em si⁵². Nesse contexto, duas estratégias cujo impacto positivo têm sido sistematicamente apontado na literatura⁵³ devem complementar a estratégia de formação do Ministério da Saúde, com apoio dos Núcleos Nacionais de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde: i) estágios e programas de extensão em áreas remotas durante e após a graduação de horizonte temporal expressivo, e; ii) aplicação de critérios e preferências de admissões em cursos ou cotas em graduação, pós graduação e residência para residentes de áreas desabastecidas.

5. Fortalecer equipes multiprofissionais no SUS por meio da formalização do compartilhamento de ações e responsabilidades

Na Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família pressupõe arranjos interprofissionais para garantir um atendimento multidisciplinar. Esse modelo tem seu impacto positivo sistematicamente apontado em avaliações alicerçadas em evidências. Em particular, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e do grupo de profissionais do chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foram fundamentais no incremento da capacidade de atuação da estratégia⁵⁴.

No entanto, desde de 2017, com a edição da nova Política Nacional de Atenção Básica, o caráter multiprofissional da APS tem deixado de ser incentivado. Em 2020, o incentivo financeiro federal para contratação e manutenção do NASF foi descontinuado e, mais recentemente, o programa Cuida Mais Brasil retomou a aposta em especialidades médicas focais na organização do Sistema Único de Saúde.

Não obstante a importância de retomar a expansão do caráter multiprofissional na APS, é necessário notar que no restante do SUS foram poucas as iniciativas de regulação e expansão da atuação conjunta entre médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Nesse contexto, é fundamental reorientar as ações do Ministério à expansão da atu-

52. 1) Costa et al., 2021; 2) A facilitação no acesso às universidades para habitantes de áreas sub abastecidas de profissionais da saúde permitiriam driblar a lógica de ocupação das universidades por alunos de grandes centros urbanos. Médicos e profissionais formados que se identificam com o contexto sócio cultural dessas regiões teriam maiores chances de se fixar nelas, tornando as estratégias de interiorização mais efetivas. Simultaneamente, para aqueles que não vivenciaram estes contextos, a realização de estágios ou programas de pós-graduação em áreas remotas, por tempo suficiente, poderia gerar uma aproximação com os desafios da saúde local, além da identificação sócio cultural, facilitando a permanência.

53. Elma et al., 2022

54. Mrejen e Rocha, 2021; Como por exemplo nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e profissionais de educação física.

ação de equipes multiprofissionais, retomando e aprimorando o funcionamento dos NASFs e incentivando à adoção de novas práticas de compartilhamento de tarefas nas equipes do SUS como um todo. Na prática, isso passa por uma agenda de regulação de práticas compartilhadas, além de incentivos indutores de modelos organizacionais multidisciplinares, como os NASFs.

6. Ampliar o escopo de atuação da enfermagem, sobretudo, na Atenção Primária

A ampliação do escopo de práticas na enfermagem é uma estratégia consistentemente apontada pela literatura como indutora da efetividade dos sistemas de saúde, principalmente quando realizada na Atenção Primária, reduzindo custos sem prejuízo aos resultados de saúde. A sexta proposta apresenta duas estratégias para ampliação da atuação da enfermagem no SUS: i) expansão normativa de Protocolos de Enfermagem, em âmbito clínico, e; ii) construção de uma agenda para efetivação da enfermagem de práticas avançadas.

A primeira estratégia explora a regulação de Protocolos de Enfermagem para ampliar a atuação dos enfermeiros e profissionais de enfermagem⁵⁵. Na prática, a regulação desse instrumento traz o respaldo normativo para que os enfermeiros e técnicos desenvolvam ações e assumam responsabilidades clínicas além das usuais. Cabe notar que uma série de protocolos clínicos já são regulamentados no SUS, sobretudo na APS, e o que se propõe é uma expansão quantitativa desses, seguindo critérios técnicos.

Complementarmente, a regulação formal da enfermagem avançada precisaria se desenvolver, fundamentalmente sob três frentes: i) regulatória, garantindo a autorização legal para um novo escopo de práticas na enfermagem; 2) profissional, através da criação de uma nova figura profissional nas equipes de Estratégia Saúde da Família e no SUS como todo, que exija qualificação técnica e tempo de experiência como critério de contratação, e; iii) educacional, introduzindo uma nova base curricular e estratégias de capacitação para garantia da formação qualificada que dialogue com as demandas no ambiente da prática.

55. Simplificadamente, os protocolos caracterizam-se pela descrição de ações a serem desempenhadas por cada profissional em situações específicas de assistência clínica. Ver mais em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolo-clinico>.



Apoio Temático:

CACTUS
INSTITUTO

Caminho 5:

Valorizar e promover Saúde Mental

O principal marco da Política Nacional de Saúde Mental é a Reforma Psiquiátrica. Substituído um modelo de tratamento baseado no isolamento por um de integração e reinserção social, a reforma garantiu maior respeito às diferenças e à promoção da dignidade, cidadania e autonomia, amparada por um cuidado multidisciplinar e no território⁵⁶. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, em 2011, representa a principal materialização desse processo.

Contudo, essa transição foi interrompida. A revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 marcou o início de um processo de desconfiguração da RAPS, acompanhada da formulação de novas políticas de saúde mental, de álcool e de outras drogas sem pactuação com instâncias de controle do SUS e com a sociedade civil.

Desde então, a saúde mental dos brasileiros e brasileiras piorou, e a pandemia agravou a situação. Diante disso, as premissas e pontos prioritários listados a seguir guiaram a formulação das propostas para a agenda da saúde mental no âmbito federal⁵⁷:

I) Existe dificuldade de acesso a serviços de saúde mental no país e o cuidado se dá de forma significativamente desigual entre a população, com a população negra tendo menos acesso a tratamento do que pessoas brancas com depressão⁵⁸ - sendo essa mais prevalente entre a população de menor renda e as mulheres;

II) Existe uma lacuna de avaliação de impacto das políticas públicas em saúde mental, havendo dificuldade de acesso a dados atualizados do Poder Executivo;

III) É preciso compreender a saúde mental como um fenômeno multicausal, e

56. Amarante, 1994.

57. Além das propostas específicas que traremos a seguir, também destacamos a importância do protagonismo das pessoas com transtorno mental desde o tratamento recebido até a própria formulação das políticas; e da multidisciplinaridade na articulação entre diversas áreas como Assistência Social, Trabalho e Educação. Sinalizamos também a necessidade de outros avanços, como na garantia e promoção de direitos humanos, ampliação de mecanismos de prevenção a tortura e maus tratos; fortalecimento da articulação entre SUS e SUAS, como o aumento da cobertura das Residências Inclusivas e do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e do direito à cidade através da facilitação de acesso a equipamentos culturais, de esporte e lazer.

58. Mrejen e Rocha, 2021b; Mrejen e Rocha, 2021c.

olhar para crianças e adolescentes é essencial⁵⁹, e;

IV) A priorização da saúde mental dentre as políticas de saúde é necessária. Inclusive, tal priorização é recomendação da ONU⁶⁰ para minimizar as consequências da pandemia na população e um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Agenda 2030⁶¹, para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas.

Abaixo seguem as propostas:

1. Gerar informação e incentivar o monitoramento e fiscalização das políticas públicas de saúde mental

Um dos principais desafios para o aprimoramento das políticas de saúde mental é a ausência de informações. O último “Saúde Mental em Dados”, boletim anual produzido pelo Ministério da Saúde contendo o estado da arte da política nacional, foi publicado em 2015, enquanto o último Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos – PNASH/Psiquiatria⁶² foi executado em 2018.

O planejamento, monitoramento e a avaliação das políticas de saúde mental dependem diretamente da existência e disponibilização de dados e informações primárias, precisas e atualizadas. Por meio destes pode-se ter visibilidade dos impactos alcançados, permitindo separar as ações que promovem a diminuição da violação de direitos humanos e maior qualidade no cuidado e nos serviços, daquelas que impactam negativamente a saúde mental dos brasileiros e brasileiras. Somente assim será possível orientar o planejamento das políticas por evidências robustas, aprimorando a tomada de decisões e a alocação de recursos na área.

A seguir estão listadas algumas ações para alcançar esse objetivo na prática:

- Em articulação com o Ministério da Ciência e da Educação, o Ministério da Saúde deverá fomentar a produção de pesquisa em Saúde Mental, por meio do financiamento de linhas de pesquisa sobre o tema.
- Para iniciar a implementação de uma cultura de monitoramento e avaliação das políticas públicas de Saúde Mental, vinculada à geração de pesquisas e conhecimento, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) deverá produzir dados referentes às pessoas institucionalizadas ou em situação de rua. Da mesma forma, também deverá ser fortalecida a Política de Dados Abertos do Governo Federal e sua integração com a Estratégia de Saúde Digital.
- Para garantir políticas voltadas à prevenção, as crianças e adolescentes deverão ser

59. Nesse sentido, um estudo do IEPS revelou que as perdas de emprego dos pais têm impacto negativo sobre a saúde mental das crianças e que um possível mecanismo de transmissão é através da maior exposição a abusos e práticas parentais negligentes. Ver mais em Fontes et al (2022).

60. United Nations Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health, 2020.

61. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>

62. O PNASH/Psiquiatria avalia os hospitais psiquiátricos quanto à estrutura física, aos processos e aos recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação dos hospitais às Normas Técnicas Gerais do SUS.

público-alvo na sistematização do monitoramento, devendo ser priorizadas na integração à vigilância epidemiológica, idealmente integrada a outros setores, como as escolas. Dentre os sistemas já existentes, a SVS/MS e CGMAD/MS deverão implementar prontuários eletrônicos compatíveis com o SIA-SUS que, para além de indicadores de produção, deverão incluir indicadores de adesão, supervisão, matriciamento⁶³ e tempo de internação, através de ferramentas adequadas que deverão ser incluídas também nos Relatórios de Gestão dos Municípios (RAG). O Poder Executivo também deve ser responsável por qualificar os profissionais para preenchimento destes relatórios, por meio da oferta de cursos de capacitação a serem realizados em parceria com os estados e municípios, e de recursos materiais para implementação destes prontuários.

2. Aprimorar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A RAPS é a ordenadora do cuidado em saúde mental, sendo responsável pela ampliação e articulação, no âmbito do SUS, de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas⁶⁴. Nos últimos anos, a Rede tem sofrido alterações estruturais, sem o respaldo de uma discussão ampla e participativa baseada em evidências, gerando assimetrias que prejudicam a qualidade do serviço e o foco no usuário. Atualmente, é possível identificar assimetrias entre serviços da RAPS, sem fundamentação técnica, como no aumento do financiamento em comunidades terapêuticas (CT) e internações psiquiátricas simultâneo ao desinvestimento em Unidades de Acolhimento⁶⁵.

A RAPS é a ordenadora da atenção à saúde mental no SUS, uma vez que agrega serviços da Atenção Primária e Atenção Especializada, além de serviços de urgência e emergência e residenciais de caráter transitório. Para sua implementação se concretizar, algumas ações básicas, como ampliação da cobertura e desburocratização, ainda são necessárias. Além disso, as ações abaixo podem contribuir para o alcance do objetivo de aprimoramento da RAPS:

- Alcançar cobertura mínima de CAPS por meio do cumprimento da Portaria nº 3.088/2011, garantindo a habilitação e manutenção da quantidade de CAPS necessária para cada população municipal. Seguindo a mesma lógica, a Portaria nº 121/2012, deverá ser editada para estabelecer padrão de cobertura também para as Unidades de Acolhimento.
- Aprimorar o processo de habilitação de novos serviços e equipamentos da RAPS de forma célere, simplificada, com transparência e a partir de critérios objetivos, em articulação com as três esferas federais. Assim, será imprescindível que o Poder Executivo escute e dialogue com gestores, participando ativa e colaborativamente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

63. O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

64. Portaria N° 3.088. Brasil, 2011.

65. As Unidades de Acolhimento, assim como as CTs, são serviços residenciais de caráter transitório. Contudo, em 3 anos, o investimento em CT aumentou em R\$ 100 milhões, mas 13 estados estão há 5 anos sem uma Unidade de Acolhimento, sequer. Ver mais em IEPS e Instituto CACTUS, 2022.

- Fortalecer a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, desde que reconhecidas a eficácia e a viabilidade das práticas.
- Equiparar os Centros de Convivência e Cultura aos demais serviços da RAPS, cabendo ao Ministério da Saúde estabelecer incentivo financeiro para habilitação e manutenção dos mesmos.

3. Promover políticas de treinamento e de valorização de profissionais de saúde mental

Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental adotado pela OPAS⁶⁶, a falta de treinamento dos profissionais é um dos principais desafios a serem enfrentados na área. No entanto, quando falamos de saúde mental, não se trata apenas de capacitar psicólogos e psiquiatras, e sim de todos os profissionais que interagem com pessoas em sofrimento ou com transtorno mental⁶⁷.

A valorização de profissionais e o cuidado com a sua saúde mental é o primeiro passo para assegurar trabalhadores acolhedores e capazes de lidar com a saúde mental de terceiros. O estabelecimento de vínculos mais seguros promove um ambiente de trabalho mais saudável. Em consequência, ações de qualificação se tornam mais eficientes quando as políticas públicas cuidam também de quem cuida.

- Para qualificação da atuação dos profissionais que interagem com pessoas em sofrimento ou com transtorno mental, propõe-se três abordagens estratégicas: I) aos profissionais e demais trabalhadores das unidades de saúde da Atenção Primária; II) aos profissionais de saúde mental; III) aos policiais, bombeiros e demais trabalhadores de serviços de urgência, como o SAMU e hospitais de emergência; e IV) aos gestores públicos. O foco de tais formações deve envolver uma perspectiva de saúde integral e multidisciplinar, incluindo a formação preconizando o combate ao estigma, preconceito, racismo e LGBTfobia. Para os gestores, devem incluir, adicionalmente, módulos sobre alocação de recursos, transparência, avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde mental.
- Deverá ser instituído um Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os profissionais da RAPS, incluindo a regulamentação das cuidadoras e redutores de danos.

4. Retomar e avançar a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica reconheceu os direitos das pessoas com transtornos mentais, afirmando que devem ser tratados “com humanidade e respeito e no interesse exclu-

66. Comitê Executivo 168/INF/9. OPAS, 2021.

67. No Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, é apontada a necessidade de integração entre os planos municipal, estadual e federal, de modo que “valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. Ver mais em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IILcnsm.pdf>.

sivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, § II]”. A nova legislação estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental ao prever a substituição progressiva dos manicômios por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico, como são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados em 2002 pelo Ministério da Saúde e em substituição aos hospitais psiquiátricos.

Ainda, no Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020⁶⁸ e no Plano para a Desinstitucionalização do Cuidado Psiquiátrico na América Latina e Caribe⁶⁹, é reconhecido que serviços de saúde mental baseados em rede comunitária são a melhor escolha para o cuidado de pessoas com transtorno mental. Esta diretriz foi ampliada para 2030 a partir do reconhecimento desta estratégia como integrante fundamental para contribuir para os ODS a serem alcançados em 2030.

Por mais que seja o principal marco da política de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não foi suficientemente implementada e deve ser aprimorada. É preciso reconhecer e resgatar os avanços realizados, identificar os consensos possíveis e avançar na garantia e ampliação dos direitos das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. Isso inclui retomar o protagonismo dessas pessoas e da produção de evidências que guiem todas as fases do ciclo de políticas públicas de saúde mental, tendo como pressuposto que internações psiquiátricas devem ser feitas apenas quando esgotados todos os outros recursos - conforme está previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica e na Lei de Drogas.

Por meio de políticas públicas que promovam o respeito às diferenças e garantam os direitos humanos, nos aproximamos de uma sociedade menos estigmatizante e preconceituosa. Para alcançar esse objetivo, as seguintes ações são necessárias:

- Criar estrutura no Ministério da Saúde para centralizar a coordenação da Política Nacional de Saúde Mental.
- Aumentar significativamente o orçamento público destinado à saúde mental⁷⁰ para viabilizar e efetivar as mudanças propostas, tornando os investimentos mais proporcionais ao impacto financeiro, econômico e social causado.
- Viabilizar a realização bienal da Conferência Nacional de Saúde Mental, incluindo suas etapas municipais e estaduais e considerando que estas devem acontecer no mesmo ano da Conferência Nacional de Saúde e antecedendo-a.
- Garantir a implementação do Conselho Gestor nos serviços de saúde mental, com a representação de pessoas com transtorno, familiares, trabalhadores, gestores do serviço e representantes de movimentos sociais, em articulação com a Comissão Intersectorial de Saúde Mental do CNS.

68. OMS, 2021.

69. OPAS, 2020.

70. Segundo a OMS, em países de baixa e média renda menos de 2% do orçamento da saúde é investido em saúde mental, o que é desproporcional à carga global de doenças das doenças mentais, neurológicas e de uso de substâncias, que representam 25% do total de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs). Em países como o Brasil, menos de 2 dólares por pessoa são destinados à prevenção de doenças e promoção da saúde mental, comparado com um investimento de 50 dólares por pessoa em países de alta renda. Ver mais em OMS, 2021.

- Priorizar o público das crianças e adolescentes, por meio de políticas específicas e da participação desse público no debate e formulação de políticas públicas.
- Retornar e expandir a realização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares de Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), sendo aprimorado e expandido em pactuação com os Ministérios da Justiça e Segurança Pública, e da Cidadania, de forma a alcançar todos os serviços que realizam internação psiquiátrica, incluindo os Hospitais de Tratamento e Custódia, Comunidades Terapêuticas e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuem como hospitais psiquiátricos.
- Recriar o Programa Federal de Reinserção Social para promover ações coordenadas de reabilitação da pessoa com transtorno mental.
- Fechar a porta de entrada para hospitais psiquiátricos com característica asilar de forma gradual e progressiva e, da mesma maneira, encerrar a contratação e financiamento de leitos de saúde mental com qualidade assistencial insuficiente em múltiplas avaliações de qualidade assistencial, garantindo o cuidado humanizado e um encaminhamento digno das pessoas em sofrimento psíquico nos equipamentos capacitados para acolhê-las. Para isso, o Ministério da Saúde deverá capacitar os gestores estaduais tendo como referência as orientações do Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos no Brasil⁷¹.
- Promover a desinstitucionalização⁷² por meio de apoio técnico e financeiro, e planejar e ampliar os serviços da RAPS para garantir o atendimento em saúde mental em serviços de base territorial e comunitária, com especial apoio para implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
- Estimular a presença de equipes multidisciplinares nas Audiências de Custódia, em articulação com o Ministério da Justiça e Segurança Pública, devendo dispor de apoio técnico e financeiro para efetivação da mesma. As equipes serão responsáveis por providenciar o acolhimento imediato, seja psicológico ou material (como fornecimento de roupas limpas e alimentação), e em seguida realizar avaliação psicossocial que subsidie a tomada de decisão do Juiz no momento da audiência.
- Promover a autonomia das pessoas com transtorno mental por meio de ações como a geração de emprego e renda, reajuste e implementação do auxílio financeiro do Programa de Volta para Casa (PVC) e oferta de cursos profissionalizantes.
- O Ministério da Saúde deverá atuar em colaboração com o Ministério da Cidadania para induzir a formulação de uma Política Nacional de Habitação que priorize os mais vulnerabilizados e que seja construída em conjunto com a sociedade civil, além de fortalecer o acolhimento por meio de Consultórios na Rua, incluindo a ampliação da implementação de equipes, e Hotéis Solidários.

71. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf

72. Desinstitucionalização significa reinserir na sociedade pessoas em situação de internação de longa permanência (há mais de 1 ano) para tratamento de transtornos mentais.



Caminho 6:

Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública

Não obstante o negacionismo, as omissões e os desacertos do Governo Federal em coordenar uma resposta à pandemia de covid-19, os últimos dois anos evidenciaram falhas estruturais do sistema de saúde na resposta à emergência sanitária. Estruturas de governança, organização emergencial dos serviços de saúde, vigilância epidemiológica e gestão de recursos físicos e humanos são alguns dos pilares do SUS voltados para resiliência a crises que não estavam integralmente desenvolvidos. Como consequência, estima-se que das quase 670 mil mortes que ocorreram no país, ao menos 120 mil poderiam ter sido evitadas⁷³.

Para que isso não se repita, é necessário estruturar as lições aprendidas e formular políticas de longo prazo para o enfrentamento de situações de emergência de saúde pública, que sejam sustentadas por instrumentos e mecanismos de governança sólidos, visando uma resposta proativa, planejada, coordenada e eficiente do Poder Executivo frente às futuras crises. Um caminho para isso se encontra nas três propostas a seguir.

1. Formalizar uma estrutura e definir instrumentos de governança na resposta nacional às emergências sanitárias

A falta de coordenação federal na resposta do Brasil à pandemia de covid-19 criou um vazio de decisões entre gestores estaduais e municipais do SUS, que foi preenchido pela somatória das diferentes medidas por eles tomadas e criou um cenário heterogêneo e complexo⁷⁴. O resultado foi um esvaziamento de referências técnicas nas decisões tomadas e comunicadas pelo Ministério

73. Estimativas fundamentadas em cálculos sobre excesso de óbitos indicam que pelo menos 120 mil mortes até o final de março de 2021 poderiam ter sido evitadas caso uma política de enfrentamento à pandemia baseada em ações não farmacológicas tivesse sido implementada. Ver mais em Werneck et al., 2021

74. Castro et al., 2021

da Saúde no combate à covid-19.

Nesse sentido, é imprescindível desenvolver formalmente uma estrutura nacional com instrumentos de gestão estratégicos de governança em saúde pública, que impeça quaisquer futuras dissociações entre as medidas de enfrentamento tomadas em casos de emergências de saúde pública e as evidências científicas mais atualizadas disponíveis. Tal estrutura precisa ter altos níveis de autonomia administrativa, operacional e financeira, recursos humanos qualificados e normas para atuação baseada no conhecimento científico.

Sua atuação precisa se desenvolver sobre quatro frentes:

- i) Vigilância epidemiológica: é fundamental que sejam definidas em bases nacionais as diferentes medidas epidemiológicas que podem ser tomadas em casos de emergências (por exemplo, isolamento, quarentena, sepultamentos coletivos, tratamento e vacinação compulsórios, entre outros), e que as decisões estatais sejam orientadas por uma leitura técnica e precisa da realidade, para isso a vigilância contínua à saúde deve estar organizada nessa estrutura⁷⁵;
- ii) Transparência e comunicação: além de gerar informações, é preciso torná-las amplamente disponíveis, para que os diferentes atores públicos e a sociedade civil sejam capazes de tomar decisões adequadas;
- iii) Orientação aos estados e municípios: somada à comunicação de informações epidemiológicas, a estrutura de governança em crises precisa centralizar a construção de protocolos para atuação dos entes subnacionais, considerando todas as heterogeneidades sociodemográficas do país⁷⁶;
- iv) Abastecimento e logística de insumos: é necessário centralizar a organização de recursos, leitos, insumos, medicamentos, entre outros, considerando a heterogeneidade e disparidade de condições de resposta dos municípios brasileiros frente às emergências, e promovendo equidade.

A estrutura a ser criada também deve estar em consonância com a Rede CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, que compõe a rede mundial de alerta e resposta (*Global Outbreak Alert and Response Network*). A Rede tem a finalidade de detectar e apoiar a intervenção oportuna sobre emergências de saúde pública, atendendo aos preceitos do Regulamento Sanitário Internacional⁷⁷ para evitar a propagação internacional de doenças. A estrutura deve, também, favorecer o trabalho

75. A rapidez com que se detecta e responde efetivamente a uma ameaça é crucial para garantir o desempenho adequado desta. Nesse sentido, criar métricas que complementem as existentes do Regulamento Sanitário Internacional (2005) se faz necessário. Uma meta global definida por Frieden et al. (2021) sugere a métrica 7-1-7, em que cada surto suspeito é identificado dentro de 7 dias após o surgimento, relatado às autoridades de saúde pública em 1 dia e respondido de forma eficaz dentro de 7 dias. Essa meta 7-1-7 pode ser aplicada em nível nacional para avaliar e melhorar o desempenho e também ser aplicada localmente para promover a equidade na detecção e nas capacidades de resposta apropriadas ao contexto.

76. É importante que ela seja capaz de dispor de planos territoriais de resposta para diferentes tipos de emergência em saúde, estratificando informações de acordo com os riscos – ambientais e socioeconômicos, por exemplo – e os recursos territoriais diversos, uma vez que fatores relacionados à vulnerabilidade habitacional e diferenças geográficas, climáticas e até mesmo culturais impactam de maneira distinta os territórios

77. OMS, 2008.

em conjunto com a comunidade internacional para construção de um novo tratado internacional de preparação e resposta à pandemia que protegerá as gerações futuras⁷⁸.

Exemplos subnacionais de estruturas de governança

O governo de São Paulo criou a Secretaria Estadual de Ciência, Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde para planejar medidas de saúde e pesquisas para o enfrentamento de doenças infecciosas. O órgão terá a colaboração de instituições de pesquisa como o Instituto Butantan e o Instituto Adolf Lutz, além de incorporar o Comitê Científico instituído para medidas anti-covid (antes chamado de Centro de Contingência) de modo a desenvolver políticas de vigilância em saúde com foco em pensar a ciência e a saúde para o futuro⁷⁹.

Outro exemplo é o da Prefeitura do Rio de Janeiro que, aliando análise de dados epidemiológicos e tecnologia da informação, criou o Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE) no âmbito da Superintendência de Vigilância em Saúde e com apoio da OPAS para monitorar e avaliar o cenário epidemiológico da cidade. O CIE está integrado ao Centro de Operações do Rio (COR), que realiza a integração das operações urbanas no município para minimizar seus impactos na rotina dos cidadãos a partir da tomada de decisão de gestores baseada em dados.⁸⁰

2. Desenvolver dispositivos e instrumentos estratégicos para ampliar a capacidade de resposta do SUS

As sub propostas a seguir referem-se a medidas que podem ampliar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS e assim reduzir os impactos de eventuais novas pandemias.

a) Garantir planejamento territorial de resposta à pandemia, orientado à Atenção Primária

A despeito de sua efetividade, os serviços de APS em geral foram subutilizados durante a pandemia, tanto em termos de combate à covid-19 quanto na manutenção de seus serviços usuais. De forma geral, as diretrizes de resposta se pautaram na ampliação de leitos de UTI e na criação de hospitais de campanha, quando na realidade, para resolver o problema não bastava apenas acolher os casos mais graves, mas também garantir um cuidado estratégico das pessoas por meio de orientações e o monitoramento no próprio território para evitar o contágio.

Nesse sentido, é importante criar direcionamentos para o gerenciamento das unidades

78. OMS, 2021. COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/op-ed---covid-19-shows-why-united-action-is-needed-for-more-robust-international-health-architecture>

79. Fernandes, S. 2022. Rodrigo Garcia cria secretaria para combater doenças infecciosas em SP. Folha de São Paulo. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2022/05/rodrigo-garcia-cria-secretaria-para-combater-doencas-infecciosas-em-sp.shtml?utm_source

80. Prefeitura do Rio, 2022. Centro de Inteligência Epidemiológica é lançado para auxiliar nas decisões em saúde pública. Ver mais em: <https://prefeitura.rio/saude/centro-de-inteligencia-epidemiologica-e-lancado-para-auxiliar-nas-decisoes-em-saude-publica/>

de saúde no nível da APS em caso de pandemias, por meio da reordenação dos serviços, inclusive usando novas tecnologias para teleatendimento e disseminação/comunicação com a população⁸¹.

b) Desenvolver instrumentos normativos para centralizar as compras públicas emergenciais

A necessidade de aquisição emergencial de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), medicamentos e outros insumos de saúde levou a uma alteração no sistema de compras públicas, ampliando o regime de contratações, aumentando o limite de gasto com dispensa de licitação temporariamente e proporcionando pagamentos antecipados de despesas contratadas⁸². Essas medidas, ainda que representem avanços, não foram suficientes para permitir uma pronta e adequada resposta no âmbito do funcionamento logístico das unidades de saúde no Brasil.

É necessário implementar instrumentos inovadores para garantir, por meio de aquisições por comando centralizado - em consonância com os demais entes federativos e envolvendo entidades terceiras à serviço do SUS -, contratações públicas que permitam manter as estruturas assistenciais do SUS abastecidas de suprimentos para o caso de enfrentamento de novas situações de emergência. O objetivo é que a iniciativa permita: i) a realização de compras onde haja vantagem na distribuição centralizada para viabilizar a formação de estoques estratégicos e a obtenção de ganhos de escala; e ii) a criação de uma lista de fornecedores por inscrição e classificação realizada a partir de credenciamento em certames classificatórios e eliminatórios. Assim, será possível garantir agilidade, ganhos de escala, integração de mercado e disponibilidade de insumos, enquanto se preserva a transparência e facilidade de fiscalizações.

c) Ampliar a capacidade de produção e distribuição de insumos, tecnologias estratégicas, e reconversão industrial através de uma política nacional

Um dos principais entraves para o enfrentamento da pandemia foi a desigualdade no provimento de insumos, que culminaram em barreiras de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, para os que vivem em territórios remotos ou vulneráveis. Em linha com uma resolução da OPAS⁸³, a qual o Brasil é signatário, é importante introduzir uma política de ampliação da capacidade de produção e distribuição de medicamentos e tecnologias estratégicas, que contenha definições claras de prioridades multisetoriais para o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) brasileiro.

Um bom exemplo de estratégia é a impulsionada pela Fiocruz, que possui unidades de ciência, tecnologia, inovação e produção de bens e serviços, e do Instituto Butantã, que junto ao Ministério da Saúde tem por objetivo expandir a produção de vacinas para atender as necessidades específicas do Brasil.

81. Vale notar que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), junto ao Ministério da Saúde, por meio da iniciativa APS Forte no Combate à Pandemia, reuniu práticas que demonstraram a capacidade dos profissionais de reagir à pandemia, oferecendo respostas adequadas a realidade de seus territórios em diferentes regiões. Essas iniciativas podem servir como ponto de partida para codificar diretrizes para a APS no enfrentamento de uma pandemia. Ver mais em: <https://apsredes.org/aps-forte-sus-no-combate-a-pandemia/>

82. Fiuza et al (2020)

83. Resolução CD59.R3. OPAS, 2021.

Outro ponto importante a ser considerado é a reconversão industrial para atendimento às demandas de uma possível emergência, ou seja, a mudança dos objetos de produção de determinado setor da indústria. Isso vale especialmente para aqueles que podem produzir itens considerados essenciais - sejam equipamentos, insumos, fármacos ou outros -, e cuja dependência de importação seja considerada alta. Com a possível redução de atividade de setores da indústria em caso de uma pandemia, a reconversão industrial é uma alternativa para que empresas se mantenham operando ao mesmo tempo em que contribuem para o enfrentamento da emergência. Desafios que podem surgir a partir de reconversões (de ordem regulatória e de impacto financeiro, por exemplo) podem ser mitigados com flexibilização de regras de produção e liberação de linhas de crédito. Outra forma de atuação para modular o direcionamento do setor produtivo é via concessão de incentivos fiscais.

d) Criar mecanismos para mitigar restrições de acesso à saúde causadas por pandemias

O represamento de serviços e procedimentos é um preocupante legado da pandemia de covid-19, que possivelmente ocorreria em novas emergências. É necessário propor incentivos para ações estratégicas que contemplem a ampliação da oferta e novos modelos de serviços e procedimentos, sobretudo, para aqueles cuja queda de volume foi observada na pandemia de covid-19.

Alguns municípios e estados realizaram mutirões para realizar de procedimentos represados ou direcionaram recursos para diminuir o impacto que a pandemia deixou até o momento, mas ainda assim é necessário prover estratégias coordenadas em níveis regionais e nacional a fim de otimizar o uso desses recursos.

Os pontos de atenção e incentivo a serem pautados na implementação desses programas/estratégias são: i) a compensação do atraso na realização de procedimentos urgentes; ii) a realização de campanhas para execução de procedimentos preventivos e de detecção precoce (como rastreios e imunizações) que tiveram queda expressiva causada pela emergência; iii) o investimento intensivo em mecanismos de ampliação do acesso à saúde como forma de balancear o acúmulo de demandas reprimidas causadas pela emergência sanitária; e iv) o preparo para manejar eventuais condições clínicas que surjam em decorrência do próprio agente causador da emergência.

3. Estabelecer uma estratégia nacional de comunicação transparente e baseada em evidências, com intuito de garantir confiança da população brasileira no SUS e na ciência

O fenômeno da infodemia⁸⁴ e a construção de narrativas políticas em torno da pandemia ocasionaram uma grande confusão informativa, contribuiu para que que parte da

84. Traduzido do inglês “infodemic”, o termo se refere à União das palavras “informação” e “epidemia”, referindo-se a uma disseminação rápida e abrangente de informações imprecisas sobre algo.

população brasileira não tomasse as medidas de prevenção necessárias, expondo-se ainda mais aos riscos de contágio. O espalhamento de notícias falsas e atitudes públicas de negacionismo por parte de autoridades políticas tiveram um efeito negativo sobre a propagação e impactos do Coronavírus.

Durante o período da pandemia de covid-19, foram raras as estratégias de comunicação dialógica por parte do governo federal, verificando-se apenas uma “transmissão de informação” pouco coordenada com estados e municípios. Além de levar a diversas fontes comunicando diferentes orientações, a falta de uma estratégia centralizada de comunicação também contribuiu para sobrecarregar estados e municípios, que precisaram se organizar para orientar a população a respeito de medidas de isolamento e prevenção de contágio.

Faz-se necessário, portanto, estabelecer um plano de comunicação centralizado que defina estratégias, abordagens específicas e linguagens adequadas a situações e públicos, objetivando aprimorar a percepção de risco das pessoas e o que se chama de ‘literacia em saúde’ na população⁸⁵. Para tanto, este plano de comunicação deve ser: i) orientado por dados e evidências acadêmicas; ii) incluir monitoramento de dimensão de seus impactos; iii) considerar a criação de instrumentos para verificação de informação e produção de contrainformação como mecanismo de controle e combate à desinformação; e iv) reforçar a importância da transparência e do controle social dos dados; v) considerar adequadamente o contexto e as audiências-chave, reforçando a participação social na construção de mensagens adequadas e relevantes.

É também preciso que o governo não só se comunique por meio de representantes institucionais (ministros, secretários, técnicos e gestores em saúde), mas invista também na diversidade de atores: nas vozes institucionais e também populares (trabalhadores, professores, usuários do SUS, influenciadores, artistas, etc.). Ainda, é imprescindível considerar que a troca de informação ocorre de forma contínua nos lares, escolas, ambientes de trabalho e demais espaços coletivos e, portanto, um plano robusto deve considerar todos esses espaços.

Uma forte estratégia de comunicação deve: i) enviar mensagens claras e práticas alinhadas às mudanças nas condições; ii) dizer a verdade, inclusive reconhecendo incertezas para criar confiança na resposta e preparar o público para condições que sofrem mudanças bruscas; iii) considerar as informações do público para responder orientados aos medos, rumores e informações erradas, ou seja: usando as informações do próprio público para moldar respostas; iv) engajar líderes locais e comunidades, usando canais confiáveis e acessíveis; v) alavancar a mídia de massa, já que em crises, a população se torna mais dependente da mídia⁸⁶.

85. Isto é, a capacidade de buscar, compreender, avaliar e dar sentido às informações para tomar decisões conscientes sobre a própria saúde ou a de terceiros.

86. Vital Strategies, 2020. Nota Informativa: Usando a comunicação para apoiar a implementação de medidas de saúde públicas e sociais. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/Nota-Comunicac%CC%A7a%CC%83o-de-Risco-na-Resposta-a%CC%80-Pandemia-COVID-19.pdf>

4. Valorizar os trabalhadores da saúde enquanto protagonistas no combate aos desafios de saúde pública

Nunca como nessa pandemia os profissionais de saúde e os sistemas públicos de saúde receberam tantas homenagens e demonstrações de agradecimentos da população e de governos locais em todo o país. No entanto, essas homenagens não contribuíram para impedir a precarização das condições de trabalho desses trabalhadores. Durante a emergência da covid-19, gestores e profissionais de saúde do SUS foram submetidos a grandes pressões pela escassez de EPIs, condições de trabalho inadequadas e ausência de apoio técnico claro e tempestivo.

Logo, é importante valorizar os trabalhadores da saúde por meio de suporte humano (contra estresse, sofrimento e desgaste emocional) e material (envolvendo a oferta suficiente de equipamentos de proteção e condições dignas de trabalho), além de fomentar a empatia da população para com os trabalhadores.

Um caminho possível é garantir, para além do suporte acima citado, compensação financeira a trabalhadores da saúde por meio de aporte de recursos federais em caso de pandemia, uma vez que esses trabalhadores estarão mais expostos a contágio e óbito, além de criar outros mecanismos compensatórios para o caso de suspensão de férias e licenças ou possíveis ampliações de carga horária, como ocorreu na pandemia de covid-19.



Considerações Finais

Considerações Finais

Apresentamos na Agenda Mais SUS seis caminhos para melhorar a saúde pública durante a próxima gestão do Governo Federal. Nos últimos quatro anos, o trabalho daqueles que buscam o desenvolvimento do SUS foi essencialmente defensivo: evitar a deterioração do sistema, apontar seu subfinanciamento crônico e iluminar retrocessos de políticas bem sucedidas, como a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunizações. Grande parte dos esforços se concentraram em torno da mitigação de uma perigosa onda anti científica, que busca promover uma preocupante equivalência entre fato e opinião e que teve um custo inimaginável sobre a saúde dos brasileiros e brasileiras.

A Agenda que aqui propomos vai na direção contrária. Traz uma visão de tudo aquilo que o SUS pode ser, se reimaginado por cada um que faz esse sistema acontecer: da população aos trabalhadores de saúde, dos gestores aos cientistas, dos acadêmicos ao setor privado. Seria ingenuidade projetar uma visão otimista para o SUS diante de tantos retrocessos?

Mudar é possível. Existem contingências, no nível da opinião pública e também no nível programático, que nos dão razões para acreditar nesta proposição. Do lado da opinião pública, está claro que o SUS saiu fortalecido. Na pandemia vimos o SUS protegendo a população e sendo por ela reconhecido e reverenciado. São milhões de pessoas que levarão em conta, em seu exercício de cidadania, o desejo de construir um sistema que ajude os brasileiros e brasileiras a viver mais e melhor.

Do lado programático, nossa Agenda identifica consensos. Alguns são normativos, como a ambiciosa conquista social expressa na Constituição de 1988, de um sistema universal que proteja a saúde dos brasileiros, fortalecido agora na pandemia. O Brasil espera nada mais que isso da próxima gestão do Governo Federal.

Outros consensos, ainda, vêm da evidência científica. A Estratégia de Saúde da Família é uma política custo-efetiva amplamente estudada, e precisa estar em todo o Brasil. Uma literatura cada vez maior aponta para um rearranjo inovador dos serviços de saúde entre diferentes profissionais. O Brasil é uma exceção negativa de financiamento público da saúde, quando comparado a países de renda semelhante. Seguir o que nos diz a ciência nesses e outros temas é uma responsabilidade incontestável de quem nos governa.

Temos, portanto, confiança de que um SUS melhor é possível. Os principais elementos já estão colocados: o desejo de grande parte da sociedade por um sistema mais efetivo, as soluções técnicas disponíveis para mudar e a necessidade de imaginação institucional para o enfrentamento daqueles problemas para os quais ainda não temos respostas. Com esses elementos, com Mais SUS, podemos chegar a um Brasil mais justo, saudável e que esteja à altura das necessidades e expectativas de sua população.

Referências

- Amarante, P. (1994). An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcX-CkKCxtsDWdJ/?format=pdf&lang=pt>.
- Aquino, R., de Oliveira, N. F. and Barreto, M. L. (2009) 'Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities', *American Journal of Public Health*, 99(1), pp. 87–93. doi: 10.2105/AJPH.2007.127480.
- B. Rache, Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M. e A. Massuda (2020). Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica n.3. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-03/>
- Bhalotra S., Rocha R., Soares R. (2020) 'Can Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil' *Texto para Discussão nº03*. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/texto-para-discussao-03/>
- Bigoni A., Malik A. M., Tasca R., Carrera M. B. M., Schiesari M. C., Gambardella D., Massuda A. (2022) Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health - Americas* 2022;10: 100222 Published online <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>
- Boing, A. F., Vicenzi, R. B., Magajewsky, F., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., Lidner, S. R., Peres, M. A. (2012). Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, 46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3FprsNTf4F6jFn-t3fkqwHYQ/?lang=pt&format=html>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2.979, de 12 de Novembro de 2019. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade M. V., De Souza Noronha, K. V. M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* 394(10195), 345–356.
- Castro, M.C., Kim, S., Barberia, L., Ribeiro, A.F., Gurzenda, S., Ribeiro, K.B., Abbott, E., Blossom, J., Rache, B. and Singer, B.H. (2021) "Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil," *Science*. American Association for the Advancement of Science (AAAS). doi:10.1126/science.abh1558.
- Costa F, Nunes L., Sanches F. (2021) 'How to Attract Physicians to Underserved Areas? Policy Recommendations from a Structural Model' *The Review of Economics and Statistics* 2022; doi: https://doi.org/10.1162/rest_a_01155
- Dos Santos, L. P. R., Castro, A. L. B. de., Dutra, V. G. P., Guimarães, R. M. (2018) 'Admissions for conditions sensitive to primary health care, 2008-2015: an analysis of the impact of the expansion of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro', *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(2), pp. 178–183. doi: 10.1590/1414-462x201800020230.
- Eleone, A., Aguillar, A., Leal, F., Thami, H., Remédios, J., Machado, L., Freitas, R. (2021). Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. *Panorama IEPS n.2*. IEPS: Rio de Janeiro
- Elma, A., Nasser, M., Yang, L., Chang, I., Bakker, D., Grierson, L. (2022). Medical education interventions influencing physician distribution into underserved communities: a scoping review. *Human Resources for Health*. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-022-00726-z.pdf>
- Faria, M., Nobre, V., Tasca, R. e A. Aguillar. (2021). A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-23/>

Fiuza, E. P. S., Santos, F. V. L., Lopes, V. B., De Medeiros, B. A., Santos, F. B. (2020). Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro: Ipea , 1990- ISSN 1415-4765. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2575.pdf.

Frieden, T. R., Buissoniere, M., McClelland, A. The World must prepare now for the next pandemic. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/3/e005184.full.pdf>

Fontes, L. P., Mrejen, M., Rache, B., Rocha, R. (2022). Economic Distress and Children's Mental Health: Evidence from the Brazilian High Risk Cohort Study for Mental Conditions. Working Paper series IEPS N° 15. Disponível em: <https://ieps.org.br/texto-para-discussao-15/>

Guanais, F. C. (2015) 'The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010', American Journal of Public Health, 105(Suppl 4), pp. S593–S599. doi: 10.2105/AJPH.2013.301452r.

Haldane, V., De foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordstrom, A., Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. Nature Medicine, 27(6), 964-980. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>

Harris, M. J. (2014) 'We could all learn from Brazil's Family Health Program', BMJ, 349. doi: 10.1136/bmj.g4693.

Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A., and Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. PLoS Medicine, 14(5), e1002306.

IEPS e Instituto CACTUS (2022). Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf>

Instituto Cactus e Instituto Veredas. Caminhos em Saúde Mental, 2021. Disponível em: <https://www.institutocactus.org.br/caminhos-em-sa%C3%BAde-mental>

Lucchese, P. T. (2000). A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. Fundamentos da vigilância sanitária, 99-112.

Machado, F. de A. Participação social em saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, 42, 18-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012

Mendes, E. V. (2019). Desafios do SUS Brasília; CO-NASS; 2019. 869 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104190>

Ministério da Saúde; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; 2017 - Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

Mrejen, M e Rocha, R. (2021) Evolution and Inequalities in Depression Prevalence and the Treatment Gap in Brazil: A Decomposition Analysis. Disponível em: <https://ieps.org.br/texto-para-discussao-14/>

Mrejen, M e Rocha, R. (2021b) Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos. Disponível em: <https://ieps.org.br/olhar-ieps-03/>

Mrejen, M e Rocha, R. (2021c) Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large-Scale Primary Care Policy in Brazil. Estudo Institucional n. 3. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-03/>

Mrejen, M.; Rache, B. e L. Nunes (2021). COVID-19 e Saúde Mental: Uma Análise de Tendências Recentes no Brasil. Nota Técnica n.20. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-20/>

Mrejen, M., Rocha, R., Millet, C., Hone, T. (2021). The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. The Lancet Regional Health - Americas 4 (2021) 100034

OECD (2017). “Quality of health care”, in Government at a Glance 2017, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-89-en.

OMS (2008). International health regulations (2005). World Health Organization. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7179json-file-1>

OMS (2021). Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

OMS (2017). Tackling NCDs: ‘best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.

OMS (2008). Integrating mental health into primary care A global perspective; 2008. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf

ONOCKO-CAMPOS, 2019. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Disponível em: <https://www.scielo.org.br/article/csp/2019.v35n11/e00156119>

OPAS (2014). Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>

OPAS (2020). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>

OPAS (2021). Aumento da capacidade de produção de medicamentos e tecnologias em saúde essenciais. Resolução CD59.R3. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd59r3-aumento-da-capacidade-producao-medicamentos-e-tecnologias-em-saude-essenciais>

OPAS (2021). Plano de ação sobre saúde mental: relatório final. CE168/INF/9. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/ce168inf9-plano-acao-sobre-saude-mental-relatorio-final>

Piola, S. F., Pucci de Sá e Benevides, R., Vieira, F. S. (2018). Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Texto para Discussão (IPEA). Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf

Rache, B., Nunes, L., Freitas, R., Aguillar, A., Bigoni, A., Tasca, R., Malik, A.M., Cupertino, F., Frutuoso, J. e A. Massuda. (2021). Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além. Nota Técnica n.22. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-22/>

Rasella D, Harhay M O, Pamponet M L, Aquino R, Barreto M L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data BMJ 2014; 349 :g4014 doi:10.1136/bmj.g4014.

Rocha, R. and Soares, R. R. (2010) ‘Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil’s Family Health Program’, Health Economics, 19(S1), pp. 126–158. doi: 10.1002/hec.1607.

Rocha, R., Furtado, I., Spinola, P. (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4241>

Rocha, R., Mrejen, M. e M. Coube (2020). Um Decreto para Estradas e a Estrada da Saúde no Brasil. Nota Técnica n.13. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-13/>

Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes (2022). A Regionalização da Saúde no Brasil. Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

Starfield, B., Shiu, L., Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. The milbank quarterly, 83(3), 457-502.

United Nations (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>

Viana, A. L. D., Bousquat, A. , Pereira, A. P. C. de M., Uchimura, L. Y. T., De Albuquerque, M. V., Mota, P. H. dos S., Demarzo, M. M. P., Ferreira, M. P., (2015). “Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil”. Saúde e Sociedade 24:413–422.

Werneck G. L., Bahia, L., Moreira, J. P. de L., Scheffer, M. (2021). Mortes Evitáveis por covid-19 no Brasil. Disponível em: http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_Covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf

WHO (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>



agenda
mais **SUS**

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

agendamaissus.org.br