

W Saúde no Brasil 6

Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer

Cesar G Victora, Mauricio L Barreto, Maria do Carmo Leal, Carlos A Monteiro, Maria Ines Schmidt, Jairnilson Paim, Francisco I Bastos, Celia Almeida, Ligia Bahia, Claudia Travassos, Michael Reichenheim, Fernando C Barros & the Lancet Brazil Series Working Group*

Publicado Online

9 de maio de 2011

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X

Veja Online/Comentário

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60433-9,

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60354-1,

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8,

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60326-7 e

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60437-6

O Brasil é um país grande e complexo que vem passando por diversas transformações econômicas, sociais e ambientais. Nesta Série de seis artigos, evidenciam-se melhorias importantes nas condições de saúde e na expectativa de vida da população que podem ser atribuídas basicamente aos avanços na esfera dos determinantes sociais da saúde e na implementação de um sistema nacional de saúde abrangente e estruturado com participação social. No entanto, muitos desafios permanecem. As disparidades socioeconômicas e regionais são enormes e inaceitáveis, sinalizando que ainda é necessário avançar muito para melhorar a condição de vida de grande parte da população. Novos problemas de saúde emergem como resultado da urbanização e de mudanças sociais e ambientais, enquanto outros, antigos, permanecem, sem adequado enfrentamento. A administração de um sistema público complexo e descentralizado, no qual grande parte dos serviços é prestada em razão de contratos com provedores privados, além da atuação de várias seguradoras privadas de saúde, acarreta, inevitavelmente, conflitos e contradições. O desafio é, em última análise, político, e conclui-se com uma “convocatória para ação” que requer a participação ativa da sociedade, na perspectiva de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira.

Introdução

“O Brasil não é para principiantes”, disse Tom Jobim, um dos compositores mais populares do século XX. Ao longo desta Série,^{1,5} os artigos demonstram que a declaração do compositor brasileiro parece, de fato, estar correta. Evidencia-se um progresso considerável em alguns aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde, em franco contraste com a estagnação ou mesmo deterioração de outros indicadores. Como uma das dez maiores economias globais, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até atingir os níveis de saúde vigentes nas nações mais prósperas do mundo.

Países de grande extensão tendem a ser complexos e difíceis de administrar. Com quase 200 milhões de habitantes, há diferenças regionais marcantes no Brasil. Regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste (onde a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos),¹ convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, que se expandem com rapidez. Nesta Série de artigos, mostra-se que, a despeito dessas profundas diferenças, a saúde dos brasileiros tem melhorado.^{1,5} Ao longo dos últimos quarenta anos, a expectativa de vida ao nascer aumentou em mais de seis meses, a cada ano.¹ De forma similar, progressos têm sido feitos em relação aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM; Tabela 1). Indicadores referentes ao ODM 1 (pobreza e desnutrição infantil) e ao ODM 4 (sobrevivência infantil) serão, provavelmente, alcançados.² As tendências da mortalidade materna (ODM 5) têm se mostrado difíceis de medir com precisão, por conta da melhoria nos sistemas de notificação; por outro lado, estimativas obtidas por intermédio de modelos matemáticos apontam para uma taxa anual de declínio em torno de 4%,^{7,8} o que é insuficiente para alcançar a

meta.² No que diz respeito às doenças infecciosas (ODM 6), o Brasil se destaca no controle de doenças preveníveis por imunização e do HIV/AIDS, mas outras enfermidades – como a dengue, em particular – têm sido pouco afetadas pelos esforços de controle.³

Doenças crônicas e violência e lesões não fazem parte dos ODM, embora alguns pesquisadores postulem que elas deveriam ter sido incluídas.^{9,10} Porém, o Brasil vem progredindo nessas áreas: as taxas de mortalidade por doenças não transmissíveis caíram em 20% entre 1996 e 2007, especialmente em função de reduções das doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, paralelamente ao declínio da incidência de fumantes. Por outro lado, a hipertensão, a obesidade e o diabetes têm aumentado e as doenças neuropsiquiátricas são as que mais contribuem para a carga de doenças no país.⁴ Em relação à violência e às lesões, tanto as taxas de homicídio como as mortes relacionadas ao tráfego começam a declinar, após atingir seu pico na década de 1990, mas muito ainda deve ser feito para controlar essas duas ‘epidemias’.⁵ A taxa de homicídios no Brasil segue sendo várias vezes mais elevada que aquelas observadas nos países vizinhos, como a Argentina, o Chile e o Uruguai.¹¹

Historicamente, as desigualdades sociais, étnicas e regionais têm afetado a sociedade brasileira, daí não ser surpreendente que o Brasil figure entre os líderes mundiais em termos de desigualdade de renda. Contudo, apresentam-se evidências nesta Série de que as lacunas socioeconômicas e regionais referentes a vários indicadores estão sendo diminuídas gradativamente.

A Tabela 2 mostra as tendências ao longo do tempo de indicadores-chave, socioeconômicos e de saúde, em sete países da América Latina com populações acima de 15 milhões de habitantes. Em 1960, o Brasil figurava em

Este é o sexto da *Séries* de seis fascículos em Saúde no Brasil

*Membros listados no final do

fascículo **Programa de**

Pós-Graduação

em Epidemiologia,

Universidade Federal de

Pelotas, Pelotas, Brasil

(Prof C G Victora MD); **Instituto**

de Saúde Coletiva,

Universidade Federal da Bahia,

Salvador, Brasil

(Prof M L Barreto MD,

Prof J Paim MD); **Escola**

Nacional de Saúde Pública

Sérgio Arouca, Fundação

Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,

Brasil (M do Carmo Leal MD,

F I Bastos MD, C Almeida MD);

Faculdade de Saúde Pública,

Universidade de São Paulo,

São Paulo, Brasil

(Prof C A Monteiro MD);

Faculdade de Medicina,

Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Porto Alegre,

Brasil (M Ines Schmidt MD);

CAPES/Fulbright Visiting

Scholar, Brown University,

Providence, RI, EUA

(F I Bastos); **Universidade**

Federal do Rio de Janeiro,

Universidade Estadual do Rio

de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio

de Janeiro, Rio de Janeiro,

Brasil (C Travassos MD);

Instituto de Medicina Social,

Universidade Estadual do Rio

de Janeiro, Rio de Janeiro,

Brasil (M Reichenheim MD);

Progressos em relação aos indicadores dos ODM		Previsão
Erradicar a pobreza extrema e a fome (reduzir à metade a pobreza extrema e a fome) (ODM 1)	Pobreza extrema reduzida de 8,8% (1990) para 4,2% (2005) Prevalência de crianças menores de 5 anos abaixo do peso reduzida de 5,6% (1989) para 2,2% (2006/7)	Alcançado Alcançado
Educação primária universal (ODM 2)	95% das crianças e adolescentes entre 7-17 anos matriculados na escola (2008)	Em vias de ser alcançado
Promover a equidade de gênero e o empoderamento das mulheres (ODM 3)	Mais meninas do que meninos estão matriculados na escola primária, secundária e universidades Persiste a discriminação contra as mulheres no emprego, no nível de renda e na representação política	Alcançada meta em relação à equidade no acesso à educação Persistem outros tipos de discriminação contra a mulher
Reduzir a mortalidade nos menores de cinco anos em dois terços (ODM 4)	A mortalidade em menores de cinco decresceu de 4,8% ao ano desde 1990 (ODM requer uma taxa anual de declínio de 4,2%)	Em vias de ser alcançado: o objetivo provavelmente será alcançado em 2011
Reduzir a mortalidade materna em três quartos (ODM 5)	A melhoria na notificação dos óbitos maternos dificulta a análise das tendências, mas é improvável que a redução alcançada seja suficiente para atingir esse objetivo. Estimativas feitas a partir de modelos matemáticos apontam para reduções anuais em torno de 4%, abaixo dos 5,4% requeridos	Progresso insuficiente
Combater o HIV/AIDS, malária, tuberculose e outras doenças (ODM 6)	A prevalência do HIV permanece baixa (<0,5%) desde 2000; erradicação quase por completo das doenças imunopreveníveis (poliomielite, sarampo, difteria), diarreia e doença de Chagas; sucesso parcial no controle da malária, hepatite A e B, tuberculose e esquistossomose; insucesso no controle da dengue e da leishmaniose visceral	Progresso parcial ou substancial com relação à maioria das doenças infecciosas

Dados extraídos do United Nations Development Programme (UNDP) Brasil, Banco Mundial⁶ e artigos anteriores desta Série.¹⁻⁵

Tabela 1: Avanços alcançados pelo Brasil em relação aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)

	População (milhões)		PIB per capita (US\$)		Coeficiente de Gini para concentração de renda		Urbanização (%)		Adultos alfabetizados (%)		Taxa global de fertilidade (número de criança/mulher)		Expectativa de vida a partir do nascer (anos)		Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (/1000)	
	1960	2008	1960	2008	1984-87	2005-07	1960	2008	1980-82	2007	1960	2009	1960	2009	1960	2009
Brasil	71,7	191,9	1448	4448	0,58	0,55	45	86	75	90	6,2	1,8	54,5	72,7	178	21
Argentina	20,6	40,7	5237	9894	0,45	0,50	74	92	94	98	3,1	2,2	65,2	75,5	72	14
Chile	7,6	16,4	1842	6212	0,56	0,52	68	88	91	97	5,6	1,9	57,0	78,7	139	9
Colômbia	16,0	44,9	1130	2986	..	0,58	45	75	..	93	6,8	2,4	56,7	73,2	144	19
México	38,6	110,0	2554	6591	0,46	0,48	51	77	83	93	6,8	2,2	57,1	76,5	137	17
Peru	9,9	29,0	1647	2921	0,46	0,50	47	71	82	90	6,9	2,5	47,7	73,5	233	21
Venezuela	7,6	26,4	5425	5964	0,54	0,43	62	93	85	95	6,6	2,5	59,5	74,0	83	18
Média*	..	..	2973	5761	0,493	0,503	57,6	82,8	86,9	94,1	6,0	2,3	57,2	75,2	134,5	16,2
Diferença†	..	..	-1524	-1314	0,088	0,047	-12,7	2,8	-12,3	-4,1	0,2	-0,5	-2,7	-2,5	43,2	4,4
Razão‡	..	..	0,49	0,77	1,18	1,09	0,78	1,03	0,86	0,96	1,04	0,80	0,95	0,97	1,32	1,27

PIB=Produto Interno Bruto. *Valor médio dos indicadores dos seis países (Brasil não incluído). †Diferença entre o Brasil e o valor médio dos seis países. ‡Razão entre o Brasil e o valor médio dos seis países. Dados extraídos do Gapminder.

Tabela 2: Evolução de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde selecionados para os sete maiores países da América Latina, 1960-2009

primeiro ou segundo lugar em termos de pobreza, concentração de renda, população rural, analfabetismo e mortalidade. A concentração de renda no Brasil é especialmente elevada, com um coeficiente de Gini atingindo o pico de 0,64 no final da década de 1980, quando o país era o mais desigual do mundo. Diferentemente de todos os países que constam da Tabela 2, o Brasil tem um enorme território e se mostrava afetado por elevada carga de doenças tropicais. Todos os países em análise apresentaram progresso em todos os indicadores. Diferenças absolutas e relativas entre o Brasil e os valores médios dos outros seis países foram reduzidas em relação a todos os indicadores, e com referência a alguns deles (fertilidade e urbanização), houve reversões. As diferenças relativas em termos de expectativa de vida e mortalidade de crianças menores de cinco anos foram pequenas, mas ocorreu uma redução absoluta significativa da mortalidade de menores

de cinco anos, que declinou de 43,2 para 4,4 mortes por 1.000 nascidos vivos entre 1960 e 2009.

As tendências observadas nas condições de saúde da população brasileira nos últimos cinquenta anos devem ser interpretadas em termos dos determinantes sociais de saúde. A ditadura militar, que se estendeu de 1964 até o final da década de 1980, caracterizou-se por rápido crescimento econômico, aumento da concentração de renda, proteção social inadequada, sistema de saúde fragmentado e escassa participação social em todos os setores, incluindo a saúde. Tal situação estimulou o florescimento, nos anos 1970 e 1980, de um forte movimento social que advogou pela reforma do setor saúde. O retorno à democracia possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da nova Constituição, de 1988, com participação popular em todos os níveis.¹ Ao longo de todo esse período, mudanças se fizeram notar em outros determinantes

e Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil (F C Barros MD)

Correspondência para:
Prof C G Victora, Universidade Federal de Pelotas, CP 464, 96001-970 Pelotas, RS, Brasil
cvictora@gmail.com

Para maiores informações UNDP Brasil veja <http://www.pnud.org.br/odm>

Para Gapminder data veja <http://www.gapminder.org/data>

da saúde, incluindo a urbanização (mais de quatro quintos de toda população brasileira reside hoje em cidades), fertilidade (que caiu de mais de seis para menos de duas crianças para cada mulher, em quarenta anos) e educação (sendo hoje a educação primária praticamente universal).

A partir da metade da década de 1990, outras mudanças importantes começaram a acontecer. A hiperinflação foi contida e a estabilidade econômica, alcançada, seguida de crescimento moderado da economia. A Estratégia da Saúde de Família (anteriormente conhecida como Programa de Saúde da Família) expandiu a atenção básica em saúde em áreas geográficas específicas e com população adscrita, alcançando as regiões mais pobres do país e, em particular, as áreas rurais do Norte e Nordeste, pequenas cidades e bairros periféricos nas áreas metropolitanas. Programas de transferência de renda condicionada (tal como o “Bolsa Família”) foram desenvolvidos complementarmente ao sistema de proteção social e beneficiam hoje cerca de um quarto da população brasileira. O salário-mínimo aumentou de US\$50 por mês, na década de 1980, para os atuais US\$300, e, após um longo período de aguda concentração de renda, o coeficiente de Gini começou a declinar a partir de 2000.

Além de mudanças positivas no âmbito dos determinantes sociais da saúde, o Brasil também avançou com um vigoroso movimento de reforma no setor de saúde, que incluiu não apenas acadêmicos e formuladores de políticas e gestores, mas também profissionais da área em todos os níveis (como pessoal auxiliar, médicos e gestores), sindicalistas e a sociedade organizada. Esse movimento social estava na linha de frente da resistência à agenda neoliberal de reformas *post-welfare* difundida mundialmente nos anos 1980 e 1990.¹ Mesmo quando os governos nacionais incluíram coalizões lideradas por partidos de direita ou centro-direita, as políticas de saúde progressistas foram preservadas. Um sistema de saúde universal, financiado por impostos gerais e contribuições específicas, foi criado no Brasil, ao mesmo tempo que, em todo o mundo, pacotes básicos e copagamentos pelos usuários foram implementados no setor público em grande parte dos países de renda baixa e média.

Internacionalmente, o Brasil adotou uma postura independente e autônoma em fóruns internacionais como os da Organização Mundial do Comércio, no qual, por exemplo, leis injustas sobre patentes de medicamentos foram questionadas.¹² Na Organização Mundial da Saúde, o Brasil expressou uma forte oposição ao *World Health Report 2000* (Relatório sobre a Saúde no Mundo, do ano 2000), referente ao desempenho dos sistemas de saúde. Alguns argumentam que a reação do Brasil se deveu à sua baixa classificação em relação aos demais países, mas as críticas ao relatório foram baseadas em evidências científicas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais de grande impacto¹³ e, posteriormente, endossadas pela Assembleia Mundial da Saúde.¹⁴

Apesar de tudo, os avanços no Brasil têm sido irregulares. A seguir, serão discutidas algumas das principais conquistas e alguns dos maiores desafios para melhorar a saúde dos brasileiros.

O que há de especial no sistema de saúde brasileiro?

O Sistema Único de Saúde

Desde 1989, os brasileiros têm direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional de saúde com características únicas na América Latina, financiado por impostos e contribuições sociais específicas.¹ Como descrito no primeiro artigo desta Série,¹ a implantação do SUS se fez acompanhar de importante descentralização do sistema e resultou na expansão do acesso aos serviços de saúde, especialmente à atenção básica, com a Estratégia de Saúde da Família. Essa mudança levou ao aumento expressivo de cobertura,^{1,2} com efeitos positivos na melhora da mortalidade infantil^{15,16} e, talvez, na mortalidade das demais faixas etárias,¹⁷ além de reduções nas internações desnecessárias.¹⁸ O Brasil vem investindo num sistema universal centrado na atenção primária, ao mesmo tempo que muitos outros países optaram pela atenção seletiva e estratégias de financiamento menos equitativas.¹⁹ Um inquérito realizado em 2008 mostrou que 93% dos brasileiros que procuraram atenção à saúde conseguiram obtê-la¹ e várias intervenções na atenção materno-infantil estão perto de atingir cobertura universal, sendo implementadas na estrutura básica de saúde, e não como programas verticais independentes.²

Participação Social

Intensa participação social foi a “pedra fundamental” do SUS desde a sua origem, com a articulação de movimentos sociais, nos anos 1970 e 1980, que resultou na reforma do setor de saúde. A participação social na saúde foi institucionalizada pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentada pela Legislação dos anos 1990, que estabeleceu conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo: o Brasil possui atualmente um conselho nacional, 27 conselhos estaduais e mais de 5.500 conselhos municipais de saúde.^{1,20} Essas organizações são instâncias permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias de saúde, pelo controle da prática de políticas e pela análise de planos, programas e relatórios de gestão submetidos à sua apreciação pelos respectivos níveis de governo. Há forte interação entre conselhos, gestores e formuladores de políticas, estabelecendo um processo decisório complexo e inovador.¹ Todos os conselhos são compostos por representantes de usuários (50%), de trabalhadores do setor de saúde (25%), dos gestores e provedores de serviços de saúde (25%). As Conferências têm lugar a cada quatro anos, nos três níveis de governo, cada uma delas com um número expressivo de representantes, com a mesma distribuição proporcional dos conselhos.

O objetivo das conferências é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas, contribuindo assim para a inclusão de temas importantes na agenda pública. Entre outros mecanismos democráticos, o orçamento participativo, adotado por vários estados e municípios, é também uma inovação. Parte do orçamento de saúde de uma cidade (município) ou estado é definida com base no voto popular: a população de uma cidade pode votar, por exemplo, se uma nova unidade de cuidados intensivos ou postos de saúde devem ser construídos em determinado lugar. Apesar desses avanços, o processo de participação social deve ser continuamente aprimorado.²¹ Diferenças sociais e educacionais entre os representantes de usuários, profissionais e gestores podem eventualmente dificultar o diálogo democrático entre as partes. Interesses corporativos estão representados (ver “Problemas associados aos interesses profissionais”) e a dominância tecnoburocrática pode restringir a habilidade dos conselhos para aprovar mudanças substantivas. Em resposta a estas limitações, a Política Nacional para o Gerenciamento Estratégico e Participação (conhecida como ParticipaSUS) foi aprovada em 2007, para promover e integrar ações relacionadas à participação social, ouvidoria, auditoria, monitoramento e avaliação. Mesmo com algumas dificuldades, a institucionalização da participação social em todos os níveis é uma característica particular do SUS.²²

Recursos humanos em saúde

Sistemas de Saúde complexos como o SUS necessitam de pessoal qualificado para a gestão. Em 2007, havia cerca de 1,7 médicos, 0,9 enfermeiros e 1,2 dentistas para cada 1.000 habitantes, e tais profissionais estavam localizados particularmente nas regiões Sul e Sudeste.¹ Houve um rápido crescimento em termos de matrículas universitárias para essas mesmas profissões: em 2008, havia 90.000 alunos matriculados em medicina, 220.000 em enfermagem e 50.000 em odontologia.²³ A formação de enfermeiros foi especialmente estimulada em resposta ao persistente desequilíbrio entre médicos e profissionais de enfermagem. Mesmo em termos do número de médicos, o Brasil é superado pela Argentina (que tem 3,2 profissionais para cada 1.000 hab.) e México (com 2,9 profissionais para cada 1.000 hab.).²⁴ Os Ministérios da Saúde e Educação estão priorizando na graduação programas de desenvolvimento curricular voltados à formação de profissionais generalistas. A inovação mais recente é a criação de um curso de graduação dedicado à formação de profissionais para a área de saúde pública.²⁵ Paralelamente, amplos programas de capacitação foram implantados para qualificar o pessoal técnico e auxiliar de saúde, não somente para atuar na atenção básica, mas também nos outros níveis de cuidado. Muito embora os trabalhadores da saúde representem 10% de toda a força de trabalho brasileira, muitos desafios permanecem: distribuição regional desigual de profissionais qualificados, alta rotatividade, falta de carreiras estruturadas e enormes diferenças salariais entre

regiões, estados e municípios, fatores que serão discutidos a seguir (ver “Os desafios dos recursos humanos”).¹

A combinação público-privada

O Brasil tem experiência substantiva para compartilhar com outros países em relação às parcerias público-privadas, sobretudo nos serviços de saúde. A interface entre esses dois setores tem se consolidado no tempo, contudo permanece como importante fonte de conflitos e contradições.¹ Muitos dos serviços privados (hospitais com e sem fins lucrativos, serviços de apoio diagnóstico, ambulatórios médicos etc.) prestam serviços tanto ao SUS quanto a pacientes dos seguros de saúde privados. Em muitos casos, esses serviços oferecem um padrão dual de cuidado, dependendo do valor do pagamento recebido por paciente. Uma rápida visita aos hospitais privados brasileiros conveniados com o SUS evidencia diferenças impactantes entre as enfermarias superlotadas de pacientes do subsetor público e as acomodações mais confortáveis para aqueles que contam com seguros privados. Essa particular articulação público-privada leva também a distorções na utilização de alguns procedimentos, dependendo do valor pago pelo Estado aos provedores privados por determinadas intervenções. Por exemplo, o rápido aumento do número de cesáreas pode ser em parte atribuído ao maior valor pago a provedores privados pelo procedimento cirúrgico em relação ao parto normal, prática que remonta aos anos 1970, tempo da assistência médica da previdência social (que antecede o SUS).²⁶ De forma paradoxal, os provedores privados se queixam, sistematicamente, que os valores recebidos pela tabela do SUS são insuficientes para garantir um padrão assistencial adequado; entretanto, muitos não conseguiriam sobreviver economicamente sem esse aporte financeiro de recursos públicos, que corresponde a mais de dois terços de sua clientela. Defensores do SUS argumentam que a expansão da cobertura e do financiamento público, além do fortalecimento da regulação e das auditorias, é essencial para garantir padrão semelhante de atenção a todos os pacientes, do SUS ou do setor privado, e para promover a efetiva inserção do setor privado numa rede regionalizada e racionalizada de serviços de saúde. As articulações público-privadas se complicam ainda mais porque muitos pacientes utilizam ambos os subsistemas, além de que médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde têm mais de um emprego, frequentemente nos dois subsectores. Em resumo, essas complexas dimensões da combinação público-privado na saúde no Brasil estão ainda por ser adequadamente enfrentadas.

Seguros de saúde privados

Importantes mudanças vêm ocorrendo também no setor de seguros privados de saúde. Ainda que o Brasil tenha mais de 1.000 seguradoras nessa área,²⁷ muitas delas são pequenas e operam em nível local; entre as maiores companhias que operam nacionalmente, vêm

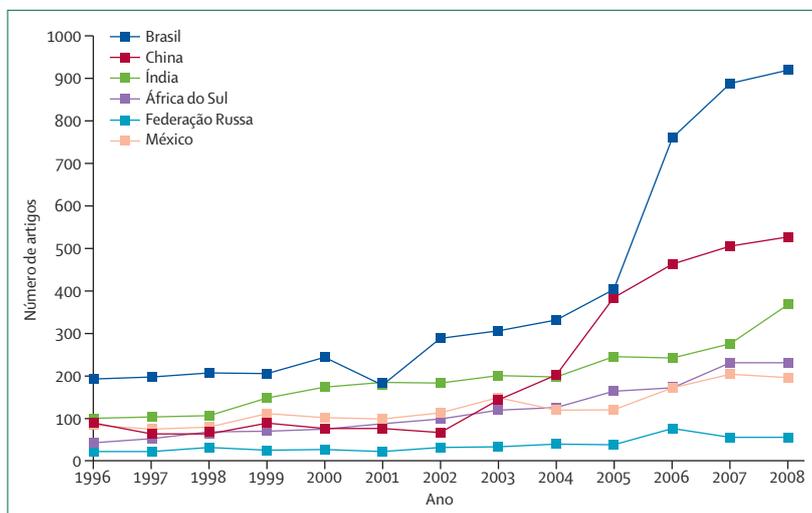


Figura 1: Número de artigos científicos publicados anualmente na área de Saúde Pública em países selecionados. Dados extraídos da ABRASCO.

acontecendo aquisições e fusões, ocasionando importante concentração no setor.²⁸ De 2002 a 2008, o número de brasileiros com seguros de saúde privados aumentou em mais de seis milhões, embora a proporção da população coberta por planos de saúde privados permaneça entre 20-25%.¹ Com a ascensão de famílias originalmente pobres para a classe média, a clientela para as novas megacompanhias tende a aumentar.¹ As agências regulatórias, no entanto, têm externado a preocupação de que muitos dos novos planos cobrem exclusivamente necessidades específicas e que o preço dos seguros, em geral, está aumentando bem acima das taxas de inflação. Por conta da natureza universal do SUS, pacientes que necessitam de procedimentos complexos não cobertos por seus planos privados de saúde utilizam o setor público, por mais que os pagamentos de seus seguros sejam, em grande parte, dedutíveis do seu imposto de renda – um subsídio altamente regressivo que enfraquece a capacidade de financiamento do SUS.²⁹ Mesmo tendo havido progressos em relação à regulação dos seguros privados de saúde, a redefinição do papel do setor privado no SUS é essencial, e uma regulação mais rígida é fundamental para minimizar a competição entre o setor público e privado e definir como reembolsar o SUS quando os pacientes com seguros privados utilizarem serviços públicos.

Desenvolvimento de capacidades para pesquisa de saúde

A pesquisa científica tem crescido rapidamente no Brasil.³⁰ O Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia foi lançado há cinco décadas, trazendo incentivos para a formação científica de alunos nos níveis de graduação e pós-graduação. No momento, há 2.718 cursos de pós-graduação na área de saúde, incluindo 55 que oferecem mestrado e doutorado em saúde pública e áreas correlatas.³¹ Incentivos especiais são proporcionados aos

programas consolidados, muitos dos quais estão localizados nas regiões Sul e Sudeste, para que estimulem o desenvolvimento de grupos emergentes no restante do país. As publicações de pesquisadores brasileiros em revistas científicas (revisadas por pares) cresceram de 14.237, em 2003, para 30.415, em 2008.³⁰ Semelhante produção corresponde a 2,7% das publicações científicas mundiais, em todas as áreas de pesquisa, e a proporção está avançando mais rapidamente que em outros países em condições similares nas ciências de saúde pública (Figura 1). Esse crescimento pode ser atribuído, em grande parte, aos investimentos governamentais em pesquisa, incluindo o financiamento competitivo de projetos de investigação baseados na avaliação técnica e no desempenho, tanto dos pesquisadores individuais quanto dos departamentos acadêmicos e instituições, e também aos investimentos que garantem o acesso aberto às principais publicações e revistas científicas brasileiras, colaborando assim para a sua sobrevivência e melhoria de qualidade. O Ministério da Saúde, em particular, criou, em 2000, o Departamento de Ciência e Tecnologia, que usa 1,5% do vultoso orçamento do SUS para o financiamento de pesquisas em saúde, com base num elenco de prioridades³² definidas após um amplo processo de consultas. De 2003 a 2009, o Departamento financiou 3.700 projetos, com um orçamento total de US\$ 400 milhões.³³ O financiamento de programas de pós-graduação em áreas como vigilância, saúde ambiental, administração hospitalar, avaliação tecnológica, entre muitos outros, também é apoiado. Instituições acadêmicas recebem financiamento do Ministério da Saúde para oferecer esses cursos regularmente aos profissionais responsáveis pela gestão do SUS. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) tem sido um agente central na reforma sanitária brasileira nesse processo, desde 1979, ano de sua criação, e tem desempenhado papel importante representando a comunidade acadêmica da saúde pública em fóruns nacionais e internacionais.³⁴

A mídia de massa e a promoção da saúde

Outro aspecto positivo da saúde pública no Brasil é o envolvimento concreto com os meios de comunicação de massa. As novelas televisivas são parte integrante da cultura brasileira e é um item de destaque na pauta de exportação brasileira. Desde a década de 1980, séries e outros programas de televisão têm sido utilizados intensivamente pelo governo, por organizações internacionais e da sociedade civil, a fim de promover comportamentos saudáveis, tais como as campanhas de reidratação oral em casos de diarreia, aleitamento materno, uso de preservativos para a prevenção ao HIV/AIDS e planejamento familiar. Paralelamente a essa disseminação explícita de mensagens sobre saúde, o estilo de vida retratado nas novelas – como, por exemplo, pequenas famílias³⁵ e atividades físicas como lazer – tem contribuído para moldar comportamento. A televisão e as novelas são

apenas uma das muitas vias usadas pela mídia para promover comportamentos saudáveis. Estações de rádio locais são muitas vezes operadas por voluntários das comunidades e têm, há muito tempo, o papel de promover a saúde. Um bom exemplo disso é a disseminação dos materiais preparados pelo Ministério da Saúde e pela UNICEF durante as campanhas verticais dos anos 1980 voltadas ao aumento da sobrevivência de crianças. Por outro lado, os meios de comunicação de massa têm sido amplamente utilizados também para anunciar bebidas alcoólicas e comidas não saudáveis, seguros de vida privados propagandeados de forma agressiva, bem como para fomentar a crença de que soluções tecnológicas sofisticadas, tais como transplantes, procedimentos complexos de diagnóstico, cesáreas e cirurgias plásticas, equivalem a uma atenção de qualidade à saúde.

Regulação e medicamentos

Um sistema complexo como o SUS requer uma estrutura regulatória forte. A Agência Nacional para a Vigilância da Saúde (ANVISA, o equivalente brasileiro da Administração de Alimentos e Medicamentos, nos EUA) foi criada em 1999, como um órgão autônomo voltado à regulação de um amplo espectro de questões: medicamentos e outras tecnologias de saúde, condições ambientais, alimentos, serviços de saúde e controle de fronteiras.³⁶ Ações eficientes em muitas áreas diferentes podem constituir um verdadeiro desafio. Em relação ao controle de medicamentos, a cobertura ampla para o tratamento de determinadas doenças, como HIV/AIDS, tuberculose e Mal de Hansen, foi alcançada com a distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS, com base em protocolos clínicos elaborados por consenso entre especialistas. Embora a emergência de cepas resistentes a agentes antimicrobianos constitua ainda uma grande preocupação, níveis de resistência primária e secundária têm se mantido baixos e estáveis nessas enfermidades, sugerindo que essa regulação tem contribuído para o uso mais racional de drogas.³ Por outro lado, a situação em relação a outros antimicrobianos é bastante diversa. Apesar de normas regulatórias sólidas, a maior parte dos antibióticos historicamente esteve disponível para compra por qualquer um que os solicitasse a vendedores não licenciados em farmácias privadas.³⁷ Tal costume contribuiu, indubitavelmente, para os altos níveis de resistência a antibióticos, verificados por exemplo em pacientes com infecção urinária³⁸ e gonorreia.³⁹ No final de 2010, uma nova legislação foi aprovada proibindo a venda de antibióticos sem receita médica, mas se essa medida será efetiva ou não é algo a ser avaliado posteriormente.

Propaganda comercial

Comidas infantis, tabaco, bebidas alcoólicas e refrigerantes açucarados são exemplos de alguns produtos com efeitos potencialmente nocivos à saúde que podem ser controlados pela legislação. O Brasil tem

uma trajetória ambígua nessa área. Experiências com a proibição de propaganda para substitutos do leite materno têm sido muito positivas:² fórmulas substitutivas e mamadeiras não podem ser anunciadas para o público em geral e os rótulos de todos os produtos lácteos devem mencionar que são substitutos inadequados ao leite materno. Técnicas de propaganda – como descontos e brindes – são proibidos para esses produtos substitutivos e mamadeiras. O financiamento de encontros científicos por parte de empresas produtoras dessas fórmulas é regulado de forma rigorosa e o financiamento da participação de profissionais nessas reuniões de saúde também não é permitido. O Código Internacional de Propaganda de Substitutos para o Leite Materno foi adotado em 1988 e é aplicado rigorosamente pelo Ministério da Saúde, em parceria com a *International Baby Food Action Network*. A regulação da propaganda referente ao tabaco é igualmente abrangente e rígida; desde 2000, entre outras medidas, anúncios foram proibidos e fotografias alertando sobre os riscos são mandatórias nas embalagens de cigarros.⁴ Em contraste, os limites referentes à propaganda de bebidas alcoólicas são tênues e restritos apenas às bebidas com mais de 13% de teor de álcool. A restrição apenas parcial permite, por exemplo, grandes campanhas de propaganda de cerveja na mídia, dirigidas aos consumidores jovens, inclusive vinculadas a esportes populares e eventos culturais.⁴ Tentativas de regulação nesse âmbito por parte da ANVISA foram repetidamente derrubadas pela indústria e pela mídia. A situação é ainda mais grave em relação às comidas processadas com alto teor calórico e poucos nutrientes, pois não estão sujeitas a qualquer tipo de regulação, nem mesmo em relação a propagandas para crianças e adolescentes. Os tímidos compromissos de controle assumidos voluntariamente na Europa e na América do Norte pelas companhias transnacionais produtoras de comidas e bebidas não são honrados no Brasil, e as repetidas tentativas da ANVISA de regular esse mercado têm sido bloqueadas sistematicamente por lobistas industriais.⁴⁰ Diferente do que é observado em relação ao tabaco e substitutos do leite materno, a sociedade civil brasileira não se pronunciou quanto à promoção comercial agressiva de bebidas alcoólicas e comidas processadas não saudáveis, possivelmente pelo fato de que os danos para a saúde causados pelo consumo moderado de bebidas alcoólicas e alimentos industriais não estão tão bem documentados e disseminados, não só nacional mas globalmente, quanto aqueles referentes ao tabaco ou às fórmulas infantis. Por isso, como era de se esperar, a amamentação natural está aumentando² e o hábito de fumar está se tornando menos frequente,⁴ todavia, em contraposição, não há mudanças evidentes quanto ao consumo de álcool e o ganho de peso.⁴

Grandes desafios permanecem

Em um país grande e complexo como o Brasil, compilar uma lista abrangente de todos os desafios para a saúde da

Para o *International Baby Food Action Network* ver <http://www.ibfan.org.br>

Frequência e tendências	
Saúde da mãe e da criança²	
Abortos ilegais	Muito prevalente*
Mortalidade materna	Pequeno declínio*
Nascimentos prematuros	Aumentando
Hipermedicalização do parto (cesáreas, etc.)	Aumentando
Doenças infecciosas³	
Dengue	Epidemias repetidas, sem controle
Leishmaniose visceral	Aumentando
Doenças não transmissíveis⁴	
Obesidade/sobrepeso	Aumento acelerado
Diabetes	Aumentando
Hipertensão	Alta prevalência, ainda aumentando
Doenças psiquiátricas	Alta Prevalência*
Asma	Alta Prevalência*
Cânceres de pulmão, próstata, colo e mamário	Aumentando
Uso de tabaco	Decrescendo, mas ainda em níveis inaceitáveis
Uso excessivo de álcool	Alta Prevalência*
Causas externas⁵	
Homicídios	Pequeno declínio, mas ainda em níveis epidêmicos
Acidentes de trânsito	Pequeno declínio, mas ainda em níveis epidêmicos
Violência doméstica	Alta Prevalência*

*Dados confiáveis e representativos que subsidiem a estimativa de tendências não estão disponíveis.

Table 3: Problemas de saúde e doenças que requerem atenção especial

população – e, em particular, para a provisão de cuidados de saúde – seria algo por demais ambicioso. No entanto, muitas das questões importantes que devem ser resolvidas num futuro próximo são discutidas a seguir. Estes desafios não são, de forma alguma, os únicos. Há enorme necessidade de aprofundar a regulação da articulação público-privada e de coordenar diferentes setores e níveis governamentais – municipal, estadual, e federal. Além disso, a avaliação de impacto e de resultados tem papel crucial. Muitos programas, projetos, políticas e outras iniciativas foram lançadas nos últimos vinte anos, mas os efeitos não são bem conhecidos em razão da pouca ênfase em avaliações rigorosas.

Enfrentando o mais difícil de alcançar

Apesar do aumento da cobertura geral dos serviços de saúde e da diminuição das disparidades sociais e regionais, desigualdades importantes em saúde permanecem. Taxas de mortalidade infantil ainda são duas vezes maiores no Norte e Nordeste do Brasil do que nas regiões Sul e Sudeste do país.² Populações indígenas, sobretudo nas regiões Amazônicas, representam menos de 1% da população, mas ainda assim têm piores indicadores em saúde que o restante do país.⁴¹ A desigualdade entre grupos étnicos persiste em relação a muitos indicadores, seja em saúde materna e infantil, seja em doenças crônicas ou violência.^{2,4,5,42} Quilombolas – comunidades estabelecidas por escravos fugitivos no século XIX – têm níveis de saúde materna e infantil

inaceitáveis, assim como as populações que vivem em acampamentos de famílias sem terra (dispersas por todo o Brasil).⁴³ Mesmo tendo garantido melhores níveis de acesso aos serviços de saúde para grande parte da população,¹ a redução da exclusão social de subgrupos específicos continua um desafio importante para o SUS. A ampliação e consolidação de serviços de atenção básica, disponibilizados pela Estratégia de Saúde da Família, podem ajudar a vencer tal desafio, desde que se melhore o acesso aos demais níveis de atenção – secundários e terciários.

Financiamento do SUS

O SUS teve menos sucesso do que originalmente esperado em relação à expansão da parte pública nos gastos totais em saúde, cuja proporção de 41%, em 2007, é desfavoravelmente comparada com outros países que possuem ou não sistemas nacionais de saúde (Reino Unido, com 82%, e México, com 47%, respectivamente).¹ Despesas com seguros privados e pagamentos diretos tiveram aumento sustentado ao longo do tempo, mas desde a sua criação, o SUS tem contado com orçamentos inferiores ao que seria necessário, apesar de recomendações específicas sobre seu financiamento terem sido incorporadas à Constituição de 1988. A parcela relativa ao setor de saúde no orçamento federal tem permanecido estável e o gasto total em saúde representa 8,4% do Produto Interno Bruto.⁴⁴ Deficiências importantes existem no âmbito da infraestrutura, da provisão de serviços especializados e na distribuição de recursos humanos, o que tem exacerbado a dependência do SUS da compra de serviços aos prestadores privados, sobretudo para a atenção em nível secundário e terciário. Um exemplo dessa situação é que somente um terço de todos os leitos hospitalares utilizados pelo SUS pertence a hospitais públicos. Por outro lado, os provedores privados reclamam constantemente que os valores pagos pelo SUS mal permitem cobrir seus custos. A possibilidade atual de uma crise financeira constitui ameaça adicional e uma prioridade para o debate sobre o futuro do SUS.

Melhora na qualidade da atenção

Nesta Série está documentada a expressiva melhora no acesso a serviços e nos níveis de cobertura para boa parte das intervenções em saúde no SUS, mas também é enfatizado que a qualidade dos serviços prestados está, por vezes, abaixo do esperado, como nos cuidados pré-natais.² A má qualidade dos cuidados está relacionada a questões institucionais, como a alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família e as dificuldades em atrair médicos qualificados para trabalhar em áreas remotas, apesar dos altos salários. Tais postos são particularmente atraentes para os médicos jovens recém-graduados e que querem postergar por alguns anos sua formação complementar. Mais investimentos em cursos breves de

capacitação específica, como em Gestão Integrada de Doenças Infantis⁴⁵ ou na abordagem sindrômica de doenças sexualmente transmissíveis,⁴⁶ poderiam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção, em especial quando os recursos laboratoriais de apoio diagnóstico são limitados. Outros importantes desafios para a qualidade da atenção incluem: a incidência de

infecções adquiridas nos serviços de saúde (um problema de grande magnitude, pois muitos hospitais contam com programas de controle de infecção hospitalar mal estruturados e que não priorizam a vigilância); o uso indevido da tecnologia nas decisões médicas (o Brasil tem uma das taxas mais altas de cesariana do mundo);² a reduzida proporção de serviços

Painel: Uma Convocatória para a Ação

Em um país grande e complexo e com tantas mudanças em curso, uma convocatória para a ação em busca da melhoria das condições de saúde e da provisão de serviços deve ser necessariamente longa. Dividimos as recomendações em categorias direcionadas ao governo brasileiro e a outros distintos atores com papel relevante na arena da saúde. O governo tem um papel central no setor, mas outros atores deverão estar igualmente envolvidos, de modo a alcançar melhores níveis de saúde para a população brasileira.

O governo brasileiro

O governo deve reafirmar o seu compromisso com a melhoria da saúde da população brasileira, em particular no que diz respeito aos princípios da Constituição de 1988 e ao SUS, com ações nas seguintes áreas:

Condições de saúde

- Expandir atividades com o objetivo de atingir saúde ótima para todos os brasileiros, incluindo condições de saúde presentes nos ODM (saúde infantil e materna, subnutrição, doenças infecciosas e HIV, tuberculose, malária) e outros problemas relevantes de saúde (doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, outras doenças infecciosas, violência, traumas e lesões etc.).
- Renovar os esforços para reduzir doenças e condições mórbidas que têm prevalência elevada, incluindo danos e mortes relacionadas ao trânsito, homicídios, depressões e outras doenças psiquiátricas, uso de tabaco, álcool e de drogas ilícitas.
- Priorizar doenças e condições mórbidas que estão aumentando com frequência, incluindo obesidade, diabetes, dengue, prematuridade, entre outras.
- Continuar a investir na melhoria da vigilância em saúde pública, sistemas de informações de nascimento e óbito (particularmente, mortalidade materna), violência interpessoal e outras condições subnotificadas no presente momento.
- Melhorar as ações que objetivem reduzir ainda mais as desigualdades regionais, étnicas e socioeconômicas, em saúde, com especial atenção às populações que contam com coberturas insuficientes de cuidados de saúde, tais como os grupos indígenas, camponeses sem terra e quilombolas.
- Melhorar o uso de tecnologias e sistemas de informações em saúde.
- Garantir que os sistemas de monitoramento e avaliação considerem a questão equidade, produzindo resultados desagregados de acordo com o status socioeconômico e a origem étnica.

Financiamento da assistência à saúde

- Reverter a tendência de diminuição da participação dos fundos públicos nos gastos agregados em saúde e aumentar substancialmente o orçamento público para o setor, reduzindo os subsídios públicos ao setor privado.
- Reduzir a dependência do SUS de serviços comprados ao setor privado, particularmente, quanto a cuidados prestados em hospitais e serviços de diagnóstico, expandindo o investimento público em infraestrutura.

Cuidados primários de saúde

- Promover e integrar a Estratégia de Saúde da Família em todos os níveis de atenção como uma forma de atingir a cobertura universal das intervenções em saúde.
- Dar continuidade aos programas nos quais o Brasil se destaca, incluindo imunizações, controle do HIV/AIDS e de doenças endêmicas, como a doença de Chagas.

Regulação, responsabilização e qualidade do cuidado

- Promover iniciativas que melhorem a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes.
- Monitorar a qualidade de cuidados em todos os níveis, incluindo auditorias regulares e sistemáticas de mortes e perdas potenciais associadas a condições evitáveis.
- Aplicar de forma sistemática medidas regulatórias de modo a evitar distorções e hipermedicalização associadas à necessidade de adquirir uma fração substancial de serviços ao setor privado, e do monitoramento deficiente dos serviços públicos.
- Reforçar a participação social no setor saúde e adotar medidas proativa de modo a garantir que os conselhos de saúde hoje existentes se mantenham representativos e capazes de influenciar na formulação e implementação de políticas em todos os níveis.
- Aplicar de forma sistemática medidas regulatórias aos formuladores de políticas, gestores e pessoal de saúde em diferentes níveis, melhorando a avaliação do desempenho e as estruturas de participação, estabelecendo uma cultura organizacional sólida, voltada para a qualidade e a segurança.
- Expandir as regulações existentes quanto a propagandas de alimentos infantis e de tabaco para outros produtos potencialmente prejudiciais à saúde, como refrigerantes com açúcar e bebidas alcoólicas.
- Fortalecer as instâncias regulatórias a fim de produzir medidas mais efetivas de proteção do meio ambiente e dos locais de trabalho e para a redução de efeitos potencialmente danosos de alimentos e medicamentos.

(Continua na próxima página)

(Continuação da página anterior)

Recursos humanos em saúde

- Rever os regulamentos referentes aos servidores públicos de modo a melhorar os benefícios e as condições de trabalho para médicos, enfermeiros e agentes de saúde empregados pela Estratégia de Saúde da Família, evitando a rotatividade de mão de obra e mantendo elevada a motivação.
- Renovar esforços para equacionar a escassez de trabalhadores de saúde em áreas de difícil acesso, expandindo a capacitação nos locais de trabalho e promovendo a transferência de alguns procedimentos médicos para enfermeiros e agentes comunitários de saúde.
- Criar mecanismos para minimizar as discontinuidades na gestão do SUS, em nível municipal, estadual e federal, em função de interesses político-partidários.

Pesquisas em saúde

- Continuar a expandir os financiamentos disponíveis para as pesquisas em saúde, com ênfase na conquista de independência tecnológica e na avaliação exaustiva de tecnologias, programas e serviços hoje existentes.
- Discutir a criação de uma série de institutos de pesquisa similares aos National Institutes of Health, dos Estados Unidos, ou o Medical Research Council, no Reino Unido.

Ações intersetoriais

- Continuar a promover programas de transferência de renda condicionada e aumentos reais do salário mínimo, que têm contribuído para a redistribuição de renda e a quase eliminação da pobreza extrema.
- Melhorar as políticas sociais e programas focados em educação, habitação e seguridade social, como um meio de reduzir as desigualdades.

Trabalhadores de saúde

Pedimos que os trabalhadores de saúde:

- Engajem-se por completo no processo de construção e melhoria do SUS.
- Participem como atores-chave no processo de aumento de cobertura e oferta de cuidados integrais e de qualidade para toda a população.
- Evitem o uso de interesses corporativos que impeçam que intervenções essenciais de saúde cheguem àqueles que mais necessitam delas.
- Colaborem para a ampliação do acesso a cuidados de qualidade àqueles que vivem em áreas remotas do país, onde médicos e enfermeiras não estão disponíveis.

Setor privado

Pedimos que o setor privado:

- Reconheça seu papel social em fornecer serviços, juntamente com o SUS, quando assim requisitado, e se engaje integralmente na busca de cuidados de saúde de alta qualidade para todo o povo brasileiro.
- Harmonize suas demandas financeiras com o objetivo maior de chegar a um melhor resultado para todos, ao assegurar tratamento igual para pacientes do SUS e pacientes privados.
- Trate todos os pacientes com o mesmo padrão de cuidado, independentemente de como os serviços prestados estão sendo reembolsados.

Universidades, instituições de formação, conselhos de saúde e pesquisadores

Pedimos que as universidades, instituições de treinamento, conselhos de saúde e pesquisadores:

- Renovem seu compromisso com o SUS e, especificamente, com a atenção primária da saúde como porta de entrada do sistema e como um meio de obter a integralidade da atenção.
- Reafirmem seu compromisso em qualificar profissionais, garantindo a oferta de uma atenção de alta qualidade.
- Revejam os programas de formação de modo a garantir uma oferta adequada de médicos de família e especialistas direcionados ao setor público, em contraste com o foco atual na formação de especialistas para o setor privado.
- Invistam mais na formação de profissionais de saúde coletiva em nível de graduação.
- Garantam que cada médico e enfermeiro graduado tenham as habilidades básicas necessárias para oferecer cuidados de alta qualidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, independentemente de virem ou não a ser especialistas no futuro.
- Incrementem rapidamente a formação de enfermeiros e trabalhadores de saúde de nível médio.
- Aumentem a oferta de cursos curtos, no local de trabalho, direcionados a médicos, enfermeiros e outros trabalhadores de saúde empregados pelo SUS e pela Estratégia de Saúde da Família.
- Continuem a elaborar pesquisas visando à melhoria na equidade em saúde, incluindo o monitoramento e a avaliação do acesso e efetividade dos cuidados de saúde, satisfação dos pacientes, intervenções e tecnologias com adequado custo-benefício, desenvolvimento de protocolos (guidelines) clínicos e tecnologias de informações em saúde.
- Expandam esforços de pesquisa em busca de autossuficiência tecnológica em produtos de saúde (medicamentos, vacinas, diagnósticos e equipamento) e avaliações de tecnologias em saúde.
- Expandam esforços de pesquisa objetivando melhorar o conhecimento e a sensibilização das instâncias políticas e do público frente aos determinantes sociais de saúde.

Sociedade civil

Pedimos que a sociedade civil:

- Renove seu engajamento e apoio ao movimento de reforma sanitária e, em particular, ao SUS e Estratégia de Saúde da Família.
- Continue a participar das conferências e conselhos de saúde em termos paritários aos trabalhadores de saúde e aos representantes do governo.
- Ajude o setor público a melhorar a disponibilidade e qualidade dos serviços ao denunciar maus-tratos, acesso limitado e pagamentos indevidos.
- Entenda que o melhor sistema de saúde não está necessariamente associado às tecnologias mais avançadas.
- Continue a ter papel crítico e construtivo na consolidação de um sistema nacional de saúde unificado, efetivo e igualitário.

SUS= Sistema Unificado de Saúde. ODM=Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

submetidos a processos de acreditação (apesar da introdução do processo no país desde os anos 1990); e a baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes.⁴⁷

O desafio dos recursos humanos

A legislação que regula a contratação de funcionários civis no Brasil é rígida. Trabalhadores só podem ser contratados por concurso público, isto é, após um processo de seleção competitivo que, em geral, leva alguns meses e tem de ser autorizado pelo governo; os níveis salariais são pré-definidos por carreiras específicas; os encargos trabalhistas são substanciais; e demitir aqueles que trabalham menos que o esperado é bastante difícil. Por esses e outros motivos, médicos, enfermeiras, dentistas, agentes de saúde e outros profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família têm contratos especiais que facilitam muitíssimo os processos de admissão e demissão e permitem que os salários sejam competitivos para categorias específicas (como médicos e enfermeiros), bem acima daqueles recebidos por profissionais de saúde em outros serviços, igualmente qualificados. Isso possibilita também a oferta de melhores salários pelos municípios de áreas remotas, com a finalidade de atrair profissionais que, em outras condições, não estariam dispostos a viver nesses lugares. A desvantagem dessas iniciativas é que os profissionais que atuam na Saúde da Família não têm carreiras estruturadas, segurança no emprego ou benefícios outorgados aos demais servidores civis. Sendo assim, esses empregos são considerados menos satisfatórios pelos profissionais e é alta a rotatividade da mão-de-obra,^{48,49} levando a descontinuidades na composição das equipes, fato que se reflete nos cuidados prestados aos pacientes.

Problemas associados aos interesses profissionais

O corporativismo é um desafio à saúde pública no Brasil. Sociedades médicas têm feito *lobby* contra outros profissionais de saúde – até mesmo aqueles com grau universitário, como enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos –, cerceando-lhes o direito de prescrever qualquer medicamento, como resultado da aprovação pelo Congresso em 2009 da Lei dos Atos Médicos. O treinamento de enfermeiros e agentes de saúde pelo Programa de Gestão Integrada da Saúde Infantil, que compreende a prescrição de antibióticos simples a crianças com suspeita de pneumonia, foi interrompido em 2002, devido à pressão das sociedades médicas, muito embora não haja um único médico em 455 dos 5.562 municípios brasileiros⁵⁰ e apesar de forte evidência de que o manejo de casos no âmbito das comunidades pode reduzir a mortalidade de crianças com menos de cinco anos⁵¹ e que enfermeiros brasileiros treinados pela Gestão Integrada tratam doenças comuns segundo padrões similares aos dos médicos.⁵² Esse tipo de corporativismo é inteiramente paradoxal num país em que, até o final de 2010, os antibióticos podiam ser comprados com facilidade sem prescrição médica. Outros exemplos incluem a pressão exercida pelos

médicos contra a autorização para que enfermeiras obstétricas possam fazer partos normais e, pelas enfermeiras registradas, contra a autorização para que os agentes de saúde possam aplicar injeções.

O judiciário e a saúde

A interferência do sistema judicial na prescrição de medicamentos é uma característica singular do Brasil. A Constituição de 1988 declara que “a saúde é um dever do Estado”; pacientes para quem foram prescritos remédios caros, por vezes experimentais e que não integram a lista de medicamentos essenciais, solicitam a emissão de uma ordem judicial obrigando os gestores da saúde a comprar esses medicamentos ou proporcionar procedimentos médicos eletivos, de forma imediata. Gestores que não obedecem às ordens estão sujeitos à prisão. Em 2008, o estado do Rio Grande do Sul gastou 22% de todo o seu orçamento referente a medicamentos para cumprir 19.000 mandatos judiciais.⁵³ Análises de decisões judiciais na cidade de São Paulo mostraram que a maioria das ações foi impetrada por advogados privados, que 47% das prescrições foram feitas por médicos privados e que três quartos desses pacientes viviam em bairros de alta renda.⁵⁴ Interferências por parte do judiciário violam o princípio básico de equidade no SUS, ao privilegiar indivíduos com maior poder aquisitivo e maior acesso a informações, boicotar práticas racionais de prescrição e subtrair recursos das áreas prioritárias. Em reação a esse impasse, está sendo proposta a elaboração de protocolos clínicos – similares àqueles formulados pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica, no Reino Unido –, de modo a aumentar o poder dos gestores da saúde no que tange a fortalecer sua capacidade para tomar decisões técnicas e custo-efetivas sobre procedimentos ou tratamentos necessários.

Reduzindo a dependência de tecnologias de saúde importadas

O aumento nas demandas por serviços públicos, combinado a um rápido processo de inovação e adoção de novas tecnologias no sistema de saúde, levou a um crescimento assustador na fatia do orçamento nacional associado a equipamentos médicos e insumos (medicamentos, *kits* diagnósticos, vacinas etc.), de 5,8%, em 2003, para 12,3%, em 2009. Esses itens são, em grande medida, importados e correspondem a uma parte crescente da balança comercial brasileira. Os Ministérios da Saúde e de Ciência e Tecnologia têm investido de forma contínua na redução dessa dependência, mas esforços maiores serão necessários. O grande investimento do Brasil em capacitação científica proporciona uma forte base para o estabelecimento de parcerias público-privadas com empresários nacionais. Mecanismos como a isenção de taxas, empréstimos a juros baixos e garantia de mercado para produtos produzidos localmente estão sendo avaliados e investimentos adicionais serão necessários nesta área.^{55,56}

Reduzindo os efeitos adversos das mudanças climáticas e ambientais

Os efeitos das mudanças climáticas globais sobre os padrões de saúde e doenças são inquestionáveis.⁵⁷ No Brasil, vastas áreas do Norte (por exemplo, a floresta Amazônica) e Centro-Oeste (por exemplo, o Pantanal e o Cerrado) estão sob enorme risco, em razão da combinação de vários fatores: superexploração; desflorestamento; degradações ambientais (por exemplo, envenenamento por mercúrio nas principais bacias Amazônicas devido à mineração rústica a céu aberto);⁵⁸ economias locais dependentes de fontes de energia não renováveis (por exemplo, a remoção e queima de árvores para produção de carvão vegetal); e complexas interações entre mudanças climáticas globais e locais.⁵⁹ Degradação progressiva do ambiente na borda de florestas primitivas, novos assentamentos e desenvolvimento rápido e caótico de grandes áreas urbanas têm sido associados à urbanização da malária.^{60,61} No sul do Brasil, repetidos e severos alagamentos e tornados – fenômenos desconhecidos no país até recentemente – causaram enormes danos e perda de vidas, assim como surtos de diarreia e leptospirose, que foram controlados rapidamente pelo setor de saúde. Embora seja tentador atribuir os aumentos recentes da dengue e da leishmaniose ao aquecimento global, outros determinantes complexos existem, incluindo a urbanização desordenada, a falta de saneamento e a disposição inadequada do lixo, além de deficiências na fiscalização e nas ações de controle.³ O ambiente social também vem sendo afetado por mudanças: a urbanização acelerada e a violência urbana⁵ limitam as oportunidades de praticar atividades físicas em espaços públicos; há maior disponibilidade de comidas industrializadas que contribuem para a obesidade;⁴⁰ e mudanças rápidas das taxas de fertilidade e das estruturas familiares podem interferir, tanto positiva quanto negativamente, nos padrões de morbidade física e mental.⁶² Particular atenção deve ser prestada às iniciativas integradas que geram múltiplos benefícios, tais como a redução de desflorestamento, com o declínio concomitante da malária periurbana; e o estímulo aos deslocamentos ativos dos indivíduos, aumentando a atividade física e reduzindo as emissões de gás carbônico.⁶³

Enfrentando problemas de saúde que tendem a aumentar

Nesta Série foram enfatizados vários problemas de saúde que estão aumentando a prevalência ou que se estabilizaram em níveis inaceitavelmente elevados (Tabela 3).¹⁵ Uma questão crucial é o crescimento acelerado da população de idosos¹ submetidos a elevado risco frente a várias ameaças sobrepostas, especialmente doenças não transmissíveis. Questões de saúde relacionadas à idade foram discutidas por Schmidt et al.⁴ Melhorar a infraestrutura do sistema e a capacitação dos profissionais, atuando, por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família em doenças crônicas, constitui um desafio-chave, assim como assegurar a continuidade da atenção.

Observações finais

Com base nas análises realizadas e nos artigos anteriores desta Série,¹⁵ conclui-se com uma “convocatória para a ação” (Painel), em que são especificados os desafios dirigidos ao governo, ao setor privado, aos acadêmicos, aos trabalhadores de saúde e à sociedade civil como um todo. Salientamos, no entanto, que as ações recomendadas e seus respectivos atores estão profundamente interconectados e que uma ação coordenada por parte da sociedade se faz necessária.

Foram evidenciadas melhorias importantes nas condições de saúde. A mensagem central desta Série é que melhorias nas condições de saúde podem ser atribuídas tanto a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde, quanto à dinâmica de um vigoroso movimento de reforma setorial, iniciado nos anos 1970, que levaram o Brasil a adotar uma abordagem própria – em relação à América Latina – ao criar um serviço nacional de saúde com o principal objetivo de reduzir as desigualdades. A reforma sanitária e a criação do SUS foram parte de um amplo movimento destinado a mitigar a exclusão social, integrando iniciativas de diferentes setores – saúde, educação, renda e outros.⁶⁴

Indubitavelmente, muitos desafios ainda permanecem. Apesar do progresso geral, as disparidades sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas, assinalando que muito esforço ainda será necessário para melhorar as condições básicas de vida de importante parcela da população. Novas questões emergem como resultado da urbanização e de mudanças sociais e ambientais e alguns problemas antigos de saúde persistem sem melhorias significativas. A administração de um sistema público de saúde, complexo e descentralizado – em que uma grande parte dos serviços é contratada ao setor privado –, e a atuação vigorosa de várias seguradoras privadas de saúde acarretam, inevitavelmente, conflitos e contradições. O desafio é, em última análise, político¹ e requer o engajamento ativo e contínuo da sociedade, na perspectiva de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira.

Colaborador

CGV redigiu o artigo, incorporando as contribuições de todos os autores. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

Grupo de trabalho da Série Lancet Brasil

Estela M L Aquino (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil); Rita B Barata (Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa, São Paulo, Brasil); Sandhi M Barreto (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil); Dora Chor (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil); Bruce B Duncan (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil); James Macinko (New York University, New York, NY, USA); Ana M Menezes (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil); Paulo R Menezes (Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil); Maria Cecília S Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil); Claudia L Moraes (Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil); Cosme P Silva (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil).

Janeiro, Brasil); Edinilsa R Souza (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil); Laura Rodrigues (London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK); Gulnar Azevedo e Silva (Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil); Celia L Szwarcwald (Centro de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil); M Gloria Teixeira (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil); Ricardo A Ximenes (Universidade Federal da Pernambuco, Recife, Brasil).

Conflitos de interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Agradecimentos

Todos os autores (exceção feita a LB) receberam financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes R, Barata R, Rodrigues L. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- Reichenheim M, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: impact, progress made and challenges ahead. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6.
- The World Bank Group. Millennium Development Goals: country—Brazil. http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=1336&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED (acesso em 16 de dezembro de 2010).
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375: 1609–23.
- WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008—estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. 2010. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html> (acesso em 2 de fevereiro de 2011).
- Fuster V, Vouite J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. *Lancet* 2005; 366: 1512–4.
- Hyder AA, Ghaffar A. The millennium development goals and road traffic injuries: exploring the linkages in South Asia. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004; 14: 742–5.
- United Nations Office on Drugs and Crime. The eleventh United Nations survey of crime trends and operation of criminal justice systems (eleventh UN-CTS, 2007–2008). http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/crime_survey_eleventh.html (acesso em 15 de dezembro de 2010).
- Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360: 1862–5.
- Almeida C, Braveman P, Gold MR, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357: 1692–7.
- WHO. World Health Assembly: executive board resolution—health systems performance assessment. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Macinko J, Guanais FC, de Fátima Marinho de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 13–9.
- Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99: 87–93.
- Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* 2010; 19 (suppl): 126–58.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 2149–60.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372: 950–61.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasil: legislação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.
- Cortes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, eds. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2009: 102–28.
- Ministério da Saúde. Participação e controle social. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1036 (acesso em 16 de dezembro de 2010).
- Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 383–91.
- WHO. Global health atlas. <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> (acesso em 16 de dezembro de 2010).
- Bosi ML, Paim JS. Undergraduate on Public Health: limits and possibilities as a professional education strategy. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15: 2029–38 [em Português].
- Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy Plan* 1986; 1: 19–29.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010.
- Ocké-Reis CO. The consolidation of private health plans in Brazil: challenges for the regulator. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12: 1041–50 [em Português].
- Bahia L. The Brazilian health system between norms and facts: mitigated universalization and subsidized stratification. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14: 753–62.
- Diniz SG, Chacham AS. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters* 2004; 12: 100–10.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relação de cursos recomendados e reconhecidos: saúde coletiva. <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarles&codigoArea=40600009&descricaoArea=CI%CANCIAAS+DA+SA%DADE+&descricaoAreaConhecimento=SA%DADE+COLETIVA&descricaoAreaAvaliacao=SA%DADE+COLETIVA> (acesso em 16 de dezembro de 2010).
- Guimarães R, Santos LM, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Defining and implementing a national policy for science, technology, and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 1775–85.
- Santos LM, Souza LE, Serruya SJ, Guimarães RF. The role of research in the consolidation of the Unified National Health System (SUS). *Cad Saúde Pública* 2010; 26: 1666–7.
- Aquino EM. Gender and health: profile and trends of the scientific production in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 121–32.
- La Ferrara E, Chong A, Duryea S. Soap operas and fertility: evidence from Brazil. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2008.
- Piovesan MF, Labra ME. Institutional change and political decision-making in the creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 1373–82.
- Ramos MC, da Silva RD, Gobbato RO, et al. Pharmacy clerks' prescribing practices for STD patients in Porto Alegre, Brazil: missed opportunities for improving STD control. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 333–6.
- Andrade SS, Sader HS, Jones RN, Pereira AS, Pignatari ACC, Gales AC. Increased resistance to first-line agents among bacterial pathogens isolated from urinary tract infections in Latin America: time for local guidelines? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2006; 101: 741–8.

- 39 Dillon JA, Rubabaza JP, Benzaken AS, et al. Reduced susceptibility to azithromycin and high percentages of penicillin and tetracycline resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Manaus, Brazil, 1998. *Sex Transm Dis* 2001; **28**: 521–6.
- 40 Monteiro CA, Gomes FS, Cannon G. The snack attack. *Am J Public Health* 2010; **100**: 975–81.
- 41 Coimbra CEA, Santos RV. Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: Salzano FM, Hurtado AM, eds. *Lost paradises and the ethics of research and publication*. Oxford: Oxford University Press, 2004: 89–109.
- 42 UNIFEM/UNICEF. *Desigualdades Raciais e de Gênero entre Crianças, Adolescentes e Mulheres no Brasil, no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Brasília: UNIFEM/UNICEF, 2010.
- 43 Santos LMP, Paes-Sousa R, da Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ* 2008; **86**: 474–9.
- 44 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta-Satélite de Saúde Brasil 2005–2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- 45 Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite A, Cunha A, Victora C. Efeito da AIDPI sobre o desempenho de profissionais de saúde In: Cunha A, Benguigui Y, Silva M, eds. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: implantação e avaliação no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006: 55–75.
- 46 Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sex Transm Infect* 1998; **74** (suppl 1): S38–43.
- 47 Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saúde Pública* 2010; **26**: 286–98 [em Português].
- 48 Amaral JJ, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AL, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Públ* 2004; **20** (suppl 2): S209–19.
- 49 Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Colet* 2010; **15** (suppl 1): 1521–31 [em Português].
- 50 Global Health Workforce Alliance. *GHWA asks: Dr Francisco De Campos*. 2009. http://www.who.int/workforcealliance/Newsletter_issue%201_2009.2.pdf (acesso em 3 de fevereiro de 2011).
- 51 Sazawal S, Black RE, for the Pneumonia Case Management Trials Group. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; **3**: 547–56.
- 52 Huicho L, Scherpbier RW, Nkowane AM, Victora CG, the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. How much does quality of child care vary between health workers with differing durations of training? An observational multicountry study. *Lancet* 2008; **372**: 910–16.
- 53 Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. Judicialisation of the right to health in Brazil. *Lancet* 2009; **373**: 2182–4.
- 54 Chieffi AL, Barata RB. 'Judicialization' of public health policy for distribution of medicines. *Cad Saúde Pública* 2009; **25**: 1839–49 [em Português].
- 55 Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde [The health industrial complex and the need of a dynamic approach on health economics]. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf> (acesso em 3 de fevereiro de 2011).
- 56 Gadelha CAG, Barbosa PR, Maldonado J, Vargas M, Costa L. The health economic-industrial complex: concepts and general characteristics. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010: 2–16.
- 57 Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009; **373**: 1693–733.
- 58 Grotto D, Valentini J, Fillion M, et al. Mercury exposure and oxidative stress in communities of the Brazilian Amazon. *Sci Total Environ* 2010; **408**: 806–11.
- 59 Cox PM, Harris PP, Huntingford C, et al. Increasing risk of Amazonian drought due to decreasing aerosol pollution. *Nature* 2008; **453**: 212–5.
- 60 Ferreira Goncalves MJ, Alecrim WD. Non-planned urbanization as a contributing factor for malaria incidence in Manaus-Amazonas, Brazil. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2004; **6**: 156–66.
- 61 Rodrigues Ade F, Escobar AL, Souza-Santos R. Spatial analysis and determination of malaria control areas in the State of Rondônia. *Rev Soc Bras Med Trop* 2008; **41**: 55–64 [em Português].
- 62 de Almeida-Filho N, Burnett CK. Family size and child mental disorders in Bahia, Brazil. *Popul Environ* 1983; **6**: 3–16.
- 63 Haines A, McMichael AJ, Smith KR, et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers. *Lancet* 2009; **374**: 2104–14.
- 64 Guanais FC. Health equity in Brazil. *BMJ* 2010; **341**: c6542.