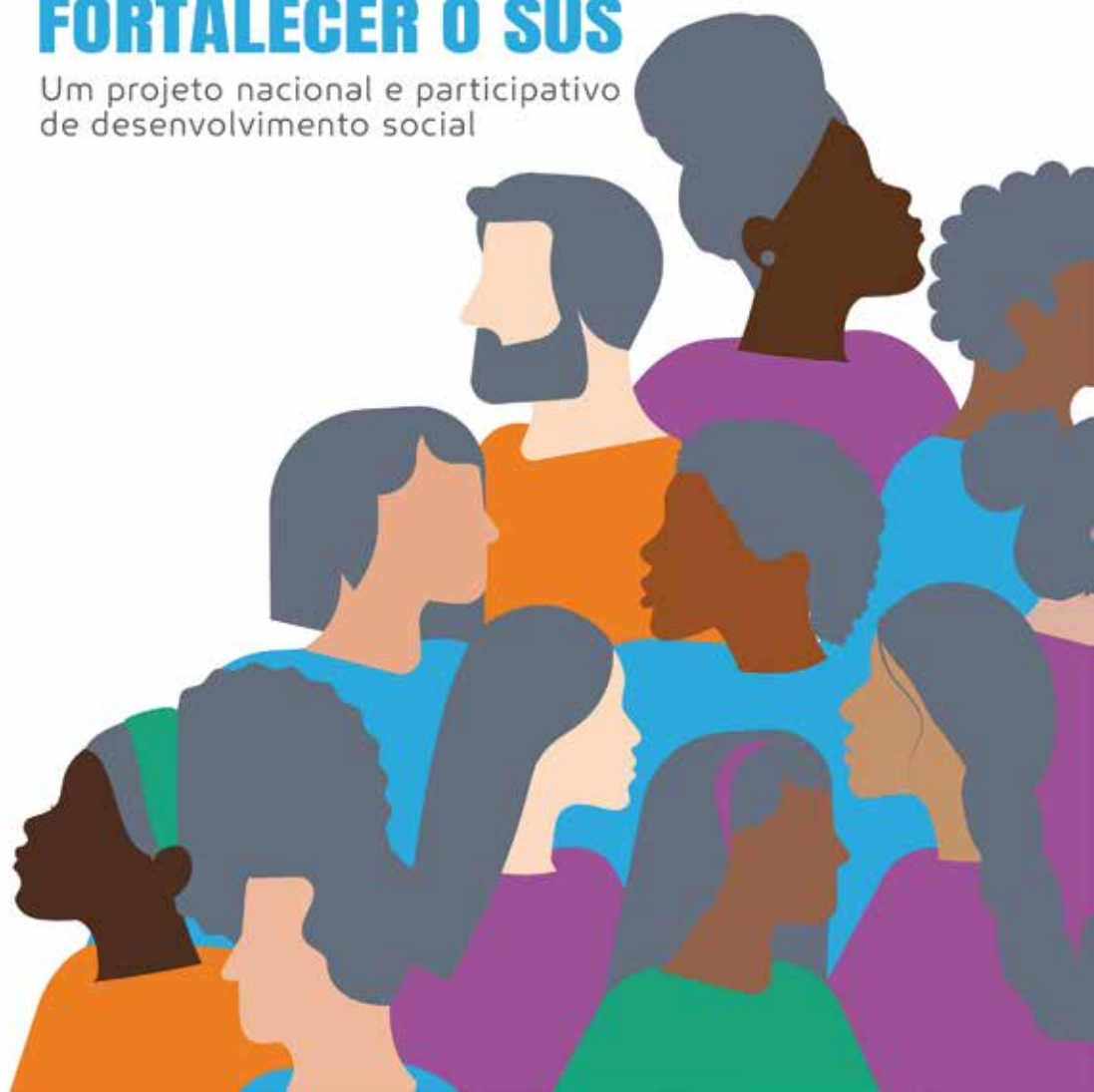


POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS PARA FORTALECER O SUS

Um projeto nacional e participativo
de desenvolvimento social



Conselho Nacional de Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos

Políticas Públicas Integradas para Fortalecer o SUS

Um projeto nacional e participativo de desenvolvimento social

2023



FICHA TÉCNICA

Comissão Organizadora – Projeto Integra

Artur Custódio Moreira de Sousa, Debora Raymundo Melecchi, Jorge Carlos Santos da Costa, Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Marco Aurélio Pereira, Maria da Conceição Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Silvana Nair Leite e Silvania Iacovino Dantas

Coordenação Executiva – Projeto Integra

Ana Liani Beisl Oliveira, Célia Chaves, Fernanda Manzini, Lidiane Silva Dutra, Luisa Arueira Chaves e Silvana Nair Leite

Apoio técnico administrativo – Projeto Integra

Adelir da Veiga, Ewerton Pereira, Laura Metran e Maria Eufrásia Oliveira Lima

Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos:

www.escoladosfarmaceuticos.org.br

Contato: info@escoladosfarmaceuticos.org.br

Organizadores

Fernanda Manzini, Adelir da Veiga e Silvana Nair Leite

Capa e projeto gráfico

Luciano Moreira

Diagramação

Luciano Moreira e Fernanda Manzini

Revisão e normatização

Danilo Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Políticas públicas integradas para fortalecer o SUS : um projeto nacional e participativo de desenvolvimento social / Conselho Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional dos Farmacêuticos ; organização Silvana Nair Leite , Adelir da Veiga , Fernanda Manzini. -- 1. ed. -- São Paulo : Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos, 2023.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-996479-2-5

1. Assistência social - Brasil - Aspectos políticos 2. Desenvolvimento social 3. Inovação tecnológica 4. Políticas públicas de saúde 5. Saúde pública 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Conselho Nacional de Saúde. II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Escola Nacional dos Farmacêuticos. IV. Leite, Silvana Nair. V. Veiga, Adelir da. VI. Manzini, Fernanda.

23-145504

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Sistema Único de Saúde : Brasil : Bem-estar social 362.10981

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Esta publicação é regida pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conteúdo integral de toda obra intelectual no contexto do Projeto Integra, podendo ser utilizada para fins não comerciais, citando as fontes, respeitando e preservando os direitos dos autoras(es). O conteúdo desta publicação é de exclusiva responsabilidade das(os) autoras(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Projeto Integra ou das instituições promotoras do projeto.

Sumário

Prefácio	7
Apresentação	11
01– Panorama atual das Políticas de Assistência Farmacêutica, de Vigilância em Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	18
1.1. Política Nacional de Assistência Farmacêutica	19
1.2. Política Nacional de Vigilância em Saúde	23
1.3. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	27
02– Participação e controle social na formulação e governança das políticas públicas de saúde	30
03– Carta do 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica	36
04– Desenvolvimento do Projeto Integra: da construção do conhecimento à ação para o fortalecimento e integração das políticas de saúde	42
05– Desabastecimento de medicamentos e soberania sanitária	52
5.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	59
06– Propriedade intelectual e acesso a tecnologias	62
6.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	69
07– Equidade na abordagem de doenças emergentes e reemergentes	74
7.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	79
08– Serviços farmacêuticos baseados em necessidades sociais	84
8.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	92
09– Pesquisa baseada em necessidades sociais	96
9.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	108
10– Formação para a integração das políticas	114
10.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	119
11– Dados, tecnologias de informação e intervenção na saúde	122
11.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	131
12– Tecnologias do suporte diagnóstico em saúde	134
12.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF	140
13– Da meta à ação: Construção de uma agenda para a integração das políticas pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década	146
Sobre as(os) autoras(es)	151

Desde meu primeiro contato com o Projeto Integra, tive a certeza do mesmo se constituir numa iniciativa inovadora e estratégica para nossas políticas sociais. Adicionalmente, tive também a certeza que poderia ser um modelo para outros países na Região das Américas.

Por um lado, o projeto lida com a discussão das interfaces e com a necessidade de integração de três políticas fundamentais no campo da Saúde Pública e Saúde Global: as políticas de assistência farmacêutica; de ciência, tecnologia e inovação em saúde; de vigilância em saúde (esta última incluindo a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental e a vigilância em saúde do trabalhador e trabalhadora). Foram três políticas que foram construídas a partir de um fortíssimo componente de participação e controle social no Brasil, em conferências temáticas nacionais.

Por outro lado, essa discussão para integração coloca lado a lado instituições sólidas e profissionais de saúde comprometidos com a melhoria das condições de saúde e de vida de nossas populações: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar)/Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar). Foi natural que a Opas/OMS apoiasse sem titubear o Projeto Integra, hoje contando também com apoio do Ministério da Saúde.

Considero que o Projeto Integra já nasceu como uma estratégia que veio para ficar e impactar nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Ele foi um desdobramento da iniciativa coordenada há quatro anos por essa sólida parceria. Nas etapas preparatórias para a 16ª Conferência Nacional de Saúde e diante da impossibilidade de realização de conferências temáticas anteriores à mesma, foi traçada toda uma estratégia que, por intermédio de dez seminários regionais seguidos de uma oficina de planejamento e preparação de tutores, levou a discussão da assistência farmacêutica e da ciência, tecnologia e inovação em saúde a todas as regiões do Brasil, contribuindo para um ideal que fecundou as discussões da Conferência Nacional de Saúde em 2018 e, praticamente, todas as contribuições foram incluídas no

Relatório Final da Conferência, tal sua coerência e relevância.

Quatro anos decorridos, temos o Projeto Integra como uma realidade concreta, tendo capacitado mais de mil lideranças pelo Brasil afora. Mesmo diante das restrições impostas pela pandemia, o Projeto Integra foi capaz de organizar sete encontros regionais que discutiram com exemplos concretos as fortalezas e as fragilidades de nossas políticas públicas, debate trazido para o 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF) na Fiocruz, onde tive a honra de participar da mesa de abertura e de levar minha equipe técnica para acompanhar e se envolver ativamente em todas as discussões.

De tudo que foi discutido durante os encontros regionais e com a riqueza trazida no Simpósio, surge esta publicação denominada “Políticas Públicas Integradas para Fortalecer o SUS. Um projeto nacional e participativo de desenvolvimento social”, que tenho a elevada honra de prefaciar. É uma honra e um orgulho para mim e para a Representação da Opas/OMS no Brasil, por conhecer a trajetória e o compromisso dos profissionais envolvidos na coordenação do Projeto Integra e por perceber a importância do mesmo, importância que ultrapassa as fronteiras do Brasil nas propostas relacionadas com o projeto.

Esta oportuna publicação se constitui na terceira publicação como livro do Projeto Integra, que se propicia na transição do governo federal no Brasil, encerra ensinamentos e reflexões da maior importância, quando discutimos a saúde como direito e o fortalecimento de modelos de seguridade social universais, como é o caso do Brasil. Ao mesmo tempo, sabemos que a experiência brasileira tem sido exemplar em diversos momentos e esta publicação augura novos tempos para o Brasil e para nossa Região, abordando temas da maior atualidade e objeto de discussões nos nossos foros na Opas, na Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Organização das Nações Unidas (ONU), assuntos essenciais para o fortalecimento do multilateralismo.

Para além de textos autorais, sempre de reconhecidos especialistas e militantes na Saúde Pública no Brasil, também encerra discussões das(os) participantes no 9º SNCTAF, trazendo subsídios valiosos para a formulação, implementação ou avaliação de políticas públicas em saúde. O desabastecimento de medicamentos e a soberania sanitária, a propriedade intelectual e o acesso a tecnologias, a equidade para a abordagem de doenças emergentes e reemergentes, serviços farmacêuticos e a pesquisa baseados em necessi-

dades sociais, a formação para a integração das políticas, as tecnologias do suporte diagnóstico em saúde. Todos estes são capítulos precedidos por textos autorais de renomadas(os) especialistas e seguidos dos resultados de discussões em grupo geradas no Simpósio.

Acrescentando a esses eixos temáticos referidos, a publicação se enriquece com uma discussão pioneira sobre a importância do controle social no contexto do projeto, da descrição do panorama atual das três políticas que fazem parte do Projeto Integra e das recomendações e diretrizes para a construção de uma agenda nacional para a integração das políticas e para o fortalecimento do SUS, em um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década.

Finalizo com meu reconhecimento e minha solidariedade e parceria incontestante com esses nossos colegas que lutam por um Brasil mais justo e uma Região com menos iniquidades. As(Os) autoras(es), as(os) formuladoras(es), as(os) ativistas do Projeto Integra olham para o passado, lidam com as lições aprendidas, mas dirigem seus olhares para esse futuro que no Brasil faz renascer a esperança e conjuga o verbo ESPERANÇAR!¹

1 Neologismo de Paulo Freire em *Pedagogia da Esperança* (1992).

Em um momento tão significativo da história do nosso país, todos os nossos esforços precisam se alinhar na reconstrução, na reanimação e na integração das políticas públicas de grande impacto social. Este momento é resultado de um processo de resistência, resiliência e de preparação, de dificuldades e esperança. Este livro é fruto deste processo, construído por ações e engajamentos em torno do *Projeto Integra: Integração das Políticas de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*, uma realização do Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

No Brasil, estamos no processo de emergir, voltar a respirar. Sendo a região das Américas uma das mais impactadas pela pandemia de Covid-19 e umas das mais inequitativas em termos de renda e acesso a serviços de saúde, a pandemia desnudou os valores fundamentais sobre os quais as sociedades foram construídas e expôs a inextricável interdependência entre a saúde, o bem-estar e a economia. Como advogam Carissa Etienne, diretora da Opas, e colaboradoras(es) (2020)¹, uma economia saudável não pode existir sem pessoas saudáveis. Nesse sentido, a saúde e o bem-estar das pessoas dependem de uma sociedade inclusiva, sustentável e de políticas de desenvolvimento social que beneficiem todas as pessoas. No nosso país, além dos problemas identificados globalmente, estivemos submersos em negacionismo, desinformação e ausência de comando (do que de fato poderia ser comando) na área da saúde, a exemplo dos desmandos na compra das vacinas, como alertou Jorge Bermudez no livro *Solidariedade ou apartheid?* (2022)², e na gestão do trabalho em saúde, apontada por diferentes especialistas na pesquisa

1 Etienne, C. F. et al. COVID-19: transformative actions for more equitable, resilient, sustainable societies and health systems in the Americas. *BMJ Glob. Health* 5, e003509 (2020).

2 Bermudez, Jorge. *Solidariedade ou Apartheid?*: lições aprendidas na pandemia. São Paulo: Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos, p.175 (2022).

Gestão da força de trabalho em saúde e Covid-19: desinformação e ausência de Políticas Públicas no Brasil (2021)³.

Há fortes indícios de que as crises na saúde e na economia não serão finalizadas de imediato, e novas crises sanitárias podem ser experimentadas a qualquer momento. Neste cenário, há um crescente e forte consenso sobre a necessidade de olharmos criticamente para o futuro, em termos de políticas públicas sociais, econômicas e de saúde.

Mais que nunca, a resiliência dos sistemas de saúde tem alcançado notoriedade como importante investimento. A literatura sobre o tema sublinha que os esforços devem concentrar-se não só na absorção de choques imprevisíveis, precipitados por necessidades de saúde emergentes, mas também em assegurar a continuidade da melhoria da saúde, sustentando ganhos no funcionamento dos sistemas e promovendo a centralidade das pessoas, ao mesmo tempo que prestam cuidados de alta qualidade. Segundo Kathryn M. Barker e colaboradoras(es), no estudo *Envolvimento da comunidade para a resiliência do sistema de saúde: evidências da epidemia de Ebola na Libéria* (2020)⁴, a resiliência dos sistemas de saúde deve ser desenvolvida com as comunidades e de acordo com as suas necessidades. Não pode haver resiliência dos sistemas de saúde sem o envolvimento das pessoas, em todos os domínios.

Victoria Haldane e outras(os) pesquisadoras(es), identificaram no estudo *Resiliência dos sistemas de saúde na gestão da pandemia de Covid-19: lições de 28 países* (2021)⁵ as principais características dos sistemas com melhores desempenhos neste período:

- Governança apoiada por evidências científicas e liderança disposta a aprender e ajustar o curso dos sistemas de saúde de forma a proteger a saúde e o bem-estar. Aumentar a resistência a futuros surtos de doenças requer um trabalho a mais longo prazo para criar sistemas de saúde de alta qualidade;

3 Leite, Silvana Nair; Finkler, Mirelle; Martini, Jussara Gue; Heidemann, Ivonete; Verdi, Marta; Hellmann, Fernando; Vásquez, Maria Fernanda. Management of the health workforce in facing COVID-19: disinformation and absences in Brazil's Public Policies / Gestão da força de trabalho em saúde e COVID-19: desinformação e ausência de Políticas Públicas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.) ; 26(5): 1873-1884, tab, graf (2021).

4 Barker, K. M. et al. Community engagement for health system resilience: evidence from Liberia's Ebola epidemic. *Health Policy Plan.* 35, 416–423 (2020).

5 Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S.M. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 27, 964–980 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.

- Necessidade de investir na melhoria tanto da quantidade como da qualidade das(os) trabalhadoras(es) da saúde para melhor se prepararem e responderem a futuras pandemias. O estudo salienta que os sistemas de saúde resilientes são aqueles que não só investem no planejamento e formação das(os) trabalhadoras(es) da saúde relacionados com a pandemia, mas também asseguram a sua proteção física, mental e econômica no local de trabalho e para além dele;
- Formas de enfrentar os desafios claramente identificados e exaustivamente debatidos para as cadeias globais de abastecimento de medicamentos e produtos. Estes desafios vão desde as limitadas capacidades de fabricação até o financiamento e a equidade no acesso; investimento em tecnologias digitais inovadoras, o que também apresenta os seus próprios desafios, incluindo o potencial de exacerbar desigualdades e ser o veículo para as violações dos direitos humanos. Como tais, os investimentos futuros nestas tecnologias requerem uma maior abordagem holística - uma abordagem que envolva as comunidades, particularmente as mais vulnerabilizadas - que têm em conta os riscos potenciais e considera como os sistemas de saúde podem minimizar os danos da sua utilização.

No centro de todas os domínios apresentados, as autoras e autores do estudo destacam o envolvimento e a participação ativa da comunidade. Eles concluem que o profundo envolvimento com as comunidades é central para os sistemas de saúde resilientes como forma de informar, tomar decisões e gerir para satisfazer as necessidades reais das pessoas antes, durante e depois das crises. É estratégico o envolvimento comunitário, com a construção de parcerias com líderes locais e nacionais e o trabalho ao lado de membros da comunidade. Entre as ações mínimas para um sistema resiliente, destacam-se o engajamento da comunidade no planejamento dos serviços de saúde, e a promoção das competências e conhecimentos de líderes comunitários (por exemplo, grupos de jovens, associações de pacientes e grupos religiosos) para atingir a população em geral e subpopulações em risco.

O Projeto Integra parte destas mesmas premissas. Ele nasce da necessidade de intervir no cenário nacional em meio à pandemia de Covid-19, em que imperavam a desinformação, a negligência e as tentativas de desmonte das bases da política de saúde, enquanto a importância estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS) e das estruturas de desenvolvimento e produção de ciência e tecnologia em saúde ficou absolutamente evidente.

A cooperação, já consolidada em projetos anteriores, entre ENFar, Fio-cruz e CNS e apoio da Opas, permitiu o desenho e o desenvolvimento do atual projeto, desde 2021, com o objetivo de fortalecer e integrar as políticas de saúde nos serviços e na sociedade. O Projeto Integra está organizado em fases, sendo elas: Fase 1 - capacitação de lideranças, Fase 2 - sensibilização e engajamento da sociedade e das instituições, Fase 3 - consolidação de propostas nacionais e Fase 4 - promoção de ação política, incluindo audiências públicas, publicações, ações locais e nacionais. Mais informações estão disponíveis em: www.escoladosfarmaceuticos.org.br/integra.

A etapa que aqui se apresenta – consolidação de propostas nacionais – resulta de intenso processo de mobilização de lideranças sociais, profissionais de saúde e gestoras(es) em torno da temática. Na Fase 1 do projeto, mais de 900 lideranças participaram de curso online, em 32 grupos tutoriados e regionalizados, em que representantes de movimentos sociais, profissionais de saúde e gestoras(es) foram estimuladas(os) a, colaborativamente, aprofundar conhecimentos sobre o sistema de saúde, acesso a medicamentos, vigilância e desenvolvimento científico e tecnológico a partir de casos críticos e intersetoriais. Nesta fase, as(os) participantes (de todos os 26 estados e o DF) estudaram seus territórios e propuseram intervenções locais.

Na Fase 2, sete encontros regionais presenciais com lideranças aprofundaram os diálogos intersetoriais e as análises locais/regionais, identificando problemas e propondo ações. Destes movimentos, oito grandes temáticas emergiram e estas foram, então, levadas para a discussão com lideranças nacionais [majoritariamente conselheiras(os) nacionais de saúde e pesquisadoras(es)] e a sistematização de proposições de ações: para as(os) governantes, mas também para o controle social, os movimentos, as universidades e os institutos de pesquisa.

Esta é a essência do próprio SUS, que nasceu inovando ao adotar como princípios as ideias de complementariedade e intersetorialidade em contraponto à herança histórica de políticas públicas sanitárias centralizadas e verticalizadas. A gestão, planejamento, controle e avaliação são, necessariamente, ações sociais. Trabalhar de modo intersetorial e participativo significa superar a fragmentação do conhecimento e da prática envolvendo a população que vivencia os problemas na busca de soluções compartilhadas.

É consensual a importância da atuação cidadã no controle social da administração pública para o desenvolvimento de uma sociedade baseada na

democracia. O engajamento cidadão requer que os governos compartilhem a definição da agenda e garantam que as propostas políticas geradas em conjunto sejam consideradas na decisão final. A atuação cidadã é apropriada em todas as etapas do processo de desenvolvimento de políticas, sendo vista como um processo interativo, que serve para infundir os valores e as prioridades dos cidadãos em todo o ciclo político, é o que afirma Amanda Sheedy, na pesquisa *Manual sobre Participação Cidadã: Além da Consulta* (2008)⁶.

No entanto, a efetiva participação social na vida política não é um fenômeno automático ou de fácil realização. Ao redor do mundo, diferentes estudiosas(os) e ativistas discutem e experimentam estratégias para alcançar tal feito, e algumas considerações podem ser apreendidas. Sabe-se que o ativismo cidadão deverá aumentar se as oportunidades de participação nos assuntos públicos estiverem abertas, como aponta Marjorie Sabioni na pesquisa *Contextos (in)adequados para o engajamento cidadão no controle social* (2016)⁷. Para Frace Légaré e outras(os) pesquisadoras(es), no estudo *Marcos, barreiras e balizas: Tomada de decisão compartilhada no Canadá alguns centímetros à frente* (2017)⁸, as instituições e governos precisam estar abertas e preparadas para tal, com estrutura adequada para esta finalidade; é necessário estimular a cultura do compartilhamento das decisões em saúde e é fundamental o estabelecimento de competências específicas para esta finalidade entre os profissionais de saúde.

Enquanto as questões mais gerais de saúde e acesso a bens e serviços conhecidos são motivações mais claras e concretas para a participação social nos processos políticos como afirmam Catherine Campbell e Michael Murray, no estudo *Psicologia da saúde comunitária: Promovendo análise e ação para mudança social* (2004)⁹, temáticas como desenvolvimento científico, tecnologias e inovação podem parecer mais distantes do poder de influência e decisão da sociedade geral. Apesar de que, no Brasil, uma complexa mobi-

6 Sheedy, A., MacKinnon, M. P., Pitre, S., Watling, J., & Networks, C. P. R. Handbook on citizen engagement: Beyond consultation. Canadian Policy Research Networks/Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (2008).

7 Sabioni, Marjorie et al. Contextos (in)adequados para o engajamento cidadão no controle social. Revista de Administração Pública [online]. v. 50, n. 3, p. 477-500 (2016). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7612153518>.

8 Légaré F, et al. Milestones, Barriers and Beacons: Shared Decision Making in Canada Inches Ahead. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2017). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.020>.

9 Campbell, Catherine; MURRAY, Michael. Community health psychology: Promoting analysis and action for social change. Journal of Health Psychology, v. 9, n. 2, p. 187-195 (2004).

lização de diferentes setores sociais garantiu a proposição de uma política pública de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) na saúde, segundo Neide Silva e outras(os) colaboradoras(es), na pesquisa Comunicação científica na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: análise do discurso oficial (2021)¹⁰, “a sua implementação e manutenção como tema prioritário na agenda governamental dependem do investimento contínuo na participação desses diferentes atores e consequente alocação de recursos. No âmbito de outros setores governamentais são visíveis os retrocessos no tocante à participação social nas questões da CT&I”.

Para a efetiva participação, os diferentes atores e atrizes precisam conhecer o tema e envolver-se nele, conhecendo seus métodos e jargões. Portanto, a participação em temas como da ciência e tecnologia, exige investimentos que propiciem uma participação cidadã, como conclama Bordenave em *O que é participação* (1983)¹¹. Neste sentido, Neide Silva, Cesar Paro e Miriam Ventura¹⁰ propõem que haja investimentos para “superar as hegemônicas visões instrumental e determinista da relação de ciência-tecnologia-inovação-sociedade, mormente tratadas isoladamente, para assumir a intrínseca conexão entre estas”.

Este livro relata e discute este movimento de promoção de co-criação de conhecimento e colaboração intersetorial para a integração de fortalecimento das políticas e das práticas institucionais e sociais de desenvolvimento de tecnologias e inovação, de vigilância em saúde e de assistência farmacêutica.

O 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF), realizado no auditório de Bio-Manguinhos (Fiocruz) em setembro de 2022, reuniu 210 convidadas(os) e produziu intensos debates e oficinas de trabalho, que foram em seguida sistematizados e organizados pela equipe do Projeto Integra para entregar à sociedade este compilado de referencial para políticas e ações futuras.

Com esta publicação, o Projeto Integra concretiza sua missão de informar, consultar e envolver a sociedade, além de preparar e oferecer subsídios para as próximas etapas de consolidação da colaboração e do empoderamento da sociedade pela efetivação da sua voz e do seu espaço na tomada de decisão política.

10 Silva et al. Comunicação científica na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: análise do discurso oficial. Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.4, e190585 (2021).

11 Bordenave, J. E. D. O que é participação São Paulo: Brasiliense (1983).

Aponte a câmera do seu
dispositivo e acesse os sites
citados no texto



01

**Panorama atual das Políticas
de Assistência Farmacêutica,
de Vigilância em Saúde e
de Ciência, Tecnologia e
Inovação em Saúde**

Muitas questões que aqui serão apresentadas estão plasmadas pela minha própria experiência como participante do processo coletivo de discussão e formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), ocorrido desde a década de 1980 e consolidado em 2004, quando houve a definição dessa política pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 338/2004 e como resultado das recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada em 2003.

É essencial resgatar que a Pnaf foi a primeira política efetivamente formulada e definida no âmbito do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido atribuída a mim a honra de ter sido a pessoa que, naquele momento político institucional, foi responsável pela escrita da proposta dessa política e sua apresentação à consideração do CNS.

Nesse momento histórico do país, entre todas as definições constantes da Resolução nº 338, é essencial reafirmarmos aquelas que caracterizam a Pnaf como parte da política de saúde e como política norteadora (ou indutora) de outras políticas setoriais com impacto no campo da saúde. Portanto, assim definido, a Pnaf não é definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), de desenvolvimento industrial ou de formação de profissionais. Ao contrário, a Pnaf e os desdobramentos resultantes de sua implementação devem permear o conjunto das demais políticas setoriais que venham a ter impactos na garantia do acesso da população aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos de atenção à saúde, seja no SUS ou no setor privado. Esta é a intersectorialidade inerente ao SUS, devendo garantir que a superação das suas vulnerabilidades esteja fundamentada na garantia da sua universalidade, equidade e integralidade.

Para cumprir esses papéis, é preciso lembrar que a institucionalização da Pnaf somente foi possível em função do entendimento político do governo federal, à época da sua definição, o qual foi tradu-

zido na criação, em 2003, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e do seu Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Estas estruturas foram essenciais para o diálogo institucional do MS com as demais estruturas de governo, tendo as diretrizes da Pnaf como base importante sobre a qual o campo da saúde estabeleceu as permeações para a inclusão das demandas do SUS no conjunto das demais políticas setoriais, especialmente nos campos do desenvolvimento tecnológico e industrial, da CT&I e das relações internacionais, entre outras.

É importante destacar que as iniciativas institucionais do MS no campo da assistência farmacêutica tiveram início em 2003, mesmo antes da definição da Pnaf, uma vez que muitas(os) das(os) participantes do movimento de social pela instituição dessa política pública assumiram funções relevantes na estrutura governamental daquele momento, o que possibilitou a institucionalização precoce de muitos aspectos que, posteriormente, foram consagrados como diretrizes da Pnaf, aprovada em maio de 2004.

A capacidade de efetiva permeação dos princípios e dos eixos estratégicos estabelecidos pela Pnaf foi demonstrada em estudo recente (Rech, 2022¹; Rech; Farias, 2021²). Entre tais permeações, podem ser destacadas: o estabelecimento de cooperações técnico-científicas para transferências e desenvolvimentos de tecnologias para a produção nacional de medicamentos de interesses do Sistema Único de Saúde (SUS); a inclusão de “fármacos e medicamentos” como uma das quatro prioridades da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), o que representou avanço importante para a coordenação das políticas setoriais de suporte ao desenvolvimento dos setores produtivos da saúde; adoção de Licença Compulsória para a produção de medicamento antirretroviral destinado ao tratamento de pessoas vivendo com HIV, sendo que tal iniciativa constituiu marco importante e inovador no processo de articulação entre laboratórios públicos e privados para a produção de medicamentos e insumos farmacêuticos ativos (IFA), de interesse do SUS; política de fortalecimento da

1 Rech, Norberto. Regulação sanitária, desenvolvimento tecnológico e acesso aos medicamentos: análise da experiência brasileira no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Tese [Doutorado em Assistência Farmacêutica] – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica – Associação de IES/Universidade Federal de Santa Catarina; p. 243 (2022).

2 Rech N, Farias MR. Regulação sanitária e desenvolvimento tecnológico: estratégias inovadoras para o acesso a medicamentos no SUS. Cien Saúde Colet 2021; 26(11): 5427-5440 (2021).

cadeia produtiva farmacêutica e do desenvolvimento tecnológico do setor; política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos; inovações no campo da regulação sanitária; política de desenvolvimento produtivo e a potencialização do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis) como um instrumento da política industrial com impactos necessários para a superação das vulnerabilidades do SUS, tendo as Parceiras para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) como instrumentos estratégicos importantes; criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), com o protagonismo essencial do MS para o apontamento das necessidades demandadas pelo SUS.

Todavia, o tempo presente nos aponta uma agenda ainda inconclusa, com tarefas importantes a enfrentar. Esta agenda inclui, entre outros, os seguintes aspectos: a imediata revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 e a recomposição do financiamento necessário ao atendimento das demandas do SUS; as políticas relativas ao desenvolvimento do Ceis, que exigem que nos debruçemos sobre as salvaguardas constantes dos acordos internacionais sobre patentes dos quais o Brasil é signatário, pois não é possível que continuemos a conviver com grandes vulnerabilidades do SUS e não adotemos licenças compulsórias para outros produtos cujo acesso hoje é negado à população brasileira; o adensamento da capacidade tecnológica dos laboratórios farmacêuticos oficiais, a partir de diretrizes estratégicas claras, com investimentos que sejam suficientes e sustentáveis ao longo do tempo, com repercussões importantes no processo de geração de produtos e tecnologias, incluindo medicamentos de interesse do SUS; a efetiva inclusão das plantas medicinais e dos fitoterápicos no cotidiano da atenção à saúde no SUS, em interfaces com as políticas voltadas à proteção dos biomas existentes no país, ao estímulo à agricultura familiar sustentável, à produção de insumos e ao desenvolvimento farmacêutico nesse setor; a continuidade e ampliação das práticas regulatório-sanitárias, que já se demonstraram exitosas, tais como a interação mais precoce da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com as(os) produtoras(es) de tecnologias de interesse do SUS e a implementação de comitês técnicos-regulatórios para a aceleração do desenvolvimento ou internalização de tecnologias importantes para o campo da saúde; a reafirmação da autonomia brasileira em registrar medicamentos e produtos de interesse da saúde, com o afastamento de quaisquer iniciativas que apontem no sentido da redução da responsabilidade da

Anvisa nesse processo, tal como o reconhecimento automático de registros concedidos por autoridades regulatórias de outros países em situações não emergenciais; e, por fim, mas de imensa relevância, a necessária retomada do protagonismo do DAF do MS, no contexto das políticas públicas inter-setoriais, a partir da garantia de suas interfaces com os distintos departamentos integrantes da SCTIE e de suas responsabilidades em participar do processo de formulação e implementação de ações que estejam relacionadas às demandas de medicamentos e serviços farmacêuticos no SUS, em cumprimento dos princípios e eixos estratégicos da Pnaf.

Falar sobre a saúde única no contexto da Vigilância em Saúde, relembrar as várias vigilâncias e apresentar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, a rede Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de vigilância e os laboratórios de referência, são alguns desafios atuais em relação à vigilância, à preparação e resposta às emergências sanitárias e uma reflexão sobre o país atual.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE), a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) e várias outras instituições realizaram um simpósio que teve como produto os princípios de Manhattan¹, que são uma das bases para a formulação do documento “Um mundo, Uma saúde”.

Isso traz a reflexão de que o conceito de saúde única está por trás da concepção de vigilância. A vigilância tem que olhar não apenas o vírus ou o protozoário. Qualquer que seja o agente causador da doença, a vigilância tem que olhar o todo: a saúde animal, a saúde humana e a saúde do ambiente. Para além do microrganismo, existe o ambiente, que também influencia nesse processo saúde-doença. Em outras palavras, é a conservação do meio ambiente, por meio de atividades essenciais na vida humana, como a coleta do resíduo sólido urbano, como o fornecimento regular de água para o uso doméstico, por exemplo.

Todas essas questões estão diretamente vinculadas à vigilância; têm relação com saúde, assim como o emprego, o desemprego, a fome ou a miséria em determinadas localidades do mundo, como estamos vivendo agora no Brasil. Segundo a OIE, boa parte do que existe de emergências sanitárias perpassa pela saúde animal. Então, cerca de 60% das doenças infecciosas e zoonoses atualmente existentes têm origem zoonóticas. A emergência de novos patógenos também tem a ver com a vigilância em saúde animal, ou seja: nessa concepção de saúde única, entende-se que para que se tenha uma saúde humana adequada, bem conservada, bem promovida, é importante a saúde do ambiente, a saúde animal.

1 Saiba mais em: <http://www.oneworldonehealth.org>

São vários tipos de vigilância que têm permeado a vigilância em saúde como um todo. Essa concepção “vigilância em saúde” diz respeito à vigilância ambiental, à vigilância epidemiológica, à vigilância sanitária, à vigilância da saúde da(o) trabalhador(a), e outras vigilâncias que ultimamente vêm ganhando importância muito grande, como a vigilância imunológica e a vigilância genômica. Há também a vigilância nutricional extremamente importante, sobretudo num país que tem dezenas de milhões de pessoas passando fome ou comendo de forma inadequada.

Então a vigilância em saúde diz respeito a todo um conjunto de outras vigilâncias, e essas vigilâncias têm como sustentáculo, em especial, às vigilâncias das doenças infecciosas e das doenças transmissíveis, uma rede nacional de laboratórios. Essa rede de laboratórios serve como base (vigilância laboratorial) para todas as demais vigilâncias, de tal forma que há, como um dos grandes patrimônios que o país construiu, no Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede gigantesca de laboratórios que servem de base para todas as vigilâncias.

Esse sistema nacional de vigilância em saúde é composto pelos laboratórios centrais de saúde pública existentes em todos os estados brasileiros: os laboratórios de níveis de segurança três, os NB3; alguns institutos como o Evandro Chagas em Belém do Pará, como a Fiocruz, como a Rede Fiocruz de Laboratórios. Foram construídas, nas últimas cinco décadas, muitas políticas importantíssimas para a saúde coletiva brasileira, dentre essas políticas, a rede nacional de laboratório de saúde pública, assim como a política antitabagismo, a política de prevenção e tratamento do HIV e uma série de outras.

Mas a rede nacional de laboratórios é um dos patrimônios que o SUS consolidou e que, em determinados momentos, têm sido negligenciados, merecendo um olhar adequado. A Fiocruz está presente em todo território nacional, e cada unidade da Fiocruz tem um conjunto de laboratórios. Há hoje, cerca de 55 laboratórios de referência, responsáveis pelo diagnóstico de aproximadamente 150 enfermidades transmissíveis. Ou seja: um patrimônio a serviço desse processo de vigilância em saúde, que mostrou a sua potencialidade durante a pandemia.

Nesse conjunto de unidades da Fiocruz e de escritórios Brasil afora, há também outras conformações como a Rede de Pesquisa no Rio Grande do Sul, em Ribeirão Preto, e uma concertação Fiocruz e Instituto de Tecnologia do Paraná, que é o Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP),

responsável pelo desenvolvimento de kits e outros insumos para diagnóstico de testes rápidos de detecção de antígeno do Sars-Cov-2.

Alguns desafios em relação à vigilância, preparação e resposta às emergências sanitárias: É preciso ter em mente quais são os principais fatores, ou, pelo menos, alguns desses fatores envolvidos na emergência, por exemplo, de doenças infecciosas. Temos as mudanças ecológicas, as mudanças ambientais macro. Muitas delas a despeito do chamado “desenvolvimento econômico”, que são fonte de produção, de mobilização, seja de transmissores, seja de hospedeiros dessas enfermidades, e que, ao mexer com esse meio ambiente, está contribuindo, teoricamente, para o surgimento de outras enfermidades até então não existentes.

Da mesma forma, os fatores relacionados à demografia e ao comportamento humano, que muito têm a ver com o crescimento humano. Mas as condições em que esse crescimento se dá, muitas vezes são subcondições. Todos esses aspectos têm a ver com a emergência de novas enfermidades ou a reemergência de antigas enfermidades. Existem outros fatores: as facilidades do comércio e das viagens internacionais que, evidentemente, contribuem ou podem contribuir para a disseminação de determinados agentes infecciosos e o desenvolvimento tecnológico, que tem a ver também com essa situação.

A resistência antimicrobiana é uma preocupação que está na ordem do dia, por várias razões. Há mais alguns fatores também que dizem respeito, por exemplo, à mudança e adaptação que pode gerar essa resistência antimicrobiana, às rupturas com as medidas de saúde coletiva, de saúde pública, que interferem nesse processo de emergência e reemergência de doenças infecciosas.

Uma das grandes construções, em termos de saúde coletiva ao longo dos últimos 50 anos, é o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que está sendo negligenciado. Hoje, estamos na contagem regressiva para o retorno, de algumas enfermidades que tinham ficado no passado, como a poliomielite. A Opa, a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm referenciado o Brasil como um dos países mais vulnerabilizados nesse momento para o retorno da doença devido às baixas coberturas vacinais. E, assim como a pólio, outras enfermidades, como o sarampo.

Em emergência, está a vigilância para a detecção precoce e a preparação para respostas. É importante olhar as emergências sanitárias já vivenciadas

nas últimas décadas, os acertos e os erros cometidos para que no futuro não se cometam os mesmos erros. Quem trabalha com a inovação, tem que ser inovador, inclusive nos erros produzidos. Não cometer os mesmos erros do passado.

Ao longo desses últimos 50 anos, o Brasil enfrentou o vírus Rocio, a emergência do HIV, a dengue, cólera, tracoma, a urbanização da leishmaniose visceral. Então essas emergências, o retorno da H1N1, a febre amarela silvestre, em 2016, 2017 e 2018, no Sudeste e depois na região Sul do país, foi um momento de grande tensão, com a chegada de *chikungunya* e da *zika*, Sars-Cov-2, todos os Coronavírus, e mais recentemente a *monkeypox* (“mpox”).

A Fiocruz, a exemplo de inúmeras outras instituições pelo Brasil, está preocupada, com o momento político atual que vive o país, e o conselho deliberativo elaborou um documento, intitulado “Carta da Fiocruz aos Candidatos à Presidência da República e à Sociedade”², que aponta diversos aspectos relativos às políticas públicas, mas vai para além, defende a democracia como um valor de toda sociedade, o fim das desigualdades sociais que tanto nos preocupa.

E outro alerta que é em relação à tranquilidade, à serenidade, à firmeza que cada cidadão e cidadã deve ter nesse momento. Precisamos de um Brasil sem essa brutal, vergonhosa e repugnante desigualdade social, esse verdadeiro *apartheid* social que aceitamos como natural. Um Brasil onde não existirão poucos vivendo com tanto, nem tantos vivendo com tão pouco.

2 Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). Carta da Fiocruz aos candidatos à Presidência da República e à Sociedade - Desenvolvimento Sustentável com Equidade, Saúde e Democracia. Rio de Janeiro, Fiocruz (2022). Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/carta_da_fiocruz_aos_candidatos_a_presidencia_da_republica_e_a_sociedade.pdf

A Carta da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) aos candidatos e candidatas à presidência da República e à Sociedade, veiculada em 22 de agosto de 2022, reflete a visão da Fiocruz, orientada pelo desenvolvimento sustentável e pela equidade, saúde e democracia. É clara no documento a defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS), financiado com pelo menos 7% do Produto Interno Bruto (PIB), a superação da pobreza como parte do desenvolvimento sustentável e a duplicação do orçamento da Ciência e da Tecnologia de 1% para 2% do PIB em um período de quatro anos. Em suma, a Carta insere o fortalecimento do SUS como parte intrínseca de um novo padrão de desenvolvimento, capaz de reconstruir a economia nacional.

Na minha gestão como secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em 2011, foi lançado o “Saúde Não Tem Preço”, que fornecia medicamentos gratuitos para tratar diabetes, hipertensão e asma. Todas essas iniciativas de assistência farmacêutica passaram por grande instabilidade institucional, inclusive do ponto de vista orçamentário. O aprendizado daquele período é fundamental: não tem SUS, nem acesso universal quem não tem ciência, tecnologia, inovação, capacidade produtiva, industrial e de serviços. A integração desse sistema pode construir um país diferente, pautado pela equidade e pela retomada do dinamismo econômico. É necessário crescer, gerar renda e tirar a população da fome e da miséria.

A crise de abastecimento que se configurou durante a pandemia de Covid-19 é uma crise de acesso e de distribuição, mas fundamentalmente de capacidade econômica e industrial de produção no país. Antibióticos e produtos analgésicos estão totalmente no nosso horizonte tecnológico. Aprendemos durante a crise sanitária o alto preço de não termos uma economia nacional forte no campo da saúde.

A visão que integra a base produtiva e de inovação com o acesso teve como experiência pioneira as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Hoje, a produção liderada pela atuação da Fiocruz

e do Instituto Butantan em articulação com empresas que foram estimuladas a transferir tecnologia para o país, permitiu que o Brasil produzisse vacinas para Covid-19. Apenas na atual pandemia, cerca de 200 mil vidas foram salvas fruto dessa visão. No campo dos fármacos e medicamentos, foi possível atender ao programa de HIV/Aids, de transplantes, de oncologia e doenças crônicas, entre outros, com uma visão ampliada e estruturante de assistência farmacêutica.

A estrutura que articulava o Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis) com a assistência farmacêutica foi fragilizada justamente quando era preciso uma economia nacional soberana no campo da saúde. Foi extinto o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde à véspera da pandemia e o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), em 2019. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), uma grande conquista brasileira, está em queda. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, a taxa de vacinação infantil no Brasil caiu de 93,1% para 71,5% entre 2019 e 2021. A vacina, que defendemos como bem público, envolve mundialmente grandes competidores. Não há mais área livre desse sistema econômico e produtivo.

O padrão de desenvolvimento global é insustentável do ponto de vista ambiental. Temos uma sociedade ultratecnificada, ultrainformatizada e ultraconectada, com a população sendo totalmente alijada. Só com Estado e servidores fortes se orientam investimentos que acompanhem o novo. O mundo da economia, o mundo da ciência e tecnologia e o mundo das transformações políticas, sociais e ambientais estão conectados.

A política social tem que ser o primeiro capítulo de um projeto de desenvolvimento. A saúde pode ser claramente um vetor para o país, aliada à democracia e geradora de dinamismo na inovação, na ciência e na tecnologia. O Ceis, um mega sistema econômico e produtivo, gera 10% do PIB, 9 milhões de empregos diretos, 25 milhões de empregos indiretos, tem participação em torno de 35% na pesquisa nacional e tem potencial de inserir o país na Quarta Revolução Tecnológica.

A situação do *déficit* comercial brasileiro corrobora a necessidade de mudança no padrão do desenvolvimento: só no período de pandemia, as importações aumentaram 5 bilhões de dólares. A dependência brasileira atual

1 Tokarnia, Mariana. OMS: vacinação infantil tem a maior queda contínua dos últimos 30 anos. Agência Brasil, Rio de Janeiro (2022). Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-07/oms-vacinacao-infantil-tem-maior-queda-continua-dos-ultimos-30-anos>

de insumos em saúde atingiu o insustentável nível de 20 bilhões de dólares, o que mostra nosso grau de dependência tecnológica. No âmbito mundial, a concentração da produção no campo das vacinas mostrou-se associada à forte concentração do acesso: enquanto poucos países tinham mais de 70% da população vacinada com a primeira dose, países como o Haiti² apresentavam o índice de 0,3%. Felizmente, o Brasil faz parte do mundo da produção — ainda que para reduzir a defasagem do acesso tenha que avançar para o mundo da inovação.

No contexto atual, estamos voltando a ser uma grande fazenda ao concentrar a exportação em produtos como açúcar e minério. Sem avanços no modo de produção, não haverá SUS, nem acesso universal. É preciso trazer tecnologia, desenvolvimento, renda e emprego para o país de forma sustentável. O meio de campo que liga a ideia de uma base econômica produtiva industrial forte é o meio de campo entre a geração de conhecimento e o acesso. Construir uma base científica e articular com acesso universal é uma tarefa à qual devemos nos dedicar.

É preciso pensar a base econômico-industrial como caminho da transição de conhecimento e riqueza para a nossa sociedade. A saúde é parte conectora desse processo, da geração de crescimento do PIB e elemento estruturante para direitos sociais, meio ambiente e cidadania. Propomos o fortalecimento do Ceis e da Ciência, Tecnologia & Inovação como eixos de um novo modelo de desenvolvimento para o país, que seja soberano na garantia do acesso universal, equânime e integral à saúde e que envolva uma articulação virtuosa entre o Estado e o setor produtivo.

2 Duchiade, André. Apenas 0,3% das vacinas contra a Covid-19 foram aplicadas nos países mais pobres do mundo. OMS, Rio de Janeiro (2021). Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/apenas-03-das-vacinas-contr-covid-19-foram-aplicadas-nos-paises-mais-pobres-do-mundo-1-25175618>.

02

Participação e controle social na formulação e governança das políticas públicas de saúde

Quero ressaltar a importância de estarmos aqui debatendo saúde neste momento, pois precisamos unir forças na defesa da saúde, da democracia e da participação social. Falar sobre política pública de saúde é rememorar a luta da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), é falar que democracia é saúde e saúde é democracia. A luta pela saúde está intimamente ligada às nossas construções políticas, representadas pelo fim da ditadura militar e a redemocratização do país. A organização dos diversos segmentos da sociedade, do movimento da reforma sanitária, escreveu na história brasileira aquela que seria a maior conquista: O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior patrimônio cívico que a nação brasileira conquistou.

Ressaltar essa importância no campo democrático das garantias dos direitos coletivos e individuais, é trazer à luz o que falou Sérgio Arouca, no discurso de abertura da 8ª Conferência, o que reflete bem o momento político que estamos vivendo: “tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo”.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é a primeira conferência aberta à participação popular; esse é um fator importante na construção das políticas. E aportar na Constituição de 1988, a partir de sua programação, as bases legais do SUS. Destaco o Artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco, de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. O direito de acesso à saúde é um preceito constitucional garantido enquanto dever do estado com base em princípios que preveem que este seja universal, integral, igualitário e com controle social.

Desta forma, a saúde deve ser compreendida enquanto política pública que articula ações que compreendam os diferentes níveis de complexidade de atenção e a intersetorialidade inerente a este setor. O SUS é fruto de uma luta social pela redemocratização do Estado brasileiro de uma concepção de sociedade que efetive, por meio de políticas de desenvolvimento, emprego, renda, moradia e saneamento, de seguridade social e de saúde. É direito de todos os cidadãos e cidadãs terem qualidade de vida.

O Estado possui papel fundamental na constituição, financiamento e efetivação de políticas públicas em geral, especificamente da seguridade e saúde. A conquista de base legal foi apenas um passo na luta que continua cotidianamente, conquistando, por meio da mobilização da sociedade, o direito humano à saúde, às garantias individuais e coletivas.

Falar da participação da comunidade na democracia participativa é importante porque é assim que se constitui a nossa democracia, pela democracia representativa e pela democracia participativa, que é o controle social e que não pode ser substituído totalmente pela representação. Portanto, o controle social joga um papel decisivo no avanço da democracia, mas também na construção das políticas e ampliação da participação social.

O ideal participativo, supõem-se cidadãs e cidadãos atentos ao desenvolvimento da coisa pública, informados dos acontecimentos, capazes de escolherem entre as diversas alternativas políticas e interessadas(os) em formas diretas ou indiretas de participação. Refletindo sobre a questão da equidade, que é um princípio do SUS, cito aqui Jorge Bermudez e Marilisa Barros: “É fundamental que políticas sociais sejam definidas pelas necessidades de saúde, da população e sobretudo dos segmentos socialmente mais vulneráveis e carentes, e que buscam trazer equidade e racionalidade no acesso à atenção à saúde e tratamentos”¹.

A organização do controle social, a participação social prevista na Lei nº 8.142/1990, estabelece que as Conferências, assim como os Conselhos de Saúde, permanentes e integrantes do SUS, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis locais, municipais, estaduais, distrital, culminando com o nível nacional.

1 Bermudez, JAZ, Barros, MBA. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira: contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. Rev. Saúde Pública (2016).

Constituem-se, portanto, como espaços potentes de participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e das coletividades, do SUS, da democracia e do bem-estar de toda a população brasileira. A democracia participativa nos Conselhos e Conferências de Saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado.

A atuação e o papel do controle social na saúde nos Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo. São órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadoras(es) de serviço, profissionais de saúde, usuárias e usuários que atuam na formulação e governança das políticas de saúde na instância correspondente, seja município, estado, ou em nível nacional. Ou seja: na permanente avaliação das direções e monitoramento, inclusive no controle da execução dos aspectos econômicos e financeiros (Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação e gestão da comunidade na gestão do SUS).

O controle social na governança das políticas públicas de saúde tem como objetivo: avaliar as diretrizes aprovadas nas conferências de saúde para as políticas públicas, trabalhar com indicadores que apreciam a qualidade das ações de serviço público formulados e disponibilizados na gestão. Direcionar as diretrizes é necessário porque estabelecem prioridade nos planejamentos, formulam as estratégias de saúde e aprovam os planos de saúde e a programação anual de saúde.

Outro objetivo é monitorar e controlar a execução das políticas de saúde em todos os seus aspectos: econômico e financeiro, fiscalizando a movimentação dos recursos do SUS e apreciando o relatório consolidado. Isso é parte constitutiva da agenda dos conselhos: monitorar a execução financeira e o relatório gestor. Aí está a sua repercussão pela Lei nº 141/2012, pois o monitoramento colabora no aprimoramento das condições de saúde e da qualidade dos serviços de saúde. Os conselhos monitoram os serviços que estão sendo ofertados, como chegam nos territórios e como a política está se desenvolvendo, apreciando o relatório detalhado a cada quadrimestre. Por fim, aprecia também o relatório anual de gestão.

O papel do controle social na formulação das políticas públicas de saúde, em especial, nas políticas nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de Assistência Farmacêutica, e de Vigilância em Saúde, é fruto da intensa participação da sociedade que, ao avaliar e entender a situação de

saúde, desde o seu território, propôs diretrizes para definição dessas políticas. As deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica efetivaram o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social. Realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, as deliberações foram as bases para a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprovaram a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf). A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCITIS), aprovada em julho de 2004, durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª CNCITIS), resultou de um trabalho coletivo que envolveu em todas as suas etapas cerca de 15 mil participantes entre delegadas(os), convidadas(os) e observadoras(es), dos setores da saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia.

As deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) definiram as diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. É importante ressaltar a lembrança de todas(os) as(os) conselheiras(os) que participaram dessa conferência, desse intenso debate e desse processo de construção destas políticas.

O papel do CNS é fundamental na governança das integrações das políticas: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCITIS), Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), e PNVS, através da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica (Cictaf) e da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (Civs).

Todo trabalho do controle social é dimensionado pela Rede Conselhos e sociedade, até chegar no pleno do CNS para aprovar e passar para o nível da gestão. Precisamos manter uma pauta permanente, metodologia e indicadores para os acompanhamentos da implementação das políticas no território. É importante colocar que é assim que se faz, no sentido de aferir o desenvolvimento da política e sua aplicabilidade. O aperfeiçoamento na inferência dos planos de saúde, das análises e recomendações dos relatórios de gestão, quando necessário, e atuação nos territórios.

A amplificação do diálogo com a sociedade é permanente. Isso é a participação do controle social nas governanças de integração de políticas e estratégias de atuação integrada com as comissões intersetoriais, é o fortalecimento da criação de comissões, pauta nas conferências nacionais, a publicação e recomendações de artigos, livros, notas públicas e outras formas

de documentos, todos ambientados no *site* do CNS. A capacitação permanente de pessoas conselheiras e integrantes das comissões.

Destaco aqui a formação de lideranças para atuar na integração de política, e chegamos a partir desses desafios a estratégia do Projeto Integra, estratégia fundamental para o fortalecimento da governança da integração das políticas públicas de saúde pelo controle social. Destaco também a intensa participação das(os) conselheiras(os) de saúde na Fase 1 do Integra, os conselheiros e conselheiras como tutoras(es), a participação também na Mesa Diretora do CNS e na organização na primeira e segunda fase, os encontros regionais. Todas tiveram participação ativa de conselheiras(os) nacionais, tanto no processo dos cursos, quanto nas facilitações dos encontros regionais. E chegamos na 17ª Conferência Nacional de Saúde, em julho de 2023, e nos Encontros Regionais do Projeto Integra, que são fase preparatória do maior evento participativo da saúde.

O documento orientador da 17ª Conferência aponta que o setor de saúde é fator de desenvolvimento econômico com geração de emprego e desenvolvimento para garantir um SUS que atenda às necessidades do povo e reduza a dependência externa de tecnologias. É necessário promover os investimentos estratégicos no desenvolvimento e ampliação do complexo econômico industrial de saúde, destinado à garantia à produção de imunobiológicos, hemoderivados, vacinas, equipamentos, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos, intermediários de síntese, articulados com o componente da produção nacional fortalecido e financiado adequadamente, assegurando a soberania e o direito de acesso a essa população.

E o 9º Simpósio Nacional de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF) é também etapa preparatória da 17ª Conferência, que tem como tema: “garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia, amanhã vai ser outro dia”.

03

Carta do 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica

Construção de uma agenda para a integração das políticas de Assistência Farmacêutica, de Vigilância em Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década

Passados 4 anos da realização do 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (8º SNETAF), ocorrido em dezembro de 2018, fica evidente que ainda se faz necessário destacar princípios estratégicos e fundamentais apontados na carta aprovada ao final daquele evento.

No dia que se comemora o Dia Internacional da Democracia e no ano de comemoração dos 74 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, é necessário destacar os seus artigos 3º e 7º que tratam do direito de todo indivíduo à vida, à liberdade, à igualdade perante a Lei e ao direito de todos viverem sem discriminação de qualquer espécie, bem como seu artigo 27º, referente ao direito de usufruir e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam. Nos últimos anos, assistimos estarecidos, mas na resistência, às consequências do afastamento de boa parte das nações do mundo desses compromissos civilizatórios, tendo como resultados: milhões de mortes pela Covid-19, guerras, fome, intolerância de toda ordem, aumento do abismo entre nações desenvolvidas e as demais nações, enfraquecimento da Democracia. A ganância ilimitada de parte do setor produtivo de medicamentos e insumos farmacêuticos, além do nacionalismo exacerbado dos países centrais, conduziram o mundo a um verdadeiro *apartheid*, acirrando ainda mais as desigualdades existentes.

Pelo papel que o Brasil poderia cumprir na superação dos desafios do nosso tempo, reafirmar as contratações e as proposições que a inteligência humana foi capaz de produzir no mundo ou na nossa terra para construir um caminho no rumo da garantia e da produção de Direitos, mais que uma necessidade histórica é uma imposição da realidade a todos aqueles e aquelas que ainda nutrem dentro de si um pouco de humanidade. Em 2022, ano da celebração dos 150 anos do nascimento de Oswaldo Cruz e do bicentenário da Independência do Brasil, na lógica da nacionalidade, do patriotismo e do compromisso de lutarmos pela construção cotidiana do país para forjar uma nação independente, soberana e desenvolvida, temos o dever

de manter permanente luta em defesa da Democracia, da vida e da dignidade humana e na garantia da equidade com respeito às especificidades de populações em situações de discriminação e vulnerabilidade, tal como pessoas com deficiência; com doenças crônicas ou patologias; populações do campo, da floresta e das águas; negras; tradicionais; originárias; migrantes, refugiadas e apátridas; em situação de rua e LGBTQIAPN+¹. No próximo período, parte dessa luta se expressará na garantia da realização de eleições livres para a escolha do(a) Presidente(a) da República, além de Governadores(as), Senadores(as), Deputados(as) Estaduais, Distrital e Federais. Isto deve ocorrer com base nos pilares da transparência e do respeito ao sistema eleitoral brasileiro, além da obediência e consagração da soberana vontade popular, expressa pelos votos depositados e apurados pelas urnas eletrônicas.

Por isso o 9º Simpósio reafirma a importância de:

1. Ratificar a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela luta dos direitos básicos e que estes não sejam definidos por classe social, pela cor de pele ou sua origem; pela defesa à vida, à liberdade, à igualdade perante a Lei, bem como pela defesa de que a sociedade seja incluída e usufrua dos benefícios do progresso científico, na lógica da construção e da convivência numa sociedade justa e igualitária.

2. Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e das liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária; do desenvolvimento nacional; da erradicação da pobreza e da marginalização, assim como na redução das desigualdades sociais e regionais.

3. Exigir o cumprimento, o respeito e a cooperação com outros países quanto aos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, em especial os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com seus 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030, através da estruturação das políti-

1 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Neutros.

cas econômicas e sociais com vistas ao cumprimento da agenda estratégica assumida pelo Brasil perante 193 países em 2015. De forma prioritária, acabar com a fome e alcançar a segurança alimentar da população brasileira.

4. Preservar, de forma intransigente e irrestrita, a Democracia em sua magnitude, na perspectiva do desenvolvimento brasileiro, com crescimento econômico, distribuição de renda e na democracia participativa, promovida pelas instâncias de participação social e que, na saúde, se expressa no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) na condução das políticas públicas (Lei Federal nº 8142/1990).

5. Proteger o SUS enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana, que ainda precisa se fortalecer e avançar muito em relação à prevenção de doenças e agravos e à promoção da saúde e que é construído principalmente a partir das lutas dos movimentos sociais. Desta forma, nenhum direito a menos terá espaço e nenhuma dúvida acerca dos seus princípios e diretrizes deve pairar sobre a condução desta importante política.

6. Revogar a Emenda Constitucional nº 95/2016, de imediato, por resultar no desfinanciamento do SUS e por representar um ataque brutal contra a vida das pessoas e já comprovou não ser a solução para o enfrentamento à crise econômica e para a promoção do desenvolvimento socioeconômico do país.

7. Reafirmar a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde e norteadora do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, devendo o Estado prover todos os meios, principalmente no que diz respeito ao financiamento adequado, permanente e voltado para os interesses da sociedade, quanto às ações em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. No contexto atual de fragilização da base produtiva e de inovação em saúde, torna-se premente o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil e do Sistema Nacional de Inovação, com uma agenda de prioridades em pesquisa e desenvolvimento que vise a internalização de tecnologias, com superação das desigualdades regionais, conforme descritas nas subagendas de Pesquisa em saúde, as quais devem estar em consonância e articuladas com a pauta da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) e têm centralidade nas instâncias do controle social da saúde.

8. Implementar política(s) pública(s) visando o fortalecimento da base produtiva nacional, privada e principalmente pública, como forma de diminuir a vulnerabilidade nacional observada com a pandemia de Covid-19.

9. Defender a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) enquanto norteadora de políticas setoriais com impacto na saúde e como ação estratégica para o fortalecimento da capacidade do Estado em garantir o acesso e uso adequado de medicamentos e tecnologias, envolvendo ações que vão desde a pesquisa até a farmacovigilância. Reativar e fortalecer o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso racional aos medicamentos. As ações em Assistência Farmacêutica devem garantir a soberania do país na produção de medicamentos e seus insumos, com regulação e monitoramento do mercado farmacêutico e com desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos. O combate a preços abusivos e extorsivos de insumos e medicamentos deve ser uma bandeira na busca da equidade. A propriedade intelectual deve ser enfrentada como barreira ao acesso da população às tecnologias necessárias demandadas pelo SUS.

10. Defender a Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução CNS nº 588/2018), que reúne princípios, diretrizes e estratégias que são imprescindíveis para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde proposta na Constituição de 1988, as quais devem ser observados pelas três esferas de gestão do SUS e estão voltadas ao desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, das vulnerabilidades e dos riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios. Para tanto, são fundamentais suas interações com as demais políticas públicas de saúde, visando a promoção e a proteção da saúde da população, considerando os perfis econômicos, sociais e ambientais dos territórios enquanto condições essenciais à superação da excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de ‘vigilância’.

11. Garantir políticas de valorização do trabalho, das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde, da ciência e da tecnologia e inovação em saúde, vinculados a um projeto de desenvolvimento nacional que deve ser traduzido por vínculos protegidos por remuneração, jornadas e ambientes de trabalhos dignos, saudáveis e seguros; na construção da carreira do SUS; na retomada das mesas permanentes de negociação coletiva; no trabalho em

equipe multiprofissional e interdisciplinar: na educação permanente, bem como no aperfeiçoamento, na especialização e na formação em saúde em serviço e comunidade, garantindo o vínculo entre a população, as equipes de saúde no território e o SUS. Neste sentido, é necessário ampliar o acesso às universidades públicas e buscar a melhoria da qualidade dos cursos de graduação na área da saúde na modalidade presencial, não permitindo que esta formação ocorra na modalidade Ensino a Distância (EAD).

12. Definir, de forma democrática e participativa, um projeto estratégico de pesquisa, com valorização e fixação de pesquisadores brasileiros no país, mas que esteja vinculado às necessidades sociais e que considere o papel central da saúde no processo de desenvolvimento econômico, social, científico e tecnológico, assegurando a soberania nacional e resgatando o papel de liderança do Brasil na cooperação entre os povos.

13. Implementar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) como uma política robusta de informação, informática e saúde, levando em conta a segurança de dados, a soberania nacional e o papel que as tecnologias da informação e comunicação passaram a ocupar na produção de ações e serviços de saúde. A PNIIS deve ser norteadora das ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) de todo o sistema de saúde brasileiro, padronizando os procedimentos para obtenção e tratamento dos dados, bem como a integração de sistemas de informação em saúde.

14. Assegurar a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, respeitando seu processo de construção coletiva, o qual representa o direito e o dever de todo cidadão e toda cidadã brasileira de defender e lutar por um SUS universal, integral, com equidade e com efetivo controle social. Qualquer manifestação contrária ao fortalecimento dos espaços de participação da sociedade na construção e fortalecimento das políticas públicas caracteriza ato de lesa-pátria, atitude de inimigos da saúde pública, da Democracia e do povo brasileiro.

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2022.

A carta do 9º SNCTAF está disponível para download em:
<https://escoladosfarmaceuticos.org.br/9-simposio/>



04

**Desenvolvimento do Projeto
Integra: da construção do
conhecimento à ação para o
fortalecimento e integração
das políticas de saúde**

O Projeto Integra - Integração das Políticas de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - é desenvolvido desde 2021 e tem por objetivo o fortalecimento e integração das políticas de saúde. O projeto está organizado em fases, sendo elas: Fase 1 - capacitação de lideranças, Fase 2 - sensibilização e engajamento da sociedade e das instituições, Fase 3 - consolidação de propostas e Fase 4 - promoção de ação política. Serão realizadas novas fases a partir de 2023.

A metodologia proposta nas fases do Projeto Integra visa proporcionar condições para uma formação mais sólida e estruturada de lideranças preparadas teórico-conceitualmente para desenvolver ações relacionadas ao tema proposto, com criação de vínculos e compromissos mais perenes entre os participantes e, também, entre estes e as instituições de saúde locais e nacionais (Leite *et al.*, 2021)¹. Em todas as fases, os participantes são levados a analisar a realidade e propor ações para a mudança, trazendo a compreensão de que todos os sujeitos estão envolvidos com a operacionalização das políticas de saúde nos diversos níveis de atuação e de gestão. As fases de execução do projeto estão conectadas entre si e os produtos de fases anteriores orientam as fases em desenvolvimento, conforme demonstrado na Figura 1:

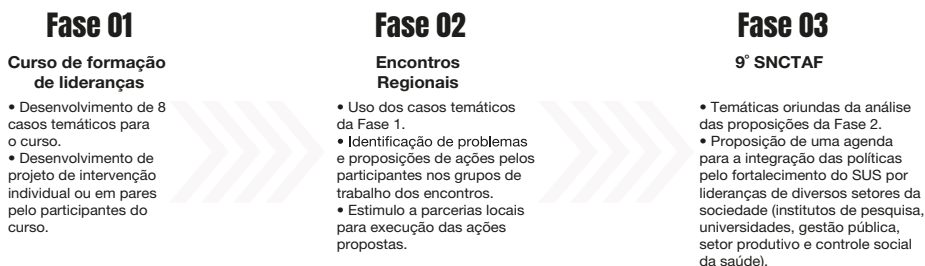


Figura 1. Desenvolvimento das fases do Projeto Integra

1 Leite, S. N. et al. Projeto Integra: fortalecimento da participação social na agenda das políticas, serviços e tecnologias em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online] v. 26, n. 11, pp. 5589-5598 (2021) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.18212021>.

A seguir estão descritas as metodologias propostas nas Fases 1, 2 e 3 do Projeto.

Fase 1 - Capacitação de lideranças

Esta fase foi desenvolvida com base no quadro de competências apresentado na Figura 2:

Desenvolvimento de competências - Fase 1

Objetivo: **Capacitar lideranças**

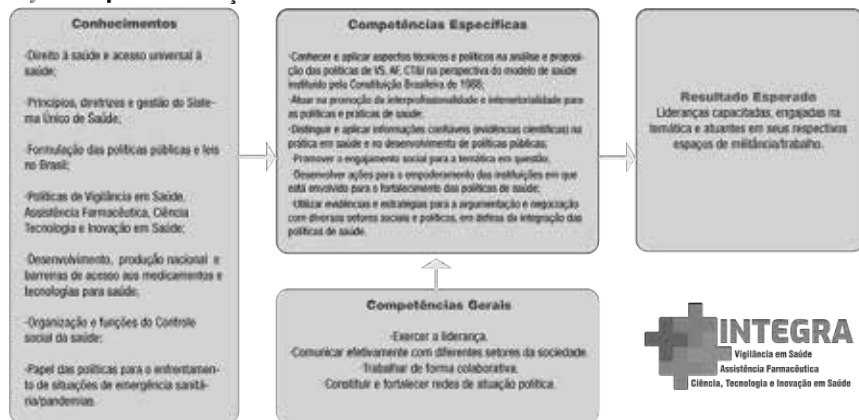


Figura 2. Quadro de competências do curso de formação de lideranças do Projeto Integra

Foi desenvolvido um curso na modalidade Ensino a Distância (EAD) com 40 horas de duração, realizado durante 8 semanas, com atividades síncronas e assíncronas. As(Os) participantes foram organizadas(os) em grupos conforme as regiões do país e tiveram acompanhamento de um tutor com experiência na área, dedicado a esta atividade. O conteúdo está fundado em casos baseados em experiências reais e ou verossimilhanças a situações reais que tiveram, ou têm, algum impacto social na pandemia de Covid-19. O curso foi, posteriormente, adaptado para o formato autoinstrucional e está disponível em <https://escoladosfarmaceuticos.org.br/integra/>

As(Os) participantes desenvolveram atividades de coleta de dados e proposição de um projeto de intervenção local estruturado com base no Planeja-

mento Estratégico Situacional (Barreto *et al.*, 2016)². Ao longo das 8 semanas do curso, as(os) participantes realizaram um breve diagnóstico do território, definiram problemas e então propuseram uma intervenção, conforme roteiro apresentado no Quadro 1. A atividade foi acompanhada pelo tutor ou tutora do grupo, em encontros síncronos semanais na Plataforma *Zoom*.

Quadro 1. Temas, conteúdos e atividades para o curso de formação de lideranças - Projeto Integra - Fase 1.

Semana	Tema	Etapas da atividade de intervenção
1	Direito à saúde, acesso universal e equidade	Mapeamento sociodemográfico do território: Identificação de fontes de dados; Reconhecimento das instituições de pesquisa e desenvolvimento na região
2	Produção e acesso às vacinas	Estratégia de vacinação adotada pelo município
3	Testagem e rastreamento de contatos na pandemia de Covid-19	Estratégia de vigilância em saúde do município, considerando a Covid-19 e outras doenças transmissíveis
4	Informações confiáveis em saúde	Fontes de Informações confiáveis em saúde e informações para acesso aos medicamentos no território
5	Desabastecimento de medicamentos	Organização para o acesso a medicamentos no território

2 Barreto, J. L.; Campese, M.; Santos, S. M. C.; Guimarães, M. C. L. G. Operacionalização de um processo de planejamento. In: Leite et al. (org) Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis : Ed. da UFSC. p. 113-158 (2016).

Semana	Tema	Etapas da atividade de intervenção
6	Atenção Primária à Saúde e a vigilância em saúde	Análise das fragilidades e potencialidades na organização da atenção primária à saúde no seu território
7	Inovação e incorporação de medicamentos	Exercício de priorização de problemas na realidade vivenciada
8	Papel da Anvisa e sua importância na articulação das PNCTIS, Pnaf e PNVS	Elaboração de propostas e mobilização de recursos para o território

As(Os) participantes foram estimulados a desenvolverem o projeto de intervenção no território com o envolvimento de atores e atrizes dos serviços de saúde e do controle social.

Inicialmente, havia a previsão de realização de uma única turma para formar 300 lideranças. Entretanto, em função da grande procura, uma nova turma foi aberta nos mesmos moldes da primeira. Ao todo, esta fase do projeto contou com quase mil participantes. A formação continua sendo ofertada no formato autoinstrucional.

Fase 2 - Sensibilização e engajamento da sociedade e das instituições

Na fase 2 do Projeto, foram realizados 7 encontros regionais (Quadro 2).

Os objetivos desta fase foram: (a) identificação de problemas regionais relacionados às políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de Assistência Farmacêutica e de Vigilância em Saúde; (b) proposição de ações imediatas e o planejamento de futuro; (c) criação de redes colaborativas regionais e (d) guiar a ação política dos movimentos sociais, profissionais de saúde e gestores do local.

Os encontros tiveram 12 horas de duração e foram organizados em: abertura, conferência sobre as políticas de saúde, grupos de trabalho, apresentação dos grupos e debate com lideranças locais sobre encaminhamentos das propostas.

Quadro 2. Encontros Regionais da Fase 2 do Projeto Integra

Região	Local do encontro
Norte	Manaus (AM), Belém (PA) e Rio Branco (AC)
Nordeste	Fortaleza (CE) e São Luís (MA)
Centro-Oeste	Goiânia (GO)
Sul	Florianópolis (SC)
Sudeste	Belo Horizonte (MG)

A metodologia proposta nos grupos de trabalho visou a construção coletiva de proposta de intervenção para fortalecimento das políticas do Projeto Integra. Os grupos de trabalho tinham cerca de quinze participantes e foram conduzidos por dois facilitadores previamente capacitados. As(Os) facilitadoras(es) eram egressos do curso de formação de lideranças ou tutoras(es) do curso.

Com o apoio de dois casos disparadores da Fase 1 (Quadro 1), as(os) participantes refletiram com base nas vivências pessoais/profissionais e identificaram problemas relacionados às políticas do Projeto Integra (Pnaf, PNVS e PNCTIS). Compreende-se problema como toda e qualquer situação considerada insatisfatória ou impeditiva; é todo fator, aspecto ou situação que impede a realização de onde queremos chegar, sendo possível realizar uma intervenção que diminua de forma positiva o problema identificado. Ao elencar os problemas, as(os) participantes tiveram a oportunidade de identificar situações vivenciadas na realidade, que são impactantes na comunidade, na região e até mesmo no país.

Após a identificação de problemas por meio de tarjetas, os mesmos foram lidos e agrupados em temáticas semelhantes pelas(os) facilitadoras(es). O grupo então priorizou um problema dentre todos os apresentados na etapa anterior. A priorização dos problemas busca a definição de ordem de priori-

dade das ações do coletivo. Nas etapas seguintes, o grupo buscou coletivamente a definição de ações para resolução deste problema. Logo, o grupo deve ter alguma condição de intervir (análise da governabilidade). A priorização foi realizada por meio de votação, onde cada participante recebeu 2 etiquetas coloridas e escolheu 2 problemas.

Todos os problemas elencados nas tarjetas são importantes e estão descritos no relatório dos encontros. Se tal situação foi apontada como um problema, ele afeta um determinado grupo de pessoas e deve-se buscar a solução. Estimula-se que a técnica utilizada no encontro seja utilizada posteriormente pelos atores e atrizes sociais nos espaços de atuação para construção de novos planos de intervenção.

Após a definição do problema priorizado, o grupo propôs a redação do objetivo que define a situação de onde pretende-se chegar após a resolução do problema, visando a proposição de ações para construir um caminho entre o presente e o ponto almejado.

Com base no problema priorizado, o(a) facilitador(a) promoveu uma discussão do grupo para compreensão das causas, a fim de identificar qual a causa que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Para facilitar a compreensão dos participantes, essa causa foi chamada de “X da Questão”. É a causa mais abrangente cuja solução contribui para a solução de outras causas.

Após a definição do “X da Questão”, o grupo propôs ações a serem realizadas para o alcance do objetivo da intervenção, destacando, se possível, qual o poder de intervenção de cada esfera (local, municipal, estadual ou nacional) na execução da ação. Ao pensarmos em ações, os atores e atrizes devem refletir como a atuação do coletivo pode influenciar na busca pela solução do problema. Ou seja, não há problema que seja exclusivamente do outro. É preciso compreender como o coletivo pode direcionar ou influenciar a busca da solução.

Nem sempre uma ação local consegue promover a resolução definitiva do problema, mas já é parte do caminho a ser percorrido. A metodologia proposta orientou as(os) participantes a proporem ações que envolvessem a todas(os) e que trouxessem as(os) sujeitas(os) locais como atores e atrizes deste processo.

Na sequência do encontro, os grupos apresentaram o produto em um debate com lideranças locais. As(Os) debatedoras(es) analisaram as pro-

postas apresentadas, apontando questões sobre governabilidade, recursos econômicos, viabilidade, acompanhamento da execução e efetividade das propostas destacando o protagonismo das(os) líderes locais (controle social) em todo o processo.

Todas as ações propostas nos grupos constam no relatório do Encontro Regional. Os relatórios estão disponíveis na página www.escoladosfarmaceuticos.org.br/integra.

Após as realizações dos encontros, todas as ações propostas foram sistematizadas pelas pesquisadoras que integram a coordenação executiva do Projeto Integra. As propostas foram tabuladas e, mediante leitura aprofundada e extensa por pares, foram agrupadas em oito temáticas, conforme apresentado na Figura 3:



Figura 3. Categorias de análise das ações propostas nos Encontros da Fase 2 do Projeto Integra

Essas categorias orientaram a organização dos grupos de trabalho no 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica.

Fase 3 - Consolidação de propostas

O 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica ocorreu nos dias 15 e 16 de setembro de 2022, no auditório do Insti-

tuto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro. Reuniu cerca de 200 lideranças de diversos setores da sociedade, em particular, de instituições de pesquisa, universidades, gestão pública, setor produtivo e controle social da saúde.

O simpósio aprofundou o debate sobre o panorama das políticas de saúde e do desenvolvimento tecnológico e, por meio de mesas de debates e grupos de trabalho, construiu, de forma coletiva, uma agenda para a integração das políticas de Assistência Farmacêutica, de Vigilância em Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década.

Foram organizados 8 grupos de trabalho com as temáticas identificadas na sistematização das ações propostas na Fase 2 (Figura 3). Cada grupo contou com a presença de um(a) coordenador(a), dois relatores, dois apoiadores, um(a) especialista no tema, que fez a exposição inicial, debatedoras(es) convidadas(os) e participantes (pesquisadoras(es), docentes, gestoras(es), do setor produtivo e conselheiras(os) de saúde).

Em cerca de 30 minutos, a(o) especialista fez um breve panorama da temática e os desafios atuais enfrentados no Brasil e no mundo. Após a fala, debatedoras(es) convidadas(os) comentaram a exposição inicial e trouxeram novos elementos para a análise. Na sequência, o debate foi aberto para a participação das demais pessoas. A exposição das(os) especialistas e o debate foi gravado e transcrito para a produção deste livro.

Ao final do debate, o(a) coordenador(a) propôs que cada um(a) das(os) participantes pensasse, dentro do tema do grupo de trabalho, de forma individual, propostas a serem desenvolvidas em curto e longo prazo.

Todas as propostas foram registradas pela relatoria e foram apresentadas às(aos) demais participantes do simpósio na sequência do evento.

Sistematização dos resultados do Simpósio para publicação do relatório final (livro)

As propostas foram sistematizadas pelos integrantes da Comissão Organizadora e da Coordenação Executiva do Projeto Integra, em uma oficina realizada em outubro de 2022, em São Paulo. No primeiro dia de oficina, para cada grupo de trabalho, três pesquisadoras(es) leram a transcrição do debate e das propostas elaboradas e fizeram o agrupamento de propostas

semelhantes, correções de redação quando necessária e a inclusão de propostas presentes nos debates, mas não redigidas pelas(os) participantes.

Para cada tema do grupo de trabalho, foi redigido um objetivo geral. As propostas foram agrupadas por temas e, para cada tema, foi redigido um objetivo específico.

As propostas, agora reorganizadas, foram lidas e validadas pelas(os) demais pesquisadoras(es) no segundo dia de oficina, sendo realizada a mudança de redação quando necessário. As propostas estão apresentadas neste livro, após o texto da exposição da temática, e apontam uma agenda para a integração das políticas de Assistência Farmacêutica, de Vigilância em Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década.

Este material será amplamente divulgado para apoiar as conferências municipais, estaduais e a 17ª Conferência Nacional de Saúde, além de apontar uma agenda de prioridades para os institutos de pesquisa, as universidades, os gestores do SUS e o setor produtivo.

Nos capítulos 5 a 12, estão apresentados o texto das(os) expositoras(es) e as propostas elaboradas nos grupos de trabalho do 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (SNCTAF).



Aponte a câmera do seu
dispositivo e acesse os sites
citados no texto



05

Desabastecimento de medicamentos e soberania sanitária

A cadeia produtiva industrial de medicamentos engloba, atualmente, quatro tipos de indústrias: farmoquímica; farmacêutica de base química; farmacêutica de base biotecnológica (inclusive vacinas); e farmacêutica de produtos naturais. Muito embora todas elas façam parte de um mesmo Complexo Industrial da Saúde (CIS), apresentam características bastante particulares entre si. Essas diferenças situam-se no campo da escala de produção, das tecnologias envolvidas, dos processos produtivos, dos valores adicionados¹, do peso de cada uma no mercado global e das tendências projetadas por cada uma neste mercado. Portanto, os gargalos existentes e os caminhos para superá-los devem levar em conta essas especificidades e um debate sobre soberania e desabastecimento deve levar em conta essas diferenças.

A indústria farmoquímica tem como principal insumo os intermediários de síntese, a maioria deles derivada da indústria petroquímica (benzeno, etanol, eteno, etc.) submetida a várias transformações. No ramo farmacêutico, essas transformações resultam nos Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA), base da composição dos medicamentos. Os IFA representam uma proporção relativamente pequena no custo do medicamento acabado. Daí resulta que sua escala de produção é uma variável essencial para estimar o sucesso de uma unidade produtiva nessa indústria. Muitos IFA são consideradas *commodities*. Entretanto, cada vez mais o mercado de medicamentos de base química mais complexos exige IFA de maior valor agregado, que não são considerados *commodities*² e este fato é importante na formulação de uma política industrial para este segmento. Atualmente, importamos cerca de 95% dos IFA para medicamentos produzidos no Brasil³. Na década de 1980, importávamos cerca de 50% (outras estimativas falam em 20%). A mudança deveu-se à abertura comercial ocorrida na década de 1990. Essa abertura levou ao fechamento de muitas unidades produtivas de IFA no país, que não puderam competir com as produções indiana e chinesa, ancoradas em políticas industriais mais estritas no sentido do estímulo à produção local.

Atualmente, é pouco provável que uma produção local de farmoquímicos

1 Valor adicionado é a diferença da riqueza entre todos os custos de produção (inclusive os indiretos) e a receita de venda de um produto.

2 As *commodities* são mercadorias básicas de baixo valor agregado.

3 <https://abiquifi.org.br/o-custo-do-atraso-brasil-produz-apenas-5-dos-insumos-de-medicamentos>.

baseada em *commodities* seja competitiva com Índia e China, em função das diferenças de escala de produção, do menor custo da mão de obra naqueles países e da hegemonia nos grandes mercados mundiais. A estratégia para a indústria local deve ser dirigida a moléculas selecionadas, mais complexas, e do estímulo a compras públicas. Entretanto, a existência de episódios de desabastecimento de medicamentos essenciais no Brasil sugere que moléculas mais tradicionais, como por exemplo antibióticos e outros produtos presentes no desabastecimento, sejam também priorizadas. Recentemente, a Associação Brasileira das Indústrias de Insumos Farmacêuticos (Abiquifi) entregou aos Ministérios da Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovações uma lista de 50 moléculas que deveriam ser priorizadas. Em trajetória similar, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Associação das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina) firmaram convênio para a elaboração conjunta de um conjunto de IFA considerados estratégicos. Uma visão circunstanciada dos desafios e oportunidades da indústria farmoquímica brasileira pode ser encontrada no trabalho “Há espaços competitivos para a indústria farmoquímica brasileira? Reflexões e propostas para políticas públicas (2015)”⁴.

A indústria farmacêutica de base química é um oligopólio responsável por um mercado mundial cujo valor em 2021 foi estimado em 1,4 trilhão de dólares⁵ (o mercado de farmoquímicos vale aproximadamente 10% desse valor). Neste mercado, as 20 maiores empresas são responsáveis por metade do mesmo. É uma indústria altamente intensiva em P&D, neste quesito estando atrás apenas das indústrias de tecnologias da informação e comunicação. Finalmente, esse poderio econômico permite que ela tenha uma grande capacidade de *lobby* sobre governos e organismos multilaterais em nível mundial.

No Brasil, diferentemente das farmoquímicas, esse segmento industrial apresentou grande crescimento e consolidação após a abertura comercial da década de 1990. Isso decorreu por vários fatores onde se destacam a política de genéricos, o crescimento da demanda decorrente das políticas de inclusão social, dos aumentos sustentados do salário mínimo, dos programas de Farmácia Popular e da Política de Desenvolvimento Produtivo, tudo isso entre 2003 e 2015. Atual-

4 Mitidieri, TL et. al. Há espaços competitivos para a indústria farmoquímica brasileira? Reflexões e propostas para políticas públicas (2015). https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/4286/1/BS%2041%20H%C3%A1%20espa%C3%A7o%20competitivos%20para%20a%20ind%C3%BAstria%20farmoqu%C3%ADmica_P.pdf

5 Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001>.

mente, cerca de 80% dos medicamentos consumidos no país são aqui fabricados total ou parcialmente. Dentre os medicamentos totalmente fabricados aqui, as empresas líderes do mercado são familiares e de capital nacional em termos de unidades farmacêuticas. Em valor, as empresas multinacionais com fábricas ou escritórios no Brasil detêm a maior fatia de mercado. As empresas multinacionais sediadas no Brasil vêm desativando unidades produtivas desde a abertura comercial dos anos 1990. Crescentemente, importam medicamentos acabados, apenas finalizados e embalados no Brasil. Segundo a Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil (Alfob), em 2019, havia 18 laboratórios ativos, a maioria públicos (10 federais e estaduais) e os demais com estatuto jurídico diverso. Essa rede possui graus muito heterogêneos de capacidade produtiva e, principalmente, de absorção de tecnologias. O mercado brasileiro de medicamentos é de cerca de R\$110 bilhões e as vendas no varejo representam cerca de 70% do mesmo; 30% são vendas institucionais, aí incluídas as compras do SUS.

Alguns pontos para uma estratégia de desenvolvimento do parque industrial farmacêutico de base química incluem: (1) Aumentar a presença do SUS no mercado brasileiro de medicamentos, fortalecendo a assistência farmacêutica nos seus três componentes (Básico, Estratégico e Especializado) e reativando os programas da Farmácia Popular; (2) Reorganizar a Política de Desenvolvimento Produtivo, corrigindo suas fragilidades e ampliando sua articulação com outras políticas do SUS (incorporação de tecnologias, controle de preços, etc.); (3) Garantir a presença do CIS como prioritário na política industrial brasileira e retomar a parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); (4) Avaliar o papel dos laboratórios oficiais, hierarquizando suas competências.

Embora ainda minoritária em termos de mercado farmacêutico global (aprox. 30%), a indústria farmacêutica de base biotecnológica é, certamente, a que apresenta a maior expectativa de futuro. Ela tem sido palco de uma grande onda de fusões e aquisições (em 2019, as 10 maiores fusões e aquisições atingiram US\$ 207 bilhões). Este segmento está cada vez mais fusionado com a indústria farmacêutica de base química, que está sendo cada vez mais chamada de “indústria biofarmacêutica”. Entre 2010 e 2015, o MS, articulado com o BNDES, estimulou a criação de duas empresas brasileiras para produzir anticorpos monoclonais biossimilares. O tempo ainda é curto para uma avaliação mais abrangente, mas uma das empresas estimuladas foi extinta. Medicamentos biológicos modernos, em particular anticorpos monoclonais, estão presentes predominantemente como

importados no mercado brasileiro. Poucas empresas nacionais estão pesquisando e fabricando localmente anticorpos monoclonais biossimilares. Em alguns casos, apenas finalizados no país (rotulagem e embalagem). Movimento relevante em empresas privadas de capital nacional vêm sendo iniciativas de internacionalização, com a associação ou compra de unidades de pesquisa, desenvolvimento e produção de produtos biológicos no exterior. A originalidade desse movimento é que não há perda de controle por parte da empresa brasileira. Também aqui, o tempo é curto para uma avaliação dessa estratégia.

Alguns pontos para uma estratégia de desenvolvimento do parque industrial farmacêutico de base biotecnológica incluem: (1) o fortalecimento do papel do SUS no componente industrial biotecnológico - a Política de Desenvolvimento Produtivo deve manter seu foco nos biológicos modernos, avaliando sucessos e insucessos passados; (2) a experiência brasileira nas vacinas, especialmente do Butantã e de Bio-Manguinhos, deve estar no centro desse fortalecimento; (3) BNDES, Financiadora de Estudos e Projetos (Finep/MCTI) e Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii) devem fortalecer suas ações de fomento nesse componente, sempre avaliando as iniciativas passadas; (4) as iniciativas de internacionalização observadas em empresas privadas devem ser objeto de atenção por parte do SUS - haverá circunstâncias e modelos que podem ser positivos para a aceleração do desenvolvimento e da produção locais de biológicos.

Em 2015, havia 166 empresas com registros ativos no segmento das indústrias farmacêuticas de produtos naturais. Seu mercado é predominantemente doméstico. A tendência atual é de diminuição do número de empresas e de registros ativos. Essa redução do número de empresas vem se realizando em favor de empresas de capital estrangeiro. Nas maiores empresas com atividade em fitoterápicos, esta não é a atividade principal. A despeito da grande biodiversidade brasileira, o setor sofre com baixa padronização da matéria-prima e dificuldades regulatórias para o acesso às fontes das mesmas. A indústria de produtos naturais é muito pouco articulada com o SUS, embora o tema dos medicamentos naturais seja bastante tradicional⁶.

Alguns pontos para o desenvolvimento estratégico no campo de fitoterápicos incluem: (1) No enquadramento político dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da relevância que a Amazônia vem cada vez mais apresentando, os medicamentos oriundos de produtos naturais tendem a ter mais visi-

6 Hasenclever, L. et. al. - A indústria de fitoterápicos brasileira: desafios e oportunidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8):2559-2569 (2017). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zVj9LSKrBbFwkpR-XnpbN3kh/?format=pdf&lang=pt>.

bilidade e relevância. No plano industrial, isso requer o início de uma interação orgânica com o SUS, hoje quase inexistente; (2) Há dois gargalos mais importantes relatados pela própria indústria, situados na regulação sanitária e na regulação do acesso ao patrimônio genético. Ambos devem ser debatidos e aperfeiçoados para o desenvolvimento desse segmento industrial; (3) Outra dimensão relevante é o fomento a atividades de pesquisa no campo dos produtos naturais, ainda hoje bastante incipiente e essencial para o avanço desse componente industrial.

Sobre o conceito de soberania, vale mencionar que ele pertence ao campo do direito e da ciência política. Diz respeito ao lugar do Estado como ponto mais elevado numa hierarquia de poder em um país. Tal como o utilizamos hoje em dia, ele emergiu em meados do século XVII, quando da formação dos Estados Nacionais na Europa. Naquele então, ocorrido na região que hoje pertence à Alemanha – a Westphalia –, foram estabelecidas as fronteiras de muitos estados nacionais europeus e inaugurada a modernidade política. A partir daí, todas as vezes em que se declarou uma guerra ou se negociou uma paz, o tema das fronteiras nacionais veio à tona. Bem mais recentemente, após a 1ª Guerra Mundial, foi criada a Liga das Nações e, após a 2ª Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU). Em ambas, foi exaltada a inviolabilidade das fronteiras nacionais, a despeito de elas terem sido violadas muitas dezenas de vezes pelo mundo afora.

Esse comentário tem o objetivo de moderar o uso do termo quando se discute o desabastecimento de medicamentos nos países. Talvez devamos substituir o termo soberania para outro termo, que pertence ao campo da economia, que é o da autossuficiência, que diz respeito a uma condição de bastar-se a si próprio.

Não há países 100% autossuficientes no campo de medicamentos, vacinas, equipamentos, etc. No entanto, há enormes desigualdades no grau de autossuficiência entre países. A derrocada da utopia neoliberal dos mercados livres, desregulamentados e complementares iniciada nos anos de 1980, associada à mudança do eixo geopolítico global para o Leste, tem contribuído para o aumento dessa desigualdade porque uma das principais expressões dessa mudança de eixo foi a fragilização das cadeias produtivas globais. Durante a pandemia de Covid-19 esse processo se radicalizou e ficou patente no campo das vacinas. O relatório de 2022 da OMS sobre vacinas mostra que de todas as vacinas contra a Covid-19, apenas 13% foram oriundas de sua iniciativa Covax, destinada aos países pobres⁷. Importante ressaltar que a ocorrência da pandemia não originou esse fenômeno,

7 WHO, Global Vaccine Market Report (2022). Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/vaccine_access_market/global-vaccine-market-report-2022-templatefinal2.pdf?sfvrsn=5e8ddbed_6&download=true.

mas o expressou de forma mais aguda. Portanto, não parece provável que o fim da pandemia possa eliminar o problema do desabastecimento de produtos de saúde – medicamentos em particular. Mais ainda, outras pandemias devem ocorrer. Apenas não sabemos quando e por qual microrganismo serão provocadas.

Desabastecimentos pontuais sempre ocorreram. A novidade é a possibilidade de um desabastecimento sistêmico e continuado. No caso brasileiro, além desses macrodeterminantes, incidiu a trágica condução do combate à pandemia por parte do governo federal (2019-2022), que agravou o panorama brasileiro de grandes deficiências no desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo no CIS. A lição que fica é que essas deficiências devem ser eliminadas e as sugestões dadas aqui para cada um dos segmentos industriais desse complexo poderão contribuir nesse processo. É por essa razão que devemos estar atentos e ajustar as nossas políticas para a indústria da saúde a esta nova conjuntura global.

5.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Geral: Definir estratégias e políticas públicas que garantam o medicamento como direito humano.

Objetivo Específico 1: Fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde.

Propostas:

1. Fomentar o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) para ampliar a produção de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) estratégicos no Brasil e intermediários químicos estratégicos para a produção de IFA.
2. Reestruturar a Política de Desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde no segmento dos Laboratórios Oficiais, considerando uma agenda de necessidades em Saúde do país.
3. Definir o papel de cada Laboratório Oficial, considerando *status* de desenvolvimento tecnológico locoregional, com investimento na atualização dos Parques Fabris.
4. Fomentar a implantação de Laboratórios Oficiais para a produção de medicamentos fitoterápicos com o extrativismo vegetal sustentável, em especial na região Amazônica, para atender às necessidades da Atenção Primária à Saúde, incentivando o uso seguro destes medicamentos.
5. Desenvolver e fomentar vínculos com as instituições de Ensino e Pesquisa e o Complexo Econômico Industrial da Saúde, para a garantia do acesso à tecnologias e serviços em saúde.
6. Constituir uma estrutura de governança que oportunize as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) realizarem transferências de tecnologias que permitam a autossuficiência de acordo com as necessidades sociais e do país.
7. Tornar o Brasil referência no acesso a medicamentos com preços competitivos e transparentes.

Objetivo Específico 2: Fortalecer as ações e serviços de saúde, na perspectiva da saúde como direito.

Propostas:

1. Fortalecer a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), seu corpo técnico, governança e estabelecer uma Política Nacional de Preços, que aumente a transparência deste processo.
2. Implementar um sistema informatizado único da gestão da informação, unificado com todos os entes, com controle do estoque de medicamentos, evitando o desperdício e demais informações necessárias para a gestão da assistência farmacêutica.
3. Respeitar o direito do usuário às informações de saúde e tratamentos, garantindo que, diante de situações de desabastecimento de medicamentos, a gestão se responsabilize, de forma eficaz com as informações prestadas às(aos) pacientes e unidades de saúde (motivos das faltas, possíveis complicações clínicas, alternativas de tratamento, previsibilidade de entrega, etc).
4. Formular e aprovar instrumento regulatório que garanta a informação sobre desabastecimento e que penalize, nos termos da lei, quando não realizado.

Objetivo Específico 3: Garantir um financiamento justo e adequado às necessidades de saúde.

Propostas:

1. Revogar a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, restituindo os recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo um novo projeto político nacional que priorize a vida e respeite a sociedade.

06

Propriedade intelectual e acesso a tecnologias

Inicialmente, é necessário pontuar algumas questões importantes em relação à propriedade intelectual e ao acesso às tecnologias. Temos que ter muito claro o conceito de acesso a tecnologias e medicamentos. De modo geral e de acordo com autoras(es) clássicas(os), o acesso é definido pela utilização de um serviço e não apenas pela existência dele. Assim, no caso dos medicamentos, quando novos tratamentos são disponibilizados a preços extorsivos ou inacessíveis, consideramos que a população não tem acesso a este item, visto que a simples existência não é suficiente para que as pessoas possam adquiri-lo. Logo, é necessário considerar os valores envolvidos e buscar um equilíbrio entre oferta e demanda.

Houve, ao longo dos últimos tempos, diversas iniciativas para ampliar o acesso das populações aos medicamentos e tecnologias em saúde, algumas em âmbito nacional, como a implementação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica no Brasil, e outras iniciativas internacionais, como o “*Global Health Program*” da Fundação Bill e Melinda Gates, as ações humanitárias dos Médicos Sem Fronteiras, a “*GAVI Alliance*”, a *Drugs for Neglected Diseases Initiative* (DNDI), a *Innovation for Global Health* (Unitaid) e o Fundo Global, entre outros. No entanto, ainda é necessário um grande esforço para que o acesso a medicamentos e tecnologias seja equânime, em termos mundiais. Basta ver os exemplos recentes com a distribuição e acesso a vacinas para Covid-19 no mundo.

O Acordo Trips¹, da Organização Mundial do Comércio (OMC), é um acordo multilateral assinado por 123 países membros em 1994, que impõe regras sobre as leis de propriedade intelectual e industrial, obrigando os países a reconhecer a proteção da propriedade intelectual em todos os campos tecnológicos. Neste contexto, é importante salientar que consideramos, ao discutir a propriedade intelectual sob a ótica da Saúde Pública e da Saúde Global (que é a proteção patentária sobre os medicamentos e tecnologias) imperativo pensar a saúde como um direito humano fundamental. Sempre haverá a disputa entre saúde e comércio, interesses sociais e interesses comerciais, e por isso, os países devem ter a liberdade para utilizar as flexibilidades existentes no Acordo Trips, a fim de assegurar o acesso de medicamentos e tecnologias essenciais às suas populações.

No Brasil, a aprovação desse acordo acarretou sua inclusão e a aprovação da

1 Trips (sigla em inglês): Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights. Em português: Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio.

nova lei de propriedade industrial em 1996 (Lei nº 9.279/1996), sob forte pressão do governo norte-americano e da indústria farmacêutica de capital transnacional. Houve grande resistência por parte de vários setores da sociedade, inclusive da indústria privada nacional, que se juntou ao chamado “Fórum pela liberdade de uso do conhecimento”, que era contra a proteção patentária. Este grupo indicava a necessidade de fortalecimento das indústrias nacionais dos países em desenvolvimento antes da assinatura do referido acordo, como também a formulação prévia de políticas de medicamentos genéricos, o que não ocorreu.

Além das obrigações, também existem flexibilidades neste acordo, mas o que merece maior discussão da nossa parte é a chamada licença compulsória. Apesar de popularmente ser entendida e denominada como uma “quebra de patente”, trata-se de uma suspensão temporária do direito da patente, acarretando compensação no pagamento de *royalties* para o detentor da patente. Formalmente, trata-se de uma autorização para exploração de um produto sem a permissão do detentor da patente.

Outra flexibilidade (a exceção bolar) também permite que qualquer empresa faça pesquisas para a produção de medicamentos, sem a comercialização, durante o período que ele está sob proteção patentária. Isto é importante para uma formulação genérica, por exemplo, pois permite que o produto seja comercializado imediatamente após a expiração da patente. É válido mencionar que essa flexibilidade não é muito utilizada pelo Brasil.

O debate sobre as patentes ganhou ainda mais força com o advento da Covid-19, ao tornar evidente a importância ao acesso a medicamentos, vacinas e diagnósticos para as políticas públicas de saúde, principalmente quando consideramos as populações mais vulnerabilizadas. Neste sentido, o relatório de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, apresentado aos membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006, contou com o esforço de países da América Latina e África no sentido de colocar em evidência a prioridade da saúde pública em relação a propriedade intelectual.

O referido relatório ainda destacou a importância do atendimento integral às populações negligenciadas e vulnerabilizadas, pois, de nada vale o esforço para garantir acesso a medicamentos referentes a doenças negligenciadas, por exemplo, se comorbidades como o diabetes ou a hipertensão arterial não forem tratadas e levarem estes indivíduos à óbito. Esse relatório também deixou claro que “para as doenças que afetam milhões de pessoas nos países em desenvolvimento, as patentes não são um fator relevante ou efetivo para estimular a Pesquisa e Desen-

volvimento (P&D) e trazer novos produtos ao mercado”.

Ainda neste tema, cabe lembrar que o Objetivo 3 da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), é atingir a cobertura universal dos sistemas de saúde, mas também apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo Trips e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todas(os).

Pensando nisso, é nítido que temos então o respaldo jurídico, político, internacional, nacional, para fazer uso das flexibilidades do Acordo Trips para promover o acesso da população às tecnologias e medicamentos.

Outra questão relevante neste tema diz respeito à extensão desnecessária de patentes. É imperativo que existam critérios rigorosos para definir o que é atividade inventiva, inovação, capacidade ou aplicação industrial. Deve-se distinguir os critérios de patente, das patentes concedidas por incrementalidades, que não modificam substancialmente a patente original.

Outra questão importante, que não é cumprida, é a de que os governos devem adotar medidas que facilitem a emissão rápida de licenças compulsórias. É previsto, por exemplo, que países não produtores de medicamentos possam recebê-los de países produtores. No entanto, há imensos entraves burocráticos que tornam o processo inviável. No recente Relatório do Painel de Alto Nível do Secretário-geral das Nações Unidas em acesso a medicamentos, relatório finalizado em 2016, ficou claro o mandato de encontrar soluções para as incoerências políticas, no contexto das tecnologias em saúde, entre os direitos das(os) inventoras(es), as prioridades em saúde pública, as leis e regulação de direitos humanos e as regras do comércio.

Além de todos estes problemas, há ainda intimidações internacionais quando determinados países requerem a emissão da licença compulsória. Foi o que ocorreu há muitos anos entre a Costa Rica e os Estados Unidos da América (EUA), e mais recentemente entre Colômbia e EUA. No primeiro caso, os EUA ameaçaram parar as importações de orquídeas da Costa Rica, maior produto de exportação do país, caso insistisse na emissão de uma licença compulsória. No caso

da Colômbia, a ameaça dos EUA foi em relação à suspensão de recursos para a assinatura do acordo de paz, caso o país optasse por prosseguir no pedido de licença compulsória. Este comportamento e este tipo de pressão são inaceitáveis e devem ser coibidos a nível internacional. O termo *Trips-plus* denomina acordos comerciais ou acordos de livre comércio que tentam impor cláusulas mais restritivas do que consta no Acordo *Trips* e tem sido uma constante nas negociações, como verificamos recentemente nas propostas contidas no Tratado de Livre Comércio entre a União Europeia e o Mercado Comum do Sul (Mercosul).

Ainda na questão do acesso, cabe lembrar que os abusos em relação aos preços de medicamentos e vacinas não podem ser permitidos. Quando surgiram os antivirais de ação direta para a Hepatite C, pela primeira vez trazendo a possibilidade de cura, medicamentos como o sofosbuvir, por exemplo, foram lançados ao preço de \$84.000 dólares para o curso do tratamento. Após várias intervenções, atualmente o tratamento é fornecido pelo Fundo Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a \$60 dólares pelo curso de tratamento. Isto mostra a discrepância entre custo e preço do medicamento, pois não há justificativa aceitável quando se analisa que o mesmo tratamento pode ser oferecido por um valor 1.400 vezes mais barato que o valor inicial.

A única licença compulsória emitida pelo Brasil permitiu que o antirretroviral Efavirenz, utilizado no tratamento do HIV/Aids, que tinha um custo de \$580 dólares por paciente ao ano e o medicamento com preço de \$5 dólares, baixasse para pouco mais de um dólar após a fabricação nacional pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o que demonstra o efeito benéfico da licença compulsória em termos de acesso.

Ainda discorrendo sobre os entraves presentes neste tema, podemos analisar o caso das vacinas. Quando se fala no desenvolvimento de uma vacina, há um emaranhado de patentes e conhecimentos que envolvem universidades, empresas privadas e mesmo empresas que não estão relacionadas à saúde. Assim, entende-se que é impossível “copiar” estes produtos sem o conhecimento das patentes, mas, por outro lado, é impossível garantir acesso desta maneira. Daí a complexidade do tema.

Em relação ao cenário nacional, ainda são necessários muitos avanços. No decurso da pandemia, entre os muitos Projetos de Lei (PL) que foram apresentados no Congresso Nacional, um dos projetos, o PL nº 12/2021 do Senador Paulo Paim, foi aprovado e transformado em Lei (Lei nº 14.200/2021), permitindo, em tempos de pandemia, emergência sanitária ou por interesse nacional,

a emissão da licença compulsória sem o ritual burocrático pelo qual está regulamentada no Brasil, o que daria mais agilidade ao processo. A lei foi promulgada porém, devido a vetos da presidência da República (Veto 48, sob a alegação de contrariar o interesse público e ouvidos os diversos ministérios), permaneceram os mesmos entraves burocráticos de outrora, e houve apenas pequenas alterações no processo atual.

Apesar disto, outros avanços foram conquistados. O Supremo Tribunal Federal (STF) eliminou o parágrafo único do artigo 40 da Lei de Propriedade Industrial, que na prática prorrogava o prazo das patentes devido ao atraso no deferimento por parte do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). Situações como o que constava no parágrafo único devem ser combatidas, pois trata-se de uma extensão indevida de proteção patentária, visto que a patente estava sendo exercida, na prática, com a denominada expectativa de patente que intimida a concorrência, mesmo sem o deferimento ou indeferimento do órgão.

A nível mundial e em função da emergência e situação excepcional da pandemia, foi proposta a suspensão temporária de alguns artigos do Acordo Trips, o que eliminaria a proteção patentária em tecnologias relacionadas com a pandemia durante a vigência da mesma. De um lado, os países do Sul, com exceção do Brasil, eram favoráveis à proposta apresentada pela Índia e África do Sul e os países do Norte, contrários. Não houve avanços em relação ao tema devido à falta de consenso entre os países. É válido mencionar que todos os países contrários à medida, já tinham assegurado vacina para suas populações mediante acordos bilaterais.

Finalizando, podemos considerar que estamos diante de um sistema falido em relação ao acesso e a saúde pública como um direito humano. Queremos trazer para o momento atual as palavras da então Primeira-Ministra da Índia, Indira Gandhi, que em 1981, no seu discurso de abertura na Assembleia Mundial da Saúde, afirmou que “Minha ideia de um mundo melhor seria aquele em que as descobertas médicas fossem livres de patentes, e que não houvesse lucro com a vida ou com a morte”.

6.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Específico 1: Reformular a Lei de Propriedade Industrial (Lei 9.279/1996) com vistas a assegurar o acesso da população às inovações tecnológicas.

Propostas:

1. Garantir transparência no processo de concessão de patentes.
2. Garantir a participação da sociedade, compreendendo as partes interessadas (governo, indústria, institutos de pesquisa e universidades) e o controle social no debate sobre a propriedade intelectual.
3. Garantir que as patentes concedidas no Brasil possuam as informações que permitam a um técnico da área reproduzir o objeto da patente em escala laboratorial e industrial, quando cabível, de modo a evitar a insuficiência descritiva.
4. Ampliar a concessão de patentes nacionais com bases nas necessidades de saúde da população brasileira.
5. Definir produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a emissão de Licença Compulsória, quando cabível ou outros mecanismos de negociação.
6. Aumentar a integração do Brasil no ambiente internacional de propriedade intelectual.
7. Eliminar os gargalos que impactam nas análises de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) para redução de *backlog*.
8. Ter uma legislação que assegure a não exclusividade no licenciamento de tecnologias em saúde desenvolvidas por instituições privadas com financiamento público (licenciamento não exclusivo).
9. Criar ambientes para inovação inclusiva, através do investimento em infraestruturas (parques tecnológicos) que permitam elevar o nível de maturação tecnológica dos projetos de desenvolvimento de insumos farmacêuticos ativos, associando as competências das universidades e laboratórios públicos, capazes de gerar patentes fortes.
10. Garantir a soberania nacional e estimular cooperações internacionais com vistas a atender às demandas dos países menos desenvolvidos a vulnerabilidades em relação a condições abusivas praticadas pelo monopólio industrial e comercial.

Objetivo Específico 2: Garantir o acesso da população brasileira a medicamentos e tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas:

1. Ter tecnologias para a saúde (medicamentos, vacinas, dispositivos e etc) desenvolvidos e produzidos no Brasil disponíveis ao SUS.
2. Fortalecer os Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT) para proteção, escalonamento e oferta das tecnologias fruto de pesquisas com investimento público.
3. Aumentar o investimento em Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) nas universidades públicas, Instituições Científicas de Inovação Tecnológicas (ICT) e laboratórios oficiais; e maior interação entre ambos para aumentar o acesso aos medicamentos para a população.
4. Aumentar a participação social nas instâncias de regulação e de deliberação sobre a incorporação de tecnologias no SUS.
5. Fortalecer a produção nacional de medicamentos e farmoquímicos.
6. Definir os Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) relevantes na saúde pública para a produção nacional.
7. Assegurar que o financiamento público de projetos de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde esteja condicionado à garantia de acesso final pelos usuários do SUS e da oferta de preços acessíveis ao sistema de saúde.
8. Garantir produção nacional da maior parte dos medicamentos ofertados no SUS para tratamento de pessoas acometidas por doenças relacionadas à pobreza.
9. Agilizar a análise do registro sanitário de medicamentos relacionados às doenças negligenciadas e incorporados ao SUS.
10. Fixar financiamento mínimo e contínuo aos laboratórios oficiais.
11. Incentivar a transferência e internalização de tecnologia.
12. Ter uma lei de incentivo à pesquisa e desenvolvimento que garanta a autonomia e produção de ativos - IFA - para doenças tropicais e negligenciadas.
13. Implantar serviço clínico farmacêutico em todos os níveis de atenção à saúde com vistas a garantir o uso racional de medicamentos e tecnologias no SUS.
14. Ampliar o financiamento das estruturas regulatórias de pesquisa e incorporação tecnológica.
15. Ampliar o financiamento público de pesquisas clínicas de insumos e medicamentos prioritários, principalmente voltados para doenças de populações negligenciadas e vulneráveis.

Objetivo Específico 3: Elaborar estratégias de comunicação e formação em saúde sobre o tema de acesso a tecnologias e proteção patentária.

Propostas:

1. Elaborar estratégias de educação que permitam a comunicação efetiva às(aos) usuárias(os) sobre os processos de produção, desenvolvimento e incorporação de tecnologias e medicamentos no SUS.
2. Ter o tema pesquisa e desenvolvimento incluído como parte integrante das diretrizes curriculares nacionais.

07

Equidade na abordagem de doenças emergentes e reemergentes



Para iniciar, uma reflexão do que iremos de fato tratar: se estamos falando de doenças transmissíveis ou não. Isso, diante da tendência no Brasil para atenção merecida às doenças transmissíveis, mas que, muitas vezes, ignoram as doenças não transmissíveis, que são tão importantes quanto, além dos agravos, que não são consideradas doenças.

Para exemplificar: faz-se necessário refletir a violência como um problema de saúde pública. Por ano no Brasil, a média de assassinato é entre 55 e 60 mil. Qual o país do mundo que está em guerra e tem o registro de morte de 60 mil pessoas por ano assassinadas? Esses dados são a média histórica do Brasil. Acrescidos em torno de 50/55 mil mortos decorrentes de acidente de trânsito (batida, capotagem, atropelamento)¹. Temos uma média de 15 mil suicídios por ano²; em torno de 5 a 10 mil mortes por afogamentos, sem falar das 200/300 mil pessoas que ficam com algum nível de limitação porque se acidentaram em especial, de moto ou em atropelamentos.

Esses são exemplos, quando tratamos da face mais cruel da violência que pode culminar em morte. Mas não nos esqueçamos da violência psicológica, da agressão física, da violência dentro do espaço doméstico (seja a violência contra mulher, contra criança, ou contra o idoso). Enfim, são forças de violência que causam danos às vidas. Deste modo, temos que trazer para o nosso cotidiano a violência sendo entendida não somente como um problema de segurança pública, mas também como um problema de saúde pública.

Muitas vezes, ficamos mobilizados com determinada enfermidade infecciosa, pela simbologia, e não nos emocionamos com fatos que não são transmissíveis. A hipertensão arterial, acima dos 25 anos, atinge em torno de um terço da população brasileira³. Então, tão importante quanto não ter o *kit* para o diagnóstico de dengue, é não ter um anti-hipertensivo no Programa Farmácia Popular! Isso mostra que a vigilância em saúde necessita atuar para além das doenças transmissíveis.

1 Disponível em: <https://www.cnt.org.br/agencia-cnt/brasil-tem-2-milhoes-de-casos-de-invalidez-permanente-em-razao-de-acidentes-em-sete-anos> e <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/05/1888812-transito-no-brasil-mata-47-mil-por-ano-e-deixa-400-mil-com-alguma-sequela.shtml>

2 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series/16/suicidios>.

3 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/relatorio-aponta-que-numero-de-adultos-com-hipertensao-aumentou-3-7-em-15-anos-no-brasil>

Outras situações concretas, vividas pelas pessoas, remetem a este olhar mais amplo. Como por exemplo, para outra pauta, que tem uma ligação extremamente direta, que é a alimentação (como a obesidade infanto-juvenil ou mesmo infantil). Até pouco tempo, houve certo clamor na sociedade, mas o assunto em torno da qualidade dos produtos que podem ser vendidos no âmbito das escolas, sejam elas públicas ou particulares, deixou de ser uma pauta na sociedade.

Mas vale destacar que vários países no mundo enfrentaram esse problema da obesidade infanto-juvenil, o que não é a questão da obesidade em si, mas as consequências da mesma. A realidade tem registrado casos de adolescentes com diabetes, hipertensão arterial e mesmo comprometimento renal, que passam necessitar de hemodiálise.

Importante observar que a emergência de qualquer enfermidade ou de um agravo nunca é homogênea para a sociedade como um todo, mas sempre afeta, agride em um percentual infinitamente maior aqueles que já são desvalidos dentro da sociedade; que já são desiguais no interior da sociedade, desse modelo excludente em que vivemos. Assim, temos uma matriz de formação no Brasil que não surgiu no ano de 2018.

A exclusão, a desigualdade, o *apartheid* social tem origem no Brasil colônia. São mais de 500 anos em que esse processo vem sendo aprofundado. Imaginemos a quantidade de sub-habitações que existem no Brasil, sejam em palafitas, sejam em favelas, sejam em alagados; enfim, nas várias modalidades, as(os) moradoras(es), centenas de milhares de pessoas, vivem nas ruas. Quando teremos uma fisionomia urbana? Sobretudo, nos grandes centros e nas periferias. Quando teremos uma fisionomia urbana razoável? Sem essa agressão que olhamos para alguns morros e ficamos pensando: “Como é que pode uma pessoa idosa que mora lá em cima, quantos meses ou anos passa sem poder descer no asfalto porque se descer não consegue subir?”. Uma pessoa muito idosa é proibida de transitar naquele espaço. Então essa emergência sanitária é desigual.

Já a doença reemergente, trata de uma doença que existia, e que deixou de existir durante determinado tempo, mas retorna como o caso da febre amarela silvestre na região Sudeste do país. Há quanto tempo não tínhamos febre amarela? Inclusive no entorno das grandes cidades, como nos Estados de Minas Gerais, do Rio de Janeiro, de São Paulo e na região Sul do país. Isso é um exemplo clássico de uma reemergência que veio com toda força, como também é o caso do sarampo, em várias localidades do Brasil.

Todas essas doenças emergentes ou reemergentes têm um mapa que não é homogêneo. A distribuição se caracteriza sempre em determinados grupos sociais mais vulnerabilizados, num determinado momento, em decorrência das condições objetivas de renda, de emprego e de formação.

Um dos problemas que temos em relação às enfermidades, em relação às emergências e reemergências dessas doenças, são os diagnósticos tardios. Normalmente, descobrimos que temos um problema depois que ele já tomou uma face pública marcante.

Deste modo, um dos nossos grandes desafios tem que ser o quê? Identificar a emergência de qualquer doença, o mais rápido possível, para que não se repitam os erros que temos vivenciado. Uma situação recente: chikungunya/zika: o vírus foi identificado em abril de 2015. Foram sete/oito meses dessa nova doença em que todos os exames eram negativos para dengue. Os exames eram repetidos várias vezes, e se tratava de zika.

Então, o que fazer para que possamos ter o diagnóstico mais rápido possível? Um dos caminhos que o mundo adota é aquilo que chamamos de Unidades Sentinelas, que já tivemos integradas no Sistema Único de Saúde (SUS), e que na maior parte do país estão desarticuladas.

Existem determinadas Unidades Sentinelas nas cidades, que coletam um número X de amostras para que sirvam de controle para análise. Primeiro problema: faz-se necessário ter o meio diagnóstico. Hoje só existem alguns institutos de pesquisa. Faz-se necessário ter a unidade sentinela, local em que os casos suspeitos vão ser rastreados.

O que não podemos correr o risco é ter um Sars-Cov-3 ou uma nova variante depois que os hospitais e as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estiverem lotados. Essas Unidades Sentinelas servem exatamente para o monitoramento.

Outros exemplos de problemas emergentes: o cigarro eletrônico; problemas de coluna cervical, por causa da postura incorreta do celular. Situações que não existiam e, no momento, surgem com muita força na sociedade. Este olhar para a emergência, para além das infecciosas, demonstra uma prioridade social, da luta contra a violência, na compreensão de ser um problema de saúde pública.

Mas, para se somar ao monitoramento, a reativação das Unidades Sentinelas oportuniza a montagem ou reorganização de uma rede de diagnóstico precoce para a emergência de futuras doenças. Além disso, temos que

romper a dependência tecnológica. No início da pandemia, importávamos inclusive o *swab* para coletar amostra. Estava sendo importada máscara. Praticamente ampla maioria desses kits para diagnóstico é importada. Os insumos para fabricar o *kit* são importados.

Esse cenário exige uma base tecnológica brasileira que minimize a dependência externa, e eleve para outro patamar, no sentido de ter uma governabilidade para a implantação, de fato, de políticas públicas articuladas a de vigilância e que possam oportunizar a detecção precoce de enfermidades emergentes e reemergentes, tema desse nosso diálogo.

7.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Geral: Implementar a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

Objetivo Específico 1: Definir uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública.

Propostas:

1. Fomentar e incentivar a criação de Unidades Sentinelas operando em pleno funcionamento em todos os estados, com laboratórios adequados.
2. Construir e publicizar o mapa nacional das Unidades Sentinelas.

Objetivo Específico 2: Estabelecer estratégias para o enfrentamento de doenças emergentes e reemergentes.

Propostas:

1. Fortalecer a rede de suporte e cuidados em saúde mental, ampliando o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).
2. Instituir ações de enfrentamento à violência em serviços de saúde, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.
3. Ampliar a rede de serviços de diagnósticos e tratamentos em saúde, cumprindo a equidade e atendendo as necessidades endêmicas de cada região.
4. Melhorar o diagnóstico das doenças da pobreza (hanseníase, tuberculose, toxoplasmose, entre outras) buscando a redução das incidências.
5. Integrar as ações das atividades de ensino, pesquisa e extensão como entes ativos na formulação, e execução de políticas públicas de saúde.

Objetivo Específico 3: Fortalecer o Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis) para atender as necessidades decorrentes das doenças emergentes e reemergentes.

Propostas:

1. Regular o papel dos laboratórios oficiais para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), na produção estratégica de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) e medicamentos para o enfrentamento de doenças emergentes e reemergentes.
2. Criar uma rede nacional de desenvolvimento e produção diagnóstica, que permita avanços tecnológicos e autonomia ao país.

Objetivo Específico 4: Promover a Educação Permanente qualificando a trajetória dos profissionais.

Propostas:

1. Promover ações de educação permanente em saúde junto aos profissionais em serviço.

Objetivo Específico 5: Fortalecer a democracia participativa como instrumento de democracia plena.

Propostas:

1. Reafirmar o papel do controle social, como demandante de políticas públicas, a partir das necessidades sociais.
2. Promover o fórum nacional de educação em saúde para debater ações de vigilância em saúde a serem incorporadas nos Parâmetros Curriculares Nacionais com perspectiva transdisciplinar.

Objetivo Específico 6: Garantir um financiamento justo e adequado às necessidades de saúde.

Propostas:

1. Revogar da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 restituindo os recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo um novo projeto político nacional que priorize a vida e respeite a sociedade.
2. Fortalecer a rede de suporte e cuidados em saúde mental, ampliando o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

08

Serviços farmacêuticos baseados em necessidades sociais

A abordagem sobre serviços farmacêuticos baseados em necessidades sociais requer, inicialmente, o estabelecimento da compreensão sobre “serviços”, sobre “serviços farmacêuticos” e sobre “necessidades sociais”.

Assim, este artigo parte do entendimento de que *serviço* pressupõe sempre a relação entre um provedor e um(a) usuária(o), com a criação de algo que tenha um valor. Para a execução desse serviço, há a aplicação de competências que tragam esse valor, entendido como resultado de saúde.

Neste sentido, os serviços farmacêuticos ocorrem a partir da relação entre profissionais farmacêuticos e usuárias(os), que podem ser a(o) paciente usando medicamentos, familiar ou cuidador(a), ou ainda o próprio serviço de saúde. Nestes serviços, o valor produzido no processo de atenção à saúde envolvendo o uso de medicamentos constitui em transformar o potencial representado pelas propriedades do medicamento em resultado concreto, com benefício à saúde.

Necessidades sociais, segundo Willard (1982)¹, são meios (serviços, recursos e insumos) que permitem ao usuário alcançar um propósito. Esta construção envolve o reconhecimento das necessidades de saúde como necessidades sociais e o desenvolvimento de processos sociotécnicos profissionais, nos quais o cuidado é função central dos serviços de saúde. Para um serviço tornar-se uma necessidade de saúde, ele deve ser reconhecido como capaz de contribuir para que os desfechos pretendidos sejam atingidos.

Estes pressupostos iniciais remetem a algumas reflexões:

- Quem é o(a) provedor(a) do serviço farmacêutico? É a(o) farmacêutica(o), mas podem ser outras(os) profissionais, em algumas situações.
- Em benefício de quem o serviço farmacêutico deve ser realizado? Em benefício das(os) pacientes, familiares e cuidadoras(es), outras(os) profissionais de saúde, ou outros serviços, dentro do serviço de saúde.
- Qual é o valor esperado para este serviço? Geralmente, o acesso a medicamentos é reconhecido como o valor esperado, mas o medicamento é

1 Willard, L. D. Needs and medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 7(3): 259-27 (1982).

um produto, não um serviço. Soares (2013)² analisa esta questão em analogia a outras profissões da saúde: no serviço médico, busca-se acesso à assistência ou atenção médica. Da mesma forma, o serviço de enfermagem pressupõe acesso ao cuidado de enfermagem.

Os medicamentos são insumos tecnológicos que receberam o *status* de intervenção terapêutica essencial na obtenção de resultados valiosos. O desempenho dos medicamentos tem dificultado o estabelecimento dos serviços farmacêuticos, particularmente a dispensação, como serviços necessários na atenção à saúde de pacientes em farmacoterapia, uma vez que se fortaleceu a lógica de que a acessibilidade do insumo seria suficiente para alcançar os resultados.

Em relação à dispensação de medicamentos, historicamente ela se constituiu como o principal serviço farmacêutico, como uma atividade de apoio na provisão do medicamento (a necessidade), na qual o farmacêutico desempenha a função de garantir o acesso dos usuários (Latif, 2004³; Roche, 2008⁴). As atividades profissionais são voltadas à acessibilidade dos medicamentos e não à oferta de um serviço que promova a atenção à saúde no uso dos medicamentos.

Para desconstruir esta perspectiva, propusemos uma analogia do serviço farmacêutico com a imagem de um *iceberg* (Figura 1). O medicamento é um produto por meio do qual espera-se um resultado terapêutico e a face mais visível do serviço farmacêutico (como a ponta de um *iceberg*). A percepção do usuário está vinculada à construção sociocultural sobre a capacidade do medicamento em transformar a realidade clínica vivida, representada pela cura ou não, ou seja, a resposta positiva ou o agravamento da situação. Este resultado concreto depende de ações que, muitas vezes, não são percebidas pelo usuário, e que decorrem dos serviços farmacêuticos, mas estão invisibilizadas no contexto geral (como o imenso volume submerso de um *iceberg*).

2 Soares, L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorado (Tese): 249 (2013).

3 Latif, D. A. "An assessment of the ethical reasoning of United States pharmacy students: a national study." American Journal of Pharmaceutical Education 68(2): 30. (2004).

4 Roche, C. "Conscientious objection: the right to refuse to dispense". Irish Pharmacy Journal 86(2): 18. (2008).

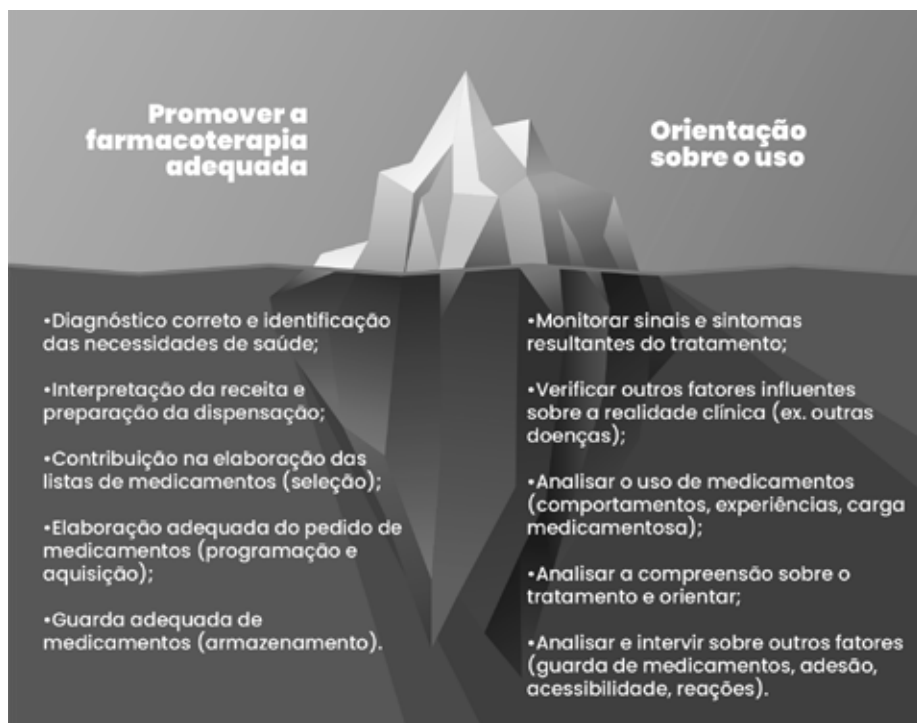


Figura 1. Representação dos componentes do serviço farmacêutico na analogia do *iceberg*.

A compreensão ampliada dos serviços farmacêuticos passa pela identificação de rotinas relevantes para o propósito do serviço, mas não percebidas socialmente, tais como o diagnóstico correto, a prescrição e a dispensação do medicamento adequado ao diagnóstico, na dose e pelo tempo de tratamento adequados, com a administração apropriada de um produto que tenha sido corretamente armazenado no transporte, na farmácia e no domicílio da(o) usuária(o). Estes fatores afetam os resultados terapêuticos, bem como podem ser determinantes na produção de uma resposta indesejada ou no agravamento da situação de saúde e, portanto, fazem parte da adequada orientação.

A partir desta perspectiva, pode-se perguntar, de que forma os serviços farmacêuticos podem contribuir com as equipes de saúde para um cuidado em saúde mais efetivo/valioso?

Para um serviço tornar-se uma necessidade, precisa haver o reconhecimento de sua capacidade de contribuir para que os desfechos pretendidos sejam atingidos.

Medicamentos são tecnologias legitimadas como necessidades essenciais para produzir os resultados de saúde, desempenho ao qual se atribui grande valor na sociedade. Entender as necessidades de saúde como meios (serviços, recursos e insumos) que proporcionam ao usuário alcançar um resultado valioso (Willard, 1982)⁵, nos ajuda a desenhar as características dos serviços farmacêuticos para se tornarem legitimamente necessários na sociedade.

Bradshaw (1972)⁶ categoriza necessidades de saúde como a combinação das necessidades normativas, necessidades sentidas, necessidades expressas e necessidades comparativas. As necessidades normativas representam os recursos e serviços definidos por *experts*, como nos casos das definições das listas de medicamentos ou de uma prescrição emitida em uma consulta. As necessidades sentidas e expressas referem-se à percepção de que um medicamento é necessário e a demanda feita pela(o) usuária(o) ao sistema de saúde. A necessidade comparativa envolve que medicamentos e serviços estejam disponíveis às pessoas que precisam.

Para ilustrar, podemos refletir sobre a prescrição de medicamentos, na qual a estratégia médica leva em consideração as evidências, o contexto do sistema de saúde, a realidade do paciente, o conhecimento, as experiências e convicções do profissional. Para assegurar a sua finalidade, a prescrição deve ser legível, selecionar uma opção farmacoterapêutica racional e instruir adequadamente o usuário.

A interpretação da prescrição constitui uma das prerrogativas do serviço farmacêutico. Para além de prover a indicação de que medicamento deve ser disponibilizado na dispensação, a análise da prescrição deve ser uma rotina qualificada, a fim de estabelecer a adequação dos medicamentos como necessidades, reduzir riscos, prevenir erros e ampliar o acesso. Se esse serviço é adequadamente realizado, ele contribui para atingir a finalidade do tratamento e acrescenta um valor à realidade da(o) usuária(o).

Outro fator, especialmente no serviço público, diz respeito à elaboração das listas de medicamentos que estarão disponíveis nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que também é uma atividade que compõe os serviços farmacêuticos. Mais de 30 mil itens de medicamentos são registrados no Brasil. É impossível trabalhar com toda essa diversidade. Todos os serviços acabam fazendo algum tipo de seleção, incluindo o setor privado, que faz uma seleção dos medicamentos que vai colocar à disposição em sua farmácia.

5 Willard, L. D. Needs and medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 7(3): 259-27 (1982).

6 Bradshaw, J. A taxonomy of social need. *Problems and progress in medical care: Essays on Current Research*. G. McLachlan. London, Oxford University Press (1972).

Considerando uma seleção de qualidade, é necessária uma boa programação mensal ou quinzenal, de quais os medicamentos, quais quantidades serão solicitadas para serem disponibilizadas na farmácia. Se essa programação é inadequada, vai faltar, ou vai sobrar, podendo gerar desperdício e resíduos com o acúmulo de produtos vencidos. A programação inadequada pode resultar no comprometimento da atenção à saúde, porque se faltar medicamento, o tratamento será interrompido. Para realizar uma boa programação, é preciso ter dados confiáveis, tanto do ponto de vista gerencial, como epidemiológico. Quando um indivíduo busca um medicamento que está em falta, geralmente, não gera registro da informação e na programação tem-se dificuldades com a chamada “demanda reprimida não registrada”. Os serviços de dispensação de medicamentos produzem uma quantidade imensa de dados, que, na maioria das vezes, não são registrados ou sistematizados. Estes dados perdidos não contribuem com a identificação de novas necessidades por medicamentos ou por outros serviços e não dão sustentação à gestão do próprio serviço de saúde.

Campese (2012)⁷, em um estudo sobre dispensação de medicamentos para diabetes na farmácia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), computou 625 pessoas com diabetes, sendo que 41% destes constavam apenas no Relatório de Entrega de Medicamentos. Ou seja, não constavam nos demais sistemas de informação: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e Programa de Diabetes do Centro de Saúde (PDCS). A geração e a integração dos dados da farmácia são fundamentais e também uma parte do serviço.

Outra parte do serviço farmacêutico diz respeito à orientação e ao acompanhamento sobre o uso de medicamentos, incluindo monitorar os sintomas para identificar se o tratamento é efetivo ou se está ocorrendo reações adversas. Verificar se há outras doenças, que às vezes aquela prescrição não reflete, e se a(o) paciente faz uso de outros medicamentos que não estão pautados naquele momento, mas que podem gerar interações medicamentosas. Verificar se já usou aquele medicamento, pela diferença que existe no nível de aprendizagem quando a(o) paciente usa o mesmo medicamento há muito tempo. Orientar e verificar se compreendeu como usar e como guarda os medicamentos, o que pode fazer a diferença para alguns tratamentos. E

7 Campese, M. A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado (Dissertação): 151 (2012).

verificar a resposta do tratamento, se o resultado é melhora no quadro, se está sob controle, se apresentou novas reações.

Na maioria dos serviços, a(o) paciente, usuária(o) de medicamentos vai à(ao) médica(o) a cada três, seis meses ou mais, mas ele vai na farmácia todo mês, às vezes menos, ou às vezes a cada dois meses buscar o medicamento. Então, quem é que está ali vendo isso? A pergunta sobre os sintomas e a identificação de uma potencial reação adversa ao medicamento pode gerar a necessidade de antecipar uma consulta para verificar se continua ou não aquele tratamento. Em uma unidade de saúde onde há um trabalho em equipe isso às vezes é mais fácil, porque o serviço farmacêutico trabalha em conjunto com os outros profissionais no encaminhamento dessa(e) paciente, mas às vezes esse trabalho não ocorre dessa maneira.

Voltando ao conceito de necessidades sociais, será que isso é considerado valioso e é considerado uma necessidade?

A cultura profissional em cada categoria é responsável por legitimar e difundir o emprego de tecnologias e rotinas específicas, e por refutar a introdução ou a manutenção de outras. Esse sistema profissional, que equilibra a aceitação e rejeição de práticas, forma uma rede entre as(os) trabalhadoras(es) da categoria, que se interinfluencia e gera especificidades que diferenciam a atuação laboral e os resultados produzidos. Por sua vez, a ciência, na qual a profissão baseia o seu fazer, é responsável por coordenar a produção de conhecimento e o desenvolvimento das tecnologias aplicadas ao trabalho.

Outro aspecto relevante é, como postula Merhy (2001)⁸, que o cuidado é a alma dos serviços de saúde. A reivindicação histórica da farmácia como estabelecimento de saúde integrada ao SUS consagra a dispensação como oportunidade para produzir atenção à saúde. Mas, para isso, é necessário desenvolver a técnica, ou o “modo de fazer”, que configure a dispensação e suas rotinas específicas como necessidades de saúde. Ou seja, tornar a dispensação de medicamentos um serviço farmacêutico assistencial, capaz de ofertar cuidados profissionais específicos a pessoas sujeitas à farmacoterapia, a partir de um conjunto de rotinas que convencionou-se chamar aqui de clínica farmacêutica.

A categoria farmacêutica brasileira deve transformar a intervenção farmacêutica na dispensação de medicamentos em um serviço de atenção à

8 Merhy, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Caderno de textos – VERSUS Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, Ministério da Saúde: 80 (2001).

saúde a ser provido a todas(os) as(os) usuárias(os) de medicamentos. Para isso, é preciso investir em um processo contra-hegemônico de construção comunitária das características que identificarão a dispensação como um meio valioso para alcançar os propósitos assistenciais, no qual o trabalho farmacêutico torna-se instrumento de produção clínica no contexto do SUS.

8.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Específico 1: Promover o desenvolvimento de serviços farmacêuticos para atender às necessidades de saúde relacionadas a medicamentos e qualificar a atenção à saúde da(o) usuária(o) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas:

1. Definir padrões nacionais para serviços farmacêuticos baseados em necessidades de saúde em todos os níveis de atenção à saúde.
2. Definir fluxos assistenciais dos serviços farmacêuticos integrados aos demais serviços de saúde e da rede de atenção à saúde.
3. Incluir os serviços farmacêuticos nas linhas de cuidado das doenças contempladas pelo SUS.
4. Identificar serviços farmacêuticos necessários à população, a partir de metodologia coordenada pelo controle social do SUS, envolvendo profissionais, usuárias(os), gestoras(es) e universidades.
5. Fomentar a pesquisa, desenvolvimento e inovação em serviços para construir modelos de serviços farmacêuticos adequados à realidade brasileira e que atendam as necessidades de saúde da população.
6. Promover a discussão sobre as divergências existentes nas necessidades de saúde expressas na prescrição de medicamentos, muitas vezes em contradição com as listas de medicamentos do SUS, visando ampliar e qualificar o acesso a medicamentos no Brasil.

Objetivo Específico 2: Implantar e avaliar serviços farmacêuticos capazes de atender as necessidades da população.

Propostas:

1. Estabelecer um programa nacional para implantação de serviços farmacêuticos, incluindo financiamento, com base nas definições de necessidades locais e regionais, e a partir do conhecimento sobre o perfil nacional de acesso e uso racional de medicamentos.
2. Qualificar a infraestrutura para desenvolver serviços de clínica farmacêutica no sistema de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).
3. Qualificar a participação da(o) farmacêutica(o) no processo de atenção à saúde, tanto no SUS, quanto em serviços de saúde privados, de forma integrada aos demais serviços de saúde, na perspectiva da integralidade.
4. Implementar e incentivar a política de logística reversa nas instituições farmacêuticas públicas e privadas.
5. Realizar avaliação regular de qualidade dos serviços farmacêuticos oferecidos em todos os níveis de atenção.
6. Integrar os estabelecimentos de serviços farmacêuticos do setor privado ao SUS em todo o Brasil, envolvendo a definição de rotinas à atenção à saúde, a articulação entre farmácias e pontos de atenção à saúde, a integração entre os sistemas de prescrição e de dispensação de medicamentos e a organização dos registros administrativos e técnicos, de acordo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf).
7. Implementar sistema de monitoramento e avaliação dos serviços farmacêuticos transparente, disseminado e utilizado em todos os níveis de atenção, incluindo a pactuação de indicadores de monitoramento e avaliação de eficácia, resultados e impacto dos serviços farmacêuticos e do acesso a medicamentos.

Objetivo Específico 3: Reorganizar a tecnologia de informação, coleta e processamento de dados na Assistência Farmacêutica no Brasil.

Propostas:

1. Desenvolver e implementar a reestruturação dos sistemas de prescrição e dispensação de medicamentos no Brasil, de forma a integrar os processos, a produzir dados significativos para a política de saúde e a tornar mais resolutivas as ações e serviços de atenção à saúde desenvolvidos.

2. Integrar os sistemas de informação dos serviços farmacêuticos em todos os níveis de atenção à saúde e com outros sistemas dos serviços de saúde (prontuário eletrônico, cadastro de saúde da família, etc).

3. Assegurar infraestrutura, sistema de informação e qualificação para avaliação dos serviços farmacêuticos, incluindo a avaliação do impacto destes serviços e do uso de medicamentos sobre os resultados de saúde.

Objetivo Específico 4: Capacitar os profissionais farmacêuticos atuantes no SUS para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos de forma ampliada e integrada aos demais serviços de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde.

Propostas:

1. Fomentar a realização de cursos de diferentes níveis (especialização, aperfeiçoamento, atualização) nas três esferas de governo e nas modalidades presencial e Ensino a Distância (EAD).

2. Fomentar a produção e divulgação de materiais instrucionais para as(os) profissionais farmacêuticas(os) e não farmacêuticos (médicas(os), enfermeiras(os), odontólogas(os), pessoal técnico, entre outros).

3. Fomentar a discussão e incorporação do tema junto aos cursos de graduação e pós-graduação [Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), Residências].

09

**Pesquisa baseada em
necessidades sociais**

A discussão acerca da relação entre pesquisa e necessidades sociais pode ser encarada como um debate de grande relevância na trajetória da ciência, bem como, das instituições que têm como missão o desenvolvimento científico e tecnológico, principalmente naquilo que se refere à produção de respostas aos anseios da sociedade por uma vida melhor, com longevidade segura e com saúde, dando sentido pleno à nossa existência. O significado desses desejos poderia ser traduzido pela perspectiva do *Buen Vivir*, trazida para o castelhano da palavra *Sumak Kawsai* dos povos Quechua e Aymara, ou do Estado de Bem-Estar Social constituído no âmbito da social-democracia no período posterior à 2ª Guerra Mundial e dos diversos significados do que passamos no Ocidente a chamar de “sustentabilidade”.

A pesquisa assume um papel central nas definições dos caminhos a serem seguidos. A complexidade dos problemas a serem enfrentados referentes às desigualdades, à crise ambiental, em especial, suas faces da mudança climática, pobreza, fome e insegurança alimentar, atingindo o mundo e países como o Brasil, a insuficiência das políticas públicas e do financiamento destas diante desses desafios, são alguns dos temas que precisam encontrar respostas no mundo da ciência. A interconexão entre esse conjunto de problemas merece uma abordagem à altura de sua complexidade e soluções que correspondam à densidade de conhecimentos existentes nas dimensões que os circundam.

O ponto de partida do conceito de necessidades sociais nos remete a um conjunto de reflexões que ultrapassam a perspectiva de conceituarmos o que seja uma necessidade, de caráter individual ou mesmo das necessidades humanas, no terreno do senso comum. Potyara Pereira faz essa reflexão no artigo Políticas Públicas e Necessidade Humanas com Enfoque do Gênero¹:

“Embora seja difícil precisar o que sejam necessidades humanas, existem contribuições teóricas não convencionais, tributárias da tradição marxista, que nos ajudam a identificá-las no marco das relações sociais e, portanto, como algo que não existe a priori, mas determinado por formas concretas de vida em sociedade. É por isso que para essas teorias não existe uma

1 Pereira, PAP. Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero. Sociedade em Debate (2012). Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/437>.

necessidade (individual), mas necessidades (sociais), assim como não existem sujeitos de necessidades, mas relações entre indivíduos que se tornam sujeitos quando entram em relação para suprir necessidades comuns”.

No campo das políticas públicas, é importante nos livrarmos da concepção reforçada pelo neoliberalismo sobre a necessidade como desejos, expectativas e preferências particulares, que não podem ser providas pelos poderes públicos. Potyara Pereira afirma que “é pelo reconhecimento da existência de necessidades humanas e da obrigação do Estado de satisfazê-las, que este se distingue do mercado, cujo principal objetivo é o lucro”.

Portanto, ao falarmos de produção científica baseada em necessidades sociais, estaremos orientando as iniciativas para a formulação de políticas ou para resultados que colaborem com os enfrentamentos dos problemas, mas também na direção de uma lógica onde a cidadania seja expressão concreta de direitos e que as pessoas e organizações da sociedade civil sejam sujeitos dessas políticas, por intermédio de canais de participação e de controle social. Podemos afirmar que a própria realização de pesquisa deva passar por esse filtro, tornando a ciência cada vez mais próxima dos cidadãos e cidadãs.

Discussão

O debate acerca desses princípios pode ser realizado de várias formas. Nossa perspectiva é de traduzir iniciativas práticas, em reflexões que possam contribuir com o aprofundamento do tema. Tendo em vista que a situação do Brasil se apresenta com a agudização de problemas históricos como a fome e a insegurança alimentar, as barreiras de acesso na atenção integral à saúde, a violência como um problema de saúde pública, a precariedade do saneamento básico, o *déficit* habitacional, o desemprego, entre outras questões que afetam diretamente o modo de viver e adoecer da população.

Tal realidade social levou a um perfil epidemiológico brasileiro caracterizado pela simultaneidade da permanência de cargas de doença associadas às condições crônicas, com os riscos e a ocorrência de doenças transmissíveis negligenciadas e outras emergentes e reemergentes. Problemática em simbiose com perfil demográfico, caracterizado por um envelhecimento acelerado e desigual ao compararmos as regiões brasileiras, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2019, nos quais demonstram que a expec-

tativa de vida no Brasil atingiu 76,6 anos, mas a média da população dos estados mais pobres chega a ser 8,5 anos a menos do que nas regiões mais ricas.

Onde a desembocadura é o racismo, sendo que é a população negra brasileira que sofre das mais graves situações, que por sua vez representam 56% do total de cidadãos e cidadãs, a maioria populacional. Situações estas demonstradas em amplas estatísticas pelas taxas de mortalidade materna, mortalidade infantil, letalidade na pandemia de Covid-19 e as mortes violentas, configurando também a expressão do racismo na saúde. São as mulheres, crianças e jovens negras e negros que aparecem como os segmentos com maior mortalidade quando comparados à população não negra.

Outros estudos evidenciam as fragilidades no enfrentamento aos problemas de saúde pública, como as doenças tropicais negligenciadas, uso abusivo de drogas, doenças raras e, mesmo, as doenças crônico degenerativas mais prevalentes como a hipertensão, diabetes e as neoplasias, que ainda carecem de pesquisas que possam oferecer respostas para o seu enfrentamento. Para além disso, uma das situações em que a necessidade de um processo decisório deve ser acompanhada de maior embasamento científico, é a pandemia de Covid-19. Pois, ao mesmo tempo em que ficou evidenciada a potência do Sistema Único de Saúde (SUS), também foram reveladas muitas de suas fragilidades. Por exemplo, a condução da gestão federal (2019-2022), que não respeitou pactos federativos e seguiu perspectivas negacionistas, tiveram graves consequências.

Ou seja, não basta que tenhamos boas evidências científicas, mas também que elas sejam utilizadas no processo de tomada de decisão e tenha respaldo junto à sociedade gerando atitudes e engajamento. Algumas estimativas indicam mais de 200 mil mortes evitáveis nos dois primeiros anos da pandemia no Brasil, considerando as hipóteses menos drásticas, números que demonstram os resultados de uma gestão apartada do conhecimento científico. Numa tentativa de trazermos o debate acerca da aproximação do universo da pesquisa com as chamadas necessidades sociais, será importante aprofundarmos olhares sobre experiências que, de alguma forma, promovem este exercício de interação.

A experiência local como aprendizado

Passamos então a relatar iniciativas que podem contribuir com uma reflexão da importância de tratarmos da construção de conhecimento a partir das práticas:

Conexão Saúde

O projeto *Conexão Saúde – De olho na Covid* foi criado, em junho de 2020, com a expectativa de que durasse quatro, cinco meses, no máximo. Um prognóstico que se mostrou demasiado otimista: a pandemia não só durou muito mais tempo, como desafios, crises e demandas urgentes foram uma constante durante os quase dois anos de duração do projeto, que somente finalizou todas suas atividades em novembro de 2022.

No início da pandemia, ainda não existia vacina e o número de mortos por Covid-19 aumentava de forma descontrolada, situações-limite exigiam soluções que ainda não existiam. Territórios historicamente negligenciados pelo poder público sofriam com os múltiplos impactos da pandemia. Foi necessário criar respostas eficazes para problemas novos: não havia modelos ou precedentes inspiradores a não ser necessidades e princípios baseados em conhecimento até então definidos como basilares: importância da testagem como principal ação de vigilância em saúde, da atenção à saúde pronta e segura, o isolamento como medida de proteção, além do uso de máscaras, medidas de higiene e outras ações de caráter comportamental individual e coletivo. A comunicação seria, portanto, um elemento central para a boa e integrada tradução e execução desses princípios.

Estruturado em dois territórios de favelas no Rio de Janeiro (RJ) com características diferentes, Maré e Manguinhos, o *Conexão Saúde*, foi marcado pela necessidade de respostas rápidas a problemas persistentes. A perspectiva foi de construção de um processo coletivo e colaborativo entre pessoas e instituições. Vale registrar que os dois territórios somam juntos mais de 176 mil habitantes (cerca de 140 mil no conjunto de favelas da Maré e cerca de 36 mil em Manguinhos), população maior do que 96% das cidades brasileiras, configurando o tamanho de uma cidade de porte médio.

A parceria histórica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - instituição referência em pesquisa, promoção, comunicação e inovação em saúde pública - com os dois territórios permitiu uma construção coletiva e rápida. A instituição foi responsável em reunir outras organizações interessadas em construir um projeto de vigilância em saúde em tempos de pandemia para territórios de favelas. Essa articulação reuniu Redes da Maré, Conselho Comunitário de Manguinhos, Fiocruz, Dados do Bem, SAS Brasil e União Rio para atuar nos dois territórios. O projeto instalou polos de testagem

gratuitos nas duas favelas, além de garantir o atendimento médico e psicológico *online*. No caso da Maré, ainda foi possível desenvolver o programa de isolamento domiciliar seguro, que apoiava famílias com dificuldade de garantir o isolamento, com alimentos, informação e *kits* de higiene.

Ao total, o projeto realizou 52 mil testes, 15 mil consultas de telessaúde, com atendimento médico e psicológico. Na Maré, o acompanhamento e apoio para o isolamento domiciliar atendeu cerca de 1.400 famílias que testaram positivo para Covid. A frente de comunicação, transversal a todas as atividades, produziu 44 Boletins temáticos, apoiou a produção de mais de 500 matérias sobre o projeto, além do desenvolvimento de múltiplas ações de comunicação territorial.

A dinâmica desafiadora, imposta pela realidade, tornou-se uma das principais marcas do projeto e pode ser resumida em uma palavra: INOVAÇÃO. O *Conexão Saúde – De Olho na Covid* tornou-se inovador por natureza, tanto por sua capacidade de apresentar soluções rápidas e customizadas para cada território, a cada momento, quanto por sua capacidade de detectar erros e mudar de rota.

Em todas as ações, o uso de tecnologias contribuiu de forma decisiva para que o projeto se tornasse um modelo inovador de saúde para o combate à pandemia em territórios de favelas e periferias. Testagem molecular, uso de aplicativos na produção e monitoramento de dados, utilização da telessaúde, implantação das cabines de telemedicina, criação de diagnósticos territoriais, invenção do Programa de Isolamento Domiciliar Seguro, introdução de modelo de gestão inovador - reunindo ONGs, academia, setor público e privado - e aplicação de ações inventivas de mobilização e comunicação em um contexto de crise são alguns dos exemplos de tecnologias – digitais ou não – aplicadas durante o processo.

Os resultados do projeto foram expressivos. Após o início do projeto pudemos observar uma importante queda na taxa de letalidade (*case fatality rate*). No período anterior à sua implementação, até a semana epidemiológica 30, a taxa de letalidade da Maré era praticamente o dobro (19%) da taxa da cidade do Rio de Janeiro (11,9%), sendo esta uma das mais altas do país. No início de 2022, foi possível observar uma redução de 89% da letalidade por Covid na favela da Maré.

Quando comparada às favelas da Rocinha, Cidade de Deus e Mangueira que, juntas, têm características demográficas e sociais semelhantes a Maré,

a diminuição do número de óbitos foi de 52% enquanto nas demais favelas onde houve iniciativas locais para prevenção da Covid-19, este percentual foi apenas de 6%, apontando a eficácia de ações integradas.

Importante ressaltar que, apesar da precariedade das intervenções conduzidas pela gestão municipal no início da pandemia, houve articulação com as equipes de saúde da família nas 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais, seus profissionais, em especial, os agentes comunitários de saúde. Isso possibilitou que houvesse uma resposta mais efetiva com a prefeitura eleita e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na segunda etapa do processo.

Vacina Maré: campanha de vacinação em massa

O *Conexão Saúde - De olho na Covid* criou uma importante base de dados sobre o desenvolvimento da Covid-19 nos dois territórios, mas principalmente na Maré, onde foi possível manter todas as frentes de atuação por mais tempo. A partir desses dados foi proposto uma pesquisa sobre a eficácia da AstraZeneca, desenvolvida através de dois estudos. O primeiro visa acompanhar o desenvolvimento da pandemia no território através da identificação e testagem de pessoas sintomáticas. O segundo irá acompanhar 2 mil famílias avaliando a proteção indireta nos núcleos familiares.

Acoplada à pesquisa, foi realizada uma campanha de mobilização e vacinação em massa que, em 4 dias, vacinou 36 mil jovens entre 33 e 18 anos, atingindo assim a totalidade de 99,14% da população adulta vacinada. Para o êxito da vacinação em massa, foi necessário mobilizar diferentes grupos e instituições do território, garantindo assim a adesão do maior número de pessoas. A Redes da Maré, organização parceira, apoiou com a estrutura e capacidade de articulação, desenvolvida nos 20 anos de atuação e fortalecida no período da pandemia por conta da mobilização da campanha “Maré diz não ao coronavírus”². Trabalhadoras(es) da organização, voluntárias(os) e moradoras(es) se envolveram no processo de comunicação, porta a porta, informando os moradores com megafone e carro de som.

Comunicadores e *influencers* se envolveram produzindo conteúdo virtual e mobilizando os jovens através de suas redes. Artistas também se engajaram com vídeos informativos convocando a população a aderir à vacinação. As

2 Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/MareCoronavirus_livro-min.pdf.

associações de moradoras(es) foram peças chaves na mobilização, servindo, inclusive, como ponto de vacinação durante a campanha. A prefeitura, por sua vez, através da SMS, alocou profissionais de outras áreas programáticas e mobilizou voluntários para os dias de vacinação. A Secretaria Municipal de Educação (SME) se somou a esse esforço garantindo pontos de vacinação nas escolas, com o apoio dos profissionais da educação, chegando a 130 pontos de vacinação. Foi, portanto, uma ampla e rápida mobilização que contou com diversos tipos de conteúdo e diferentes atores.

A pesquisa proposta pela Fiocruz vai produzir informações fundamentais sobre o desenvolvimento da pandemia em um território de favela, permitindo apontar as demandas da população em relação à saúde no pós-pandemia. No entanto, o impacto da pesquisa não se limita aos dados e informações que ela visa produzir. Esse impacto já começou: a mobilização no território, a articulação entre diversas organizações e lideranças, a mobilização de recursos e a visibilidade positiva sobre essa região, já são vitórias da união entre ciência, poder público e sociedade civil organizada.

Um dos temas de alta relevância quando se trata da integração das políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde é a contribuição da Academia com o desenvolvimento sustentável e o quanto a produção científica brasileira vem colaborando para a resolução de problemas e necessidades sociais.

Para melhor avaliação e discussão desse tema tão importante para a sociedade, precisamos, inicialmente, entender como as(os) pesquisadoras(es) e os cursos de pós-graduação são avaliados. Cerca de 90%^{1,2} da produção científica brasileira acontece dentro dos programas de pós-graduação, nos seus vários níveis, nas suas várias instituições acadêmicas, preponderantemente públicas e alguns institutos de pesquisa.

Nesse contexto, os cursos de pós-graduação têm autonomia acadêmica para eleger quais linhas de pesquisas serão desenvolvidas durante a formação de mestras(es), doutoras(es) e pós-doutoras(es). Esses mesmos programas são avaliados por métricas muito rígidas, que levam em consideração, primordialmente, o número de publicações, em revistas indexadas de alto impacto, que cada pesquisador(a) obteve. Também são avaliadas as parcerias estabelecidas com instituições internacionais. Nesse caso, as pesquisas, em sua maioria, se afastam mais das demandas sociais do Brasil.

Vale destacar que, na maioria das vezes, as pesquisas são conduzidas por alunas(os) de pós-graduação, que possuem um tempo determinado para conclusão do mestrado (dois anos) ou doutorado (quatro anos) e que também são cobradas(os) em termos de produtividade traduzido em publicações.

Ao longo do tempo, as atividades de pesquisa vêm se distanciando da vida real. Isso é fato, é incontestável, a sociedade precisa reconhecer isso como um fator que acabou influenciando o portfólio de pesquisa das universidades. Contudo, desde 2016 a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) introduziu um sistema de avaliação multidimensio-

1 Soares, Paulo César. Contradições na pesquisa e pós-graduação no Brasil. *Estudos Avançados* [online]. v. 32, n. 92, p. 289-313 (2018).

2 Moura, Mariluce. Universidades públicas realizam mais de 95% da ciência no Brasil, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/noticias-antiores/item/3799-universidades-publicas-realizam-mais-de-95-da-ciencia-no-brasil>

nal onde, além dos artigos publicados, a valoração de atividades qualitativas e da autonomia dos programas em desenvolver e apontar as suas atividades com foco nas demandas sociais passaram a ser considerados.

Na Capes, ao longo dos anos, foram vários grupos de trabalho debruçados sobre temas importantes da pós-graduação, desde a questão da internacionalização, impacto e relevância econômica e social das atividades acadêmicas. Como resultado desse esforço, já se percebe claramente sinais de que são valoradas atividades que alcancem a sociedade, diferente daqueles artigos científicos “secos” que estão alinhados com a fronteira do conhecimento internacional e, muitas vezes, ignoram as necessidades locais e regionais.

Como consequência da mudança na política de avaliação dos cursos de pós-graduação, foram observadas, no último ciclo avaliação, várias experiências riquíssimas dos programas, onde, ao elencar quais os cinco melhores produtos que tiveram nos últimos anos, não foram destacados artigos científicos, mas projetos sociais e algumas transferências de tecnologias, denotando a mudança dos critérios de avaliação a favor das demandas sociais.

Vale também destacar o papel das universidades e programas de pós-graduação, no sentido de formação de pessoas qualificadas, capazes de retornar para a sociedade todo investimento feito pelo Estado na sua formação. Por outro lado, hoje, no Brasil, há um problema muito preocupante: trata-se da intensa “evasão de cérebros”. Infelizmente, nós estamos vivendo um momento em que muitos das(os) pós-graduandas(os), mestras(es), doutoras(es), após a conclusão de sua formação acadêmica, saem do país, pois não conseguem inserção no mercado de trabalho. O Brasil formou essas pessoas com dinheiro público e a sociedade não terá o retorno desse investimento. Isso é algo para refletir.

Adicionalmente, há exemplos de programas de pós-graduação que já possuem projetos em parceria com empresas, com prefeituras, muitas vezes para atendimento às necessidades específicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Particularmente, na avaliação da área de Farmácia, em programas profissionais, foram identificadas as melhores oportunidades de atividades de pesquisa em assistência farmacêutica e desenvolvimento farmacêutico capazes de atender demandas específicas da sociedade.

É notório que uma pesquisa científica tem que estar na fronteira do conhecimento, mas não apenas, é importante que as atividades do programa contribuam para a formulação de políticas públicas de saúde eficiente, assim como a inovação, a questão da propriedade intelectual e outras áreas relacio-

nadas ao desenvolvimento e inovação. Assim, todas essas atividades devem acontecer dentro do planejamento estratégico e responder uma pergunta: por que a pesquisa hoje realizada no Brasil não atende à demanda social como deveria? Muitas vezes porque ela não é autoavaliada nesse sentido. O processo de avaliação, dentro dos programas de pós-graduação, ainda é muito incipiente, no que se refere ao impacto para a sociedade. Seria interessante introduzir duas novas variáveis na avaliação: Houve retorno para a sociedade? A pesquisa chegou ao resultado desejado?

Como contribuição, considero importante que sejam criados mecanismos de indução para interação com educação básica e outros setores da sociedade. Particularmente, na área de Farmácia já há iniciativas que estimulam os Programas a ampliarem suas ações para alcançar atividades extras e voltadas às crianças e jovens para trazê-las(os) para dentro da universidade. Essa é uma boa oportunidade de aproximar a universidade da sociedade na busca de interações exitosas capazes de traduzir em produtos e serviços o conhecimento científico e tecnológico gerado na academia.

Um exemplo concreto da ciência em prol da sociedade foi observado durante a epidemia causada pelo Sars-Cov-2. Em 2020, a Capes fez uma solicitação³ aos programas para que a academia tivesse protagonismo na emergência de Covid-19. Na área de Farmácia, foi uma grata surpresa, onde 50% dos programas assumiram protagonismo, estabelecendo parcerias com prefeituras para a realização de exames e diagnósticos, que beneficiaram o sistema público de saúde, contribuindo com a avaliação da situação epidemiológica regional. Cerca de 77% dos programas utilizaram estratégias de orientação à população, usando mídias sociais, plataformas digitais, contribuindo para fortalecer o papel da ciência e combatendo as *fake news*. Essas atividades ocorreram espontaneamente, de forma proativa e contaram com parcerias com prefeituras, resultando na produção de álcool gel, produção de vacinas e medicamentos, e plataformas de aplicativos para dados epidemiológicos.

Em suma, ainda temos a avançar, no tocante à pesquisa baseada em necessidades sociais, mas já se percebe que há algumas mudanças em curso, que sinalizam mudanças no entendimento da comunidade acadêmica, que algo mais além da produção científica, baseada em artigos internacionais, deve ser feito.

3 Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/programas-estrategicos/programas-emergenciais/programa-de-combate-as-epidemias>.

9.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Específico 1: Fomentar pesquisas que desenvolvam tecnologias e estratégias destinadas a superar as vulnerabilidades sociais e erradicar a fome no país.

Propostas:

1. Prospectar dados epidemiológicos e demográficos que produzam evidências para orientar as pesquisas e para a promoção e implementação de políticas públicas visando a redução das iniquidades.
2. Fortalecer o papel do Estado como indutor de pesquisas para a promoção da equidade em saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988.
3. Desenvolver pesquisas que busquem a garantia do cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2 - *acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável*.
4. Promover editais de pesquisa com foco no desenvolvimento de tecnologias com vistas à redução de desigualdades sociais.
5. Fomentar o desenvolvimento de pesquisas baseadas nas necessidades e interesses das pessoas em situação de vulnerabilidade, garantindo a participação dos sujeitos e o respeito aos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Objetivo Específico 2: Fomentar e assegurar o desenvolvimento de pesquisas que contribuam com o processo de desenvolvimento do país e do Sistema Único de Saúde (SUS), com a efetivação do direito constitucional do acesso universal e integral à saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Propostas:

1. Desenvolver pesquisas orientadas pela realidade social da diversidade brasileira, a partir do reconhecimento e preservação dos saberes locais.
2. Promover pesquisas que produzam evidências para orientar o desenvolvimento das políticas de saúde, buscando a integralidade e a universalidade.
3. Desenvolver tecnologias para melhoria do cuidado e atenção a todos os agravos, a exemplo da saúde mental, para a toda a população.
4. Desenvolver pesquisas e produção de tecnologia e insumos no SUS para garantia do acesso aos medicamentos e vacinas, considerando as populações em situação de vulnerabilidade social.

Objetivo Específico 3: Promover o protagonismo da comunidade e de suas necessidades em todas as etapas dos processos de pesquisa.

Propostas:

1. Fortalecer as práticas de ensino, pesquisa e extensão nas universidades realizadas com base nas necessidades sociais e locais da população.
2. Construir diretrizes para o engajamento das comunidades nos editais e projetos de pesquisa.
- 3 Realizar conferências locais e nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
4. Estabelecer que as prioridades e o financiamento para a pesquisa ocorram com a participação decisória do controle social.
5. Derrubar Projetos de Lei que retiram os Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) do controle social e privatizam a avaliação ética das pesquisas.
6. Integrar a academia e centros de pesquisa com a comunidade, promovendo a participação popular ativamente de todos os processos.
7. Instalar comitês de avaliação de pesquisa com participação popular nas universidades, com a garantia de participação preservando a autonomia universitária.

Objetivo Específico 4: Garantir investimento em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Propostas:

1. Consolidar as contratações sociais na pesquisa referenciadas na produção de direitos e nas necessidades sociais.
2. Reafirmar o papel do Estado como indutor de pesquisas para o desenvolvimento, buscando o fortalecimento da base de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) e a promoção da equidade.
3. Garantir articulação política eficiente para a definição de recursos estratégicos e o financiamento de pesquisas sociais.
4. Aumentar o financiamento para a Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde.
5. Capacitar pesquisadoras(es) para boas práticas de pesquisa, respeitando os saberes tradicionais e produção nos territórios.
6. Promover ações de fixação de pesquisadoras(es) no Brasil.
7. Garantir financiamento público para pesquisa de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS).

10

**Formação para a integração
das políticas**

Para debater a formação para a integração das políticas públicas de saúde é preciso contextualizar este tema no atual momento pelo qual o Brasil e o mundo estão passando. São desafios inéditos sob diferentes pontos de vista, principalmente ambiental e do desenvolvimento econômico.

O Brasil é o alvo de um projeto de uma guerra híbrida contra o povo brasileiro. Nós estamos vivendo em uma situação, onde o capitalismo não tem compatibilidade com a democracia e muito menos com a vida das pessoas.

O Brasil e muitos países da América Latina são regidos pelo capitalismo financeiro, que não está preocupado com a democracia, mas com seus ganhos reais e seus lucros. Este sistema financeiro utiliza de muitas estratégias, sendo uma delas a divisão e a segmentação dos interesses da população, possivelmente proposital, para que as pessoas não entendam exatamente o que está acontecendo.

No caso do Brasil, este projeto se materializa através da radicalidade e imposição de um projeto de necropolítica, que utiliza formas de violência perpetradas pelo Estado, especialmente contra as populações mais pobres e as minorias políticas. A submissão da vida pela morte está legitimada, refletindo como este projeto de morte e destruição está em curso no país. É importante analisar que este projeto sempre existiu. Porém, não era tão nítido e cristalino como é hoje.

O país passou a ser um dos alvos da extrema direita global a partir do Golpe de 2016, desestruturando tudo o que foi feito e realizado até então, iniciando pela cultura e depois as políticas públicas de saúde.

Quando Michel Temer assumiu, a primeira providência foi a extinção do Ministério da Cultura (Minc), transformando-o em uma secretaria dentro do Ministério da Educação (MEC). A redução do papel da pasta foi rejeitada por profissionais e especialistas da área, que articularam manifestos. Apesar das resistências e ocupações que houve no Minc, as mesmas não foram suficientes para evitar a destruição da política cultural que até então estava sendo construída.

Ao mesmo tempo, extinguiu-se o Ministério do Trabalho passando para o Ministério da Fazenda. Na mesma escalada de redução do papel impor-

tante que havia em relação às políticas públicas de emprego e renda, várias outras políticas públicas foram simplesmente eliminadas, e essas políticas que foram extintas vão de encontro a uma trajetória do povo brasileiro. Ou seja, na transição da ditadura para a democracia.

No processo da construção da Constituinte, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) construiu um documento como referência e o lema mais importante na época da transição foi “saúde é democracia e democracia é saúde”, uma participação da sociedade, no processo constituinte e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A 8ª Conferência teve uma dinâmica muito importante, como se fosse uma constituinte popular da saúde, juntamente com esta dinâmica, o movimento da reforma sanitária brasileira trouxe algumas ousadias. A primeira foi a criação de um campo de conhecimento, chamado Saúde Coletiva. Criado pelo Brasil, não é um campo de conhecimento importado. A segunda ousadia é a ideia da determinação social do processo saúde e doença que foi muito importante na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A dinâmica da 8ª Conferência criou uma efervescência da democracia participativa, além da participação de inúmeras equipes multiprofissionais, em todas as áreas, da Atenção Primária, como a Fisioterapia, Atenção Psicossocial, Enfermagem, Ciências Sociais e da Antropologia, e de vários outros campos de conhecimento, que não são campos de conhecimento originalmente tidos como aquele cuidado burocrático da saúde, mas numa compreensão de que o processo e saúde é determinado socialmente, é produzido por uma dinâmica social.

Então, foi importante, desde o início do processo da 8ª Conferência, a mobilização e a participação de muitas pessoas, dos povos originários, do movimento feminista, do movimento negro, com a presença dos movimentos populares centrais e sindicatos. Todos estes movimentos participaram ativamente na elaboração e nas resoluções aprovadas na plenária final da Conferência, a qual durou mais de 24h de trabalho incansável e resultou em resoluções que depois fariam parte da Constituição Brasileira de 1988, a dita “Constituição Cidadã”, como por exemplo o Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Portanto, não tem como tratar e ter uma formação que não seja para integrar essas políticas nos territórios, para produzir uma dinâmica social que promova vida, e não morte, se não considerarmos estes contextos.

Se verificarmos o exemplo da pandemia, onde o Brasil chegou a aproximadamente 700 mil mortes pela Covid-19, percebe-se que isso não foi por acaso. Também é importante destacar a importância da comunicação neste processo de campanhas antivacinas e de *fake news* implementada pela extrema direita com apoio direto do governo federal, desde o início da pandemia.

Apesar de todo atraso no combate à pandemia, podemos afirmar que o SUS salvou muita gente. Poderia ser bem maior o número de mortes caso o Brasil não contasse com o sistema de saúde e com os profissionais. A Constituição de 1988 foi uma ousadia do povo brasileiro e foi contrário ao discurso na época. O mundo inteiro defendia um projeto neoliberal, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que defendiam que a saúde não podia ser uma política pública de direito universal, pois as(os) brasileiras(os) conquistaram o direito à saúde como uma das cláusulas da Constituição.

A história do Brasil é fundamental para saber o porquê chegamos a esta situação. A história faz parte da formação e de uma formação integradora que tenha as condições mínimas de análise da situação política, social, cultural e econômica, não pode ser uma formação fragmentada.

É necessário que o ensino, de um modo geral, trabalhe uma dinâmica que incorpore e produza um conjunto de conhecimentos, por isso o movimento da reforma sanitária foi tão contundente, porque ele questionou o modelo biomédico, questionou toda essa forma do conhecimento fragmentada, e trouxe à tona aquilo que o Boaventura Sousa Santos chama de “Ecologia de Saberes”, na produção da saúde nos territórios.

O grande desafio atualmente, juntamente com os diversos movimentos sociais, como por exemplo a Frente Pela Vida, é proteger, defender a vida, a democracia e a saúde. É necessário definir algumas diretrizes e ousadias, a primeira da saúde 100% pública e a outra a defesa de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde. A segunda é sobre o financiamento, necessário que o novo governo, ao assumir a partir do dia 1º de janeiro de 2023, tenha prioridade sobre o investimento e financiamento na saúde, não retrocedendo, mas acabando com o subfinanciamento do SUS.

É necessário e urgente colocar em prática as políticas públicas de saúde integradas no território, com metas, de uma cidade ou de um bairro. Este

novo tempo que se avizinha não pode ter mulheres morrendo em parto, não pode ter bebê nascendo com sífilis congênita, não pode ter diabético amputando a perna, idosos não sendo assistidos em seus territórios por falta de financiamento das políticas públicas.

O caminho da solução depende de uma integração da saúde com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), responsáveis pela oferta de serviços de proteção básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas), nas áreas de vulnerabilidade e risco social, além de estar integrada à questão ambiental. A fome é um mal maior, pois é um problema de saúde pública e precisa ser combatida cotidianamente. Após 2016, o Brasil voltou a aparecer no Mapa da Fome. Como discutir formação, integração de políticas se não priorizar e combater a fome no Brasil?

Outro ponto importante é a valorização do profissional de saúde, com objetivo de acabar com a precarização do trabalho em todos os setores. A ideia falsa do empreendedorismo e as novas formas de trabalho, a partir de um processo de mudanças estruturais no capitalismo, que procura garantir competitividade por meio da flexibilização das relações de trabalho, situação de emprego pouco ou não padronizado, assim como temporário, que, majoritariamente, é mal remunerado, inseguro, desprotegido e que gera renda salarial incapaz de sustentar um indivíduo ou uma família.

Portanto, é preciso estabelecer que qualquer investimento no Brasil tem que ter como base a questão social e integrar os diversos órgãos públicos e ministérios para planejar as necessidades de saúde da população, eleger os principais grupos ou linhas de financiamento na saúde para os municípios, onde acontece de fato os problemas mais sentidos pela população. Envolver todas as secretarias, não só da saúde, mas a secretaria de finanças, secretaria de meio ambiente, secretaria de educação, de assistência social, de cultura, trabalhar uma dinâmica social de produção de vida, saúde e bem-estar e do cuidado, um SUS universal de qualidade.

Por fim, é necessário produzir uma dinâmica social integrando todas as políticas para proteção à vida, saúde, cultura, liberdade e de solidariedade entre as pessoas.

10.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Específico 1: Promover a educação em saúde para a integração de políticas e práticas da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde.

Propostas:

1. Garantir que as Instituições de Ensino Superior formem pessoal qualificado que atenda às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Retomar a liderança do Ministério da Saúde na definição de políticas de formação em Saúde em parceria com as Instituições de Ensino Superior, reforçando o papel ordenador do SUS na formação dos profissionais de saúde.
3. Fortalecer as diversidades dentro das ações de educação e formação em saúde.
4. Trabalhar a educação de forma continuada, permanente, integral, inclusiva desde o ensino básico até o ensino superior, investindo na formação social e que atenda as demandas e necessidades do SUS.
5. Reavaliar a matriz curricular inserindo, em todos os níveis, disciplinas de formação em saúde pública/SUS.
6. Promover campanhas sobre temas relevantes em saúde para a população [vacinas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), etc].
7. Inserir nos currículos dos profissionais de saúde componentes curriculares que contemplem e integrem as políticas públicas de saúde.
8. Promover a educação continuada para os docentes da área da saúde, ressaltando a importância da integração das políticas públicas de saúde, a exemplo do Projeto Integra.
9. Utilizar tecnologias avançadas na formação em saúde.
10. Promover a educação em saúde, desmistificando o SUS junto à população usuária e esclarecendo a função dos conselhos de saúde.
11. Garantir a educação permanente em saúde, visando a qualificação e fixação dos profissionais de Saúde.

Objetivo Específico 2: Garantir o financiamento adequado das políticas públicas de saúde.

Propostas:

1. Identificar mecanismos que diminuam o subfinanciamento do SUS.
2. Revogar imediatamente a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.
3. Garantir que haja financiamento público integral do Sistema Único de Saúde (SUS); 100% público, com Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora dos cuidados, considerando particularidades regionais e os princípios ordenadores da APS (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade).

11

Dados, tecnologias de informação e intervenção na saúde

Dados pra que, pra quem e por onde?

Muito se ouve dizer que, quando um serviço é gratuito, o produto é você. Em troca da gratuidade, dados são coletados de modo que, mais adiante, o(a) patrocinador(a) vai reverter em vendas o valor investido. A mesma lógica de produção de dados pode ser aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público gratuito, onde o co-pagamento é exceção? Não. Os dados produzidos para o bem comum devem ser usados exatamente para assegurar que tudo esteja sendo feito da melhor forma possível. Mas será que estamos produzindo e usando os dados como manda o figurino? Afinal, com tanta tecnologia em pleno século XXI, por qual razão não faltam cédulas no banco, mas ainda faltam medicamentos, procedimentos e insumos?

Esse assunto foi discutido no 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF), num grupo de trabalho de dados, tecnologias da informação e intervenção na saúde. O grupo contou com usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es), sendo formadas(os) na área da saúde, professoras(es) e estudantes, integrantes e ex-integrantes do controle social, bem como por pessoas que dedicam as vidas a entender o assunto.

Não é de hoje que dados são coletados e organizados para compreendermos e tomarmos medidas sobre dado problema. Em 1887, Émile Durkheim publicou “O Suicídio”, um estudo feito com dados de cartórios que mostrou diferenças sociais em algo que, até então, era tomado como a decisão mais individual possível. Por exemplo, descobriu que, na população estudada, ocorria mais em homens solteiros, viúvos e divorciados do que em casados, mais em pessoas sem filhos e mais entre protestantes do que em católicos e judeus. Se olharmos dados¹ recentes de mortalidade da cidade de São Paulo, é possível dizer que a expectativa de vida pode ser de 50 a 59 anos ou de 90 ou mais anos, a depender de onde mora. A diferença entre o século XIX e o XXI é que existe um arranjo de Estado alimentado por especialistas, chamado Saúde Pública. Antes, contava-se com voluntários e instituições de caridade e hoje temos o SUS, que distribui responsabilidades

1 Mapa da Desigualdade (2021). Disponível em: www.nossasaopaulo.org.br/2021/10/21/mapa-da-desigualdade-2021-e-lancado

entre os governos municipais, estaduais e federal, apoiados por universidades, numa rede onde saúde é democracia, isto é, é pauta de debate político e controle social.

No início, havia apenas o sanitarista combatendo endemias e, hoje, existem inúmeras especialidades da saúde, incluindo a informática em saúde e as mais diversas áreas do conhecimento, como a Assistência Social, Antropologia, Economia, Ciência Política, Comunicação e o Direito. Cada área produzindo e demandando dados para dar a pincelada na mesma tela sob seu olhar particular.

Se falamos em instituição, falamos em normas, leis, regras. Afinal, como organizar tantos procedimentos, profissionais, estabelecimentos, necessidades e demandas? Ainda, como organizar a saúde brasileira praticada com dois vocabulários distintos, um do SUS e outro das atividades lucrativas e filantrópicas orientadas pela lógica do lucro ou da gestão financeira capitalista? Uma fala em sistema, integralidade, universalidade e cidadã(ões), a outra fala em cobertura, sinistralidades e clientes. A mesma lei brasileira criou um sistema de saúde com duas cabeças que não se conversam direito. No meio dessas duas cabeças está a(o) usuária(o) do SUS e a(o) cliente dos planos de saúde, das farmácias e outros comércios de saúde.

Ao mesmo tempo, temos que garantir o direito à saúde sem confundir com a garantia do direito ao consumo. Também precisamos de dados para saber se o SUS é resolutivo e o serviço privado é seguro. Porém, sem tornar o cidadão mercadoria de empresas que produzem dados para as que compram dados. Se as leis criam problemas, sem elas, não temos nem por onde começar quando falamos num Estado que tem que gerenciar bem estar social e proteger a propriedade privada. Nesse movimento contraditório, em 2015, surge a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) [atual Portaria GM/MS nº 1768/2021, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a Resolução nº 659/2021] onde, pela primeira vez, a(o) usuária(o) do SUS é colocado no centro da produção e utilização de dados, ou pelo menos enseja isso.

Dizer que a(o) usuária(o) do SUS não estava formalmente na política digital não é exagero e podemos usar o contexto farmacêutico para ilustrar. O medicamento está no dia a dia de todo mundo, seja para prevenir, seja para remediar. Provavelmente, o uso do medicamento é confundido com a saúde em si para muita gente. Porém, apenas em 1998 foi formalizada a Política

Nacional de Medicamentos (PNM), Portaria nº 3916, muito focada num “sistema de informação em vigilância sanitária”, ainda longe da clínica e da descoberta de novos conhecimentos e do empoderamento da(o) usuária(o) tendo em mãos seu histórico de saúde. Apesar de prever a “difusão de informação sobre medicamentos”, a única evolução foi a da informação estática da bula, já que até hoje não temos dados do mundo real para ajudar as pessoas a identificar em que situação de saúde estão frente a casos semelhantes.

A bem dizer, dos dados produzidos, a sociedade tem acesso apenas aos repositórios do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pública, em geral de medicamentos de custo elevado, e às vendas de medicamentos controlados, como psicoativos e antibióticos. Os dados são acessíveis a poucos que podem saber sobre os medicamentos mais corriqueiros que tratam a maior parte das doenças (componente básico) ou que tratam doenças com condições especiais (componente estratégico) ou, ainda, se o remédio para o fígado ou cólica vendido na farmácia comercial funciona mesmo.

Antes da PNM, foi criada a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), Portaria nº 2390/1996, cujos resultados estão congelados desde 2012. Ainda que o CNS tenha estabelecido a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (Pnaf) em 2004, pela Resolução nº 338, nenhum indicador relativo à cobertura, morbidade e mortalidade por medicamentos foi estabelecido na Ripsa. Quem monitora e avalia medicamentos e outras tecnologias do SUS, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde(Conitec), criada pela Lei nº 12.401/2011, pouco teve tempo para aderir à rede de informações.

Apesar de alguns lampejos com a criação da também descontinuada Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage), Portaria nº 406/2012, sem dados integrados em prontuário eletrônico, pouco havia a fazer para entender a necessidade, efetividade e segurança de medicamentos, de modo a saber se o SUS tem resolutividade na assistência à saúde, em especial na assistência farmacêutica, ou se as pessoas gastam seu dinheiro com as melhores opções.

Enquanto as áreas de atenção à saúde e vigilância não olham os mesmos dados para resolver problemas distintos, o contato assistencial é fragmentado e voltado para a própria execução do ato, sem foco no cidadão, mas no serviço. Consequentemente, os dados são produzidos por cada área para resolver os próprios problemas e não são trocados, implicando em dupla

coleta ou na má coleta, uma vez que a(o) profissional de saúde é frequentemente desvalorizado e não enxerga o sentido em produzir um dado que não é utilizado na prática.

Da mesma forma, o farmacêutico que faz padronização, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos para tuberculose, hanseníase, dengue ou para doenças crônicas não acessa as respectivas notificações produzidas pela vigilância e sequer sabe se as(os) usuárias(os) dos medicamentos faleceram, conseguiram medicamentos na rede privada pelo SUS ou pagando do bolso ou foram hospitalizadas(os) em decorrência das doenças.

Com a tarefa de assegurar a interoperabilidade entre os sistemas de informação e a resolubilidade do sistema de saúde, o Comitê Gestor da Estratégia Saúde Digital (CGSD), antigo CG e-Saúde, Resolução Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 5/2016, foi criado para operacionalizar a informatização do SUS, unindo a gestão municipal, estadual e federal com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Assim, esforços esparsos de informatização como o cadastro do usuário por meio do CAD-SUS, ou do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-SUS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ou do cuidado farmacêutico com a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do SUS (Bnafar) seriam integrados com técnicas já existentes da informática em saúde por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), Portaria nº 1434/2020.

A palavra “seriam” foi usada, pois a rede ainda não é uma “rede” de fato. Atualmente, apenas dados relacionados à Covid-19 e de sistemas que incluem um elenco restrito de medicamentos estão disponíveis no aplicativo Conecte SUS para serem acompanhados pelo cidadão ou cidadã que possui *smartphone* e mostrados à(ao) sua(seu) profissional de saúde. Apenas o Ministério da Saúde tem acesso aos dados consolidados, sendo que as gestões estaduais e municipais não podem conferir pela RNDS quais casos e óbitos notificados geraram exames laboratoriais complementares, internações, dispensação de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular ou óbito.

A despeito de estratégias de vinculação como o Cartão Nacional de Saúde e o Vincula-SUS, a maior parte das decisões em saúde são realizadas com dados abertos e fragmentados, isto é, não vinculados à(ao) usuária(o), no que chamamos, na academia, de “estudos ecológicos”. Continuando o exemplo citado acima, o(a) gestor(a) que investiga notificações de dengue não sabe

se a(o) mesma(o) usuária(o) internou ou faleceu, uma vez que os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) não é fornecido de forma integrada aos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), nem aos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), muito menos medicamentos e exames, uma vez que sequer existem dados abertos dos componentes básicos e estratégicos da assistência farmacêutica (Hórus e Farmácia Popular) e do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Sem grandes custos nem gargalos tecnológicos, nem de conhecimento de tecnologia da informação, é possível formar rapidamente um repositório de dados estruturados, anonimizados e integrados (vinculados), numa espécie de lago de dados comungado para tomada de decisão tripartite e da sociedade civil com transparência na extração, transformação, carga, análise e apresentação de dados, informação e conhecimento em saúde.

De qualquer maneira, a PNIIS e a Estratégia Saúde Digital apontam, hoje, para o melhor caminho conhecido, o de produzir sistemas que conversam, isto é, interoperáveis, já que não se espera mais que surja um “sistema panaceia” que irá resolver todos os problemas em todas as situações possíveis. O ideal é que cada instituição e estabelecimento tenha liberdade para desenvolver suas soluções informáticas, porém, com o mínimo de padrões consensuados e amparados por profissionais dedicados à ciência de dados e informática em saúde, os quais são uma espécie de “linguística digital”. Afinal, se tem gente estudando um assunto, não há razão para fazer as coisas na base da intuição, como foi feito nas primeiras décadas do SUS.

Na literacia em informática, certamente se destacará o farmacêutico que realizar seus atos clínicos conhecendo melhor as ferramentas digitais, como as ontologias a exemplo da Ontologia Brasileira de Medicamentos, a qual conjuga informações da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), com a classificação Anatômica-Terapêutico-Química (ATC) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e ser responsável técnico de ferramentas inovadoras compreendendo, por exemplo, os Modelos de Informação Registro de Prescrição de Medicamentos e Registro de Dispensação de Medicamentos (Portaria nº 20/2022).

Inclusive, o SUS conta com profissionais capazes de apontar falhas nos modelos e padrões de interoperabilidade propostos e sugerir soluções, sobretudo para retomarmos o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) estatal voltado aos problemas nacionais. Sem dados e informações para

conhecer as demandas e necessidades, bem como para monitorar a efetividade e segurança, continuaremos a sermos importadores de tecnologias e soluções prontas, cunhadas por dados distantes dos desafios que cada realidade local/regional deve enfrentar em conjunto com gestores, usuários e trabalhadores da saúde.

É estratégico termos uma plataforma Tecnológica de Informação e Comunicação em Saúde com dados abertos e ciência aberta com transparência ativa da gestão, combatendo, junto com a sociedade civil em comunidades de *software*, fraudes e destinação irracional de recursos. Bem como urge abrir espaços democráticos para ação direta, escolha participativa dos recursos a serem abarcados para cada realidade, uma vez que a indústria farmacêutica se aproveita de estratégias agressivas de *marketing*, incluindo *lobby* parlamentar e judicialização para convencer usuárias(os) e profissionais a utilizar tecnologias, muitas vezes, sem a racionalidade terapêutica devidamente comprovada nos parâmetros do SUS.

Dados abertos é a essência dos instrumentos de gestão como planos de saúde e relatórios e do trabalho dos conselhos de saúde e da sociedade civil. Portanto, urge sua padronização e organização em um único portal de serviços. A estratégia *opendatusus* deve ser completamente refeita do ponto de vista tecnológico para abarcar as diversas realidades e reorganizada, uma vez que sequer segue a Metodologia de Administração de Dados (MAD/DataSUS), estando muito aquém da forte estratégia *tabwin/tabnet* de disseminação de dados tabulares em diretórios consumíveis por máquina (FTP) com respectivos domínios e metadados. Atualizar a estratégia não requer aporte de recursos financeiros, apenas mudança de postura de modo a ser conduzida com participação de quem utiliza as tecnologias, algo que falhou nos últimos anos.

A telessaúde e a interoperabilidade entre níveis assistenciais é impraticável sem padrões de comunicação entre humanos e máquinas e entre máquinas. Antes de novas ferramentas, devemos orientar esforços, de imediato, na pacificação de terminologias de exames, diagnósticos, prescrições, medicamentos, incluindo a anotação em padrões legíveis por máquina de protocolos clínicos. O Repositório de Terminologias em Saúde (RTS), Resolução nº 39/218, é “um ambiente virtual nacional para o gerenciamento e publicação de recursos semânticos e modelos de informação padronizados a serem utilizados no setor saúde”.

Precisamos nos integrar por meio da modernização, isto é, trazer em sua integralidade para o atualmente adotado padrão *Fast Healthcare Interoperability Resource* (FHIR) as tabelas do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap), da Ontologia Brasileira de Medicamentos (OBM), entre outras. Importante não confundir interoperabilidade e consolidação de dados de prontuário restritos para uso no ato do profissional de saúde com comparação de mercado (*benchmark*) entre instituições com fins lucrativos. Os dados clínicos não devem ser compartilhados entre entidades com conflito de interesse. O SUS deve se posicionar contrário ao *Open Health*, isto é, o “Open Bank” da Saúde. Existe tecnologia para integração com segurança e rastreabilidade de dados fechados, protegendo o cidadão por meio da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e esta não é impeditivo para disseminação de dados livres.

Além das redes abertas, o arranjo interno do Ministério da Saúde afetou a articulação interfederativa. O SUS pode recomendar à gestão federal de 2023-2026 corrigir o curso do Ministério da Saúde para fortalecer a atuação tripartite e se tornar espelho para a gestão estadual e municipal, o qual deve organizar e talvez centralizar numa mesma secretaria as funções atuais da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação Assistencial e Controle (CGSI/Drac) e áreas de gestão de terminologias dispersas no ministério, Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde (Demas) e áreas de monitoramento e avaliação dispersas no ministério, DataSUS e outras áreas de gestão de dados dispersas no ministério e, finalmente, do departamento de telessaúde o qual não se articulou com o Comitê Gestor de Saúde-Digital (CGSD) nos últimos anos. Além do cuidado com o arranjo organizacional, é necessário colocar gestores sem refratariedade à tecnologia da informação e comunicação nos postos de trabalho estratégicos.

O sanitarista conta agora com o apoio do informata em saúde. É desejável que os cargos de direção tenham apoio direto desse profissional ou tenham formação, ou algum grau de literacia, de gestão estratégica da saúde digital, pois todos os atos normativos se consubstanciam por meio de comunicação mediada por tecnologia da informação. Se quisermos apoiar o SUS no desenvolvimento estratégico do país, conformando o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) brasileiro, precisamos unir o desenvolvimento e o monitoramento da aquisição e utilização de tecnologias de saúde com os respectivos dados administrativos e clínicos.

O SUS não pode continuar a tomar decisão sem utilizar com as melhores práticas os dados que produz. Ainda no presente ano (2022), estamos muito aquém de ofertar ciência de dados com a potencialidade das equipes e dos dados produzidos. Também não evoluiremos sem qualificar e integrar adotando as técnicas estado da arte no SUS. Porém, ainda sem escala por não ter sido dada a devida prioridade, uma vez que a Estratégia da Saúde Digital, diferente do que ocorre em outros países, não foi promovida como pivô da gestão estratégica da saúde coletiva.

A saúde digital em curso não decorre dos anos recentes, mas desde a fundação do SUS, e é um processo de Estado, não de governo. Porém, o SUS vem lutando contra distorções oportunistas e, ao mesmo tempo, para manter o curso dos projetos da forma como foram acordados nos atos normativos. A grande força do SUS é não ter decisões centralizadas, mas colegiadas, visto que a responsabilidade é compartilhada e medidas são acordadas por aqueles que irão executar. Nessa direção, os conselhos gestores e do controle social devem ser fortalecidos de modo a serem efetivamente deliberativos, sem o truísmo de uma só esfera de gestão, ao integrar, por consenso, os diversos representantes partidários com opiniões distintas.

O enfraquecimento do SUS, por meio da fragmentação dos dados, abre espaço para o crescimento de grandes corporações com interesses escusos e, ao mesmo tempo, impede a atuação com celeridade em situações extremas, como a situação emergente de saúde pública, uma vez que ainda são incógnitas a presente média móvel de 70 óbitos diários por Covid-19. Devemos estar atentos à saúde digital e ampliar o espaço de participação. Defender a democracia digital é defender os princípios e diretrizes fundantes do SUS.

11.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Específico 1: Integrar os sistemas de informação em saúde e garantir que sejam interoperáveis a fim de reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias.

Propostas:

1. Promover a coordenação nacional dos sistemas de informação em saúde.
2. Promover, investir e desenvolver a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).
3. Formar e capacitar equipes em sistemas de informação em saúde.
4. Investir na integração das bases de dados em saúde.
5. Financiar adequadamente a ciência, tecnologia e recursos humanos.
6. Mapear os sistemas de base local (inicialmente estados) e os de base nacional na perspectiva de construção de um repositório e para a realização de um diagnóstico preliminar dos sistemas de informação em saúde do Brasil.
7. Estabelecer grupos de trabalho para diálogo entre diferentes setores geradores de dados para visualizar soluções para integração.
8. Desenvolver plataformas/base de dados que permitam a interoperabilidade dos dados.
9. Estabelecer e priorizar os parâmetros dos sistemas de informação em saúde.

Objetivo Específico 2: Garantir capacitação permanente em tecnologia de informação.

Propostas:

1. Mudança curricular nas grades dos cursos técnico e de graduação que forneça recursos humanos para a área da saúde.
2. Implementar educação permanente em saúde e tecnologia de informação.
3. Fomentar discussões sobre saúde digital nos órgãos de controle social do SUS.
4. Realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Digital.

Objetivo Específico 3: Garantir infraestrutura adequada para a informatização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas:

1. Ter rede de internet para todos os serviços de saúde.
2. Ter computadores com capacidade para abrigar dados em todos os serviços de saúde.

Objetivo Específico 4: Garantir acesso público e transparente aos dados em saúde.

Propostas:

1. Facilitar o acesso aos dados em saúde.

12

Tecnologias do suporte diagnóstico em saúde

Estrutura organizacional

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, essencialmente, traduz-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) gerenciada pelos municípios. Nela, há uma equipe de profissionais que acolhe e atende as(os) usuárias(os) no processo diagnóstico. O trabalho em equipe neste processo envolve a colaboração das(os) pacientes e seus familiares, com profissionais médicas(os) e enfermeiras(os) e com profissionais que dão suporte ao processo de diagnóstico como farmacêuticas(os), cientistas de laboratório, tecnólogas(os) em radiologia, assistentes médicas(os)/enfermeiras(os) e outras(os) profissionais como nutricionistas, psicólogas(os) e odontólogas(os).

O atendimento ao usuário nas UBS impacta positivamente na vida das pessoas, pois possibilita o cuidado integral em rede, com atendimento humanizado e resolutivo, legitimado pelos princípios básicos do SUS. O acolhimento, a partir de uma demanda de um(a) usuário(a) (sinais e sintomas), é o início de um ciclo de etapas complexas que requer o uso de diversas ferramentas essenciais para que o processo de diagnóstico tenha desfecho satisfatório.

A Figura 1 ilustra as etapas do processo na APS, onde os indivíduos que participam do processo de diagnóstico são acolhidos e atendidos pelas(os) diversas(os) profissionais de saúde. O objetivo final do processo de diagnóstico é explicar o problema de saúde ao paciente e informar a tomada de decisão subsequente sobre os cuidados ao paciente. Os pacientes e suas famílias estão em contato direto com os profissionais que fazem o diagnóstico, passando pelas etapas de entrevista, consulta, exame físico/clínico e que rotineiramente requerem o apoio de profissionais e tecnologias de suporte em saúde.

Dentre elas, destaca-se aqui o diagnóstico laboratorial realizado por profissionais que executam análises e pesquisas nas redes de laboratórios clínicos e nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública. Após estas etapas, a devolutiva à(o) paciente e aos familiares sobre a situação fisiopatológica do paciente é realizada e o tratamento é instituído, onde é majoritariamente coordenado por farmacêuticos.

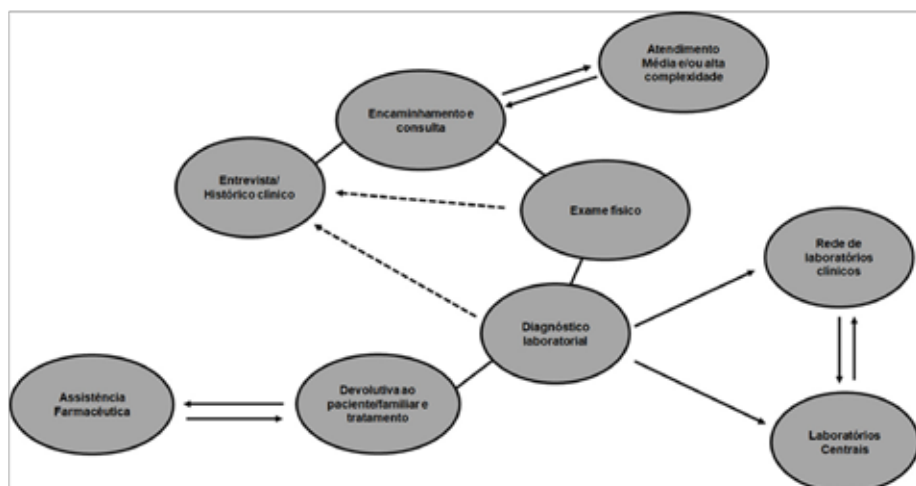


Figura 1. Etapas do processo de diagnóstico a partir da demanda da(o) usuá(ri)a(o). Destaca-se neste capítulo as tecnologias de suporte diagnóstico em saúde como as redes de Laboratórios Clínicos e Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

A natureza sobreposta ou retroalimentativa das etapas do processo de diagnóstico é característica da necessidade do enriquecimento das informações da(o) paciente quanto ao seu histórico clínico, que envolve a criação de um banco de dados que auxilia a tomada de decisão de todas as etapas do processo. Ainda, essa natureza reflete a importância da comunicação e colaboração eficazes entre todos os indivíduos no processo de diagnóstico.

Tecnologias do suporte diagnóstico

Tecnologia em informação em Saúde

Uma ampla variedade de tecnologias e ferramentas está envolvida no processo de atendimento ao paciente, seja na APS, seja quando há a necessidade de ambientes subsequentes de média e alta complexidade. Um dos pontos centrais é a Tecnologia em Informação em Saúde (TI em Saúde), que auxilia no fluxo de informações entre os diferentes setores e agentes envolvidas(os) nos processos¹.

Dentro da estrutura organizacional, a TI em Saúde abrange uma ampla

¹ Souza-Pereira, L.; Ouhbi, S.; Pombo, N. A process model for quality in use evaluation of clinical decision support systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 123, p. 103917 (2021).

gama de tecnologias usadas na assistência à saúde, que inclui registros eletrônicos, suporte à decisão clínica, ferramentas de envolvimento do paciente, entrada de pedidos de fornecedores, sistemas de informações laboratoriais e de imagens médicas e trocas de informações de saúde². A TI em Saúde desempenha funções importantes em vários aspectos do processo de diagnóstico, como captura de informações sobre um paciente que informam o processo de diagnóstico em qualquer etapa, incluindo histórico clínico e entrevista, exame físico e testes diagnósticos e pode adaptar o fluxo de trabalho e a tomada de decisão dos profissionais na APS³.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde, criada em 2003, com 3 edições (2003, 2015 e 2021), teve como função articular elementos estruturantes do SUS, em função da realização do direito à saúde, norteando as ações de TI. A edição de 2015 foi marcada pela necessidade de interoperacionalização dos sistemas de informação em saúde em todo o sistema brasileiro devido à falta de padronização dos procedimentos e tratamento dos dados, heterogeneidade e falta de conectividade dos serviços de saúde e deficiência relativa de qualificação profissional (Portaria nº 589/2015).

Em 2021, a necessidade de atualização da política frente ao rápido avanço das tecnologias de informação e comunicação, foi necessária, mas não suficiente, pois abrem novas possibilidades dentro do SUS (Portaria nº 1.768/2021). Durante o auge da pandemia de Covid-19, em 2021, a independência dos locais de processamento de informações de saúde foi algo questionado e discutido⁴, levando a questionamentos sobre a interoperabilidade entre os sistemas municipais, estaduais e nacionais com a devida independência, possibilitando a geração de informação e facilitando a tomada de decisão por gestores. Mesmo com a interferência política vista nos anos de 2020/2021 nos casos de Covid-19, percebeu-se aumento de transparência durante o fornecimento de dados em alguns locais no país⁵.

2 Pagliari, C.; Sloan, D.; Gregor, P.; Sullivan, F. et al. What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. *J Med Internet Res*, 7, n. 1, p. e9 (2005).

3 Rosenberg, C. E. *The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience*. *Millbank Q*, 80, n. 2, p. 237-260 (2002).

4 De Almeida, L.; Carelli, P. V.; Cavalcanti, N. G.; Do Nascimento, J.-D., JR. et al. Quantifying political influence on Covid-19 fatality in Brazil. *PLOS ONE*, 17, n. 7, p. e0264293 (2022).

5 Almada, M. P.; Aggio, C.; Amorim, P. K.; Santos, N. et al. Assessing Priorities of Transparency During Covid-19 Pandemic in Brazil. *Public Organization Review*, 22, n. 3, p. 545-570 (2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Lacen são a pedra angular dos mecanismos de alerta e resposta às emergências de saúde. A pandemia de Covid-19 mostrou com clareza a importância da independência, transparência e resolutividade dos Lacen nos principais países do mundo.

A OMS fortalece, em tempos de pandemia, em emergências epidemiológicas e fora delas, os sistemas de laboratórios de saúde pública (no Brasil, os Lacs) em todo o ciclo de preparação para emergências de saúde, dão resposta de prontidão e recuperação, visando:

- Sistemas de laboratórios nacionais, nos níveis de política, governança e regulamentação;

- Instituições e redes de laboratórios de saúde pública; e

- Força de trabalho do laboratório de saúde pública⁶.

No Brasil, os Lacen são vinculados às Secretarias Estaduais da Saúde (SES) e são laboratórios de referência no diagnóstico laboratorial, que contribuem para o controle epidemiológico e sanitário da população brasileira. Dão suporte à rede de laboratórios clínicos, mas no cumprimento de suas funções, têm caráter também fiscal e de orientação sobre produtos e serviços de interesse em Vigilância Sanitária. Portanto a independência e capacidade resolutiva rápida devem essenciais neste setor.

Durante a pandemia de Covid-19, os laboratórios de saúde pública pelo mundo enfrentaram vários desafios, com dificuldades na capacidade de identificar casos de Covid-19 e retardar a propagação da pandemia. Esses foram aspectos vivenciados por muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto a dificuldade de aquisição de insumos para a realização das análises. A dependência tecnológica no Brasil foi evidenciada pela falta de insumos imunológicos e moleculares para testagem em massa entre 2020 e 2021⁷, para a execução de testes moleculares tipo RT-PCR, visando a detecção do vírus Sars-Cov-2 em secreção da nasofaringe, ou mesmo para testes imunológicos na detecção sorológica de anticorpos contra o vírus.

6 WHO. *Strengthening public health laboratory services* (2023). Disponível em: <https://www.who.int/activities/strengthening-public-health-laboratory-services>

7 Barberia, L. G.; De P. Moreira, N.; Kemp, B.; De Sousa Mascena Veras, M. A. et al. Evaluation of the effectiveness of surveillance policies to control the COVID-19 pandemic in São Paulo, Brazil. *Global Health Research and Policy*, 7, n. 1, p. 27 (2022).

Diversos foram os fatores que levaram às diferentes respostas dos Lacen à pandemia da Covid-19 ao redor do mundo. Entretanto, no Brasil, pode-se destacar:

- Interferência política no nível estadual e nacional no que tange os sistemas de informação em saúde e tomada de decisão⁸;
- Sistemas de informação antiquados que limitaram a capacidade dos testes e falta de interconectividade entre os sistemas estaduais e municipais, demonstrando, ainda, a heterogeneidade dos diversos estados do país⁹;
- Escassez de suprimentos e materiais reduzindo sua capacidade de resposta à pandemia e capacidade de continuar as operações normais¹⁰;
- Escassez de profissionais de saúde exacerbada por esgotamento e complicações de contratação¹¹.

Considerações finais

No quesito suporte diagnóstico, as tecnologias do suporte diagnóstico em saúde estão ligadas necessariamente a independência de seus atores, ao aporte financeiro, a necessidade de trabalho interdisciplinar e a obrigatoriedade do respeito às premissas do SUS. Ainda, considera-se que os recursos para a saúde não devem ser limitados, mas sim sofrer forte intervenção de gestão para que haja acesso equânime ao SUS. A elaboração constante de novos enfoques nas tecnologias de suporte diagnóstico é essencial para promover a saúde e tratar as enfermidades, baseados em estratégias mais eficazes, efetivas e equitativas, dentre elas:

- Investimento em tecnologia de informação para diminuir a heterogeneidade dos sistemas e garantir acesso a nacional de dados;
- Formação de recursos humanos em áreas estratégicas e multidisciplinares do conhecimento fortalecendo universidades e centros de pesquisa visando a diminuição de escassez de profissionais;
- Fortalecimento estrutural e de independência dos Lacens, possibilitando a garantia do controle da vigilância em saúde e do controle sanitário.

8 De Almeida, L.; Carelli, P. V.; Cavalcanti, N. G.; Do Nascimento, J.-D., JR. et al. Quantifying political influence on Covid-19 fatality in Brazil. PLOS ONE, 17, n. 7, p. e0264293 (2022).

9 Bigoni, A.; Malik, A. M.; Tasca, R.; Carrera, M. B. M. et al. *Brazil's health system functionality amidst of the Covid-19 pandemic: An analysis of resilience. Lancet Reg Health*, p. 100222 (2022).

10 Kameda, K.; Barbeitas, M. M.; Caetano, R.; Lowy, I. et al. *Testing Covid-19 in Brazil: fragmented efforts and challenges to expand diagnostic capacity at the Brazilian Unified National Health System. Cad Saude Publica*, 37, n. 3, p. e00277420 (2021).

11 Bitencourt, S. M.; Andrade, C. B. Female healthcare workers and the Covid-19 pandemic in Brazil: a sociological analysis of healthcare work. Cien Saude Colet, 26, n. 3, p. 1013-1022 (2021).

12.1. Propostas elaboradas no 9º SNCTAF

Objetivo Geral: Elaborar uma Política Nacional de Suporte Laboratorial no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada como parte do Complexo Econômico Industrial da Saúde, integrada às Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica.

Objetivo Específico 1: Estruturar o setor produtivo público e privado e promover o desenvolvimento científico e tecnológico para o suporte laboratorial.

Propostas:

1. Fortalecer o Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis) para a produção de insumos e tecnologias laboratoriais no âmbito nacional.
2. Promover o desenvolvimento de tecnologias para a criação de equipamentos e insumos que atendam as necessidades da rede SUS.
3. Implantar parques tecnológicos para produção de tecnologias (insumos, métodos e equipamentos) de suporte ao diagnóstico em saúde.
4. Promover ações de fortalecimento das políticas públicas voltadas para CT&I em suporte diagnóstico em saúde.
5. Estimular parcerias internacionais para a transferência de tecnologia através de universidades, laboratórios e institutos tecnológicos.
6. Fortalecer a infraestrutura das redes de pesquisa e inovação em diagnóstico laboratorial.
7. Mapear as necessidades nacionais por insumos farmacêuticos no campo diagnóstico.
8. Construir uma agenda nacional de desenvolvimento e investimento público em tecnologias de suporte diagnóstico.
9. Investir nos setores e áreas de fronteira da ciência que irão definir as tecnologias que serão utilizadas nos testes de diagnósticos (proteínas, DNA, biomarcadores, imunoensaio).
10. Promover a educação da população a respeito da importância da capacidade nacional de produção de tecnologia e da cadeia econômica da saúde.

Objetivo Específico 2: Integrar os serviços de suporte laboratorial às Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso como componente da integralidade da atenção.

Propostas:

1. Investir no desenvolvimento da capacidade dos serviços diagnósticos públicos e complementares para a incorporação de novas tecnologias e fronteiras do conhecimento que serão utilizadas nos testes de diagnósticos.
2. Garantir a segurança do paciente nos diferentes pontos de prestação de serviços associados às tecnologias de suporte laboratorial.
3. Informatizar de maneira integrada o ecossistema da rede de atenção à saúde (Classificação Internacional de Doenças - CID, medicamentos, etc) garantindo a interoperabilidade.
4. Promover o diagnóstico situacional da rede de suporte ao diagnóstico.
5. Fortalecer o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.
6. Ampliar os investimentos para garantia dos custos e da qualidade dos serviços de diagnósticos e do equilíbrio econômico financeiro dos serviços de suporte laboratorial.

Objetivo Específico 3: Desenvolver a força de trabalho do setor de diagnóstico laboratorial.

Propostas:

1. Promover a formação de profissionais altamente qualificados para o desenvolvimento de tecnologias diagnósticas no âmbito nacional.
2. Promover a fixação de profissionais qualificados por meio de políticas ou programas de incentivos financeiros e/ou parcerias com empresas públicas e privadas.
3. Fomentar melhorias no processo de formação dos profissionais para o setor.
4. Fortalecer a democracia e valorizar o trabalho em saúde.
5. Fortalecer as redes de pesquisa e formação em diagnóstico laboratorial.
6. Fomentar a extensão universitária e o ensino em serviço como estratégias de desenvolvimento da força de trabalho do setor.

Objetivo Específico 4: Consolidar o conjunto das ações da Vigilância laboratorial como componente fundamental da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) do nível local ao nacional.

Propostas:

1. Fortalecer o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.
2. Fortalecer as vigilâncias laboratoriais nos Lacen.
3. Integrar de forma orgânica a vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde da(o) trabalhador(a) nas ações laboratoriais sob responsabilidade dos Lacen.
4. Implementar e coordenar no SUS uma rede de desenvolvimento de padrões analíticos biológicos e toxicológicos para o suporte à PNVS.
5. Fortalecer o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e os Lacens.
6. Definir indicadores de monitoramento e avaliação e bases de dados de suporte às informações da área.

Objetivo Específico 5: Desenvolver uma estrutura regulatória para o setor do suporte diagnóstico que considere as necessidades de saúde e do setor.

Propostas:

1. Extinguir impostos de importação de insumos para a pesquisa e produção de insumos para a saúde.
2. Desburocratizar o acesso às regulamentações (informações) importantes na implementação do processo de produção.
3. Garantir que a definição dos critérios para a incorporação de tecnologias estejam baseadas nas necessidade de saúde e da rede de serviços de suporte laboratorial pública e complementar.
4. Estruturar mecanismos para a ampliação da oferta de Substâncias Químicas de Referência (SQR) via Farmacopeia Brasileira.

13

Da meta à ação: Construção de uma agenda para a integração das políticas pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década

O 9º Simpósio Nacional de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF) concluiu seus trabalhos com duas mesas de debate que resgataram os temas tratados no painel das políticas e nos grupos de trabalho, apontando para a construção de uma agenda para as etapas futuras do Projeto Integra. Este capítulo traz um resumo deste rico debate.

O projeto Integra nasceu, em meio à pandemia de Covid-19, num Brasil cujo desgoverno negou a ciência e acumulou mortes e agravos evitáveis. Um Brasil que sofreu o desmonte das políticas públicas sociais e voltou ao Mapa da Fome.

Por isso, quando pensamos na construção de uma agenda para integração das políticas pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em um projeto nacional de desenvolvimento, “estamos olhando para o presente e fazendo uma projeção para o futuro. Quando fazemos uma projeção de futuro, o que queremos para a população? Todos imaginam que desejamos um país mais justo, um país igualitário, um país onde não haja fome”, esta afirmação de Jorge Costa, Assessor da Vice-presidência de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, chama a atenção para a atual situação de iniquidade de nosso país. Para ele, uma pessoa com fome não tem dignidade, não tem condições de exercer o seu papel de cidadã, de ter um medicamento, de ter a assistência farmacêutica.

Para alcançarmos um país justo, um país alimentado, um país com educação, com cultura, com lazer e com saúde, precisamos de um projeto nacional de desenvolvimento que, segundo Ronald Santos, Diretor de Relações Internacionais da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), enfrente os problemas estruturais da nação brasileira. Um projeto nacional de desenvolvimento na área da ciência e tecnologia ligada à vida, à manutenção, à proteção e à recuperação da vida. Um projeto nacional de desenvolvimento em que o complexo econômico da saúde jogue um papel importante, onde a valorização do trabalho volte a ser resgatada, pois vivemos um tempo em que vidas são menosprezadas e o trabalho violentamente precarizado.

1 Alex Gomes da Motta, Debora Raymundo Melecchi, Jorge Carlos Santos da Costa, Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Marco Aurélio Pereira, Maria da Conceição Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Silvana Nair Leite e Sylvania Lacovino Dantas, com o apoio de Bruno Fernandes Baltazar de Oliveira.

Neste sentido, o da força de trabalho, para dar concretude a este projeto, sem dúvida é essencial a participação das pessoas, das(os) trabalhadoras(es). A representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, Socorro Gross Galiano, defendeu a necessidade de uma política de pessoal que não seja uma política de precariedade, com formas de contratação que não garantam estabilidade. Afirmou que não podemos formar nas universidades e perder profissionais para fazerem no exterior a inovação que precisamos seja feita aqui, para atender às nossas necessidades.

Entre as prementes necessidades da população, está o acesso aos medicamentos e, há algum tempo, o país vem passando por um processo de desabastecimento, agravado durante a pandemia da Covid-19. Maria José Sartório, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), falou da dura realidade enfrentada pelos estados e pelos municípios, apontando para a necessidade de uma retomada urgente da discussão do fortalecimento dos laboratórios oficiais, que podem desempenhar um papel estratégico para o SUS, desde que embasado nas necessidades prioritárias de saúde.

A questão do desabastecimento foi amplamente discutida no simpósio e, sem dúvida, a solução passa, entre outros temas, pelo fortalecimento de políticas como a política de desenvolvimento produtivo na sua concepção original, mas também, a própria política industrial brasileira. Esta tese foi defendida por Reinaldo Guimarães, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que afirmou: “Se não temos um projeto nacional de política industrial, não conseguiremos ter um avanço setorial da política industrial no campo da saúde”.

As outras políticas consideradas estratégicas são: a política de avaliação e incorporação de tecnologias, que teve um grande avanço na incorporação de tecnologias no SUS, com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); a política de controle de preços de medicamentos, com a Câmara de Regulação de Preços de Medicamentos (Cemed), desempenhando um papel fundamental para que a trajetória de preços de medicamentos no Brasil seja contracíclica em relação aos preços de medicamentos em praticamente todo mundo; a política de vigilância sanitária, que tem um papel importante para a ampliação do acesso em saúde; e a política de propriedade intelectual.

Segundo Guimarães, “esse conjunto de políticas tem que ter uma integração muito mais orgânica no Ministério da Saúde. Todas elas podem contri-

buir para uma política industrial mais robusta e que atenda aos interesses do SUS. Fortalecer a integração dessas políticas será fundamental para que a gente possa construir uma política industrial para a ampliação do acesso”.

Entretanto, uma política industrial de medicamentos depende do complexo da química fina e, para que possamos elevar o desenvolvimento de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), ou de encomendas tecnológicas, que possam traduzir um desenvolvimento tecnológico nacional e atingir o acesso à população, precisamos diminuir nossa dependência nesse setor. Para isso, precisamos colocar mais um ator importante, que é o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), além de uma participação efetiva do Ministério da Saúde na estruturação desse complexo industrial, em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI). “E a integração dessas políticas para que possamos avançar”, afirmou Antônio Bezerra, presidente executivo da Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina).

A integração de políticas de saúde para resolver a questão da produção local de bens de saúde para o SUS, para garantir o acesso, foi defendida pela professora do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Marilena Corrêa lembrou que, apesar de tudo, o país não deixou de tentar responder, de alguma forma, durante a pandemia, sobretudo por institutos de pesquisa e produção, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fio-cruz) e pelas universidades.

A necessidade da transversalidade e da articulação entre a academia, os institutos e os movimentos sociais, como um desafio para se conseguir a tão almejada integração, foi trazida por Rosângela Dornelles, representante da Associação Nacional em Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Vida & Justiça, que afirmou: “sabemos o quanto faz falta um projeto que consiga ter clareza das necessidades dos territórios, dos trabalhadores de saúde, dos movimentos sociais, para que isso retome, de novo, indicadores positivos de saúde e não de doença. Que essa integração que o Integra está colocando retome, de novo, à nossa capacidade de fazer saúde e lutar pelo SUS neste país”.

A importância da participação do controle social e de uma aproximação da academia com as(os) usuárias(os), com os trabalhadoras e trabalhadores da saúde, com os gestores e gestoras, nas atividades de formação, proporciona-

das pelo Projeto Integra, foi destacada por Fernanda Magano, representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS). E o fato deste evento ser uma etapa preparatória para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que será realizada de 2 a 5 de julho de 2023, em Brasília (DF), com o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia”.

No processo de preparação para a 17ª Conferência, será muito importante a realização das conferências livres que, além de propostas novas, permitirá a tirada de delegados e delegadas para a etapa nacional. Oportunidade em que as propostas apontadas e discutidas ao longo do projeto em suas diversas etapas e, principalmente neste seminário, podem ser incorporadas na agenda do controle social do SUS, para o fortalecimento e efetiva integração das políticas públicas de saúde.

O momento é de reconstrução e de luta pela democracia, pela soberania nacional, pela valorização do trabalho, pela produção científica, pela saúde como direito fundamental e, principalmente, em defesa do SUS enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro.

**Sobre as(os)
autoras(es)**

Adelir da Veiga – Economista. Assessor da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) e do Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar). Apoio técnico administrativo do Projeto Integra.

Ana Liani Beisl Oliveira – Farmacêutica, doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra.

Alex Gomes da Motta – Coordenador da Pastoral da Saúde Nacional (CNBB). Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (Civs/CNS). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Bruno Fernandes Baltazar de Oliveira – Farmacêutico. Diretor do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de São Paulo. Ex-assessor Técnico do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador geral do Programa Farmácia Popular do Brasil / Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Carlos Augusto Grabois Gadelha – Coordenador do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE-Fiocruz). Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde.

Célia Machado Gervásio Chaves – Professora associada aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Diretora da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar). Coordenadora operacional do Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar). Integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra.

Debora Raymundo Melecchi – Farmacêutica. Diretora da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar). Conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenadora da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (Cictaf/CNS). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Fabíola Branco Filippin Monteiro – Docente do Departamento de Análises Clínicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Felipe Ferré – Cientista de dados em Saúde Pública. Farmacêutico. Doutor em bioinformática. Especialista em informática em saúde. Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Fernanda Manzini – Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis (SC). Coordenadora de Projetos do Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar). Integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra.

Jorge Antonio Zepeda Bermudez – Pesquisador do Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Jorge Carlos Santos da Costa – Assessor na Vice-Presidência de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Lidiane Silva Dutra – Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) – Superintendência Regional de Juiz de Fora. Integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra.

Lucia Regina Florentino Souto – Pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Luciano Soares – Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos (UFSC) e do Centro de Referência em Assistência Farmacêutica (UFSC).

Luisa Arueira Chaves – Docente do Instituto de Ciências Farmacêuticas do Centro Multidisciplinar de Macaê da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra.

Marco Aurélio Pereira – Farmacêutico. Ex-secretário executivo substituto do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Mareni Rocha Farias – Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos (UFSC) e do Centro de Referência em Assistência Farmacêutica (UFSC).

Maria da Conceição Silva – Bióloga Sanitarista. Secretária Nacional de Saúde da União de Negras e Negros pela Igualdade (Unegro). Conselheira nacional de Saúde, integrante da Mesa Diretora. Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Maria Eufrásia Oliveira Lima – Administradora. Consultora no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Apoio técnico administrativo do Projeto Integra.

Norberto Rech Bonetti – Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos (UFSC) e do Centro de Referência em Assistência Farmacêutica (UFSC).

Reinaldo Guimarães – Médico sanitário, pesquisador do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Rivaldo Venâncio da Cunha – Coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Especialista em Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde Pública da Fiocruz Mato Grosso do Sul (MS).

Ronald Ferreira dos Santos – Farmacêutico do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CiaTox/SC). Diretor da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) e do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina (SindFar/SC). Ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Silvana Nair Leite – Coordenadora Geral do Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFar). Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR). Conselheira suplente do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Silvania Iacovino Dantas – Assessora de gestão e planejamento da Vice-Presidência de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Integrante da Comissão Organizadora do Projeto Integra.

Valcler Rangel Fernandes – Assessor de Relações Institucionais do Gabinete da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O 9º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (9º SNCTAF), organizado pelo Projeto Integra, foi realizado nos dias 15 e 16 de setembro de 2022 na sede da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na cidade do Rio de Janeiro(RJ) e foi uma atividade preparatória da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Este livro apresenta os debates realizados nas mesas e nos grupos de trabalho, além das propostas elaboradas por cerca de 200 lideranças nacionais [majoritariamente conselheiras(os) nacionais de Saúde e pesquisadoras(es)].

Com esta publicação, o Projeto Integra concretiza sua missão de informar, consultar e envolver a sociedade, preparando e oferecendo subsídios para as próximas etapas de consolidação da colaboração e do empoderamento da sociedade pela efetivação da sua voz e do seu espaço na tomada de decisão política. Aponta, também, diretrizes para a construção de uma agenda para a integração das políticas públicas de saúde para um projeto nacional de desenvolvimento na próxima década.

