Uni-FACEF CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA

CAROLINE GONÇALVES SILVA BRAGA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: análise na implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 no município de Franca- SP

FRANCA
2020

CAROLINE GONÇALVES SILVA BRAGA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: análise na implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 no município de Franca- SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado Interdisciplinar, do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Social e Políticas Públicas

Profª. Dra. Lívia Maria Lopes Gazaffi

FRANCA
2020

Braga, Caroline Gonçalves Silva
B283p Políticas públicas de saúde: análise na implementação da meta 3.8 da agenda 2030 no município de Franca-SP. / Caroline Gonçalves Silva Braga. – Franca: Uni-Facef, 2020.
189p. ; il.

Orientador: Profa. Dra. Lívia Maria Lopes Gazaffi
Dissertação de Mestrado – Uni-Facef
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional

1.Desennvolvimento sustentável. 2.Saúde pública. 3.Politicas públicas. 4.Indicadores básicos de saúde. I.T.

CDD 362.10981

CAROLINE GONÇALVES SILVA BRAGA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: análise na implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 no município de Franca- SP

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado Interdisciplinar, do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Social e Políticas Públicas

Orientadora: Profª. Dra. Lívia Maria Lopes Gazaffi

Franca, 17 junho de 2020.

Orientadora: _____
Profª. Dra. Lívia Maria Lopes Gazaffi
Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca – SP - Uni-FACEF

Examinadora: _____
Profª. Dra. Raquel Rangel Cesario
de Mello Paiva Ferreira
Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca – SP - Uni-FACEF

Examinadora: _____
Profª. Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho
Instituição: Universidade Estadual Paulista - UNESP

Aos meus pais, Geraldo e Eleusa, meus maiores incentivadores. Ao meu marido Paulo Jr. pelo apoio incondicional, e as minhas irmãs Ana Clara e Ana Vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido condições para realizar mais um sonho.

- À toda minha família pelo apoio, em especial aos meus queridos pais, Geraldo e Eleusa por me ensinarem valores capazes de transformar vidas. Saibam que os princípios que carrego e os valores que defendo são resultados de tudo que me ensinaram. Vocês são bênçãos sem comparação em minha vida, verdadeira razão e motivação para buscar cada dia mais a concretização dos meus sonhos;

- Ao meu esposo Paulo Jr, o grande responsável pela efetivação desse mestrado, faltam-me palavras para lhe agradecer, você é meu porto seguro, meu companheiro – parceiro que sempre está ao meu lado. Obrigada por ser o melhor ouvinte que eu poderia ter, por sempre acreditar em meu potencial e por me fazer sentir importante, você é muito especial, você é essencial na minha vida;

- À minha irmã Ana Clara, preciosidade de Deus, por estar sempre presente em minha vida. Por "comprar" todas as minhas brigas e meus sonhos, por não medir esforços para sempre me ajudar! Por suportar todas as minhas crises existenciais sem reclamar, nem me julgar. Você sempre será minha primeira e maior conquista na vida! Agradeço também à minha irmã Ana Vitória por trazer tantas alegrias às nossas vidas, todas as adversidades enfrentadas em todos os momentos, ficam mais leves depois que escuto sua voz me chamando de 'Caiol". Amo minhas Ana´s;

- Tive o privilégio de ter dois orientadores e a eles tenho muito a agradecer: Ao meu primeiro orientador Prefº. Dr. Manuel Cesário, que acreditou que poderia ser possível realizar esse sonho, obrigada por acreditar e, principalmente apoiar em todo o processo no decorrer do mestrado. À minha orientadora, professora Dra. Lívia, uma grande amiga que sempre me apoiou, como professora, me fez perder o medo da escrita, com competência e solicitude, transmitiu-me confiança para finalizar o Mestrado;

- Ao Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF pela elevada qualidade do ensino oferecido e ao corpo docente, pois tive a oportunidade de usufruir dos seus ensinamentos: Prof.ª Lívia, Prof.ª Sheila, Prof. Manuel Cesário, Prof.ª Daniela, Prof. Pierre Fayard, Profª. Naiá Sadi, Prof. Dr. Paulo de Tarso, Prof. Dr. Hélio Braga, Prof.ª Maria Zita, Prof. Silvio Carvalho, Prof.ª Raquel R. Cesário, Prof. Dr. Manoel Jorge Nobre. Muito obrigada pelos momentos prazerosos em busca de conhecimento cientifico eficaz;

- Às secretárias da Pós-Graduação, Ângela e Daniela pela disponibilidade e alegria no trabalho;

- Aos meus colegas e amigos do mestrado pelo apoio e solidariedade imprescindíveis durante toda esta jornada.

- Aos meus amigos, que são bênçãos, pedaços importantes da minha vida. Obrigada por todo apoio, carinho, por sempre estarem comigo. Todos vocês são especiais e únicos, fazem parte da minha vida de uma forma fantástica. Não imagino uma vida feliz sem cada um de vocês fazendo parte dela. E assim espero que continuemos sempre juntos! Amo todos vocês!

O SUS carrega dentro de si o sonho de uma geração de um País mais justo. Cabe a todos nós não deixarmos a chama se apagar. Avançar, superar os obstáculos, manter o rumo. A estrada é longa. Mas a caminhada vale a pena.

“O SUS não é problema sem solução.
O SUS é uma solução com problemas”.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
(2004 a 2010).

RESUMO

A presente pesquisa apoia-se na temática do desenvolvimento sustentável, através do documento “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”, adotado em Assembleia Geral das Nações Unidas, que estabeleceu dezessete objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A saúde na Agenda 2030 é um elemento central dos ODS e é contemplada através do ODS 3 que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, reconhecendo que a saúde é um direito inalienável e fundamental para o desenvolvimento humano, sendo assim um contribuinte indispensável ao crescimento e desenvolvimento das comunidades e sociedades. Diante disso, a pesquisa teve como objetivo primordial: analisar as políticas públicas de saúde na implementação da meta 3.8 que se refere à proposição: atingir a cobertura universal de saúde, o acesso a medicamentos e vacinas essenciais e a proteção do risco financeiro, no município de Franca – São Paulo, no período referente a 2016 a 2018. Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, devido às suas características de investigação exploratória e descritiva, está fundamentada em documentos oficiais sobre os ODS e a Agenda 2030, elaborados pelas Nações Unidas, pelo Governo Brasileiro e pela sociedade civil. A coleta de dados foi realizada através de fontes de dados secundários pelos seguintes sistemas de informação: Base de Dados do Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção Primária (DAB/SAS); Sistema de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Utilizou-se sete indicadores como variáveis desse estudo: cobertura por equipes de saúde da família; internações por condições sensíveis à atenção primária; cobertura vacinal; gasto total em saúde; gasto total em saúde per capita, gasto governamental e gasto na atenção básica. Os dados foram analisados pela aplicação de técnicas de análises descritivas. O munícipio de Franca - SP não contribui para que o país alcance a meta 3.8, tendo em vista que no período analisado, o município não ofereceu cobertura universal a saúde e acesso a vacinas de forma satisfatória, indicando uma necessidade de expansão do número de equipes de saúde da família. Sobre a proteção do risco financeiro, os resultados indicam limitações em relação à utilização dos recursos, demonstrando que grande parte dos recursos são destinadas a apenas um nível de atenção à saúde especificamente, assim sendo, é possível observar o esforço da gestão municipal em investir no financiamento da saúde, pois empregou acima do determinado pela legislação os seus recursos em saúde. Foi possível identificar neste estudo, desafios a serem superados quanto a cobertura universal de saúde, cobertura vacinal e proteção do risco financeiro, tais quesitos são de suma importância para que o município possa contribuir para o alcance da meta 3.8 da Agenda 2030.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Sustentável; Saúde Pública, Políticas Públicas; Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

This research is based on the theme of sustainable development, through the document “Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development”, adopted by the United Nations General Assembly, which established seventeen Sustainable Development Goals (SDGs). Health in the 2030 Agenda is a central element of the SDGs and is addressed through SDG 3, which aims to ensure a healthy life and promote well-being for all, recognizing that health is an inalienable and fundamental right for human development, thus an indispensable contributor to the growth and development of communities and societies. Therefore, the research had as its main objective: to analyze public health policies in the implementation of goal 3.8, which refers to the proposition: achieve universal health coverage, access to essential medicines and vaccines and the protection of financial risk in the municipality de Franca - São Paulo, in the period from 2016 to 2018. This is a documentary, quantitative research, due to its characteristics of exploratory and descriptive research, is based on official documents on the SDGs and the 2030 Agenda, prepared by the United Nations, the Brazilian Government and civil society. Data collection was carried out through secondary data sources through the following information systems: Database of the Department of Primary Care / Secretariat of Primary Care (DAB / SAS); Hospitalization System (SIH), Information System of the National Immunization Program (SI-PNI) and Information System on Public Health Budgets (SIOPS). Seven indicators were used as variables in this study: coverage by family health teams; hospitalizations for conditions sensitive to primary care; vaccination coverage; total health expenditure; total spending on health per capita, government spending and spending on primary care. The data were analyzed using descriptive analysis techniques. The municipality of Franca - SP does not contribute to the country reaching goal 3.8, considering that in the period analyzed, the municipality did not offer universal health coverage and access to vaccines in a satisfactory manner, indicating a need to expand the number of teams family health. Regarding the protection of financial risk, the results indicate limitations in relation to the use of resources, demonstrating that a large part of the resources are destined to only one level of health care specifically, thus, it is possible to observe the effort of the municipal management in investing in the health financing, as it used its health resources above what was determined by legislation. It was possible to identify in this study, challenges to be overcome in terms of universal health coverage, vaccination coverage and protection from financial risk, such requirements are extremely important for the municipality to contribute to the achievement of goal 3.8 of the 2030 Agenda.

Key words: Sustainable development; Public Health, Public Policies; Basic Health Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do levantamento Bibliográfico sobre as produções cientificas referentes as Políticas Públicas de Saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável.....71

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....77

Figura 3: Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB, por setor institucional (%).....116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide etária. Brasil, 2022.....61
Gráfico 2: Pirâmide etária. Brasil, 2030.....62
Gráfico 3: Crescimento da população geral de Franca –SP.....80
Gráfico 4: População por faixa etária no município de Franca- SP no ano de 2020....80
Gráfico 5: Quantidade de População Residente por Sexo registradas no município de Franca.....81
Gráfico 6: índice de envelhecimento da população do município de Franca – SP.....81
Gráfico 7: Estabelecimentos de saúde município instalada na cidade de Franca –SP público e privados.....85
Gráfico 08: Unidades de Saúde que funcionam no período da manhã / tarde todos os dias da semana.....91
Gráfico 09 – Realiza acolhimento durante cinco dias por semana, nos turnos da manhã e tarde.....91
Gráfico 10: Estimativa de % da Cobertura da População do município de Franca – SP, pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2016**.....97
Gráfico 11: Estimativa de % da Cobertura da População do município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2017**.....98
Gráfico 12: Estimativa de % da Cobertura da População do município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2018**.....99
Gráfico 13: Evolução da Estimativa de Cobertura da População do município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família.....100
Gráfico 14: Comparação da cobertura de ESF nos três níveis do governo.....101
Gráfico 15: Percentual de cobertura da população pela ESF no Brasil, referente ao período analisado de 2016 a 2018. 101
Gráfico 16: Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde, segundo regiões do Brasil, no período de 2016 a 2018.....102
Gráfico 17: Total de Internações Hospitalares Gerais registradas no município de Franca –SP em 2016 a 2018.....103
Gráfico 18: Total de Internação Clínicas por ano processamento no município de Franca –SP.....104

Gráfico 19: Total de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária no município de Franca -SP nos anos de 2016 a 2018.....104
Gráfico 20: Total de internações por Cid10 referente as Condições Sensíveis da Atenção Primaria no município de Franca -SP nos anos de 2016 a 2018.....105
Gráfico 21: Percentual de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria comparado ao parâmetro do Ministério da Saúde (28,60%) no município de Franca – SP.....106
Gráfico 22: Total Geral de Óbitos registrados no município de Franca – SP nos anos de 2016 a 2018.....107
Gráfico 23: Principais Causas de Óbitos registrado no município de Franca –SP em 2016 a 2018.....108
Gráfico 24: Percentual de cobertura vacinal referente ao município de Franca –SP referente ao período de 2016 a 2018.....109
Gráfico 25: Comparativo do percentual de cobertura vacinal do município de Franca –SP relacionado com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.....110
Gráfico 26: Relação entre a ocorrência de Doenças Preveníveis por imunização registradas e as Taxas de Cobertura Vacinal da população de Franca –SP no período de 2016 a 2018.....111
Gráfico 27: Comparativo dos percentuais de cobertura vacinal referentes ao período de 2016 a 2018 do município de Franca e o Estado de São Paulo.....111
Gráfico 28: Série Histórica / Série revisada (Unidade: R$ x1000) do PIB a preços correntes no município Franca- SP.....112
Gráfico 29: PIB – Produto Interno Bruto PER CAPITA referente ao município de Franca – SP dos anos de 2016 e 2017.....113
Gráfico 30: Total das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde referente ao período 2016 a 2018 município de Franca –SP.....114
Gráfico 31: Gasto total em saúde como proporção do PIB por ano referente ao município de Franca – SP nos anos 2016 e 2017.....115
Gráfico 32: Comparativo da estimativa para investimento do gasto total em saúde como proporção do PIB referente aos valores atingindo pelo Brasil e o município de Franca.....116
Gráfico 33: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo Município de Franca -SP, por habitante.....117

Gráfico 34: Comparação da Despesa Total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Estado de São Paulo em relação ao município de Franca - SP.....118
Gráfico 35: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 município de Franca –SP 2016 a 2018.....119
Gráfico 36: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 município de Franca –SP 2016 a 2018. 120
Gráfico 37: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 referente ao município de Franca –SP 2016 a 2018 comparado aos valores gastos pelo Estado de São Paulo.....121
Gráfico 38: Evolução do Percentual do Gasto em Atenção Básica em relação ao Gasto Total com Saúde no município de Franca –SP 2016 a 2018.....122
Gráfico 39: Despesas com Saúde (por subfunção) município de Franca –SP referente ao ano de 2016. 122
Gráfico 40: Despesas com Saúde (por subfunção) município de Franca –SP referente ao ano de 2017. 123
Gráfico 41: Despesas com Saúde (Por Subfunção) município de Franca –SP referente ao ano de 2018. 123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: História da Política de Saúde no Brasil por períodos históricos e relacionando ao contexto econômico.....49

Quadro 2: Síntese dos pontos específicos abordados nos artigos selecionados.....73

Quadro 3: Ações e programas de saúde disponibilizados na rede de saúde municipal de acordo com o Portal da Saúde de Franca.....86

Quadro 4: Atingir a Cobertura Universal de Saúde.....94

Quadro 5: O acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.....94

Quadro 6: Proteção do Risco Financeiro.....94

Quadro 7: Fichas de qualificação dos indicadores.....95

Quadro 8: As limitações encontradas referentes ao indicador.....132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Gasto com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS): Total e por esfera de governo (2000-2011).....56

Tabela 2: Taxa de Natalidade (por mil habitantes) e Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos) no município de Franca – SP.....82

Tabela 3: Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Taxa de Mortalidade Pós Neonatal e Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia no município de Franca – SP.....82

Tabela 4: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde referente ao município de Franca –SP.....83

Tabela 5: Natureza Jurídica (Gerência) dos estabelecimentos de saúde município instalada na cidade de Franca –SP.....85

Tabela 6: Situação atual da implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde de Franca – SP.....86

Tabela 7: Situação atual de implantação das Políticas Públicas da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica disponível para município de Franca - SP.....87

Tabela 8: Classificação das equipes no 3º ciclo do PMAQ-AB (por equipe) no município de Franca –SP ano de 2018.....90

Tabela 9: Conjunto de ambientes, equipamentos, materiais e insumos que são considerados essenciais para o bom funcionamento de uma UBS.....92

Tabela 10: Internações realizadas no município de Franca –SP, referente ao nível de complexidade referente ao período 2016 a 2018.....93

Tabela 11: Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria no Município de Franca –SP.....105

Tabela 12: Frequência por ano de Internação Clínicas Município de Franca –SP....106

Tabela 13: % Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria no Município de Franca -SP.....114

LISTA DE ABREVIATURAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
API	Avaliação do Programa de Imunizações
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CNODS	Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DAB/SAS	Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção Primária
EC 29	Emenda Constitucional n. 29
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz. Políticas Públicas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
ME	Ministério da Educação
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMM	Programa Mais Médicos
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PSE	Programa Saúde na Escola
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIH	Sistema de Internação Hospitalar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 24

2. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 28

2.1 CONFERÊNCIAS DE ESTOCOLMO28 2.2 CÚPULA DA TERRA – RIO - 92 30

2.3 DECLARAÇÃO DO MILÊNIO - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO31 2.4 AGENDA 2030 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 32

3. AS VERTENTES DO DESENVOLVIMENTO ADOTADO NA AGENDA 2030 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 35

3.1 CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO 35

3.2 DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO 36

3.3 DESENVOLVIMENTO SOCIAL 38

3.4 DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL 41

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE 45

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS 46

4.2 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 49

4.3 FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL 53

4.4 COBERTURA UNIVERSAL À SAÚDE 59

4.5 POLÍTICA DE ACESSO À MEDICAMENTOS 64

4.6 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI) 67

5. SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 70

5.1 – PRODUÇÃO CIENTIFICA SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PROL DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 70

6.0 QUADRO TEÓRICO 75

7.0 OBJETIVOS 78

7.1 OBJETIVO GERAL 78
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 78
8. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 79
8.1 TIPO DE ESTUDO 79
8.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA 79
8.2.1 Características Gerais do Município de Franca -SP 79
8.2.2 Estrutura da Rede de Saúde vinculada ao SUS em Franca - SP 82
8.2.3 Atenção Básica no município de Franca- SP 86
8.2.4 Média e Alta Complexidade no município de Franca- SP 92
8.2.5 – Coleta de dados e definição dos indicadores 93
8.3 – ANÁLISE DE DADOS 96
8.4 – ASPECTOS ÉTICOS ANÁLISE DE DADOS 96
9 RESULTADOS 97
9.1 – EIXO 1: ATINGIR A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE 97
9.1.2- Indicador 02: Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária. 103
9.2 – EIXO 2: O ACESSO A MEDICAMENTOS E VACINAS ESSENCIAIS 109
9.2.1- Indicador 03: Percentual de Cobertura de Vacinal 109
9.3 – EIXO 3: PROTEÇÃO DO RISCO FINANCEIRO 112
9.3.1 – Indicador 04: Gasto total em saúde como proporção do PIB 112
9.3.2 – Indicador 05: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo 117
9.3.3 – Indicador 06: Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde 118
9.3.4 – Indicador 07: Gasto em atenção básica 121
10 DISCUSSÃO 124
11 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 132
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS 133
REFERÊNCIAS 135
ANEXO 153
Anexo 1 A – Planilha valores do percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família Município de Franca –SP 153

Anexo 1 B - Total de internações por condições sensíveis à atenção primária referente ao município de Franca –SP 153
Anexo 1 C Percentual de cobertura de vacinas referente ao município de Franca –SP 154
Anexo 1 D Gasto total em saúde como proporção do PIB – Município de Franca – SP 154
Anexo 1 E - Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo – Município de Franca – SP 155
Anexo 1 F - Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde – Município de Franca – SP 155
Anexo 1 G - Gasto em atenção básica – Município de Franca – SP 155
Anexo 2 – Ficha de Qualificação Cobertura ESF 156
Anexo 3 - Ficha de Qualificação Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica 158
Anexo 4 – Ficha de Qualificação Cobertura Vacinal 162
Anexo 5 - Ficha de Qualificação Gasto total em saúde como proporção do PIB (RIPSA E.6.1 – 2012) 165
Anexo 6 - Ficha de Qualificação: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo (RIPSA – E.6.2 - 2012) 167
Anexo 7- Ficha de Qualificação: Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde 169
Anexo 8- Ficha de Qualificação: Gasto em atenção básica 170
APÊNDICE 171
APÊNDICE 1 - Instrumento de Organização dos Dados Coletados nos Materiais Científicos 171
APÊNDICE 2: Levantamento Bibliográfico - Produção Cientifica sobre as Políticas Públicas de Saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável referente a meta 3.8 Acesso a Cobertura Universal à Saúde/ Proteção Risco Financeiro / Acesso a Medicamentos e Vacinas 10

APRESENTAÇÃO

O meu histórico profissional é representado pela trajetória de uma enfermeira que se encantou pela saúde pública ainda no período da graduação. Cursei Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) em Uberlândia e conclui em 2007.

Em 2008, voltei para minha cidade, Lagoa Grande – MG, e iniciei as atividades como Coordenadora da Equipe de Saúde da Família e Plantonista no Centro de Saúde com Leitos de Observação 24 horas. Os desafios foram assustadores, mas sempre foi o meu sonho, vencer desafios e trabalhar em prol da saúde pública! Tive a oportunidade de vivenciar, colaborar e vencer as dificuldades, adversidades, entraves do próprio sistema, apuros, privações, por meio de superações e conquistas. Enfim, como todos os profissionais que trabalham na linha de frente do SUS, foi possível realizar um trabalho bem-sucedido.

Durante os últimos 12 anos tive a oportunidade de atuar na assistência e gestão em pontos assistenciais que compõem as Redes de Atenção à Saúde. Atuei em Unidades de Estratégias de Saúde da Família, logo depois como coordenadora municipal da Atenção Primária, contribui com a formação de dezenas de Técnicos em Enfermagem como Professora do curso, e por fim Gestora Municipal de Saúde. Tive a oportunidade de trabalhar desde a porta de entrada do SUS, passando pela urgência e emergência, até o planejamento e organização da gestão em saúde com a implantação de políticas públicas no município. Com esta vivência no sistema de saúde brasileiro, foi possível vivenciar sentimentos de frustações e vitórias em cada um dos setores. A cada objetivo que conquisto na vida profissional, sou motivada a buscar cada vez mais, aperfeiçoando a cada dia para um novo enfrentamento de desafio e resolução de problemas.

Poderia apontar inúmeras situações que me motivaram a desenvolver esta pesquisa, entre elas destaco: a minha primeira emergência no posto de saúde com uma recém-nascida que sofreu uma queimadura por descarga elétrica e teve cerca de 60% do corpo queimado, ou sobre os partos de urgências que realizamos. Citar as frustações por todas as vezes que não consegui auxiliar no salvamento de vidas, seja pela falta de vagas para tratamento, ou falta de acesso a equipamentos, bem como medicamentos e profissionais. Poderia dizer que o que me motivou, foi a

sensação de dever cumprido, a alegria quando escuto um depoimento de um ex-fumante que mudou a sua vida e de todos os colegas de trabalho e da família após ter participado do grupo de tabagismo que realizávamos na atenção básica durante 8 anos (Grupo RECOMEÇAR).

Destaco a experiência exitosa alcançada na saúde do município de Lagoa Grande, com a implantação dos programas de saúde para o fortalecimento da atenção primária, duplicando os recursos repassados pelo governo ao município, sendo possível melhorar os indicadores de saúde e alcançar as metas estabelecidas. Todo esse trabalho foi premiado como o 5º lugar no Estado de Minas Gerais - Prêmio Experiências Bem-Sucedidas em Vigilância em Saúde com o Programa Saúde do Trabalhador, intitulado “A hora do trabalhador de Lagoa Grande”. Adicionalmente a esse prêmio, outro motivo de felicidade foi a avaliação no Programa do Governo Federal PMAQ, todas as equipes de saúde da família foram classificadas como “Muito Acima da Média”.

Ou acreditar que, o que me motivou mesmo foi conhecer a realidade da saúde pública em vários municípios onde trabalhei como consultora em saúde, constatando muitas dificuldades tais como: a falta de equipamentos e medicamentos, quantidade de profissionais insuficientes, baixa remuneração, estruturas físicas sucateadas, falta de conhecimento sobre as políticas públicas, subfinanciamento da saúde. No entanto, mesmo com tantas adversidades, inúmeras vidas foram e são salvas e transformadas a cada dia, resultados positivos sendo alcançados. A luta na criação do SUS e a formulação de políticas públicas de saúde, também me inspiram de alguma forma a querer contribuir para efetivação do acesso a saúde a todos, buscando com isso a cada dia aprimorar o nosso sistema de saúde pública.

Enfim, acredito que se nós queremos uma cidade, um país, um planeta melhor para vivermos, temos que buscar garantir o acesso à saúde para todos. Por cada uma dessas situações que vivenciei, pela luta na criação desse sistema de saúde e por acreditar que o SUS não é problema sem solução, e sim uma solução com problemas.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento sustentável é tema central do século XXI. Em meio a tantas e novas tecnologias, pensar em soluções sustentáveis para conciliar as relações de interesse humano e o meio ambiente é imprescindível.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) fazem parte de um Protocolo Internacional da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas - ONU, no qual o Brasil assumiu o compromisso de implementar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Adotada em setembro de 2015, por 193 Estados-membros da ONU, que se reuniram na sede da instituição em Nova Iorque e acordaram tomar medidas transformadoras para colocar o mundo em um caminho sustentável. Adotaram uma nova agenda global comprometida com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parcerias (BRASIL, 2017a).

Ao adotarem o documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, os países comprometeram-se a tomar medidas ousadas e transformadoras para promover o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos sem deixar ninguém para trás. Este documento propõe um conjunto de objetivos e metas que visam enfrentar questões centrais para o futuro da humanidade e do planeta. A Agenda 2030 corresponde às ações e diretrizes que orientarão os trabalhos das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável (PNUD, 2015).

Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as 169 metas que compõem a Agenda 2030 são integrados e indivisíveis, equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (PNUD, 2018).

O Brasil se destacou, internacionalmente, como um dos países que mais avançou no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio superando a maioria das 21 metas que foram pactuadas mundialmente no ano de 2000 (BRASIL, 2017b). No entanto, de acordo com o Relatório Luz o caminho trilhado nos últimos três anos pelo Brasil é incoerente com a Agenda 2030, as evidências apresentadas neste relatório, tornam frágil o discurso dos poderes executivo e legislativo de adesão aos ODS. A flexibilização das leis trabalhistas e a aprovação da Emenda Constitucional

95/2016, que congela gastos de saúde e educação por 20 anos são símbolos irrefutáveis do descompromisso atual (BRASIL, 2017c).

De acordo com Andrade (2018), a saúde tem impactos significativos no bem-estar social, através da associação entre estado de saúde e a capacidade produtiva. O reconhecimento da importância da saúde para o bem-estar individual e social resultou na definição da saúde como um dos bens mais importantes na maioria dos países, sendo essencial para o desenvolvimento de toda a sociedade, em seus diversos aspectos. O setor referente a saúde na Agenda 2030 é um componente central dos ODS e apresenta 13 metas. O ODS 3 tem seu foco na saúde e no bem-estar e consiste em contribuir para que as pessoas vivam mais tempo e em melhores condições (BRASIL, 2018a).

Portanto, a questão norteadora de investigação dessa pesquisa está relacionada a problemática: "como a gestão municipal de Franca implementou a meta 3.8 da Agenda 2030, nos anos de 2016 a 2018 ?" Trata-se de uma meta imprescindível e indispensável para garantir o cumprimento dos direitos sociais da população, visto que o acesso à cobertura universal de saúde está assegurado na Constituição Federal no Art. 196, que reconhece a "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, manutenção e recuperação".

A pesquisa está inserida em um contexto atual, que impacta diretamente na vida da sociedade. Parte-se do pressuposto de que as políticas públicas influenciam diretamente na vida de todas pessoas, sendo necessário que a gestão pública assuma verdadeiramente seu papel em orientar e impulsionar o desenvolvimento de ações com objetivo de analisar a resolutividade das políticas públicas implantadas. Tais ações podem ser embasadas nos ODS que são guias de ações estratégicas para o alcance do desenvolvimento sustentável, representando assim uma base para a construção de políticas públicas resolutivas que possam assegurar os direitos humanos.

A importância da análise da implementação da meta 3.8 no município de Franca – SP, justifica-se por ser o município sede do Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo - DRS VIII, sendo referência para 21 (vinte um) municípios da região nesta área da saúde, além de apresentar maior aporte em recursos para obtenção dos dados propostos na pesquisa.

Este estudo será apresentado nas seguintes estruturas:

O primeiro capítulo compreende a contextualização e introduz a temática da presente pesquisa;

O segundo capítulo ilustra a evolução do conceito de Desenvolvimento Sustentável, demostrado através do histórico das conferências e eventos realizados para criação dos ODS, registrando o caminho percorrido para chegar até a Agenda 2030 e seus 17 ODS.

O terceiro capítulo aborda a Agenda 2030, os 17 Objetivos Desenvolvimento Sustentável e suas 169 metas, argumenta a respeito das vertentes do desenvolvimento adotado na Agenda 2030, sendo o desenvolvimento econômico, o social e o ambiental.

O quarto capítulo refere-se ao conceito de políticas públicas de saúde, e aborda as temáticas contempladas na meta 3.8 da Agenda 2030. Através dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) dá-se início à reflexão sobre o acesso a saúde para todos. Apresenta-se também, um resgate da história da política de saúde no Brasil e aprofunda sobre o financiamento público da saúde no país. Nesse capítulo será abordado as políticas de acesso a medicamentos e Programa Nacional de Imunização no Brasil.

O quinto capítulo apresenta um levantamento bibliográfico sobre a produção cientifica relacionada com as políticas públicas de saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável.

O sexto capítulo faz referência ao quadro teórico que permeou a discussão desse estudo. Será apresentada nesta pesquisa, o conceito ampliado de saúde, as características da Atenção Primária em Saúde e a organização do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

O sétimo capítulo é composto pela apresentação dos objetivos desse estudo, tanto objetivo geral, como específicos.

O oitavo capítulo trata sobre os procedimentos metodológicos, definindo o tipo de pesquisa, a caracterização do cenário, as fontes usadas, o instrumento utilizado durante a coleta de dados, definição dos indicadores, a forma de análise e os aspectos éticos.

O nono capítulo apresenta os resultados obtidos após a realização do levantamento e análise dos dados.

O décimo capítulo apresenta a discussão dos dados, trazendo as percepções e pensamentos sobre o tema, além de proposições de estratégias intervenção.

O décimo primeiro capítulo aborda as limitações encontras no desenvolvimento da pesquisa.

Finalmente a conclusão, que apresenta a síntese das reflexões elaboradas ao longo da pesquisa, incluindo sugestões que consideramos pertinentes.

2. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

O termo “Desenvolvimento Sustentável” vem ganhando espaço nas últimas décadas. Assunto cada vez mais debatido junto às autoridades mundiais, que discutem alternativas para reduzir o consumismo, otimizar a utilização dos recursos naturais e minimizar os danos ao meio ambiente, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida (PIMENTA; NARDELLI, 2012).

De acordo Pisani (2006) o termo 'sustentabilidade' foi usado pela primeira por Hans Carl Von Carlowitz, com a publicação do livro Sylvicultura Oeconomica oder Anweisung zur wilden Baumzucht, em 1713. Representando o início de uma nova ideia, compreendendo os pilares de ecologia, natureza, do aspecto econômico e da ética social (FEIL; SCHREIBER (2017).

Para Bassani e Carpigiani (2010) a conscientização ambientalista ocorreu simultaneamente ao aumento das denúncias sobre os problemas ambientais causados pela ação do homem sobre o ambiente, tal fato contribuiu para o surgimento de grandes encontros e conferências internacionais, para debater o tema sobre a forma de relação do homem com a natureza.

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que o movimento ambiental começou séculos atrás, como resposta à industrialização e ganhou novo impulso em 1962 com a publicação do livro de Rachel Carson, “A primavera Silenciosa” servindo de alerta sobre o uso agrícola de pesticidas. A escritora e também cientista destacou a necessidade de respeitar o ecossistema em que vivemos para proteger a saúde humana e o meio ambiente (ONU. 2012).

2.1 CONFERÊNCIA DE ESTOCOLMO

Em 1972 a ONU convocou a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, em Estocolmo (Suécia). O evento foi um marco na história e sua Declaração final contém 19 princípios que representam um Manifesto Ambiental para nossos tempos. Ao abordar a necessidade de “inspirar e guiar os povos do mundo

para a preservação e a melhoria do ambiente humano”, o Manifesto estabeleceu as bases para a nova agenda ambiental do Sistema das Nações Unidas (ONU. 2012).

Em dezembro de 1972, a Assembleia Geral criou o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (ONU Meio Ambiente), que coordena os trabalhos da ONU em prol do meio ambiente global. Em 1983, o Secretário Geral da ONU convidou a ex-Primeira Ministra da Noruega Gro Harlem Brundtland, médica e mestre em saúde pública, para presidir a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento. No ano de 1987, a Comissão Brundtland, publicou um relatório inovador, “Nosso Futuro Comum” – que traz o conceito de desenvolvimento sustentável para o discurso público (ONU. 2012).

O autor Brüzeke (1998) afirmou que o relatório Brundtland parte de uma visão complexa das causas dos problemas socioeconômicos e ecológicos da sociedade global. Ele sublinha a interligação entre economia, tecnologia, sociedade e política e chama também atenção para uma nova postura ética, caracterizada pela responsabilidade tanto entre as gerações quanto entre os membros contemporâneos da sociedade atual.

O Relatório Brundtland foi bem aceito pela comunidade internacional, por não apresentar as críticas à sociedade industrial que caracterizaram os documentos anteriormente publicados e por incluir o crescimento tanto em países industrializados como em desenvolvimento, inclusive ligando à superação da pobreza (MARTINS, 2004).

Esse relatório apresenta uma lista de medidas a serem tomadas em nível de Estado nacional e internacional. Destaca-se entre elas: a limitação do crescimento populacional; garantia da alimentação a longo prazo; a preservação dos ecossistemas e a biodiversidade; diminuição do consumo de energia e avanço nas tecnologias que admitem o uso de fontes renováveis; aumento da produção industrial nos países não-industrializados com base em tecnologias ecologicamente adaptadas; integração entre o campo e cidades com o controle de urbanização; satisfação das necessidades básicas alcançadas. No nível internacional ainda é possível destacar as metas: assumir estratégias do desenvolvimento sustentável pelas organizações do desenvolvimento; a proteção dos ecossistemas supranacionais como a Antártica; guerras devem ser banidas; a ONU deve implantar um programa de desenvolvimento sustentável (BRÜSEKE, 1998).

De acordo com a ONU as amplas recomendações feitas pela Comissão levaram à realização da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, que colocou o assunto diretamente na agenda pública, de uma maneira nunca antes feita (ONU. 2012).

2.2 CÚPULA DA TERRA – RIO - 92

A Cúpula da terra, conhecida também como Rio ou Eco-92, foi uma Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), que, de acordo com Barbieri (2009), “iniciou um novo ciclo de conferências sobre desenvolvimento e meio ambiente no âmbito da ONU”,

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, levou o crescimento do interesse mundial pelo futuro do planeta, quando muitos países deixaram de ignorar as relações entre desenvolvimento socioeconômico e modificações no meio ambiente. Entretanto, as discussões foram ofuscadas pela delegação dos Estados Unidos, que forçou a retirada dos cronogramas para a eliminação da emissão de CO2 e não assinou a convenção sobre a biodiversidade (MARTINS, 2004).

Os 179 países participantes da Rio-92 acordaram e assinaram a Agenda 21 Global, um programa de ação baseado num documento de 40 capítulos, que constitui a mais abrangente tentativa já realizada de promover, em escala planetária, um novo padrão de desenvolvimento, denominado “desenvolvimento sustentável”. O termo “Agenda 21” foi usado no sentido de intenções, desejo de mudança para esse novo modelo de desenvolvimento para o século XXI. A Agenda 21 foi definida como um instrumento de planejamento para a construção de sociedades mais sustentáveis, em diferentes bases geográficas, que articulem com os métodos de proteção ambiental, justiça social e eficiência econômica (BRASIL, 2019a).

Após a Conferência Meio Ambiente e Desenvolvimento, no Rio de Janeiro, vários outros eventos importantes ocorreram, cabe destacar os seguintes: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena, Áustria em 1993; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito em 1994; Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social em Copenhague, Dinamarca em 1995; e a

Conferência sobre Assentamentos Humanos (Habitat II), Istambul, Turquia em 1996 (ONU. 2017). Todas estas Conferências tiveram ampla participação dos governos, empresas e sociedade civil. Elas produziram documentos com propostas e reivindicações. Portanto, havia uma ampla e avançada agenda para o século XXI.

2.3 DECLARAÇÃO DO MILÊNIO - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Em setembro de 2000, os líderes de 189 países firmaram um pacto durante a Cúpula do Milênio promovida pela ONU, em Nova York. Foi publicado um documento, denominado Declaração do Milênio, que estabeleceu como prioridade eliminar a extrema pobreza e a fome do planeta até 2015. Para tanto, foram acordados oito objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deveriam ser alcançados por meio de ações específicas de combate à fome e a pobreza, associadas à implementação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente. Definiu-se, também, o estabelecimento de uma parceria global para buscar construir o desenvolvimento sustentável. Para cada um dos oito objetivos foram estabelecidas metas, num total de 18, que poderiam ser acompanhadas por um conjunto de 48 indicadores propostos por um grupo de especialistas do Secretariado das Nações Unidas, do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) (IPEA, 2014).

Os países envolvidos acordaram em alcançar os oito objetivos do Milênio até 2015, visando solucionar alguns dos grandes problemas da humanidade. Tais objetivos eram os resultados das discussões que acabaram por gerar a Declaração do Milênio, os quais foram fomentados por perspectivas de valores fundamentais, como os da liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade comum, assim como princípios a serem alcançados a níveis mundiais, como o da dignidade da pessoa humana, da igualdade e da equidade. Assim, todas essas discussões, ponderações e premissas acabaram por resultar os oito Objetivos do Milênio:

> 1. Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2. Atingir o ensino básico fundamental; 3. Promover a igualdade de gênero e autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; 8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (IPEA, 2014 p. 22).

Para Correa e Alves (2005) os ODM foram frutos de pouca discussão, baixo envolvimento da sociedade civil, representaram uma redução e simplificação da agenda dos anos 90, além de colocar uma ”régua” muito baixa nos objetivos a serem implementados.

De acordo com Martini (2014) o Brasil é citado como exemplo e é destaque no cenário geopolítico em função da melhoria da qualidade de vida da sua população em relação a atingir a maioria das metas dos ODM.

O Brasil alcançou e superou a maioria dos ODM, bem antes do prazo final de dezembro de 2015. Os grandes destaques foram: a redução da fome e da pobreza; a expansão do Sistema Único de Saúde através do acesso à atenção primária em saúde, o Bolsa-Família, maior programa de transferência de renda do mundo que permitiu articular iniciativas setoriais e por vezes fragmentadas nas áreas de educação, saúde, combate à fome e desenvolvimento social (IPEA, 2014).

2.4 AGENDA 2030 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Em setembro de 2015, 193 Estados, membros da ONU se reuniram na sede da instituição em Nova Iorque e acordaram tomar medidas transformadoras para colocar o mundo em um caminho sustentável. Adotaram uma nova agenda global, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa o comprometimento com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parcerias: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2017a).

Esta Agenda engloba 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, os quais, por sua vez, listam 169 metas, todas orientadas a traçar uma visão universal, integrada e transformadora para um mundo melhor. Os ODS foram construídos, de forma participativa, tendo como base a bem-sucedida experiência dos

ODM, responsáveis por grandes avanços na promoção do desenvolvimento humano entre 2000 e 2015 (BRASIL, 2017a).

Os ODS entraram em vigor a partir de 1º de janeiro de 2016, adotando uma perspectiva abrangente e universal, com compromissos que se aplicam tanto a países em desenvolvimento quanto aos desenvolvidos, a partir de um plano de ação até 2030. Em que pese sua natureza global, a Agenda 2030 considera as diferentes realidades, dinâmicas sociais, capacidades, níveis de desenvolvimento, políticas e prioridades nacionais (BRASIL, 2018b).

Os meios de implementação, conforme preconizado pela Agenda 2030 incluem, entre outros, a mobilização de recursos financeiros, o desenvolvimento de capacidades, o financiamento público internacional e a disponibilidade de dados de alta qualidade, atualizados, confiáveis e desagregados (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

O cumprimento da Agenda 2030 requer que cada país lidere com suas diferentes realidades, capacidades e nível de desenvolvimento, enfrentando desafios específicos para o seu estabelecimento e excursão. Cada governo é primeiramente responsável pelo acompanhamento e avaliação do progresso alcançado, nos níveis regional, nacional e global, devendo desenvolver e utilizar indicadores, compostos por dados desagregados de qualidade, acessíveis, atualizados e confiáveis, cujo uso deverá ser frequente por serem a chave para a tomada de decisão (PNUD, 2017a).

No Brasil, o governo federal, por meio da Secretaria de Governo, e Decreto Nº 8.892, de 27 de outubro de 2016, cria a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 no país (BRASIL, 2016).

Os Objetivos e metas visam estimular as ações nos próximos 15 anos em áreas de fundamental importância: pessoas, planeta, prosperidade, paz e parceria, caracterizando assim os 5 P's (PNUD, 2018). Os ODS e as 169 metas que compõem a Agenda 2030 são integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental, sendo estes:

> ODS: 1-Erradicação da Pobreza, 2-Fome Zero e Agricultura Sustentável, **3-Saúde e Bem Estar**, 4-Educação de Qualidade, 5-Igualdade de Gênero, 6-Água Potável e Saneamento, 7-Energia Limpa e Acessível, 8-Trabalho Decente e Crescimento Econômico, 9-Indústria, Inovação e Infraestrutura, 10-Redução de Desigualdades, 11-Cidades e Comunidades Sustentáveis, 12-Consumo e Produção Responsável, 13-Ação Contra a Mudança Global

> do Clima, 14-Vida na Água: conservar e usar sustentavelmente os oceanos, mares e os recursos marinhos, para o desenvolvimento sustentável. 15- Vida Terrestre, 16-Paz, Justiça e Instituições Eficazes, 17-Parcerias e Meios de Implementação (PNUD, 2017a p. 12).

Na Agenda 2030, o ODS 3 tem seu foco principal na saúde da população. Por isso, apresenta metas como:

> A redução da mortalidade materna (3.1), o fim das mortes evitáveis de bebês e crianças (3.2), o combate a doenças como a AIDS, a tuberculose, a malária, a hepatite, entre outras transmissíveis (3.3). Também trata da redução das mortes prematuras por doenças não transmissíveis (3.4). Uso excessivo de álcool, tabaco e de entorpecentes são graves problemas de saúde pública, eles também são alvo deste ODS (3.5). As mortes em situações de trânsito constituem outra preocupação, expressas na meta (3.6). Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva ODS (3.7). **A meta 3.8 aborda a questão de grande importância, que é o acesso a saúde universal, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais.** ODS 3.9 que busca reduzir o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo; fortalecer o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países (3.a); apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos (3.b); Aumentar o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento (3.c); e reforçar a capacidade de todos os países para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde (3.d) (NAÇÕES UNIDAS, 2015 p. 42).

O reconhecimento da importância da saúde para o bem-estar individual e social resultou na definição da saúde como um bem meritório na maior parte dos países. Nesse contexto, a maioria dos governos tem como objetivo de política a organização da oferta e o financiamento dos bens e serviços de saúde de forma a garantir acesso equitativo a todos que precisam desses cuidados (ANDRADE *et al* 2018).

Diante do exposto, essa pesquisa utilizou como referência à análise da meta 3.8 que se refere a “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e a preço acessíveis para todos” do ODS 3 – Saúde e bem-estar (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

3. AS VERTENTES DO DESENVOLVIMENTO ADOTADO NA AGENDA 2030 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

3.1 CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO

Para Leal et. al (2012) o conceito de desenvolvimento surgiu na biologia, utilizado para descrever a evolução dos seres vivos, como uma percepção de transformação. Sendo que um organismo se desenvolve à medida que avança em direção à sua maturidade biológica. Nas décadas do século XVII ocorreu a transição do termo originalmente da biologia, para a vida em sociedade. Com isso as sociedades que conseguiam produzir os seus próprios movimentos para o alcance do seu bem-estar, eram consideradas “desenvolvidas”.

As teorias do desenvolvimento ganharam grande importância política e social após a Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo a reconstrução dos países devastados pelo conflito, onde o cenário havia se tornado propício para uma espécie de compromisso global em nome da estabilidade econômica pró-crescimento (NIEDERLE; RADOMSKY, 2016).

O conceito de desenvolvimento foi lançado pelo Estados Unidos como um apelo para que todas as nações seguissem seus passos, tendo isso ocorrido depois da Segunda Guerra Mundial, quando ocorreu colapso dos poderes coloniais europeus. A era do conceito de desenvolvimento iniciou em 1949, a partir do discurso de posse de Harry S. Truman, no qual se referiu às “áreas subdesenvolvidas” e os Estados Unidos estariam à frente do restante do mundo juntamente com outros países industrializados, que estavam acima na escala de evolução social. Essa ideia de desenvolvimento serviu para oferecer aos norte-americanos uma visão reconfortante de uma nova ordem mundial (SACHS, 2000).

Por mais de quarenta anos, o desenvolvimento foi uma arma para competição entre os sistemas políticos. A era do desenvolvimento entrou em declínio, visto que as premissas que lhe serviam de base foram superadas pela história (SACHS, 2000).

O Desenvolvimento também foi visto como algo que se realiza sob a ação conjunta de fatores responsáveis por transformações nas formas de produção e forças sociais (FURTADO, 2000). O desenvolvimento é uma palavra que conseguem impulsionar pessoas, governos, nações e uma imensidade de recursos monetários e não monetários para a sua realização (LEAL et. al 2012). Descrevemos a seguir a construção desse conceito com base nas dimensões econômica, social e ambiental, para melhor compreender o significado do processo desenvolvimento.

3.2 DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Em 1960, pela ideologia de Rostow, o conceito de desenvolvimento estava fortemente relacionado com as questões econômicas e teria suas bases consolidadas através da intervenção setorial na economia, de modo que o crescimento industrial se traduziria em modernização (CONCEIÇÃO et al, 2016).

De acordo com Barbosa (2009), o conceito de desenvolvimento econômico é visto de forma ampla, e deve se associar a diversos aspectos como: crescimento autossustentado; mudanças estruturais dos padrões de produção; melhoria tecnológica; modernização social, política e institucional; e melhoria generalizada da condição humana. E para que o crescimento seja considerado desenvolvimento, deve haver desenvolvimento integral, com a melhoria de todo o sistema produtivo e não apenas parte do sistema e “distribuição social dos frutos”, ou seja, os frutos do crescimento devem ser repartidos equitativamente. Assim, o desenvolvimento econômico é apenas uma dimensão do Desenvolvimento, e este deve ser pensado de forma ampla, considerando objetivos como: liberdade, paz, segurança, proteção da natureza e justiça social.

As teorias econômicas abordaram o fenômeno do desenvolvimento como sinônimo de crescimento, e somente a partir da metade do século XX que os economistas começaram a diferenciar esses conceitos (BARBOSA, 2009). Para compreender essa teoria é necessário levar em consideração as peculiaridades relacionadas ao surgimento das nações e a formação dos estados, além de observar o acumulo de capital e a incorporação do progresso técnico ao trabalho e ao próprio capital, que ocorrem sob a coordenação das instituições e principalmente de

mercados relativamente competitivos. Portanto, o desenvolvimento econômico é um fenômeno relacionado com o surgimento das duas instituições fundamentais do novo sistema capitalista: o estado e os mercados (BRESSER-PEREIRA, 2006, p. 5).

A humanidade, com seu desejo de descobrir o novo e medir tudo o que está ao seu redor, cria e recria ideias e práticas com o passar do tempo. Em meados de 1947, por exemplo, o surgimento do indicador Produto Interno Bruto (PIB) disseminou mundialmente o uso de indicadores econômicos para medir o progresso de um país. Já a partir da década de 1960, ascende nos Estados Unidos uma nova ideologia, que buscava deslocar o foco de aspectos meramente econômicos para contemplar parâmetros que pudessem aferir o bem-estar da população, nasciam os “indicadores sociais” (SALES, 2013).

Nesse contexto, surge na década de 1970 um novo indicador sistêmico, desenvolvido no reino Butão um pequeno país localizado na Ásia com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): o índice de Felicidade Interna Bruta (FIB). O FIB procura medir o progresso da sociedade a partir dos seguintes domínios: padrão de vida, educação, saúde, governança, cultura, vitalidade comunitária, resiliência ecológica, uso equilibrado do tempo e bem-estar psicológico. (SALES, 2013).

Diante desses avanços, o Produto Interno Bruto se popularizou por meio da divulgação contínua nos meios de comunicação, inclusive na mídia de jornalismo de massa. Notícias como quedas do PIB, percentual de crescimento do PIB, entre outras, vem passando a ser parte da linguagem do cotidiano popular, demonstrando uma redução significativa da ideia de desenvolvimento ao nível do crescimento do PIB. É um indicador limitado, pois está relacionado a uma medida de atividade econômica, não permite medir o bem-estar da população e não assegura se o crescimento de um país está sendo benéfico ou não (SILVA, 2016).

O crescimento econômico, usualmente medido e divulgado como PIB, representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região (países, estados ou cidades), durante um período determinado de tempo (mês, trimestre, ano). O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região. Destaca-se a inovação empresarial como a principal força para o crescimento econômico e ainda se discute as funções do crédito e do capital no desenvolvimento econômico (SCHUMPETER, 1996).

Pode-se dizer que o desenvolvimento econômico não se manifesta obrigatoriamente num ambiente de crescimento econômico, porém não há como conceber desenvolvimento econômico sem a presença do crescimento econômico. O desenvolvimento econômico deve resultar do crescimento econômico, necessariamente deverá estar acompanhado de melhorias visíveis na qualidade de vida da população. O crescimento econômico é um processo social que advém do aumento constante do produto e da renda (LEAL et. al, 2012).

Um exemplo de uma situação, na qual o crescimento do PIB não garante benefícios para uma população: O governo decretaria que não há necessidade de regras para as questões ambientais; dessa forma, as empresas desse setor produziriam mais bens e serviços sem levar em consideração a poluição que aumentaria, logo, o PIB cresceria. Porém a qualidade do ar e da água seriam piores e haveria uma maior produção de resíduos, tais fatos não compensariam a maior produção, pois não haveria ganho de bem-estar da população (SALES et. al, 2013).

Dessa forma, fica evidente que desenvolvimento e crescimento econômico pressupõem princípios diferentes. O desenvolvimento pode ser visto como a eliminação de privação de liberdade (pobreza, tirania, falta de oportunidade econômicas, destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância de Estados opressivos), que limitam as escolhas e as oportunidades de as pessoas exercerem de forma ponderada sua condição. O desenvolvimento deve ir além do crescimento do PIB e de outras variáveis relacionadas à renda, deve estar relacionada com a melhoria da qualidade de vida e das liberdades de que as pessoas desfrutam (SEN, 2002).

3.3 DESENVOLVIMENTO SOCIAL

O desenvolvimento humano é compreendido como um processo de empoderamento das pessoas, fazendo com que cada pessoa tenha a capacidade e oportunidade de escolhas. Possui uma visão diferente do crescimento econômico, pois aborda o desenvolvimento humano para além do que a pessoa possa produzir (PNUD, 2015).

O conceito de desenvolvimento humano considera que apenas o crescimento econômico não é suficiente para medir o desenvolvimento de uma nação. Sendo, portanto, a renda um fator importante, mas não definitivo no desenvolvimento humano, caracteriza como mais um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim (PNUD; IPEA; F.J.P., 2014).

De acordo com Sen (2002) o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais das pessoas. Essa liberdade passa então a ser um ponto central para o desenvolvimento, sendo uma forma para que as pessoas se tornem mais atuantes. O autor acredita que com as oportunidades sociais adequadas, o indivíduo pode se tornar um favorecido do desenvolvimento, com condições de criar seu próprio destino, sendo assim agente ativo das suas escolhas. A liberdade influência de forma decisiva nas diferentes etapas e perspectivas da existência humana (SEN, 2002).

É necessário conhecer uma sociedade em que prevalece a falta de liberdade para que se possa compreender seu valor na sociedade em que prevalece. A liberdade, assim, não é somente um valor específico, mas uma condição para os valores morais. O conceito de liberdade, em suas definições, aponta o sentido que o autor quer empregar à liberdade, o que se pode chamar de liberdade individual, ou seja, o estado em que o homem não se sujeita à coerção pela vontade de outro homem. Embora o homem não possa eliminar completamente a coerção, a tarefa de uma política de liberdade está em minimizá-la. Liberdade está referida como a relação do homem para com o seu semelhante (HAYEK, 1983), a liberdade individual também é considerada como um comprometimento social (SEN, 2002). E o crescimento econômico pode ser um meio de expandir as liberdades desfrutadas pelos membros de uma sociedade, mas as liberdades dependem de outros determinantes, como saúde, educação e direitos civis (VEIGA, 2005).

O crescimento econômico de uma sociedade não se traduz automaticamente em qualidade de vida. A publicação do “Atlas de Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras”, em 2014, merece destaque, por conceituar o desenvolvimento humano como sendo o “processo de ampliação das liberdades das pessoas com relação às suas capacidades e as oportunidades a seu dispor para que elas possam escolher a vida que desejam ter” (PNUD; IPEA; FJP, 2014). O processo de expansão das liberdades inclui as dinâmicas sociais, econômicas, políticas e ambientais necessárias para garantir uma variedade de

oportunidades para as pessoas, bem como o ambiente propício para que cada uma exerça, na plenitude, seu potencial (PNUD, 2017a p.12).

O conceito de desenvolvimento humano, bem como sua medida, o Índice de Desenvolvimento Humano, o IDH, foram apresentados em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq e com a colaboração e inspiração no pensamento do economista Amartya Sen. A popularização da abordagem de desenvolvimento humano se deu com a criação e adoção do IDH como medida do grau de desenvolvimento humano de um país, em alternativa ao Produto Interno Bruto, hegemônico à época como medida de desenvolvimento (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

O IDH reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde), ter acesso ao conhecimento (educação) e poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda). O IDH obteve grande repercussão mundial devido principalmente à sua simplicidade, de fácil compreensão e pela forma mais holística e abrangente de mensurar o desenvolvimento. Transformando em um único número a complexidade de três importantes dimensões, o IDH tornou-se uma forma de compreensão e fomento da discussão e reflexão ampla sobre o significado de desenvolvimento humano para a sociedade (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

O Brasil foi um dos países pioneiros ao adaptar e calcular um IDH subnacional para todos os municípios brasileiros, com dados do Censo Demográfico, criando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. O índice é hoje uma referência nacional. Sendo de suma importância para contrapor o PIB, o IDHM traz o conceito de desenvolvimento centrado nas pessoas, e não a visão de que desenvolvimento se limita a crescimento econômico. Além de ser uma forma de comparação entre municípios, sendo uma forma de sintetizar uma realidade complexa em um único número, o IDHM viabiliza a comparação entre os municípios brasileiros ao longo do tempo. E por fim, o ranking do IDHM estimula a formação e implementação de políticas públicas no nível municipal, buscando priorizar a melhoria da vida das pessoas em suas ações e decisões (OLIVEIRA *et al*. 2015).

O Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), considera o Brasil um exemplo bem-sucedido na redução de vulnerabilidades e na construção de resiliência da população,

especialmente a menos favorecida. Foram adotadas políticas anticíclicas eficientes, políticas públicas ativas de diminuição da desigualdade, de transferência de renda condicionada e de superação da pobreza e da pobreza extrema. No entanto, o fato é que o Brasil de hoje ainda luta para superar um passivo histórico que é resultado de décadas de descaso com o desenvolvimento humano. Mas é possível perceber melhoras significativas no cotidiano, não apenas nas três dimensões do IDH (longevidade, educação e saúde), mas também em outras áreas que integram uma abordagem mais ampla do desenvolvimento humano, como a ampliação e consolidação da universalização de direitos e serviços básicos, o aumento do nível de emprego e a diminuição do trabalho informal (PNUD, 2014).

3.4 DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL E SUSTENTÁVEL

As principais conquistas da civilização introduziram perturbações no equilíbrio da biosfera, com isso estamos vivenciando nas últimas décadas intensos debates sobre o desenvolvimento ambiental (GOMES, 2014). Atualmente a civilização humana com suas ações, interfere diretamente nos ciclos da natureza e altera ecossistemas vitais impactando diretamente na vida de todo o planeta. Isso resulta no aumento drástico dos problemas ambientais gerados (CAMARGO, 2002). A percepção ambiental se refere às preocupações do homem a respeito das modificações na natureza, e como ele interage com o ambiente, sendo a sua postura, peça fundamental para garantir o desenvolvimento sustentável (NASCIMENTO; ROEDEL, 2013).

Desde o início da Revolução Industrial, a implantação de técnicas de produção e consumo predatórios vem provocando um grande impacto das atividades humanas sobre os sistemas naturais. Assim como o nosso modelo econômico de desenvolvimento modificou e aperfeiçoou em muitos aspectos a relação do ser humano com o seu meio ambiente, também provocou transformações dramáticas no ambiente natural (CAMARGO, 2002).

O desenvolvimento deve ocorrer nas esferas ambiental, econômica e social, considerando também a dimensão política, nos quais os processos de mudança teriam de ser transparentes e participativos. Meio ambiente e

desenvolvimento não constituem desafios separados, estão inevitavelmente interligados. O desenvolvimento não se mantém se a base dos recursos naturais se deteriora, o meio ambiente não pode ser protegido se o crescimento não leva em conta as consequências da destruição ambiental. Esses problemas, portanto, não podem ser tratados separadamente por instituições e políticas fragmentadas. Eles fazem parte de um sistema complexo de causa e efeito (COMISSÃO MUNDIAL SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1991).

Pela amplitude dos problemas sociais e ambientais do mundo, o termo desenvolvimento sustentável ganhou força e evoluiu ao longo dos últimos anos. Muito confundido com o desenvolvimento ambiental, o desenvolvimento sustentável é hoje um tema indispensável nas discussões sobre políticas de desenvolvimento que visam sinalizar uma alternativa às teorias e aos modelos tradicionais de desenvolvimento, desgastados numa série infinita de frustrações (PIMENTA & NARDELLI, 2012).

Romero (2012) considera como desenvolvimento sustentável o processo de melhoria do bem-estar humano com base numa produção material/energética que garanta o conforto que se considere adequado e esteja estabilizada num nível compatível com os limites termodinâmicos do planeta. Onde o crescimento do consumo como fator de emulação social cede lugar ao crescimento cultural, psicológico e espiritual.

A noção de desenvolvimento sustentável, disseminada pelo Relatório Nosso Futuro Comum (1991), consiste em afirmar que o desenvolvimento sustentável se define “como aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades”.

De acordo com o relatório da Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento uma série de medidas devem ser tomadas pelos países para promover o desenvolvimento sustentável, entre elas podemos destacar: a preservação da biodiversidade e dos ecossistemas; atendimento das necessidades básicas (saúde, escola, moradia); garantia de recursos básicos (água, alimentos, energia); diminuição do consumo de energia; uso de fontes energéticas renováveis entre outros (COMISSÃO MUNDIAL SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1991). As reivindicações dos direitos na questão ambiental estão marcadas por uma nova sensibilidade de atores sociais que começam a despertar para a relação diretamente estabelecida entre a questão ambiental e a qualidade de vida das gerações atuais e futuras (CAMARGO, 2002).

A criação da “Carta da Terra” aprovada pela ONU e formulada pela Sociedade Civil e ONG's de centenas de países, caracteriza um importante documento que equivale à Declaração Universal dos Direitos Humanos para a área de Meio Ambiente. Esse documento pontua a necessidade de somar forças para gerar uma sociedade sustentável global baseada no respeito pela natureza, nos direitos humanos universais, na justiça econômica e numa cultura da paz. Afirma que para chegar a este propósito, é imperativo que todos os povos da terra declarem a responsabilidade uns para com os outros, com a grande comunidade da vida, e com as futuras gerações (CARTA DA TERRA, 2000).

Apesar do grande destaque que temas como sustentabilidade e desenvolvimento sustentável ganharam nos últimos tempos, que levaram a sociedade, empresários e órgãos públicos a se conscientizarem e buscarem alternativas que visam diminuir o problema dos resíduos produzidos pelos processos produtivos. Pouco ainda tem sido feito para minimizar os impactos da cadeia produtiva (BOLONINE; HASCKEL, 2013).

Em setembro de 2019, o secretário-geral da ONU, António Guterres, promoveu uma Cúpula do Clima onde reuniram-se os principais líderes mundiais de governos, o setor privado e a sociedade civil para apoiar o processo multilateral e para aumentar e acelerar a ação climática. Ativista Greta Thunberg no seu discurso de abertura do Encontro de Cúpula sobre Ação Climática; diz que "o mundo está despertando" para o problema da mudança climática e que:

> As pessoas estão sofrendo e estão morrendo. Os nossos ecossistemas estão morrendo. Por mais de 30 anos, a ciência tem sido muito clara. Como vocês se atrevem a continuar ignorando isto? Nós estamos vivenciando o começo de uma extinção em massa. E tudo o que vocês fazem é falar de dinheiro e de contos de fadas sobre um crescimento econômico eterno. Como vocês se atrevem? E como se atrevem a vir aqui e dizer que estão fazendo o suficiente? Quando sabemos que as políticas e as soluções necessárias não são sequer vistas?
> [...] os olhos de uma geração futura inteira estão sobre vocês.
> E se vocês escolherem fracassar. Eu lhes digo: nós jamais perdoaremos vocês. Nós não vamos deixar vocês fazerem isso. É aqui e agora, que nós colocamos um limite. O mundo está despertando. E a mudança está chegando, quer vocês queiram ou não (ONU News. 2019).

A grande emergência climática se transformou na contradição principal da dialética ecossocial, regendo o protagonismo das ações locais e internacionais. As

lutas são muito mais geracionais e ambientais do que sobre dinâmicas econômicas das classes sociais (ALVES, 2019).

O III Relatório Luz 2019 do Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 alega que o Brasil se afasta de um futuro sustentável, exigindo um fortalecimento das instituições fiscalizadoras nacionais e alinhamento dos governos locais e do parlamento aos ODS (BRASIL, 2019c). Portanto, fica evidente que para à ideia de uma harmonia entre o crescimento da população e desenvolvimento sustentável seja alcançada, os investimentos para atingir os ODS são de suma importância, visando estabelecer mecanismos institucionais que aprimorem a coerência das políticas públicas implementadas. Apresentando assim uma excelente oportunidade para que os diferentes países possam alinhar e estabelecer mecanismos de coordenação e capacidades para a implementação de políticas públicas que possam garantir o futuro da humanidade (ENAP, 2018).

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Historicamente os estudos sobre políticas públicas, como área de conhecimento, começaram na década de 30, nos Estados Unidos, para auxiliar o governo na solução dos problemas vivenciados no período pós-guerra (DI GIOVANNI, 2009). Estabelecer um conceito único capaz de abranger todo o significado do termo política pública, configura uma tarefa complexa. No entanto, buscamos a concepção de um conceito que seja útil para analisar as políticas públicas de saúde de que trata essa pesquisa. Política pública pode ser compreendida como:

> [...] decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos. Com a explicitação formal dessas decisões, busca-se, também, permitir o acesso da população em geral, e dos formadores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas (BRASIL,1998 p.11).

De acordo com a FIOCRUZ (2020) as políticas públicas podem ser definidas como ações e decisões tomadas pelas esferas governamentais nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social.

A política pública também é entendida como uma forma de exercício do poder nas sociedades democráticas, uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, que inclui as relações sociais articulando também no campo da economia (DI GIOVANNI, 2009). Qualquer definição de política pública é arbitrária e muito dessa dificuldade permeia as diversas linhas de pensamento teórico a respeito do assunto (SECCHI, 2013). É um conceito evolutivo que está imerso a um processo constante de transformações históricas nas relações entre estado e sociedade e cada vez mais estão referidas aos processos de democratização das sociedades (DI GIOVANNI, 2009).

Destaca-se dois conceitos fundamentais para entendermos a política pública, sendo este: o problema público e a política pública. O primeiro (problema) trata do fim ou intenção de resolução. O segundo (política pública) trata do meio ou mecanismo para levar a cabo tal intenção. Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. A política pública é um conceito

abstrato que se materializa com instrumentos concretos, citando como exemplo: as leis, programas, campanhas, obras, prestação de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros (SECCHI, 2017).

A análise das políticas públicas busca gerar e sistematizar informações relevantes para o processo decisório. A análise de políticas públicas e programas envolve quatro aspectos em seu design e operação: identificação da necessidade de intervenção do governo; consideração da teoria de intervenção e dos componentes operacionais; avaliação da implementação e operação das políticas ou programas; e cálculo do impacto da intervenção (CRUMPTON et al, 2017).

As políticas visam tornar transparente a ação do governo, diminuindo assim os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. Uma política é constituída pelo seu propósito, diretrizes e pela definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (FLEURY; OUVERNEY, 2008). A implementação de uma política pública é consequência da interação entre a intenção e os elementos dos contextos locais de ação, estando atrelada a diversos condicionantes (MENDES; AGUIAR, 2017).

Para que se gere mudanças sistêmicas rumo a modelos de desenvolvimento humano sustentável, uma importante estratégia utilizada por empreendedores e lideres sociais é influenciar as políticas públicas, ou seja, contribuir para a construção, implementação e fiscalização dessas políticas (DI GIOVANNI, 2009).

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe na Constituição de 1946 a definição de saúde como sendo:

> A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS/WHO.1946).

Podemos destacar que além da definição de saúde, a Constituição da OMS também estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Baseado na Declaração “O FUTURO QUE QUEREMOS” pode se dizer que a saúde é um dos elementos mais relevantes para o desenvolvimento sustentável, sendo também a melhor forma de avaliar o êxito das ações realizadas, por apresentar os melhores indicadores básicos de saúde (BUSS & GALVÃO, 2017).

O reconhecimento da importância da saúde para o bem-estar individual e social resultou na definição da saúde como sendo o bem mais relevante na maior parte dos países. Nesse contexto, grande parte dos governos tem como objetivo de política setorial, a organização da oferta e o financiamento de bens e serviços de saúde, de forma a garantir acesso equitativo a todos que precisam desses cuidados. Sendo este um dos maiores desafios para a organização de um sistema de saúde decorrendo da complexidade do mercado de bens e serviços de saúde (ANDRADE *et al,* 2018).

Destaca-se uma frase utilizada para abrir a Declaração de Istambul, documento publicado em maio de 2009, que coloca a proteção da saúde da população como sendo a primeira responsabilidade dos governos em todos os níveis, não deixando margens para questionamentos sobre a importância do tema saúde e o dever dos governantes em criar políticas públicas que garantam o acesso a saúde (JÚNIOR *et al* 2013).

No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurada pela Constituição Federal de 1988, artigo 196, que estabelece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. A Constituição define a criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, e estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade através das Leis 8.080/90 e Lei 8.142/90.

O acesso universal e a cobertura universal da saúde exigem a determinação e implementação de políticas e ações com uma abordagem multissetorial nos determinantes sociais da saúde (SOUZA *et al*, 2018).

De acordo com PNUD (2015) a estratégia de acesso e cobertura universais em saúde, proposta pelos Estados Membros e pela OMS, deve ser um norteador para que os sistemas de saúde concretizem o direito à saúde da população, baseado nos valores de solidariedade, equidade e integralidade. Esta estratégia

global deve contribuir para o fortalecimento do SUS como sistema universal, integral e de qualidade, baseado no direito à saúde, para que todas as necessidades da população sejam respondidas adequadamente pelo sistema de saúde, sem distinção de qualquer natureza, segmentação da oferta e barreira de acesso aos níveis de atenção.

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo com acesso universal a serviços e ações de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o consideram uma referência como política pública comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorizados positivamente (OPAS, 2018).

Apesar do pouco tempo de existência do SUS, o sistema de saúde brasileiro tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. A dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS e isso pode ser analisado nas perspectivas das estruturas existentes, dos processos de produção de serviços e dos resultados sanitários (BRASIL, 2006).

A Meta 3.8 da Agenda 2030, que visa atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, sem dúvida, se destaca por ser uma das metas mais ambiciosas da Agenda 2030, caracterizando assim um dos maiores desafios para a política pública de saúde do Brasil (PNUD,2015).

De acordo com o Relatório Nacional voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável o SUS é fundamental para assegurar atenção à saúde e promover o bem-estar de todos os brasileiros e será utilizado para implementação dos Objetos de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e bem-estar. Sabemos que muitos foram os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira (BRASIL, 2017a).

4.2 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Apresenta-se uma síntese do histórico da política de saúde no Brasil, abordando por períodos históricos e relacionando ao contexto econômico e político de cada momento.

Quadro 1- História da Política de Saúde no Brasil por períodos históricos, relacionando ao contexto econômico.

Período Colonial Imperial (1500 – 1889)	O Brasil era colônia de Portugal, sua produção econômica se dava por meio dos ciclos do açúcar e mineração. A mão de obra era escrava. O quadro sanitário era caracterizado pela existência de diversas doenças transmissíveis causadas pela imigração. Não existia nenhuma política de saúde. Ocorreu a primeira campanha de vacinação e o surgimento das primeiras Casas de Misericórdias.
Período da Primeira República ou República Velha (1889 - 1930)	A economia caracterizava-se como agroexportadora, a base do trabalho era assalariada e ocorreu um crescimento industrial significativo. Surgimento da Previdência Social que vai incorporar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições a partir de contribuições com as Caixas de Aposentadorias e Pensões, as CAPs. A situação da saúde era precária com mortes por epidemias, falta de saneamento básico. Osvaldo Cruz elegeu as Campanhas Sanitárias como modelo de interação de combate de epidemias rurais e urbanas, de conotação militar, com isso correu a Revolta da Vacina.
Período da Segunda República ou Era Vargas (1930 - 1945)	Aumento do investimento no setor industrial nas principais capitais, com isso promoveu o êxodo rural. Criado o Ministério do Trabalho, da Industria e Comércio e da Educação e Saúde. Transformação das CAPs em IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões, sendo passadas gradativamente para o controle do Estado, financiado pelos empregados, os empregadores e o estado.
Período da Redemocratização ou Desenvolvimentista (1945-1963)	Lançamento do plano Saltre (saúde, alimentação, transporte e energia). As ações de saúde não se consolidaram, devido a maior parte do recurso ter sido destinada à área de Transporte. Os casos de tuberculose e malária reduziram sendo atribuído este resultado as Campanhas Sanitaristas. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde independente da Educação, com apenas um terço do recurso alocado no antigo ministério.

Período do Regime Militar (1964 – 1984)	Setor da Saúde era caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Em 1966 ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, com isso ocorreu a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social, que era subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, finalizava a gestão tripartite. Assistência médica era prestada por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos (INPS) que comprava os serviços privados de saúde visando lucros, gerando assim o fortalecimento do setor privado da saúde no país. Com a ampliação da seguridade e da assistência médica a outras categorias gera um grande impacto para os gastos da previdência em decorrência do modelo assistencial. O Ministério da Saúde com recursos limitados torna-se ineficiente para enfrentar os problemas de saúde da população que agravam em decorrência das condições precárias. Ações de saúde se reduzem em controle e erradicação de algumas endemias comandadas pela então criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). No final dos anos 70 aprofunda a crise do modelo de saúde previdenciário. Com os problemas sociais e de saúde cresce a insatisfação da sociedade, inicia assim o surgimento dos movimentos sociais.
Período do Regime Militar (1964 – 1984)	Na VII Conferência Nacional de Saúde foi discutido o projeto PREV-SAÚDE Programa Nacional de Serviço Básico de Saúde, porém não foi implementado devido a objeções dos dirigentes do INAMPS e pressão dos empresários da saúde. Iniciaram as AIS - Ações Integradas de Saúde, o programa tinha objetivo de articular todos os serviços que prestavam assistência à saúde. Neste período de conflito inicia o Movimento pela Saúde que articulou se aos demais movimentos, reforçando a luta pela Reforma Sanitária Brasileira.
Reforma Sanitária (1983 – 1986)	Projeto de reforma sanitária preconizava a criação de um sistema único de saúde, acabando com o duplo comando do Ministério da Saúde e do INAMPS. Decorreu então o surgimento de alguns programas de expansão dos serviços: • Ações Integradas de Saúde – AIS (1983); • Sistema Unificado e Descentralização da Saúde – SUDS (1986). Ocorreu o grande marco na história da saúde púbica no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde onde foi debatida a reforma no setor de saúde e pactuada para a sua inscrição na Constituição Federal.

Período da Nova República (1985 – 1988)	Enquanto se elaborava o arcabouço do SUS, através de um decreto que transforma as Ações Integradas de Saúde em Sistema Unificado de Descentralização de Saúde (SUDS), que representou um avanço na medida em que possibilitou a formação de conselhos estaduais e municipais de saúde, a desconcentração de recurso e poder da esfera federal e estadual. Aprovação do Sistema Único de Saúde - SUS com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitarista significou uma grande vitória da sociedade. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) que incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária apresentada por emenda popular, se deu de forma conflituosa entre os defensores dos interesses privatistas e os que lutavam pela saúde pública.

Fonte: Baseado em AGUIAR, Z. N. (2015).

A Constituição Federal de 1988 incorporou concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência social. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares (BRASIL, 2006).

De acordo com Correia et al (2010), o SUS foi criado no texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, mais especificamente na Seção II – da Saúde, Capítulo II – da Seguridade Social, Título VIII – da Ordem Social. O

texto final aprovado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário, tais como:

> A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; A saúde como direito de todos e dever do Estado; A relevância pública das ações e dos serviços de saúde; A criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (CORREIA et al., 2010, p.2).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, foi elaborada para regulamentar o SUS, criado na Constituição Federal. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. No Art. n. 6º, estabelece, ainda, uma série de atribuições do SUS, tais como: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; a formulação da política e participação na produção de medicamentos, imunobiológicos e equipamentos; a participação na formulação e execução de ações de saneamento básico e da política de sangue e hemoderivados e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Deste modo, ampliam-se consideravelmente as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, que são: O Ministério da Saúde, no âmbito federal; as secretarias estaduais de saúde, no âmbito dos estados; as secretarias municipais de saúde, no âmbito dos municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 1990a).

Na ocasião da publicação da Lei nº 8.080/90, o então presidente Fernando Collor de Mello impôs vetos que atingiram pontos fundamentais, como a participação popular (CORREIA, 2010). Uma intensa reação da sociedade civil organizada resultou na elaboração da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

A lei nº 8.142, já em seu artigo 1º, estabelece dois mecanismos principais de participação da comunidade na gestão do SUS: os conselhos de Saúde, a serem implantados em cada esfera de governo, têm caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente; as conferências de

saúde, que reúnem-se em cada esfera de governo, a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais (composição paritária), para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e deve ser convocada pelo Conselho de Saúde e extraordinariamente pelo Executivo (BRASIL, 1990b).

4.3 FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco na proteção social do país, principalmente no que se refere a seguridade social, ao substituir a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada. A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CNS, 2019).

Com a universalização da saúde, a responsabilidade dos Estados brasileiros para garantir o direito a todos os cidadãos implicou diretamente na necessidade de ampliar substancialmente a alocação de recursos financeiros, o que levou os legisladores a terem de prever as fontes de receita para a área da saúde. Ficou definido no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada (BRASIL, 2009).

O financiamento do SUS está previsto na Constituição Federal e teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Sendo que a Lei 8.080/90, além da regulamentação das políticas de saúde, aborda também a forma de distribuição e repasse dos recursos financeiros:

> Art.34
> Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade

> Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.
> Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:
> I - perfil demográfico da região;
> II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
> III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
> IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
> V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
> VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
> VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990a p.13).

Já a lei 8.142/90 estabeleceu como serão alocados os recursos do Fundo Nacional de Saúde:

> Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:
> I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
> II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
> III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
> IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
> Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde (BRASIL, 1990b p1).
>
> Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:
> I - Fundo de Saúde;
> II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;
> III - plano de saúde;
> IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;
> V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
> VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990b p.2).

A inclusão de milhões de pessoas na rede de proteção social a partir da Constituição de 1988 ocasionou o aumento da demanda por serviços de saúde após a implantação do SUS, o que gerou um aumento nos gastos com saúde, ocasionando uma crise financeira (CARVALHO, 2002). Na busca para solucionar a crise do financiamento da saúde, o governo cria como alternativa a implantação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em

1996, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (PIOLA, 2013).

Ressalta-se que apesar da justificativa do governo para a cobrança da CPMF ter sido para ter mais recursos a investir na saúde, uma vez aprovada a destinação de um percentual para a saúde, o governo diminuiu outras fontes do SUS, quase no valor da CPMF. O governo criou a CPMF para injetar dinheiro no fundo da saúde, mas retirou outros investimentos, ou seja, “colocou com uma mão e retirou com a outra” (SCHNEIDER, 2005).

Piola et al (2013) afirmam que logo que entrou em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS, sendo que em 1997 já respondia por 27,9% dos recursos.

Em 1999, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, e a partir de 2000, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, determinou a aplicação de no mínimo 12% da Receita de Impostos e Transferências pelos Estados e DF e de no mínimo 15% da Receita de Impostos e Transferências pelos Municípios (CNS, 2019).

De acordo com Schneider et al (2005) a EC 29 definiu as fontes sobre as quais incidiriam os percentuais da saúde para estados e municípios, inclusive para depois de 2005, é o que se chama “base vinculável”. Entretanto, para a União, a base vinculável não foi definida na EC 29, definindo-se da seguinte fórmula de cálculo:

> No ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Do ano 2001 até 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Para os Estados e o Distrito Federal estabeleceu-se a aplicação de um aumento gradativo, devendo ser, a partir de 2004, de no mínimo doze por cento do produto da arrecadação dos impostos. Para os municípios e o Distrito Federal também estabeleceu-se a aplicação de um aumento gradativo, devendo ser, a partir de 2004, de no mínimo quinze por cento (SCHNEIDER et. al, 2005 p.21).

Para Piola et al (2013) a EC 29 gerou grandes avanços levando mais recursos, promovendo o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Podemos confirmar esses avanços analisando a tabela a seguir:

Tabela 1: Gasto com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS): Total e por esfera de governo (2000-2011)

ANO	Federal %		Estadual %		Municipal %
2000	59,8		18,5		21,7
2001	56,1		20,7		23,2
2002	52,8		21,5		25,7
2003	51,1		23,0		25,9
2004	50,2		24,6		25,2
2005	49,7		23,1		27,2
2006	48,4		23,5		28,0
2007	47,5		24,2		28,3
2008	44,2		25,4		30,4
2009	45,8		25,4		28,8
2010	44,1		26,5		29,4
2011	44,7		25,7		29.6

Fonte: PIOLA et al (2013).

Os dados demostram que dois terços do aumento dos recursos para ASPS após a promulgação da EC 29, foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União, demostrando assim que a Emenda Constitucional 29 favoreceu a crescente participação dos estados e municípios no financiamento das ações em saúde. No entanto, o aumento do percentual de investimento dos municípios e estados não pode justificar a estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União (PIOLA et al, 2013).

Com a Emenda Constitucional 29 o percentual mínimo para a saúde foi garantindo, como política pública deverá investir um percentual mínimo de recursos. No artigo 35 está prevista a intervenção tanto da União como dos Estados nos municípios que não cumprirem com os percentuais mínimos para manutenção das ações e serviços públicos de saúde. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos Conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras

municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal (SCHNEIDER et al, 2005).

A grande questão que não foi contemplada na EC 29 foi a definição de quem interviria na União, se o Ministério da Saúde não cumprir a Lei. O principal problema é que a União é a única esfera de governo que pode arrecadar contribuição social para a saúde, ficando com a menor responsabilidade quanto ao percentual de recursos financeiros para a saúde. De forma geral, é possível dizer que a União saiu vitoriosa contra a sociedade defensora do direito humano à saúde, pois atribuiu a responsabilidade financeira sobre os estados, e principalmente, sobre os municípios, usando como argumento o princípio da descentralização (SCHNEIDER, 2005).

Conforme já exposto, apesar dos avanços, a regulamentação da EC 29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o PLC 1/2003 no ano de 2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007). A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos (BRASIL, 2011).

A regulamentação da EC 29 aconteceu no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente “o que pode” e “o que não pode” ser considerado como ações de saúde e aumentar a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados (CNS, 2019).

A Lei Complementar 141/2012 regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas. A nova legislação define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde, estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (CONASEMS, 2015).

Neste momento, a partir do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública e com o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde e de várias entidades nacionais e movimentos sociais, nasceu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - “Saúde Mais 10”, tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012 (CNS, 2019). Com mais de 2,1 milhões de assinaturas, o movimento viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013, que previa a aplicação de 10% da receita corrente bruta da União no financiamento da saúde, mas não foi aprovado (PREFEITURA SÃO PAULO, 2019).

De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (2018), a partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofreu mais um duro golpe. Foi aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a Emenda Constitucional 95, que ficou conhecida como a “PEC da Morte”. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036, afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública. Ou seja, na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois a falta de financiamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (CNM, 2018).

De acordo com Documento Orientador da 20ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo alguns municípios do estado de São Paulo já investem acima do previsto na legislação, citando como exemplo a cidade de São Paulo, que aplica aproximadamente 23% (em vez de 15%) do orçamento, criando uma situação insustentável de possível autofinanciamento crescente, uma vez que muitas despesas são fixas e a população tende a aumentar, bem como suas necessidades em saúde (PREFEITURA SÃO PAULO, 2019).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o abaixo-assinado contra a Emenda Constitucional no 95/2016 para ser enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF):

> O objetivo do abaixo-assinado é impedir a execução ilegal da Emenda Constitucional 95/2016, que substitui o “piso” (limite mínimo) de despesas nas áreas de saúde e educação pelo “teto” (limite máximo) de 2018 a 2036. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de 400 bilhões no orçamento durante esse período. A fixação da regra do “teto” reduzirá, na prática, as despesas por habitante com o SUS e com a educação pública. Ainda que a população cresça nas próximas duas décadas, o governo vai reduzir os investimentos, mesmo diante de direitos básicos, garantidos na Constituição de 1988. “O acesso à saúde e à educação como obrigação do Estado deve estar acima de quaisquer divergências político -ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna”. Defesa do caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção (CNS, 2019, p. 31).

A aprovação da EC 95 a saúde “deixará de ser subfinanciada para ser desfinanciada”, ou seja, congela-se um sistema já insuficiente, que ainda não cumpriu o mandamento constitucional de garantia do direito, dando origem a um sistema que poderá ser inoperante. Caracterizando um retrocesso na luta para garantir um sistema de saúde que seja capaz de assegurar a cobertura universal a todos (SANTOS & FUNCIA, 2019)

Em meio a este cenário, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores municipais da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de n° 3.992, que trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CNM, 2018).

4.4 COBERTURA UNIVERSAL À SAÚDE

A humanidade tem experimentado rápidas e profundas transformações em todas as esferas da vida econômica, cultural, social e política, talvez como nunca em sua história. De acordo com Paim e Almeida Filho (1998) no que diz respeito a

saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcou a década passada amplia-se, nos dias atuais, para uma discussão sobre a extensão de cobertura dos serviços, o reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde.

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2010, o objetivo da cobertura universal de saúde é garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) sem riscos de ruína financeira ou empobrecimento (OMS, 2010).

Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos, independentemente de diferenças de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, uma carteira de serviços bastante ampla. Assim, esses sistemas públicos, em geral, combinam universalização irrestrita, mediante o atendimento indiferenciado a todos os cidadãos, com uma integralidade generosa, mas qualificada, porque restringida a uma relação de serviços considerados sanitária ou socialmente necessários (BRASIL, 2006).

O SUS é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e municípios), de forma direta ou indireta. O acesso às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS, preferencialmente ordenado pela atenção primária e tem continuidade na rede regionalizada e hierarquizada, conforme a complexidade do serviço (PNUD, 2015).

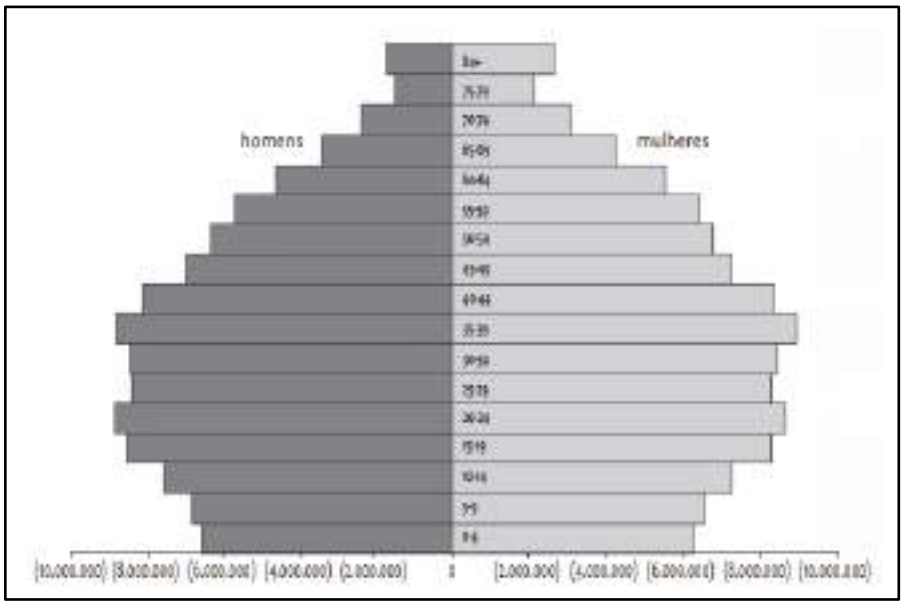
De acordo com o Relatório Mundial da Saúde OMS (2010) existem três problemas principais, interligados que limitam a aproximação dos países à cobertura universal, sendo que o primeiro é a disponibilidade de recursos para financiar os sistemas de saúde. A segunda barreira e os sistemas de saúde voltados para atendimentos as condições crônicas de saúde, empregando todo recurso em atendimento de urgência, sem investimento na promoção da saúde e prevenção das doenças. O terceiro obstáculo a uma aproximação mais rápida à cobertura universal é o uso ineficiente e desigual de recursos. Numa estimativa conservadora, 20-40% dos recursos de saúde são desperdiçados. Reduzindo este desperdício aumentar-se-ia significativamente a capacidade de os sistemas de saúde fornecerem serviços de qualidade e melhorarem a saúde (OMS, 2010).

Muitos países, em vários estágios de desenvolvimento económico, demonstraram que é possível fazer progressos substanciais em direção à cobertura

universal. No entanto, o mundo como um todo ainda tem um longo caminho a percorrer. A saúde global é um processo em constante mutação. Pensar os sistemas de saúde requer, acima de tudo, pensar em estratégias para gerir as demandas complexas e mutáveis, um conjunto de valores que seja instrumental e maleável para acompanhar as transformações da saúde, que não cessarão (OMS, 2010).

De acordo com o cenário sócio demográfico apresentado pela Fiocruz (2012) as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atestam que o Brasil chegará a 2022 contando com uma população de aproximadamente 209,4 milhões de pessoas. A continuada tendência ao envelhecimento populacional, a razão de dependência total voltará a aumentar e com isso a chamada “janela de oportunidades” começará a se fechar, sem nenhum sinal de que os problemas de equilíbrio na previdência social e da melhoria na qualidade da educação terão sido equacionados, Gráfico 1, (FIOCRUZ, 2012).

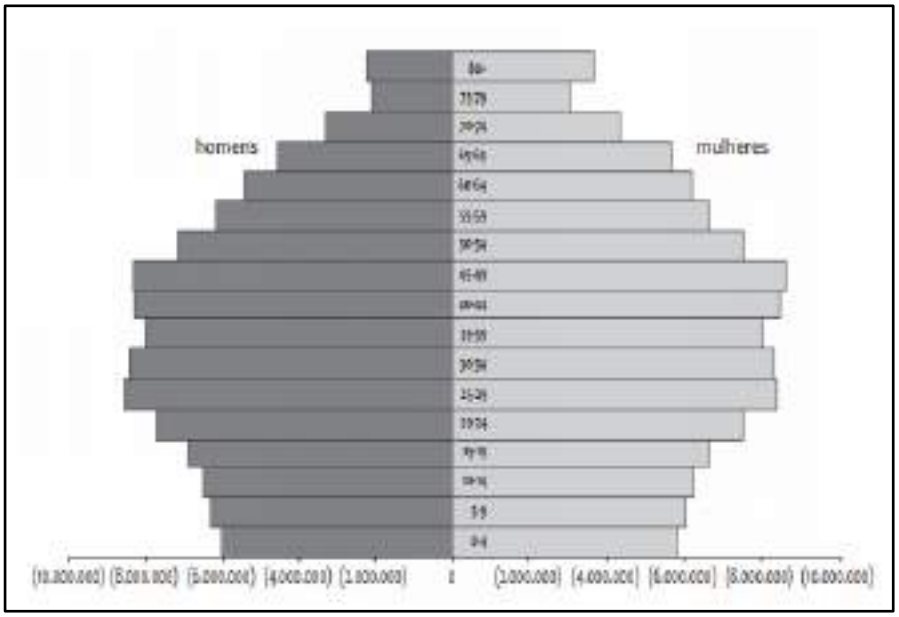
Gráfico 1: Pirâmide etária. Brasil, 2022



Fonte: Fiocruz (2012).

Em 2030 a população total deverá aumentar fazendo com que a razão de dependência total também continue aumentando, chegando a 2030 com 100 pessoas em idade ativa respondendo por 55,5% da faixa etária não ativa. Nesse momento significa que em nossa população, teremos mais idosos, Gráfico 2. (FIOCRUZ, 2012).

Gráfico 2 — Pirâmide etária. Brasil, 2030



Fonte: Fiocruz (2012).

O Fortalecimento da atenção primária à saúde, ampliando e consolidando o acesso amplo para todas as faixas populacionais, aparece como a melhor estratégia para o enfrentamento dos desafios esperados com a mudança da população brasileira. O direito à saúde no marco legal prevê como diretriz a integralidade da atenção à saúde, que se traduz na garantia de acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Originalmente, essa diretriz tinha como preocupação garantir a todos os cidadãos o direito a um cuidado integral, compreendido como o acesso aos bens e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A implementação da Estratégia Saúde da Família foi um primeiro passo realizado no âmbito do SUS nessa direção (ANDRADE et al*,* 2018).

A Estratégia de Acesso e Cobertura Universal em Saúde, proposta pelos Estado Membros e pela OMS, deve ser um norteador para que os sistemas de saúde concretizem o direito à saúde da população, baseado nos valores de solidariedade, equidade e integralidade. Esta estratégia global deve contribuir para o fortalecimento do SUS como sistema universal, integral e de qualidade, baseado no direito à saúde, para que todas as necessidades da população sejam respondidas adequadamente pelo sistema de saúde, sem distinção de qualquer natureza, segmentação da oferta e barreira de acesso aos níveis de atenção (PNUD, 2015).

No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema e o SUS obteve avanços concretos em direção à cobertura universal em saúde, especialmente a partir da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A necessidade de ampliar e consolidar a ESF, assegurar e ampliar acesso, promover adensamento tecnológico da APS, o papel da medicina de família e da regulação, a transparência no contato com a população e um movimento proativo de inserção da APS como tema e elemento organizador do SUS (OPAS, 2018).

A ESF foi criada em 1994 para ampliação da cobertura da atenção básica. Para ampliar o acesso e a resolutividade da APS, o Brasil vem desenvolvendo diversas estratégias, como os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), as equipes de Consultórios na Rua, unidades de saúde fluviais e equipes para populações ribeirinhas, as ferramentas de telessaúde, a atenção domiciliar e a presença das equipes de saúde nas escolas. Um importante indicador que vem sendo discutido para avaliação da resolutividade da APS é o “percentual de internações sensíveis à atenção primária” (ou ambulatorial básica) (PINTO; GiOVANELLA, 2018).

É importante ressaltar a Política Nacional de Medicamentos, que foi criada em 1998, a qual estabelece medicamentos essenciais à saúde pública, e o Programa Farmácia Popular, regulamentado em 2004, que disponibiliza gratuitamente medicamentos para diabetes e hipertensão com preços reduzidos, além de medicamentos para o tratamento de asma, dislipidemia, rinite, Parkinson, osteoporose, glaucoma, incontinência, além de anticoncepcionais em farmácias da rede própria e na rede privada, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular” (PNUD, 2015).

Visando expandir o acesso, o Ministério da Saúde vem adotando ações para ampliação do contingente de profissionais da área médica, com destaque para o Programa Mais Médicos (PMM), que se desenvolve priorizando os municípios e regiões com maior proporção de população em extrema pobreza, maior percentual de população usuária do SUS e com maior dificuldade de atração e fixação de médicos (BRASIL, 2018b).

A despeito destes avanços, a organização da assistência à saúde na APS se dá através das Redes Temáticas de atenção à saúde que são estruturadas a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha (atenção à gestante

e a criança de até 24 meses); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (câncer - prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Todas as redes possuem como eixos norteadores a qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2020).

Observa-se que a oferta dos serviços de saúde ainda está em processo de fortalecimento em redes de cuidado integrado, apresentando também grande disparidade regional. A integração horizontal e vertical entre a atenção primária e secundária ou terciária ainda é vista como um desafio para o SUS (ANDRADE et al, 2018).

4.5 POLÍTICA DE ACESSO À MEDICAMENTOS

A Agenda 2030 no seu ODS 3 contém um conjunto de 13 metas, sendo 9 finalísticas e 4 de implementação. Tais metas têm como finalidade “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”. Neste conjunto de metas cabe destacar o intuito de até 2030 atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas (BRASIL, 2018b).

Garantir o acesso a medicamentos tornou-se uma prioridade de saúde, sendo fundamental na busca para alcançar a cobertura universal de saúde, que tem como um dos objetivos garantir a equidade e acessibilidade a medicamentos de maneira sustentável. De acordo com a OPAS Brasil:

> O acesso a medicamentos, vacinas e tecnologia em saúde é um dos principais desafios em todos os países das Américas: a disponibilidade contínua de insumos públicos e tecnologias de qualidade nas instituições públicas e privadas de saúde, selecionados, adquiridos e usados conforme as orientações dadas na política nacional de saúde facilitam a atenção integral ao paciente e o bem-estar das populações mais vulneráveis no país (Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS. Brasil. 2019).

O direito à saúde corresponde a um dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, assegurar um sistema de saúde público, universal, integral e

gratuito a toda população, representa um imenso desafio. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos. No âmbito do SUS e enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), tem o objetivo de garantir o acesso a medicamentos e insumos para toda população, assim como aos serviços farmacêuticos, baseado nos princípios constitucionais e nas suas doutrinas (BRASIL, 2018c).

Após uma ampla discussão, foi aprovada, em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria GM Nº 3.916/98, incluindo assim a Assistência Farmacêutica como estratégia do SUS, sendo o instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país (BRASIL, 1998). A Política Nacional de Medicamentos (PNM) tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2005). O setor farmacêutico brasileiro passou por grandes transformações, e destaca entre elas, além da aprovação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a promulgação da Lei de Genéricos e mais recentemente a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (PANIZ, 2009).

A Política Nacional de Medicamentos retrata que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um imprescindível instrumento de ação do SUS. A Rename é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas, sendo indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2017d)

A Rename é revisada permanentemente, seguindo os princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Com isso, enfrenta-se grandes desafios para seleção dos medicamentos, levando em consideração as análises de eficácia, de segurança, de custo, de qualidade e de comodidade para o usuário (BRASIL, 2017d).

Por se tratar de um processo longo para inclusão de novos medicamentos, o aumento do número de decisões judiciais que determinam à administração pública a compra de medicamentos e outras tecnologias para os

pacientes que os requeiram por meio do Poder Judiciário, fenômeno que ficou conhecido por judicialização da saúde, tem tensionado o sistema e causado certa desorganização, no que tange às responsabilidades negociadas entre os entes da Federação. Importa destacar que parte dessas demandas se referem a medicamentos incorporados ao SUS e que, por diversos problemas, não estavam disponíveis ou não foram dispensados aos pacientes. Destaca-se também que muitas das demandas dizem respeito a medicamentos sem registro sanitário no país, a produtos experimentais ou usados no tratamento de doenças para as quais já existe medicamento incorporado ao sistema (VIEIRA, 2019).

O financiamento do sistema torna-se, cada vez, o maior problema a ser enfrentado pelos gestores da saúde nos próximos anos, um obstáculo para que o SUS aumente a sua capacidade de resposta, considerando a ampliação da demanda por bens e serviços, inclusive em razão do processo acelerado de envelhecimento da população brasileira (HUNT; KHOSLA, 2008).

Com objetivo de garantir o acesso adequado ao tratamento medicamentoso, o governo utiliza a estratégia de aquisição centralizada de alguns medicamentos essenciais à atenção básica, priorizando assim por exemplo: pacientes que utilizam insulina para o controle do diabetes e dos contraceptivos para as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e planejamento familiar (BRASIL, 2018b).

Podemos destacar o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) como sendo a principal ação do governo federal para garantir o acesso a medicamentos pela população, visando ao seu uso racional. De acordo com manual básico do Programa Farmácia Popular do Brasil, o programa foi criado por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, lançado em 07 de junho de 2004. Baseia-se na efetivação de parcerias com prefeituras, governos estaduais, órgãos e instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de assistência à saúde. O objetivo do Programa é a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais. O acesso aos benefícios do Programa é assegurado mediante a apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos disponíveis, a exigência da receita para todos os medicamentos disponíveis inibe a automedicação, que se configura num grave problema de saúde pública. A prioridade

para aquisição dos medicamentos para o Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios (BRASIL, 2005).

O PFPB desenvolve-se de forma conjunta envolvendo o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. Sendo por meio da Fundação Oswaldo Cruz, que se materializa a sua execução, por intermédio de convênios firmados com estados, Distrito Federal, municípios e os órgãos, instituições e entidades (BRASIL, 2005).

São vários os desafios a serem enfrentados no que se refere a acesso a medicamentos para todos com preço justo e de qualidade, que a meta 3.8 da Agenda 2030 contempla podemos destacar: recurso financeiro insuficiente especialmente em um contexto de congelamento da aplicação mínima federal em ações e serviços públicos de saúde, instituído por meio da EC n° 95, além do aumento do número de decisões judiciais à administração pública a compra de medicamento e outras tecnologias para os pacientes que solicitam por meio do Poder Judiciário (VIEIRA, 2019).

4.6 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI)

A meta 3.8 da Agenda 2030 que busca atingir a cobertura universal de saúde, trata também do acesso as vacinas como forma de garantir saúde a população. No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. Sendo formulado a partir do ano de 1973 o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal n° 6.259, de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto n° 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde considera o PNI como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas. Tendo como aliado no âmbito do SUS as secretarias estaduais e municipais de saúde. As ações devem ser pactuadas na Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) e na Comissão Inter gestores

Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis (BRASIL, 2014a).

De acordo com o Ministério da Saúde o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SI-PNI é formado por um conjunto de sistemas:

> Avaliação do Programa de Imunizações - API. Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal. Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - EDI. Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal. Eventos Adversos Pós-vacinação - EAPV. Permite o acompanhamento de casos de reação adversa ocorridos pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal. Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão - PAIS. Sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados. Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação - PAISSV. Sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina. Apuração dos Imunobiológicos Utilizados - AIU. Permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
> Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais - SICRIE. Registra os atendimentos nos CRIEs e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SI-PNI. Online)

A Estratégia de Saúde da Família é a estratégia adotada na perspectiva de organizar e fortalecer esse primeiro nível de atenção, organizando os serviços, orientando a prática profissional de atenção à família. No contexto da vacinação, a equipe da ESF realiza a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação. As vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação, nos quais estão estabelecidos: os tipos de vacina; o número de doses do esquema básico e dos reforços; a idade para a administração de cada dose; e o intervalo entre uma dose e outra no caso do imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose. Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos, indígenas populações vulneráveis (BRASIL, 2014a).

Apesar da vacinação ser um investimento em saúde com excelente custo, com elevada efetividade, determinando enorme impacto na saúde, a aceitação das vacinas não é universal. Atualmente, ocorre no mundo um forte movimento antivacinas, que são grupo crescente de pais que decide não vacinar seus filhos, seja por crenças filosóficas, religiosas, medo dos efeitos colaterais ou porque são contra a indústria da imunização. Este cenário caracteriza mais um obstáculo na busca da garantia a saúde a todos de forma universal. O movimento antivacinas e a indecisão de não utilização das vacinas induzem atitudes que colocam em risco não só a saúde individual do não vacinado, mas de todos à sua volta. Com isso o risco de uma epidemia de doenças já erradicadas volta a aparecer no cenário atual de saúde, causando sofrimento e aumentando gastos públicos (MIZUTA et al, 2019).

O Jornal “O Estadão” de São Paulo noticiou em 29 de agosto de 2019 uma matéria intitulada como: Situação de surto de sarampo na Grande São Paulo é de emergência, diz Ministério da Saúde. A reportagem destaca o surto de sarampo que o estado de São Paulo está vivenciando, onde concentra a maior parte de casos notificados de sarampo do país, sendo também o primeiro a notificar um caso de morte em decorrência da infeção pelo vírus. Os surtos que estão ocorrendo por doenças preveníveis através de vacinação, não se estabeleceria no país, se a vacinação da população brasileira fosse adequada, apesar da facilidade no acesso as vacinas, ser gratuita o que estamos observando e um retrocesso na situação de saúde do Brasil pela falta de cobertura vacinal (FORMENTI, 2019).

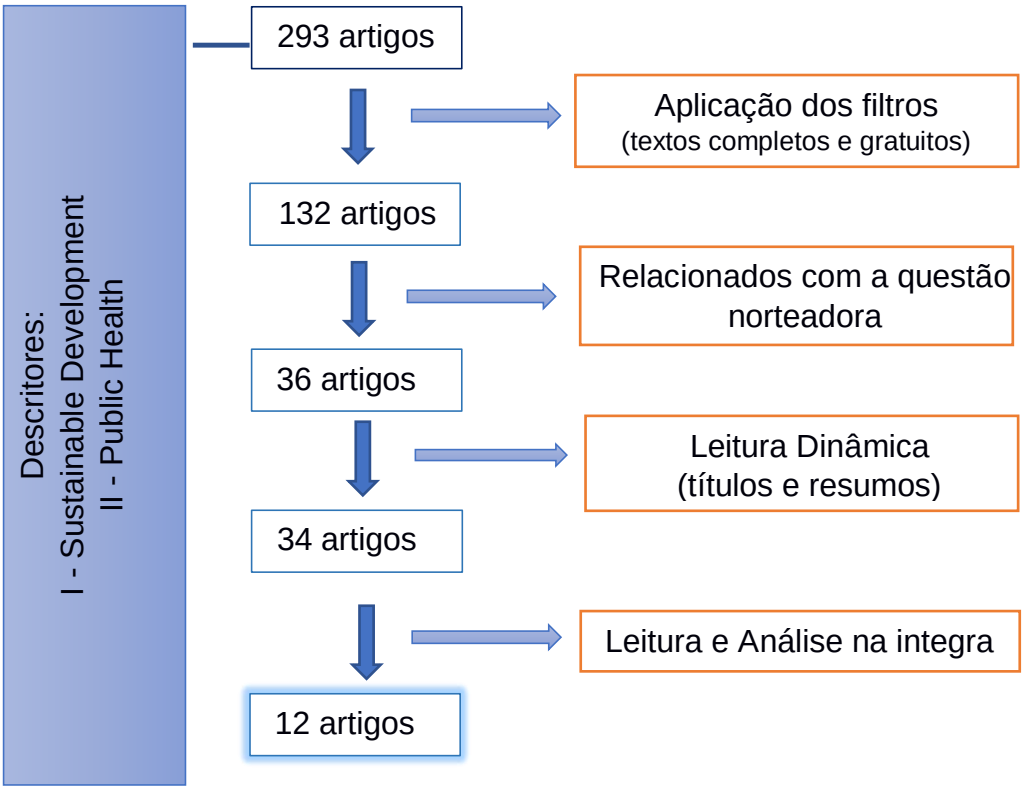
5. SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

5.1 – PRODUÇÃO CIENTIFICA SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PROL DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Com o objetivo de analisar as produções científicas sobre a avaliação das políticas públicas para o alcance do desenvolvimento sustentável, foi realizado um levantamento das publicações para conhecer os materiais com intenção de responder a questão norteadora: "Quais são as produções científicas sobre a temática da implementação de políticas públicas de saúde para alcance da meta 3.8 da Agenda 2030?".

Realizou-se o levantamento bibliográfico em março de 2020, sendo que os artigos encontrados foram publicados entre 2018 e 2020. Para a identificação dos artigos, foram utilizados as bases de dados PubMed e LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, inicialmente aplicamos a combinação dos descritores I - Sustainable Development (desenvolvimento sustentável) II - Public Health (saúde pública). Foram encontrados 293 artigos. Após a aplicação dos filtros (textos completos e gratuitos) permaneceram 132 artigos. Prosseguimos com a exclusão dos artigos em duplicidade e fora do tema e restaram, 36 artigos estão relacionados com a questão norteadora da pesquisa. Segue abaixo o fluxograma das etapas realizadas para o levantamento dos artigos analisados.

Figura 1: Fluxograma do levantamento bibliográfico sobre as produções científicas referentes as Políticas Públicas de Saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Elaborada pela autora.

Após a organização das informações coletadas, procedeu-se, então a leitura dos títulos e resumos de 34 artigos, com o intuito de buscar elementos para responder à pergunta norteadora. Finalizou-se com a análise na integra de 12 artigos que se relacionavam com a temática proposta.

Pode-se dizer que em todos os artigos analisados, a questão mais abordada foi a importância da cobertura universal à saúde através de políticas públicas. A importância do fortalecimento dos sistemas de atenção primária à saúde como forma de alcançar a cobertura universal de saúde também foi abordada em vários artigos. Neste tópico, enfatiza-se ainda a respeito do fortalecimento da atenção primária, em particular, à necessidade de mudança de um sistema de saúde que está voltado ao tratamento de doenças, para outro modelo que se concentre principalmente na saúde da população, ofertando também ações de prevenção de doenças e promoção à saúde.

Para atingir a cobertura universal a saúde é necessário seguir em várias frentes: aumentar os esforços de coleta de dados e gerar dados mais comparáveis;

aumentar os investimentos nos sistemas de informação em saúde dos países e promover um melhor uso dos dados existentes, além de coordenar os principais de indicadores para monitorar o progresso em direção às metas para 2030 (REQUEJO et al, 2020).

O alto custo dos cuidados de saúde é um dos fatores que impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade e a cobertura universal de saúde (REQUEJO et al, 2020). Avinash et al (2020) reiteram que os resultados positivos na saúde são determinados pela capacidade dos sistemas de saúde de fornecer serviços de alta qualidade a todos, o que, por sua vez, depende de políticas de apoio e recursos suficientes, incluindo financeiro, suprimentos e equipamentos e profissionais de saúde.

O subfinanciamento foi apontado como a principal lacuna para o alcance das metas referentes os ODS 3. Em termos de financiamento da saúde, a principal preocupação é sobre como expandir a cobertura de saúde, sendo que o custo dos cuidados de saúde é um dos fatores que impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade e a cobertura universal de saúde (MEURS, SEIDELMANN & KOUTSOUMPA, 2019).

As pesquisas analisadas abordaram também as dificuldades no compartilhamento de dados sobre os indicadores de saúde. A falta de acesso a dados interfere negativamente na formulação de políticas de saúde que atenda às necessidades reais da população (AVINASH, 2020). Os desafios do compartilhamento de dados e outras informações entre os setores, exemplificando que não há um banco de dados único que os governos possam usar para analisar a variedade de diferentes serviços públicos que a população utiliza, não há integração entre os diferentes sistemas (BENNETT et al, 2020). Além disso, as listas de indicadores e os processos de relatório devem evoluir para permanecer relevantes na orientação das ações nacionais e as respostas programáticas para formulação de políticas de saúde com objetivo de alcançar os ODS (REQUEJO ET AL, 2020).

Quadro 2: Síntese dos pontos específicos abordados nos artigos selecionados:

Eixo	Temática	Foco do Artigo	Autores
Integração entre os ODS da Agenda 2030	Correlação entre os ODS	Aborda a relação entre todos os ODS da Agenda 2030 para alcance das metas.	Javadi, D. et al. (2018)
			Bennett, S. et al. (2020)
		Interferência de outros ODS da Agenda 2030 no Objetivo 3 Saúde e Bem-Estar.	Meurs, M. et al. (2019)
	Vínculo entre os Sistemas de Proteção Social e os Sistemas de Saúde	Identifica as prioridades de Políticas e Sistemas de Saúde para os ODS em relação à Proteção Social e saúde. Os sistemas de proteção social afetam a saúde e os sistemas de saúde.	Qiu, M. et al. (2018)
		Importância dos determinantes sociais na saúde (educação, riqueza, emprego e proteção social).	Kruk, ME. et al. (2018)
		Relação das metas referente a Saúde com outras metas da Agenda 2030, principalmente as relacionadas ao Sistema de Proteção Social.	Bennett, S. et al. (2020)
Estratégias para fortalecimento no alcance das metas	Cobertura Universal da Saúde	O acesso a saúde de alta qualidade como um direito humano e um imperativo moral para todos os países.	Kruk, ME. et al. (2018)
		Importância da Cobertura Universal a saúde.	Javadi. D. et al. (2018)
		Cobertura Universal como princípio da equidade.	Requejo J, et al. (2020)
		Melhorar a equidade e a cobertura será fundamental para reduzir as mortes evitáveis globalmente.	Thapa J et al. (2020)
	Atenção Primária à Saúde	Investimento na Atenção Primária à Saúde, como formar de promover a saúde, prevenir doenças, identificar os doentes e gerenciar as doenças crônicas.	Kruk, ME. et al. (2018)
		Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como forma de atingir as metas referentes ao ODS 3.	Chen, S. et al. (2019) Requejo, J. et al. (2020) Bennett, S. et al. (2020)
		Atenção Primária como uma das principais formas de alcance das metas referentes ao ODS 3, em especial ao acesso à saúde e à cobertura universal da saúde (meta 3.8).	Bryant-Lukosius, D. et al. (2018)

Fonte: Elaborado pela autora baseado nos artigos analisados na pesquisa bibliográfica.

...Continuação

Eixo	Temática	Foco do Artigo	Autores
Desafios de alcance das metas dos ODS	Sistema de Saúde Fragmentado	Mudanças em relação a abordagens fragmentadas dos sistemas de saúde.	Kruk, ME. et al. (2018)
	Investimento em pesquisa sobre Políticas e Sistemas de Saúde	Importância do investimento em pesquisa sobre Políticas e Sistemas de Saúde.	Javadi, D. et al. (2018)
	Dados sobre os indicadores de saúde referente as metas dos ODS	Dificuldade em identificar os dados sobre os indicadores de saúde; Necessidade de aumentar os investimentos nos sistemas de informação em saúde dos países e promover um melhor uso dos dados existentes.	Requejo, J. et al. (2020)
		Dados sobre a saúde unificado para os governos analisarem os resultados alcançados.	Bennett, S. et al. (2020)
		A falta de dados sobre os indicadores de saúde como obstáculo para atingir ODS 3.	Chen, S. et al. (2019)
		Importância em definir os indicadores capazes de analisar os resultados alcançados para atingir as metas; Lacunas entre indicadores globais e necessidades e entendimentos locais.	Tan, D. T. et al. (2019)
		Dados limitados e ausência de fontes estabelecidas em relação aos indicadores de resultados do ODS 3; Falta de dados abrangentes e comparáveis para avaliar a meta 3.8 referentes ao ODS 3 em nenhum dos países analisados; Falta ou sub-representação de dados referente aos indicadores como dificuldade de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.	Hall, N. et al. (2019)
	Recursos Humanos na Saúde	Importância dos recursos humanos na saúde para atingir as metas estabelecidas pelo ODS 3;	Bennett, S. et al. (2020)
		Escassez de profissionais e recursos humanos na saúde;	Meurs, M. et al. (2019)
		Aumento no número de profissionais de saúde como fator fundamental para alcançar a agenda global de saúde.	Bryant-Lukosius, D. et al. (2018)

Fonte: Elaborado pela autora baseado nos artigos analisados na pesquisa bibliográfica.

6.0 QUADRO TEÓRICO

O conceito de saúde vem evoluindo no decorrer do tempo. De acordo com Minayo (1992) saúde é “um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente”, ou seja, obra de complexa produção social, cujos resultados na qualidade de vida de uma sociedade estão relacionados às decisões sobre os determinantes sociais da Saúde. A saúde é um bem inalienável e intangível, se assemelhando a outros bens, como a educação e a cultura (MENDES, 2019). A saúde retrata a conjuntura social, econômica, política e cultural, podendo ser representada de formas diferentes para cada pessoa, decorrendo da influência advinda da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções cientificas, religiosas e filosófica de cada indivíduo (SCLIAR, 2007).

O acesso a saúde apresenta-se como um direito humano e um imperativo moral para todos os países, sendo a cobertura universal a saúde um dos grandes desafios para o alcance dos ODS (KRUK, 2018; JAVADI. 2018). Diante da complexidade de operacionalizar um sistema de saúde em um país continental como o Brasil, Mendes (2011) afirma que o Sistema Único de Saúde Brasileiro é uma proposta generosa de uma política pública e seus avanços são inquestionáveis. No entanto, reconhece que se faz necessário a adoção de reformas em busca da cobertura universal, com emprego de sistemas de atenção à saúde capazes de contribuir para a equidade em saúde, garantir a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde.

O III Relatório Luz da Sociedade Civil para a Agenda 2030 destaca o aumento na expectativa de vida dos brasileiros, atribuindo este avanço às intervenções da atenção básica em saúde, consequentemente por facilitar o acesso a saúde da população. Apesar disso, alerta sobre a ameaça da falta de financiamento para saúde, devido ao estabelecimento do teto para os gastos com saúde através da Emenda constitucional 95 (BRASIL, 2019c). De acordo com Medici (2018), inúmeras questões devem ser discutidas para alcance da cobertura universal no Brasil, apresentando temas fundamentais que as norteiam, como a garantia do financiamento público da saúde pelo Estado e o estabelecimento de um sistema de atenção à saúde.

Os sistemas de atenção à saúde devem funcionar como respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações (MENDES, 2009). Para Starfield (2002) todo sistema de serviço de saúde possui duas metas principais, sendo a primeira, de otimizar a saúde da população por meio do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; e a segunda meta, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Ainda no contexto sobre os sistemas de atenção à saúde, Mendes (2019) ressalta como objetivo principal na sua implantação, a efetividade e eficiência com intuito de garantir um nível ótimo de saúde de forma equitativa que assegure o acolhimento e a proteção dos riscos para os cidadãos. Por essa razão, os sistemas de atenção à saúde devem proteger, por meio de um financiamento justo, aqueles que apresentam maiores riscos.

A situação de saúde brasileira vem mudando e, devido a essa mudança não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Esses sistemas fragmentados são reativos, não sendo capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade (MENDES, 2011). Há a necessidade de uma coerência entre as necessidades de saúde expressas na situação de saúde e o sistema de atenção à saúde que se pratica socialmente (MENDES, 2008).

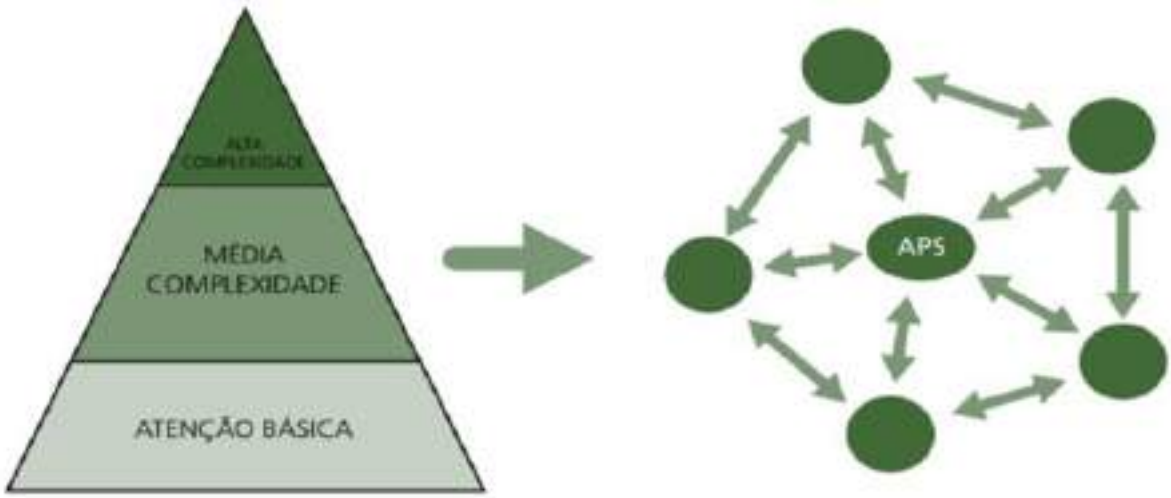
Para se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, se faz necessário a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), definidas como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2019).

As RASs são modelos de atenção à saúde, com sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar e no tempo certos, com qualidade, e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita (MENDES, 2011; 2012). São organizações poliárquicas de um conjunto de

serviços de saúde que permite ofertar uma tenção continua e integral à população, coordenada a partir da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2008).

Segundo Mendes (2015), a concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo cada nível de atenção em: atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeita as diferenças nas densidades tecnológicas. Com isso, as RASs apresentam uma singularidade onde seu centro de comunicação situa-se na Atenção Primária à Saúde. Conforme demostra a figura abaixo.

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011)

A maioria dos governos tem como objetivo de política a organização da oferta e o financiamento de bens e serviços na área da saúde, de forma a garantir acesso equitativo a todos que precisam desses cuidados, reconhecendo a importância da saúde para o bem-estar individual e social. Os desafios são muitos, sobretudo se consideramos a heterogeneidade socioeconômica e a dimensão territorial do Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável apresentam-se como guias de ação estratégica para o alcance do desenvolvimento sustentável. Para que o país possa alcançar as metas estabelecidas para a saúde, diversas políticas públicas estão sendo implementadas e deverão ser monitoradas. Porém muito ainda deve ser feito para atingir cada uma das metas até 2030 (PNUD, 2017).

7.0 OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Analisar implementação da meta 3.8 da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável no município de Franca – SP, no período de 2016 a 2018.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os indicadores de saúde envolvidos na meta 3.8 da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável;
- Relacionar os indicadores do município de Franca - SP com os resultados do Brasil e do Estado de São Paulo;
- Descrever a implementação da meta 3.8 que se refere: a atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros;
- Propor ações de intervenção que possam ser adotadas para contribuir na efetivação da implementação da meta 3.8 em Franca – SP.

8. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Os métodos utilizados pela pesquisa exploratória são amplos e versáteis, úteis para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias (MATTAR, 2001). Na maioria das vezes, envolve: levantamento bibliográfico e documental, questionário e/ou entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão do problema em estudo (GIL, 2002). Limita-se a uma descrição pura e simples de cada uma das variáveis, isoladamente, sem que haja associação ou interação com as demais que estão sendo analisadas (CASTRO, 1976).

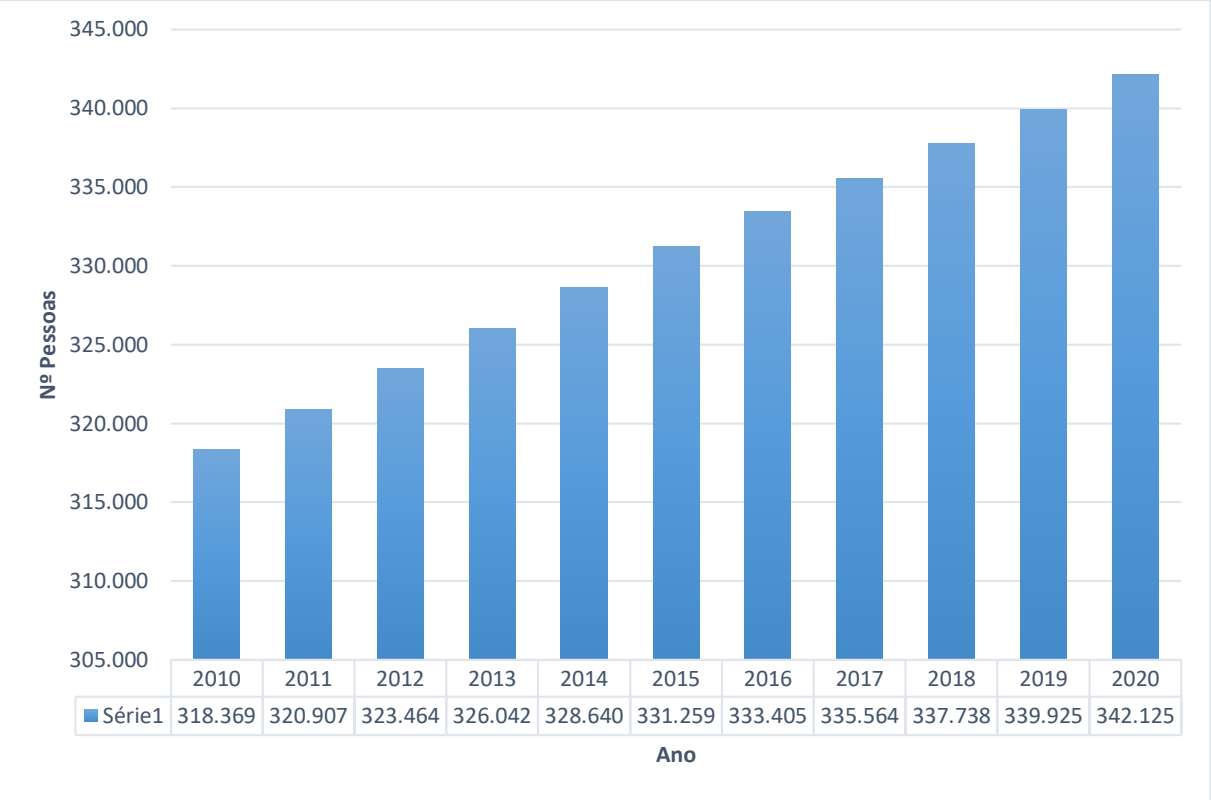
8.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA

8.2.1 Características Gerais do Município de Franca -SP

O município de Franca é uma cidade do interior do Estado de São Paulo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a sede da 14ª Região Administrativa de São Paulo, sendo a 74ª maior cidade brasileira e a 9ª maior do interior do Estado de São Paulo. Localiza-se a 20º32'19" de latitude sul e 47º24'03" de longitude oeste, distante 401 km da capital estadual e a 676km de Brasília. Possui uma área de 605,679 km² (IBGE, 2019).

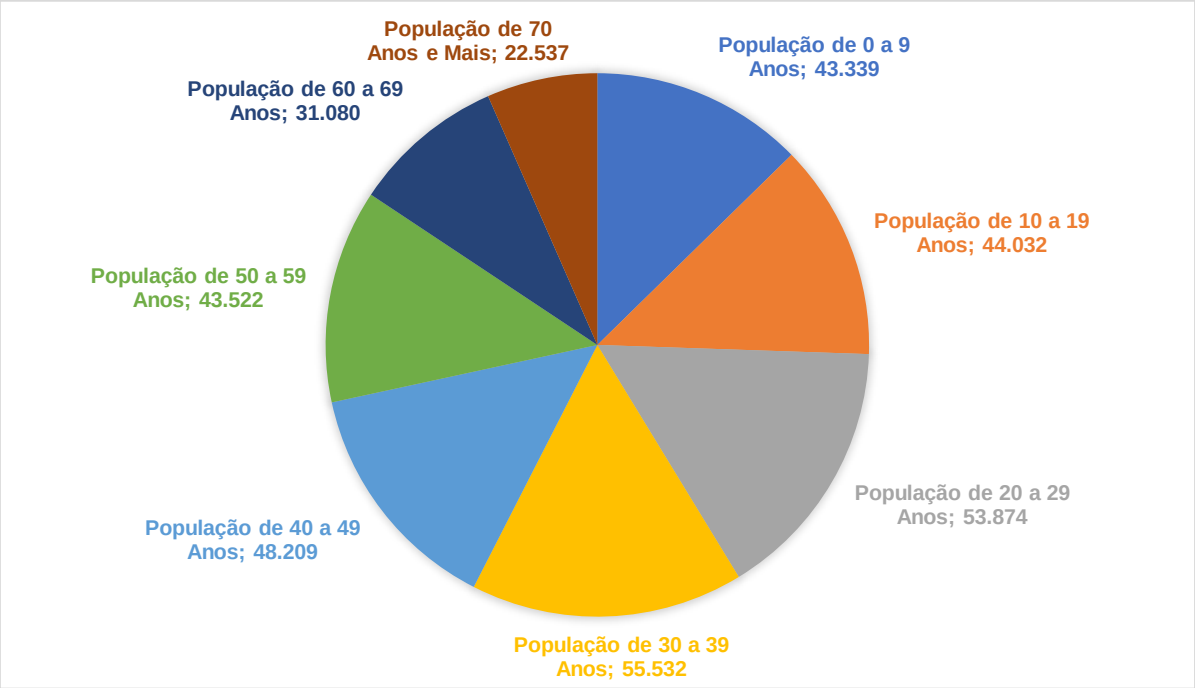
Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), os dados a seguir demonstram o crescimento gradual da população nos últimos dez anos, e o no Gráfico 4 apresenta o número de pessoas por faixa etária no ano de 2020. Estima-se que o município apresenta uma taxa geométrica de crescimento anual da população no período de 2010 a 2020 de 0,72% ao ano.

Gráfico 3 – Crescimento da população geral de Franca –SP



Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020

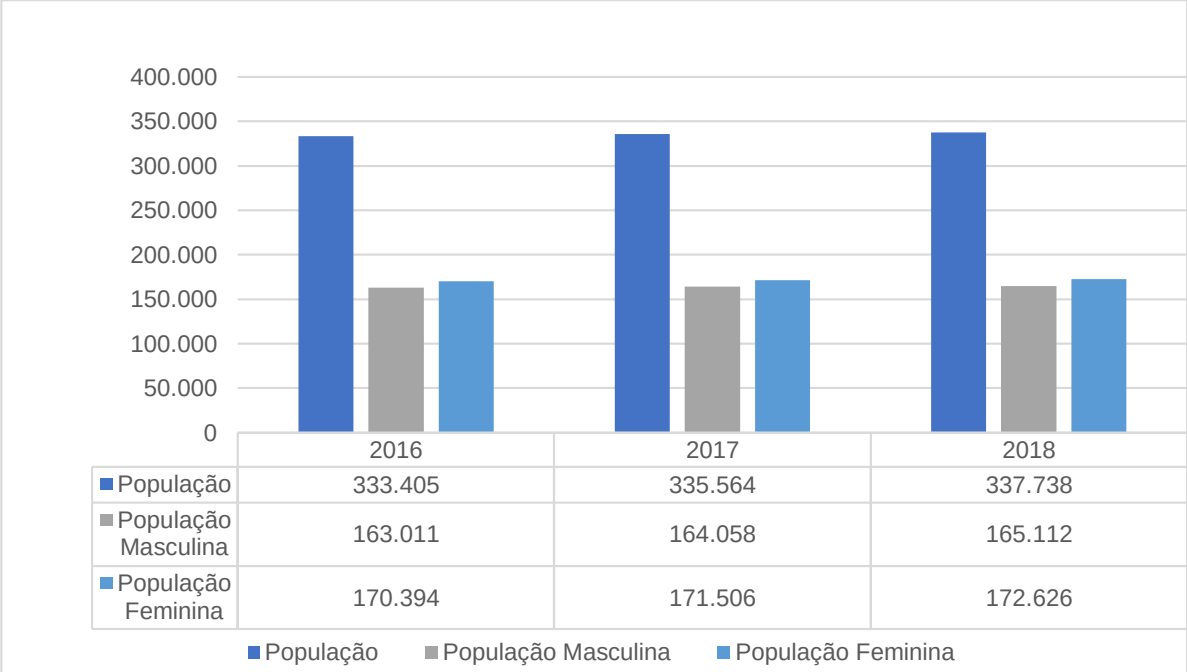
Gráfico 4 – População por faixa etária no município de Franca- SP, no ano de 2020.



Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020.

Podemos observar no Gráfico 5 que a população de Franca nos anos 2016 a 2018.

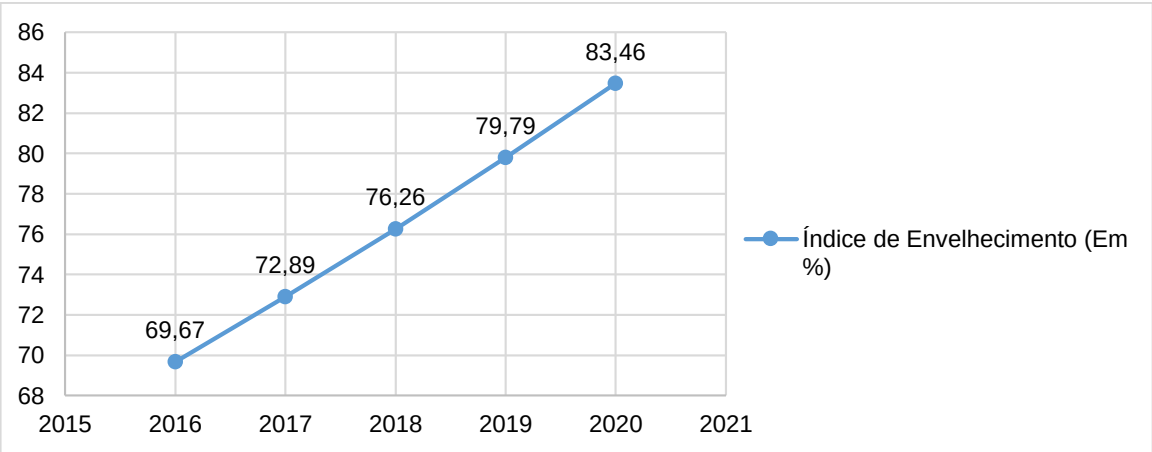
Gráfico 5 – Quantidade de População Residente por Sexo registradas no município de Franca, 2020.



Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial e o município de Franca – SP segue essa mesma tendência, como podemos observar na evolução do índice de envelhecimento registrado.

Gráfico 6 – índice de envelhecimento da população do município de Franca – SP, 2016 – 2020.



Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020

Com objetivo de analisar o crescimento da população de Franca, foram calculadas as taxas de natalidade, de fecundidade e de mortalidade do município, sendo que esses indicadores podem auxiliar na análise do desenvolvimento humano dessa população adstrita, Tabela 2 e 3.

Tabela 2: Taxa de Natalidade (por mil habitantes) e Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos) no município de Franca – SP, 2016 – 2018.

		Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)
Franca	2016	14,73	53,94
Franca	2017	14,77	54,53
Franca	2018	14,62	54,44

Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020

Tabela 3: Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Taxa de Mortalidade Pós Neonatal e Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia no município de Franca – SP, 2016 – 2018.

		Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade Neonatal (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade Pós Neonatal (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (Por mil nascidos vivos)
Franca	2016	9,98	3,66	6,31	3,66	2,65
Franca	2017	8,67	5,25	6,86	1,82	1,61
Franca	2018	10,53	6,28	7,49	3,04	1,21

Fonte: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Acesso em 27 fev. 2020.

8.2.2 Estrutura da Rede de Saúde vinculada ao SUS em Franca - SP

O Município de Franca pertence à Rede Regional de Atenção à Saúde 13, que se localiza na Macroregião Nordeste do Estado de São Paulo é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, com 90 municípios agregados em 12 Regiões de Saúde, abrangendo uma população de cerca de 3.512.254 habitantes (2017), sendo que a DRS 8 (Franca) possui uma população estimada em 2017 de 683.157 pessoas, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

A cidade de Franca – SP conta com uma estrutura física ampla de unidades, descritas na Tabela 4, todos os estabelecimentos de saúde citados são vinculados ao SUS. No Gráfico 7, é possível conhecer a quantidade de estabelecimentos segundo a natureza jurídica.

Tabela 4: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde referente ao município de Franca -SP, 2020.

UF	Município	CNES	Nome Fantasia
SP	FRANCA	3073491	Ambulatório Saúde Mental Adulto
SP	FRANCA	2035928	Ambulatório Saúde Mental Infantil
SP	FRANCA	3981495	Ambulatório de Criança de Alto Risco
SP	FRANCA	5576121	Ambulatório de Gestante de Alto Risco
SP	FRANCA	2087677	Ambulatório do CAIC
SP	FRANCA	9816658	CAPS Florescer
SP	FRANCA	2705869	CAPS Franca SP
SP	FRANCA	9814248	CAPS III Florescer Novo
SP	FRANCA	9932143	Casa da Mulher
SP	FRANCA	2059282	Casa do Diabético
SP	FRANCA	9342621	Central de Gestão em Saúde
SP	FRANCA	7213662	Central de Regulação Municipal de Franca - SP
SP	FRANCA	2053977	Centro de Convivência do Idoso
SP	FRANCA	6612784	Centro de Detenção Provisória de Franca
SP	FRANCA	2049066	Centro de Diagnostico e Imagem Franca - SP
SP	FRANCA	2705885	Centro de Saúde I Franca - SP
SP	FRANCA	5778204	Centro Oftalmológico Franca - SP
SP	FRANCA	2060698	CEREST Franca - SP
SP	FRANCA	6361242	Farmácia Municipal de Manipulação Franca - SP
SP	FRANCA	2064154	Laboratório de Franca- SP
SP	FRANCA	2087669	NGA 16 Franca - SP
SP	FRANCA	2053950	Núcleo de Saúde da Família Paineiras
SP	FRANCA	2044536	Núcleo de Saúde da Família Palma
SP	FRANCA	2705966	Núcleo Hemato Hemoter Franca - SP
SP	FRANCA	2051796	Núcleo Saúde Família C Petrópolis
SP	FRANCA	2087685	Núcleo Saúde Família Esmeralda
SP	FRANCA	2054698	Odontomovel Franca- SP
SP	FRANCA	2043580	Pronto Socorro Dr Alvaro J Azzuz

UF	Município	CNES	Nome Fantasia
SP	FRANCA	2705974	Pronto Socorro Infantil
SP	FRANCA	7007930	SAMU 192 USA 01
SP	FRANCA	7007949	SAMU 192 USB 02
SP	FRANCA	7007957	SAMU 192 USB 03
SP	FRANCA	7007817	SAMU REGIONAL TRÊS COLINAS
SP	FRANCA	5974690	Secretaria Municipal de Saúde Franca - SP
SP	FRANCA	2061627	Serv. Assistência Especializada em DST Aids
SP	FRANCA	2705990	Serviço de Planejamento Familiar
SP	FRANCA	2049112	UBS Aeroporto I
SP	FRANCA	2049104	UBS Aeroporto III
SP	FRANCA	2061600	UBS Ângela Rosa Franca -SP
SP	FRANCA	2061589	UBS Brasilândia Franca - SP
SP	FRANCA	2054671	UBS Distrital Horto Miramontes Franca -SP
SP	FRANCA	2064146	UBS ESF JD Luiza
SP	FRANCA	2049074	UBS Estação
SP	FRANCA	2049082	UBS Guanabara
SP	FRANCA	2035871	UBS Leporace
SP	FRANCA	2049139	UBS Paulista
SP	FRANCA	2706008	UBS Paulistano Franca -SP
SP	FRANCA	2061619	UBS Planalto Franca -SP
SP	FRANCA	2072904	UBS Progresso Franca -SP
SP	FRANCA	9647198	UBS Santa Clara Franca -SP
SP	FRANCA	2061597	UBS Santa Teresinha Franca -SP
SP	FRANCA	2049090	UBS São Sebastiao Franca -SP
SP	FRANCA	3877132	Unidade De Avaliação e Controle UAC
SP	FRANCA	7746180	UPA Dr Newton Novato
SP	FRANCA	9120068	UPA JD Anita
SP	FRANCA	3889521	Vigilância Epidemiológica Municipal
SP	FRANCA	2059274	Vigilância Sanitária Municipal de Franca -SP

Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acesso em 28 fev. 2020

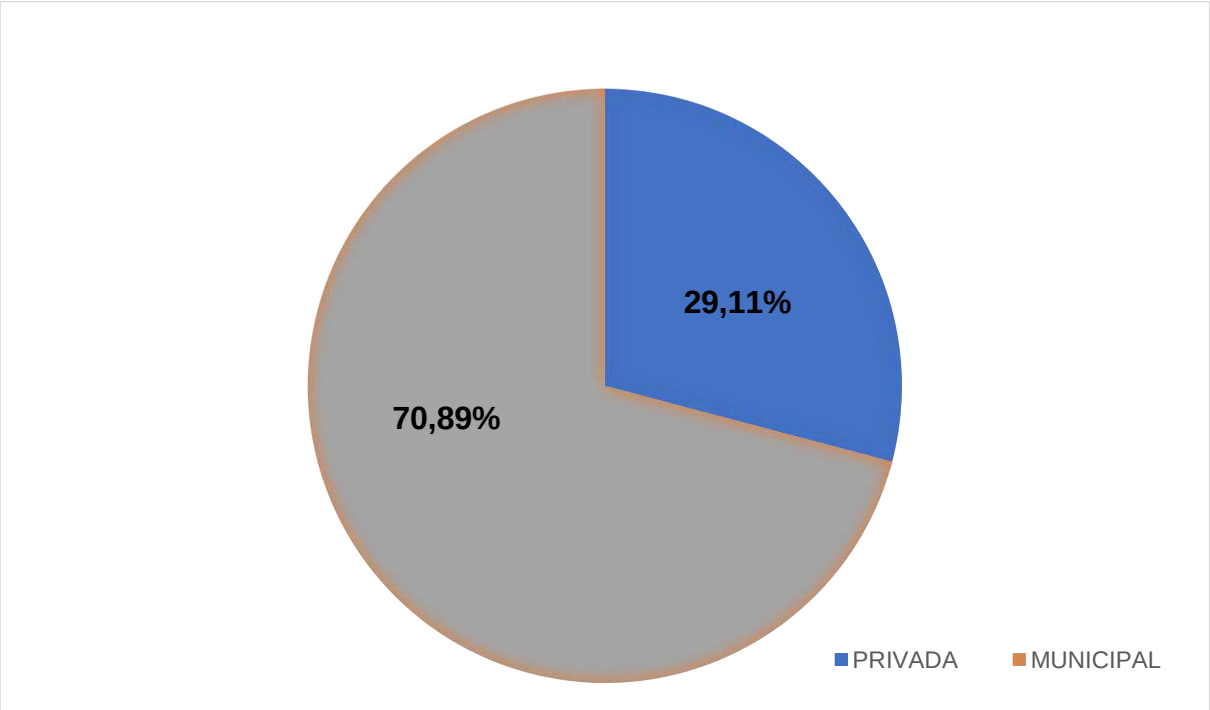
Tabela 5: Natureza Jurídica (Gerência) dos estabelecimentos de saúde município instalada na cidade de Franca –SP, 2020.

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	46	44	2	0
ESTADUAL	12	2	10	0
MUNICIPAL	100	100	0	0
TOTAL	158	146	12	0

Fonte: Relatório de Gestão - Período de Janeiro a dezembro de 2017 do município de Franca –SP.

A informação supracitada neste caso, refere-se a quaisquer Estabelecimentos de Saúde com Natureza Jurídica iniciada com 2 (Entidades Empresariais), 3 (Entidades sem Fins Lucrativos), 4 (Pessoa Física) serão considerados privados.

Gráfico 7 – Estabelecimentos de saúde instalada na cidade de Franca –SP público e privados, 2020.



Fonte: Relatório de Gestão - Período de Janeiro a dezembro de 2017 de Franca –SP.

Com objetivo de conhecer o cenário atual do setor saúde de Franca, foi realizado um levantamento das informações junto aos sites oficiais do município sobre os programas e ações desenvolvidas pela rede pública de saúde (Quadro 3).

Quadro 3: Ações e programas de saúde disponibilizados pela rede de saúde municipal de acordo com o Portal da Saúde de Franca – SP, 2020.

Programas e Projetos Secretaria Saúde de Franca –SP	
Assistência Farmacêutica	Programa Sabor Saudável
Programa de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo)	Comissão de Farmácia e Terapêutica
Ouvidoria	Papai Coruja
Leve Saúde	Dentinho de Leite
Colo de Mãe	Leite Fluido
Fraldas Descartáveis	Odontomóvel
Remédio em Casa	PADEQ
Viva Vida	Vivendo Melhor
Suporte Respiratório Domiciliar	NEPH
Farmácia Municipal de Manipulação	

Fonte: Portal da Saúde de Franca.

8.2.3 Atenção Básica no município de Franca- SP

Analisando-se a Atenção Primária do município, registra-se uma cobertura de Atenção Básica de 23,28%, considerando a Estratégia Saúde da Família com cobertura de 14,00 % (dados referentes a dezembro de 2019) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Os dados da tabela a seguir demonstram a situação atual das equipes de saúde da família implantadas em Franca –SP.

Tabela 6: Situação atual da implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde de Franca – SP, 2020.

Equipes	Implantado	Valor mensal do repasse	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
eSF	14	68.520,00	14,01
ACS	50	62.500,00	8,34

Fonte: Ministério da Saúde, 2020a. Referente ao Dez/2019. Acesso em 29 fev. 2020.

De acordo Nota Técnica Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS) os incentivos mensais de custeio para a Equipe de Saúde da Família são: modalidade I R$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), modalidade II R$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais). No caso do município de Franca –SP a modalidade inserida é II. Para os Agentes Comunitários de Saúde é

repassado pelo Ministério da Saúde um incentivo de R$ 1.250,00 (hum mil, duzentos e cinquenta reais) a cada mês, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Na tabela a seguir podemos conferir o cenário atual das políticas públicas de saúde implantadas no município de Franca –SP.

Tabela 7: Situação atual de implantação das Políticas Públicas da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica disponível para município de Franca - SP.

Políticas Públicas	Teto	Credenciado	Implantado
Estratégia de Saúde da Família – ESF	172	24	14
Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB.	03	0	0
Política Nacional de Saúde Bucal	172	0	0
Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	03	0	0
Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	03	0	0
Programa Saúde na Escola	100%	20%	20%
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	172	01	01
Programa Academia da Saúde	2	0	0
Consultório na Rua	1	1	1
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ	172	11	11

Fonte: Ministério da Saúde, 2020a. Referente ao Dez/2019. Acesso em 29 fev. 2020.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

A ESF busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. Com atenção integral, equânime e contínua, a

ESF se fortalece como uma porta de entrada do SUS. Analisando os dados citados, pode-se sugerir que o município não utiliza a Estratégia de Saúde da Família como política prioritária da gestão em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020c).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. O processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família está em construção em todo território nacional e contribui para promover a Integralidade das ações das Equipes de Saúde da Família, associada a uma qualificação da assistência, contemplando e solidificando das Diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020d).

Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família, para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Os profissionais que compõem cada NASF são definidos pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde. A equipe do NASF deve estimular ações compartilhadas entre os profissionais e provocar uma intervenção transdisciplinar, exercitando a troca de saberes, participando de todas as reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020d).

A política Nacional de Saúde Bucal visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde. O município de Franca apresenta cobertura de Saúde Bucal de 24,13 %. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família, tem-se uma cobertura de 0,00 % (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral

menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são estabelecimentos que realizam serviços de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. Município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui estratégia interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O Programa Academia da Saúde, pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e os modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por

compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim, os atores locais neste cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) tem como principal objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O Município de Franca participou do Programa PMAQ que conta com duas etapas de avaliação que considera o alcance dos indicadores definidos e a avaliação externa realizada pelos profissionais do Ministério da Saúde através de uma visita local em cada equipe cadastrada no Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b).

A tabela abaixo apresenta a classificação das equipes e os valores repassados de acordo com o desempenho alcançado na 2ª Lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ-AB 2018.

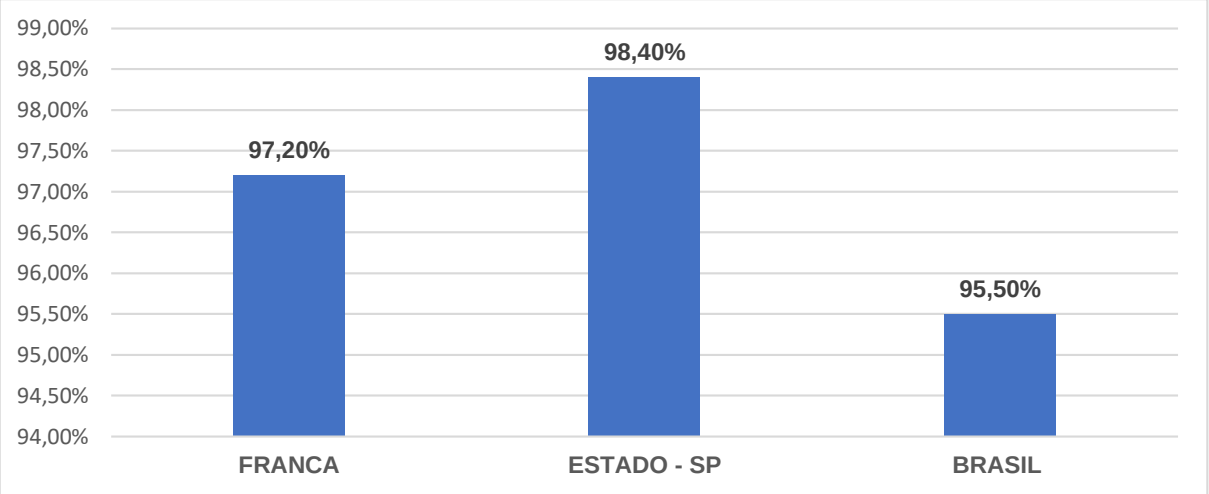
Tabela 8- Classificação das equipes no 3º ciclo do PMAQ-AB (por equipe) no município de Franca –SP ano de 2018

UF	MUNICÍPIO	CNES	Classificação	Descrição dos critérios para classificação da equipe	Valor por equipe (R$)
SP	FRANCA	2044536	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2049090	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2049104	Ruim	Equipe não atingiu 90% dos Padrões Essenciais	878,80
SP	FRANCA	2049112	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2051796	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2053950	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	4.393,98
SP	FRANCA	2054671	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2061589	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2061600	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2064146	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
SP	FRANCA	2087685	Ruim	Equipe atingiu nota menor ou igual a 4	878,80

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017b)

De acordo com os dados da última avaliação do PMAQ-AB realizados em 2018, o município de Franca –SP, apresenta os seguintes resultados referentes ao acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica, quanto ao horário de funcionamento das UBS, seguem os resultados do município, do Estado de São Paulo e do Brasil.

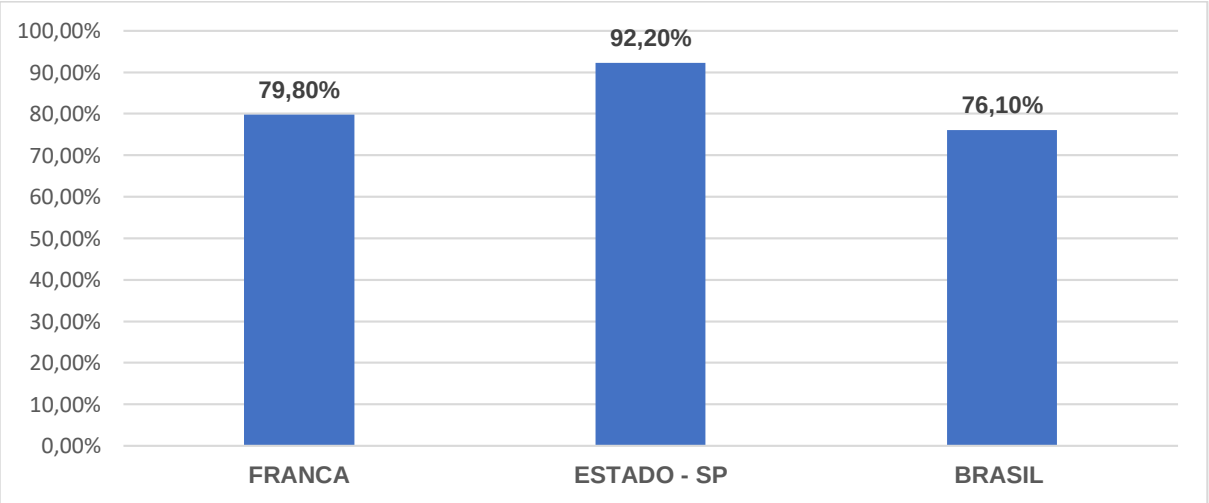
Gráfico 08 – Unidades de Saúde que funcionam no período da manhã / tarde todos os dias da semana



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017b)

Em relação ao acolhimento à demanda espontânea, o município apresentou o seguinte resultado:

Gráfico 09 – Realiza acolhimento durante cinco dias por semana, nos turnos da manhã e tarde



Fonte: Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017b)

A infraestrutura de uma UBS deve ser adequada à realidade local, ao quantitativo e à especificidade da população adstrita, bem como ao número de usuários esperados na UBS, de modo que possa acolher às demandas espontâneas e realizar as atividades e consultas programadas. Esses fatores determinam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, na perspectiva da ambiência. Segue tabela abaixo, com os dados referentes a ambiência, equipamentos, materiais e insumos conferidos na avaliação externa do PMAQ-AB no município de Franca – SP.

Tabela 9 - Conjunto de ambientes, equipamentos, materiais e insumos que são considerados essenciais pelo PMAQ para o funcionamento de uma UBS, Franca- SP, 2018.

	Brasil	**São Paulo**	**Franca**
Sala de recepção, pelo menos um consultório, pelo menos um banheiro, Sala de Procedimento, Sala de curativo, Sala de Nebulização, Sala de vacina	46,34 %	60,83%	60,0%
Aparelho de pressão adulto, Nebulizador, Balança de 150 kg, Balança Infantil, Régua antropométrica, Estetoscópio adulto, Geladeira exclusiva para vacina, Glicossímetro, Mesa ginecológica, Mesa exame clínico, Sonar Termômetro, Agulhas descartáveis, Atadur, Fita métrica, Espéculo descartável, Escovinha endocervical, Espátula de Ayres Esparadrapo, Fixador de lâminas, Gaze, Lâmina de vidro com lado fosco, Tiras reagentes de medida de glicemia, Seringas descartáveis, Recipiente para descarte de perfuro-cortantes, Preservativo masculino.	30,42 %	31,24%	20,0%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017b)

8.2.4 Média e Alta Complexidade no município de Franca- SP

Quando se analisa a produção de alguns procedimentos especializados ambulatoriais (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS), pode-se observar, conforme apresenta a tabela abaixo, o número de internações na média e alta complexidade, considerando os anos de 2016, 2017 e 2018. (Tabela 10).

Tabela 10: Internações realizadas no município de Franca –SP, referente ao nível de complexidade referente ao período 2016 a 2018

Município	Média complexidade	Alta complexidade
2016	21.393	2.350
2017	21.993	2.078
2018	22.332	2.048

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

8.3 – COLETA E ANÁLISE

O período pesquisado abordou os anos de 2016, 2017 e 2018, respectivamente, por se tratar do ano em que a Agenda 2030 entrou em vigor. Iniciou-se pela análise de 2016 e os anos de 2017 e 2018 por serem os dois últimos anos com dados disponíveis nos sistemas de informação.

O estudo foi fundamentado em documentos oficias sobre os ODS e a Agenda 2030, elaborados pelas Nações Unidas, pelo Governo Brasileiro e pela sociedade civil. A coleta de dados foi realizada através de fontes de dados secundária, pelos seguintes sistemas de informação: Base de Dados do Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção Primária (DAB/SAS); Sistema de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os indicadores utilizados para realização da pesquisa foram sugeridos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento através do documento intitulado “Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável” (PNUD, 2015).

Foram propostos pelo PNUD (2015) 7 indicadores com indicação das bases de dados e fonte utilizada para acesso aos dados nos sistemas de informação. A meta 3.8 apresenta-se de forma ampla e ambiciosa, para que a pesquisa pudesse ser realizada de forma a alcançar os objetivos, sendo assim, dividiu-se os indicadores propostos pela PNUD em três eixos:

Quadro 4: Atingir a Cobertura Universal de Saúde

Indicador	Base de dados	Fonte
1- Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família	DAB/SAS	DAB/MS
2- Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária	SIH/SUS	SAS/MS

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD (2015).

Quadro 5: O acesso aos serviços de saúde essenciais de qualidade; o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Indicador	Base de dados	Fonte
3- Percentual de cobertura de vacinas	SI-PNI/SVS	SI-PNI/MS

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD (2015).

Quadro 6: Proteção do Risco Financeiro

Indicador	Base de dados	Fonte
4- Gasto total em saúde como proporção do PIB	SCN, Siops	IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012
5- Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo	SCN, Siops	IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012
6- Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde	SCN, Siops	IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012
7- Gasto em atenção básica	SCN, Siops	IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD (2015).

Após a divisão dos indicadores, constatou-se que os indicadores do PNUD (2015) supracitados para avaliar o alcance da meta 3.8 não foram capazes de apontar um indicador para avaliar o acesso a medicamentos, conforme constam na meta 3.8 “garantir o acesso a medicamentos”. Por esse motivo, não foi possível abordar este tema, pela ausência de indicador.

Por se tratar de dados provenientes de sistemas de informação do governo, sendo que cada dado foi resultado de uma metodologia especifica, determinando assim o valor para cada indicador, iniciou-se a pesquisa estabelecendo

uma ficha de qualificação para cada indicador analisado, (Quadro 8), assim, é possível compreender a metodologia, formas dos cálculos, origem dos dados entre outros.

Quadro 7: Fichas de qualificação dos indicadores

Indicador	Ficha de Qualificação
1- Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família	Anexo 2 – Ficha de qualificação Cobertura ESF.
2- Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária	Anexo 3 – Ficha de qualificação ICSAP
3- Percentual de cobertura de vacinas	Anexo 4 – Ficha de qualificação Cobertura Vacinal
4- Gasto total em saúde como proporção do PIB	Anexo 5 - Ficha de qualificação Gasto total em saúde/ PIB
5- Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo	Anexo 6- Ficha de qualificação Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo
6- Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde	Anexo 7- Ficha de qualificação Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde
7- Gasto em atenção básica	Anexo 8 - Ficha de qualificação Gasto em Atenção básica

Fonte: Elaborado pela autora

8.4 – ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados foram analisados por meio de aplicação de técnicas de analise descritiva.

8.5 – ASPECTOS ÉTICOS ANÁLISE DE DADOS

A presente pesquisa não foi submetida ao Comitê de ética em Pesquisa, por se tratar da utilização de dados e informações de acesso e domínio público, atendendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

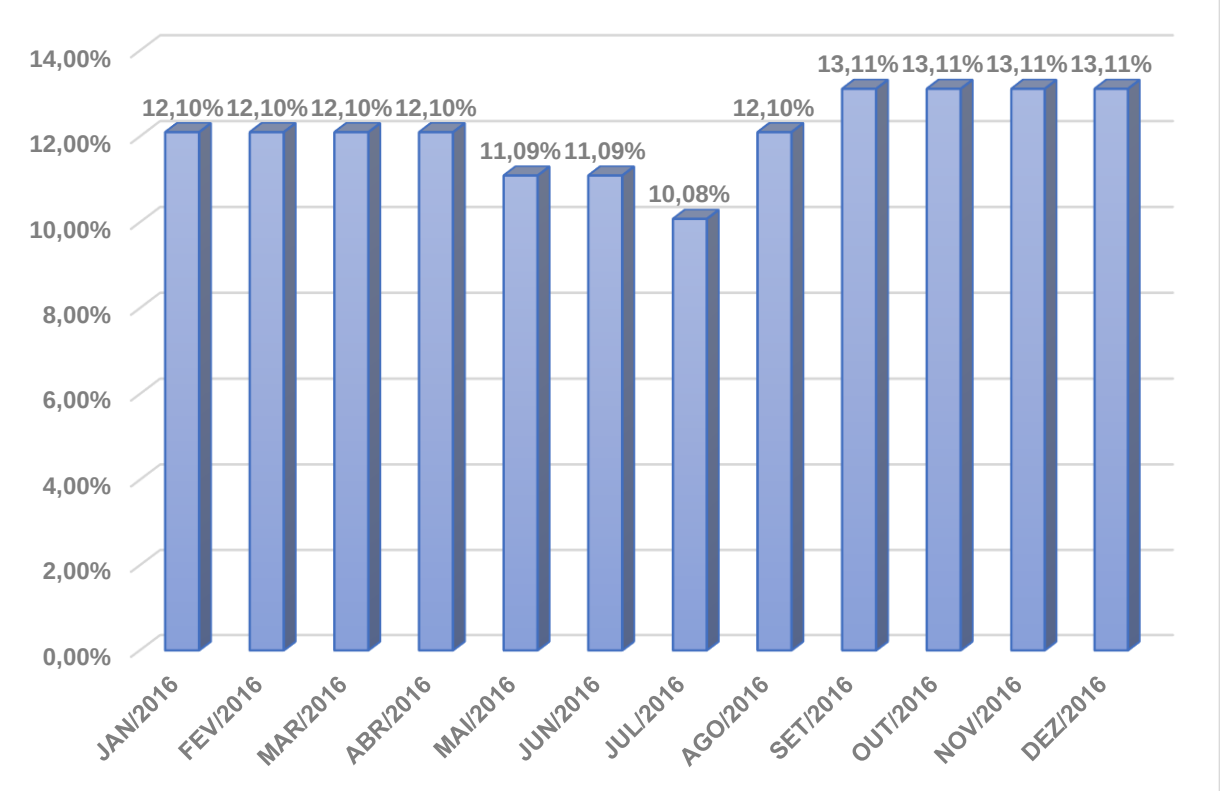
9 RESULTADOS

9.1 – EIXO 1: ATINGIR A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

9.1.1- Indicador 01- Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família

No ano de 2016, o percentual de cobertura da população das equipes de Saúde da Família não variou muito, sendo que nos meses de janeiro a abril apresentaram 12,10%, o mês com menor cobertura foi em julho com 10,08% e de setembro a dezembro apresentaram 13,11% de cobertura das ESFs, conforme consta no gráfico 10.

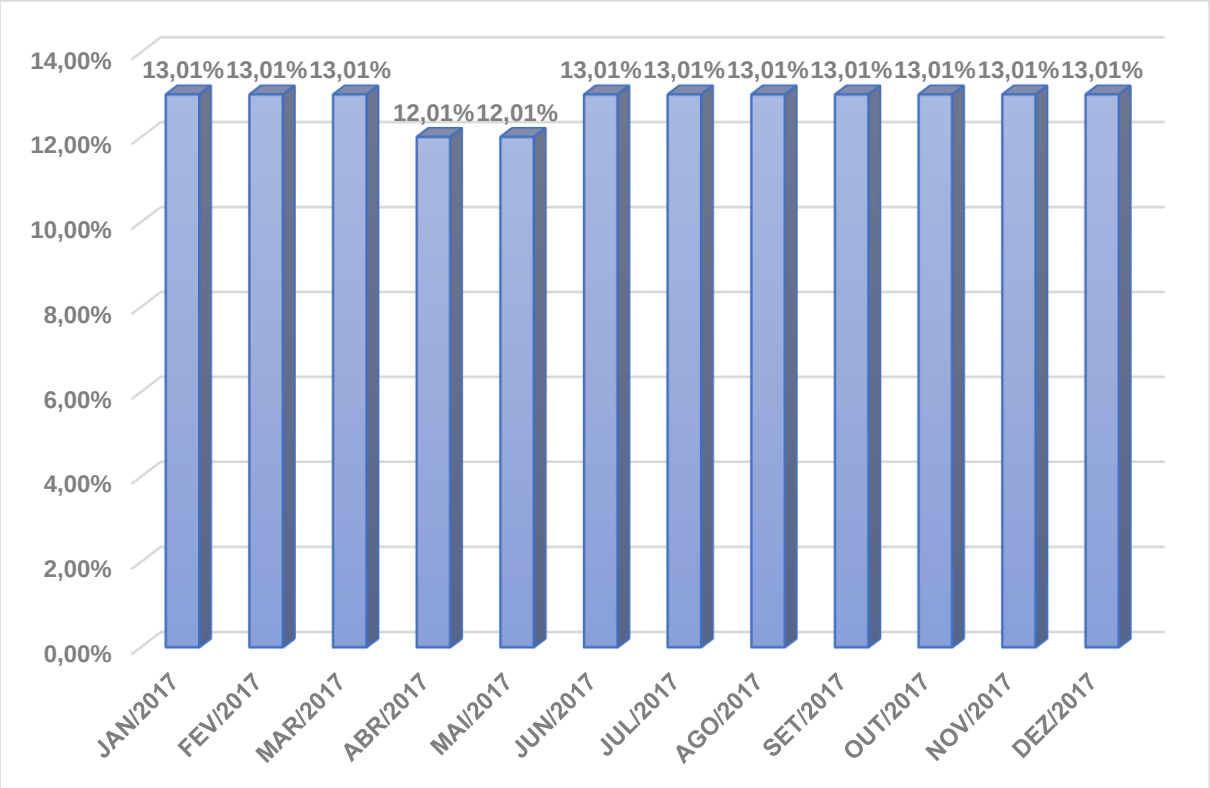
Gráfico 10 – Estimativa de % da Cobertura da População do Município de Franca – SP, pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2016**.



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

No ano de 2017, a porcentagem de cobertura da população das equipes de Saúde da Família variou menos que no ano de 2016, sendo que nos meses de janeiro a março, junho a dezembro apresentaram uma cobertura de 13,01% e os meses de abril e maio apresentaram 12,01% de cobertura das ESF.

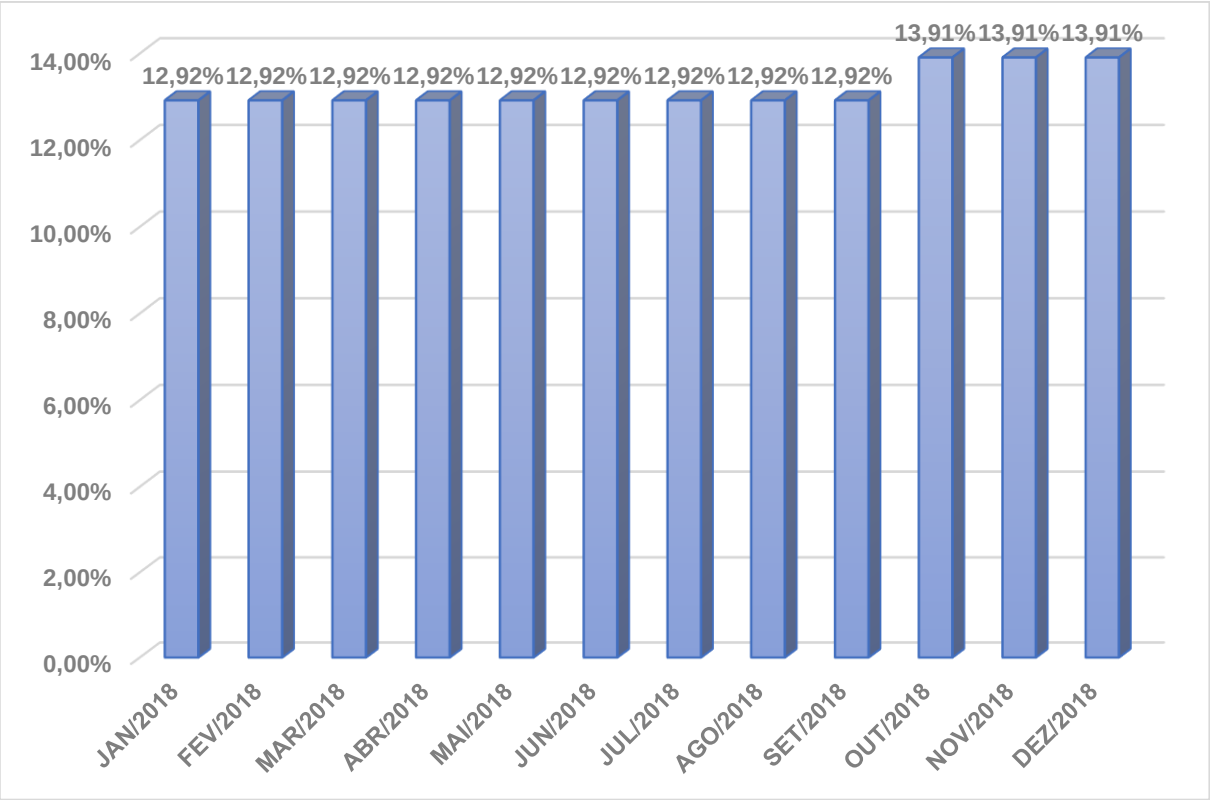
Gráfico 11 – Estimativa de % da Cobertura da População do Município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2017**.



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

No ano de 2018, a porcentagem de cobertura da população das equipes de Saúde da Família também variou em relação aos anos de 2016 e 2017, sendo que nos meses de janeiro a setembro apresentaram uma cobertura de 12,92% e de outubro a dezembro apresentaram uma cobertura das ESFs de 13,91%.

Gráfico 12 – Estimativa de % da Cobertura da População do município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família no ano de **2018**.

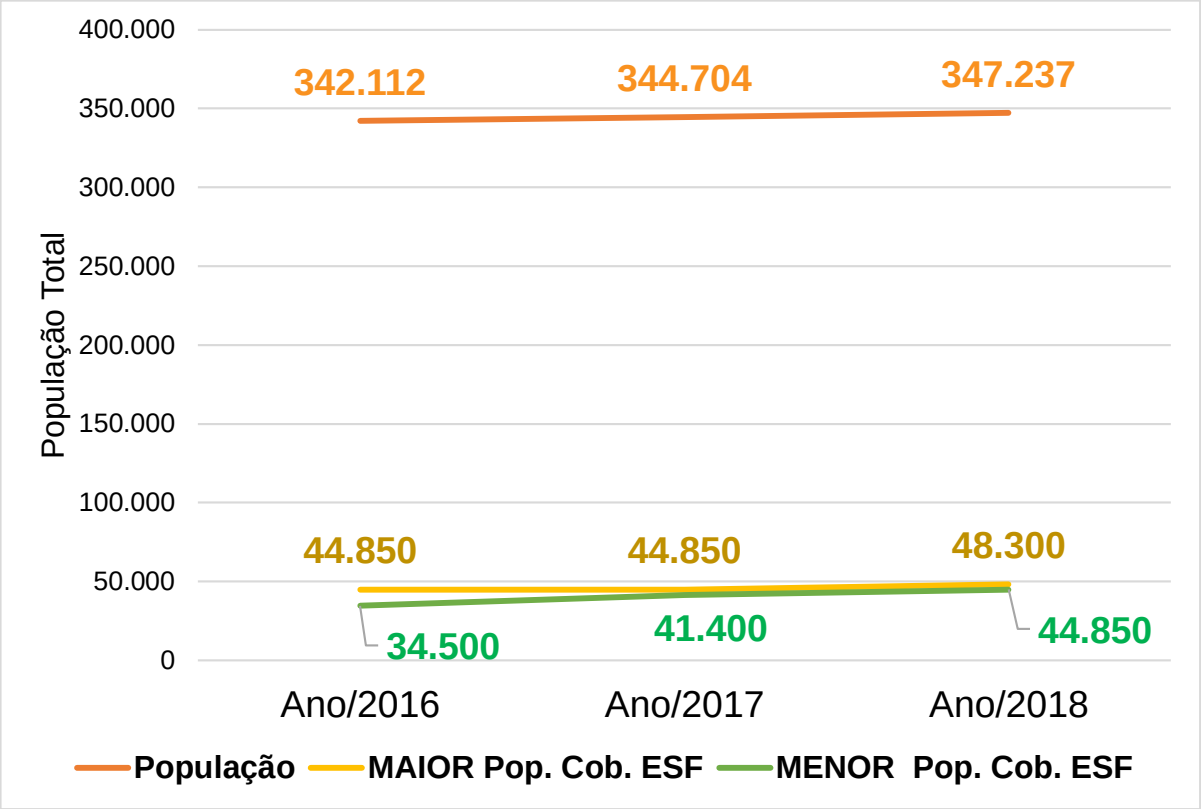


Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

No município de Franca, no que se refere à cobertura populacional pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, no período analisado, a maior porcentagem registada ocorreu em 2018 nos meses de outubro a dezembro (13,91%), e a menor porcentagem em julho de 2016 (10,08%).

O gráfico a seguir demonstra a evolução da estimativa na quantidade de pessoas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família em relação ao total de habitantes residentes na cidade de Franca – SP. Foi considerado a maior e a menor porcentagem registrada para cada ano analisado.

Gráfico 13: Evolução da Estimativa de Cobertura da População do município de Franca – SP pela Estratégia de Saúde da Família.

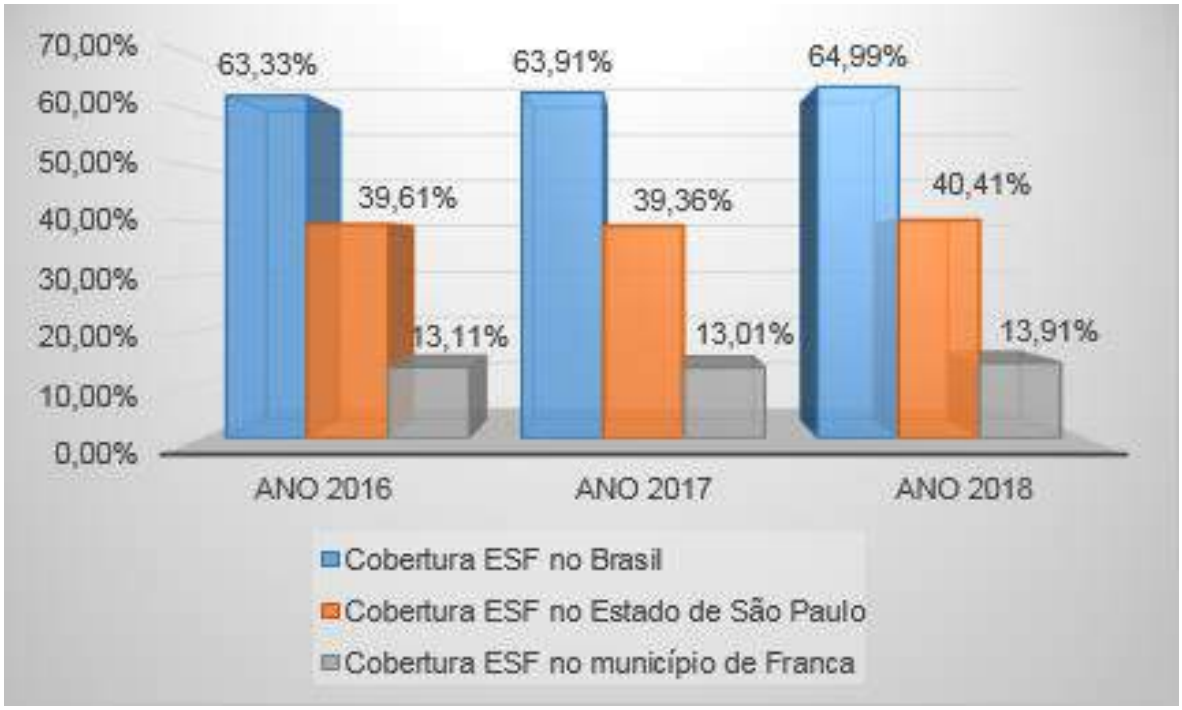


Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

A população geral do município apresentou um crescimento no período avaliado, assim, a quantidade de pessoas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família também foi ampliada.

Verificou-se ainda os resultados referentes ao percentual de cobertura das ESFs alcançadas no Brasil e no estado de São Paulo, com objetivo de delinear a situação do indicador analisado em todas as esferas do governo, podendo com isso contrapor aos resultados verificados no município como forma de analisar a evolução da implementação dessa política de saúde no cenário nacional. Foi levado em consideração a maior porcentagem de cobertura da ESF alcançada no mês pelo país, estado e município relacionados, no período que se refere está pesquisa.

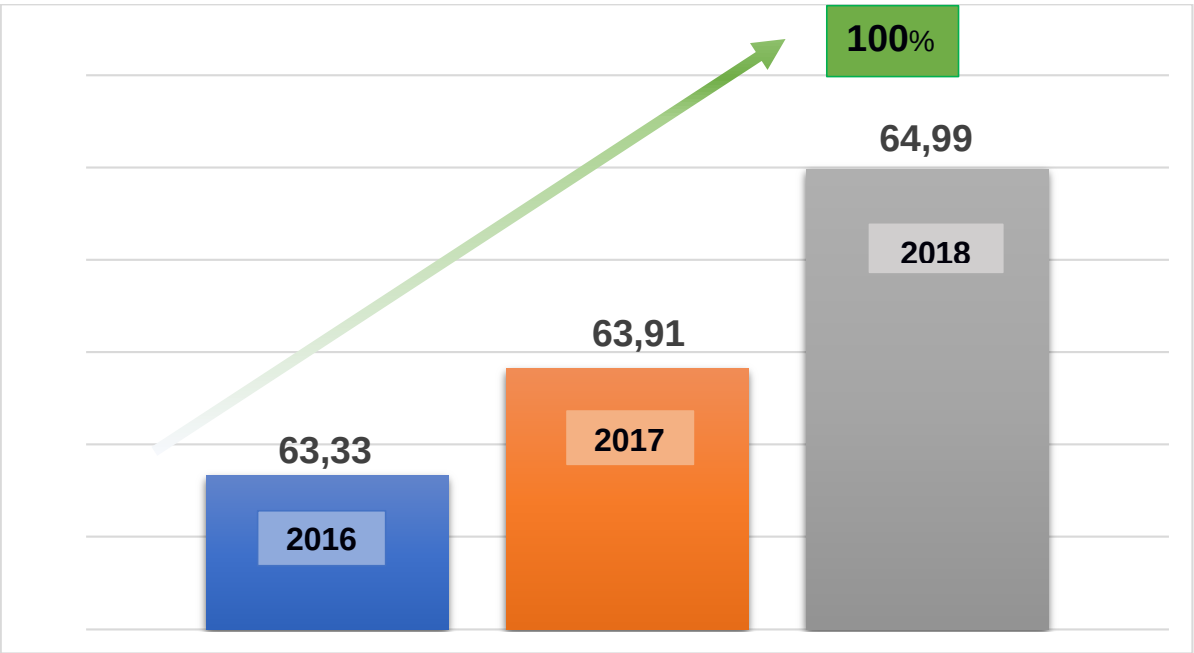
Gráfico 14: Comparação da cobertura de ESF nos três níveis do governo.



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

É possível observar um discreto aumento de 1,66% de 2016 a 2018 quanto a cobertura de ESF em nível nacional, conforme gráfico a seguir:

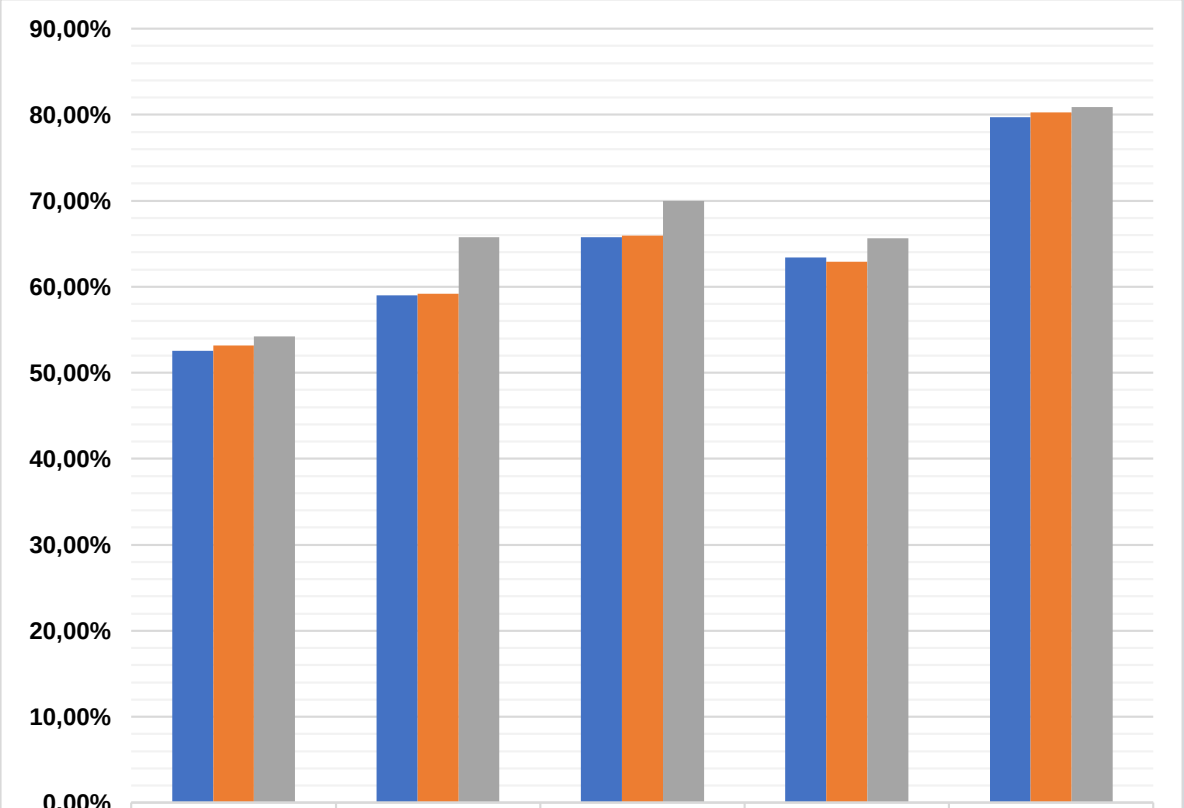
Gráfico 15: Percentual de cobertura da população pela ESF no Brasil, referente ao período analisado de 2016 a 2018.



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

Podemos analisar os dados estáticos sobre o indicador de percentual de cobertura estimada da população por equipes de saúde da família nas regiões brasileiras. A cobertura média do Brasil em 2016 a 2018 atingiu 63,0%, sendo a menor na região sudeste (52,55%) e a maior na região Nordeste (80,90%).

Gráfico 16: Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde, segundo regiões do Brasil, no período de 2016 a 2018.



	Região Sudeste	Região Centro-Oeste	Região Sul	Região Norte	Região Nordeste
2016	52,55%	59,01%	65,75%	63,41%	79,71%
2017	53,20%	59,20%	65,94%	62,91%	80,29%
2018	54,25%	65,73%	69,97%	65,62%	80,90%

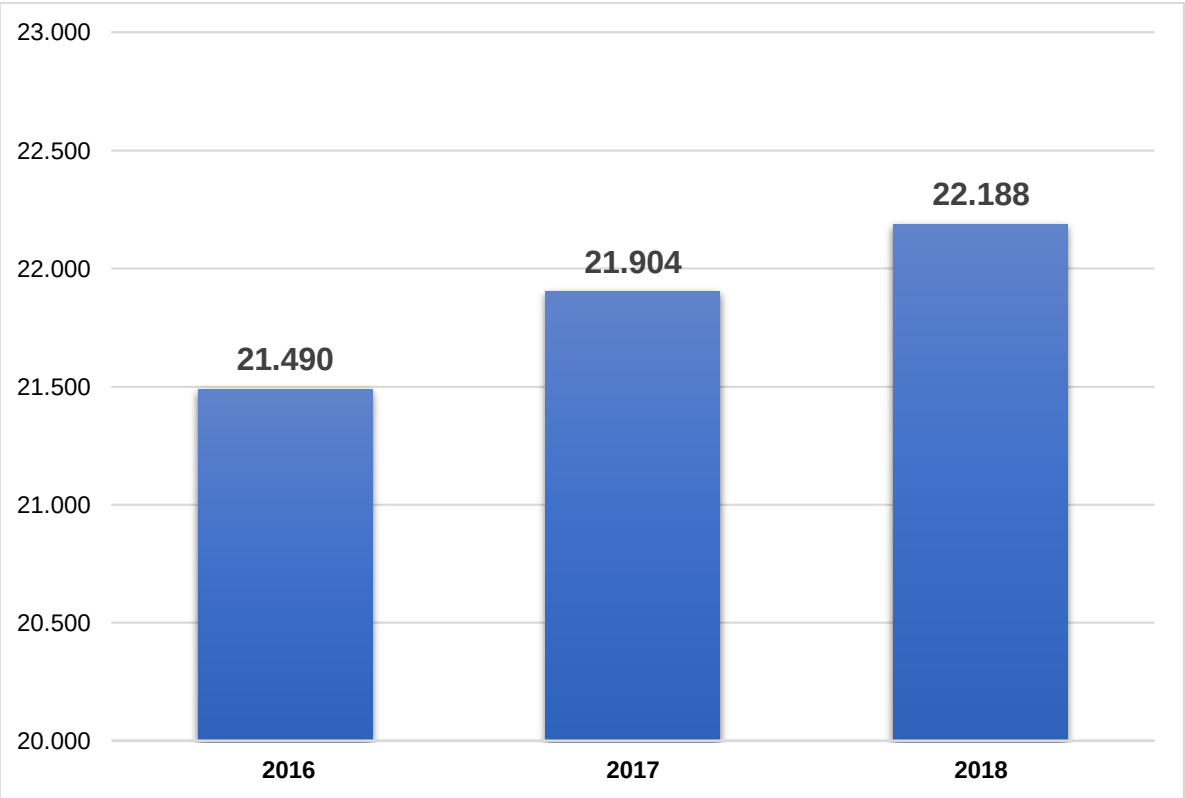
Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.
*Consideramos os meses com a maior cobertura de ESF de cada região, por se tratar de um número variante conforme os meses do ano.

9.1.2- Indicador 02: Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária.

O segundo indicador analisado refere-se ao Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nos anos de 2016 a 2018 no município de Franca –SP. Vários dados foram levantados para determinar as ICSAP. Segue abaixo os gráficos sobre: Total geral de óbitos, principais causas de mortalidade ocorridas em 2016 a 2018, total de internações gerais, total de internações clínicas registradas neste período.

Em relação ao número de internações hospitalares gerais, no município de Franca- SP, é possível identificar um aumento no número de internações ao longo dos três anos. De 2016 para 2017 houve um aumento de 414 internações, de 2017 para 2018 houve um aumento de 284 internações.

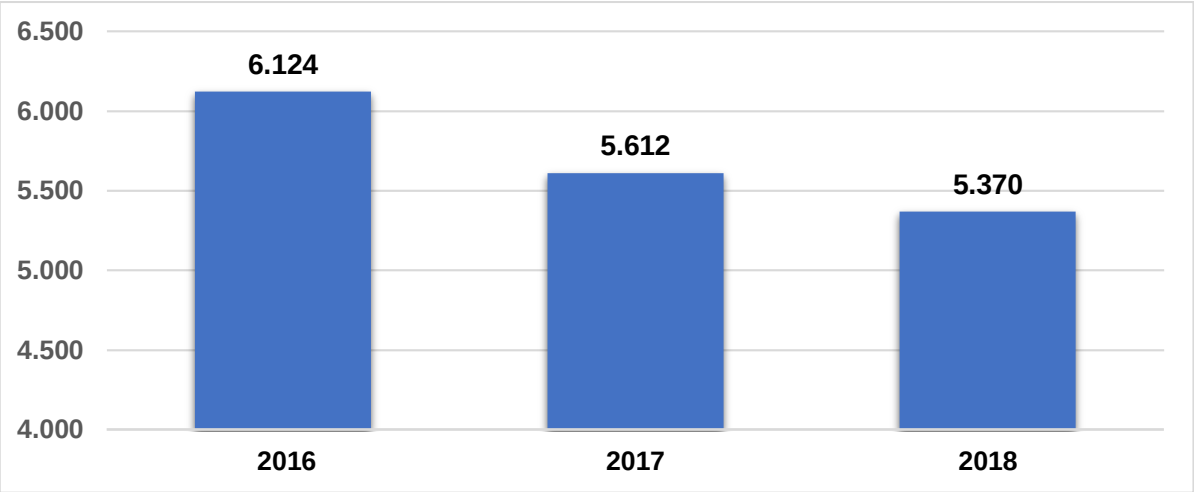
Gráfico 17: Total de Internações Hospitalares Gerais registradas no município de Franca –SP em 2016 a 2018.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em relação às internações clínicas no município de Franca- SP, foi possível identificar que o ano 2016 foi o responsável pelo maior número, sendo 6.124 e em 2018, responsável pelo menor número 5.370 (Gráfico 18).

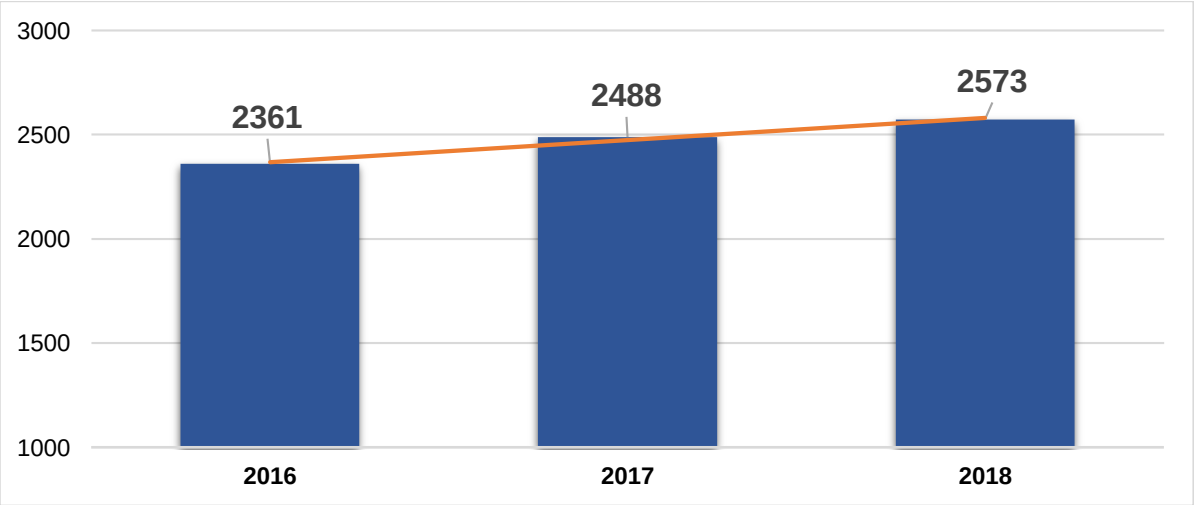
Gráfico 18: Total de Internações Clínicas por ano processamento no município de Franca –SP.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Sobre as internações por condições sensíveis a Atenção Primária, em 2018 concentra-se o maior número de internações, sendo 2.573 (Gráfico 19).

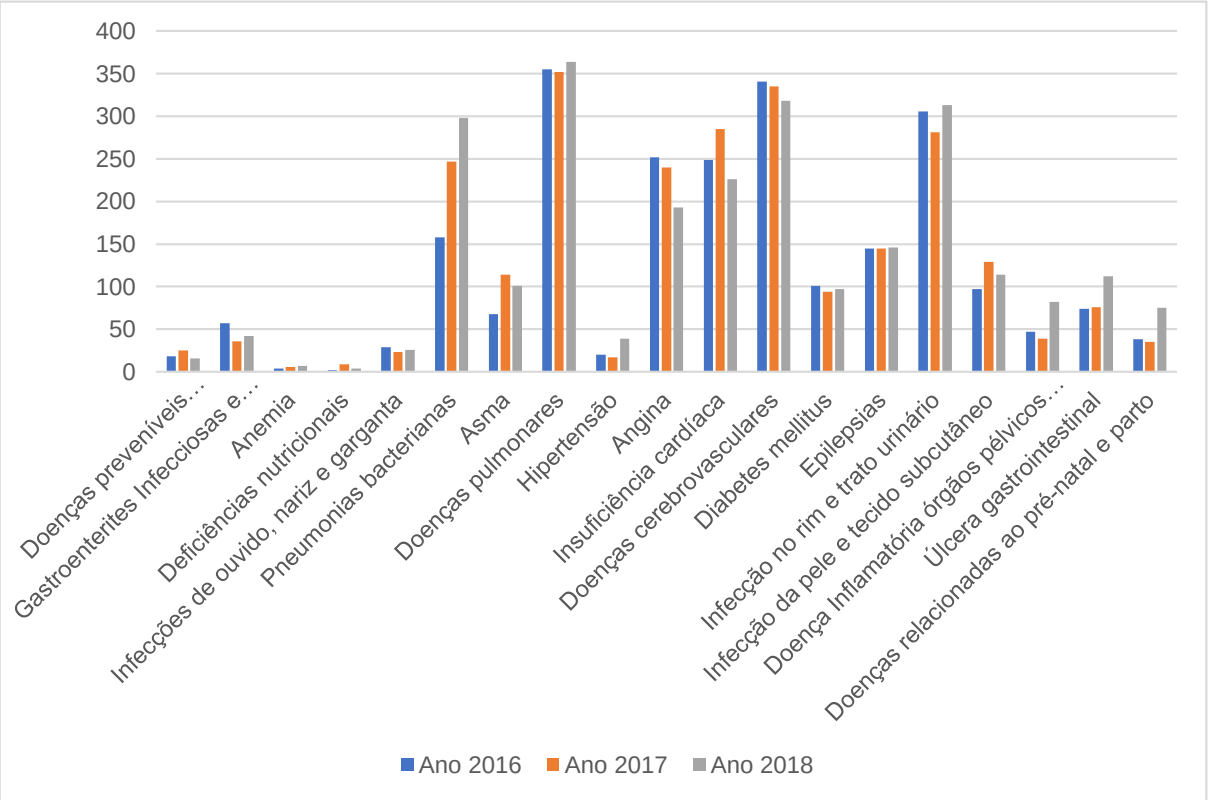
Gráfico 19: Total de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária no município de Franca -SP nos anos de 2016 a 2018.



Fonte: SIH/SUS - Sistemas de Informações Hospitalares.

O gráfico a seguir apresenta dados sobre todas as internações sensíveis à atenção primária. São 19 grupos de causas registradas nos anos 2016, 2017 e 2018 no município de Franca- SP. As doenças que mais prevaleceram foram: pneumonias bacterianas, doenças pulmonares, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e infecções no rim e trato urinário (Gráfico 20).

Gráfico 20: Total de internações por Cid10 referente as Condições Sensíveis da Atenção Primaria no município de Franca -SP nos anos de 2016 a 2018.



Fonte: SIH/SUS - Sistemas de Informações Hospitalares

O ano de 2018 foi o responsável por 47,9% das internações por condições sensíveis a APS (Tabela 11).

Tabela 11: Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria no Município de Franca –SP.

	2016	2017	2018
Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria	2361	2488	2573

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 12: Frequência por ano de Internação Clínicas Município de Franca –SP.

Frequência por ano de Internação Clínicas	2016	2017	2018
	6.124	5.612	5.370

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

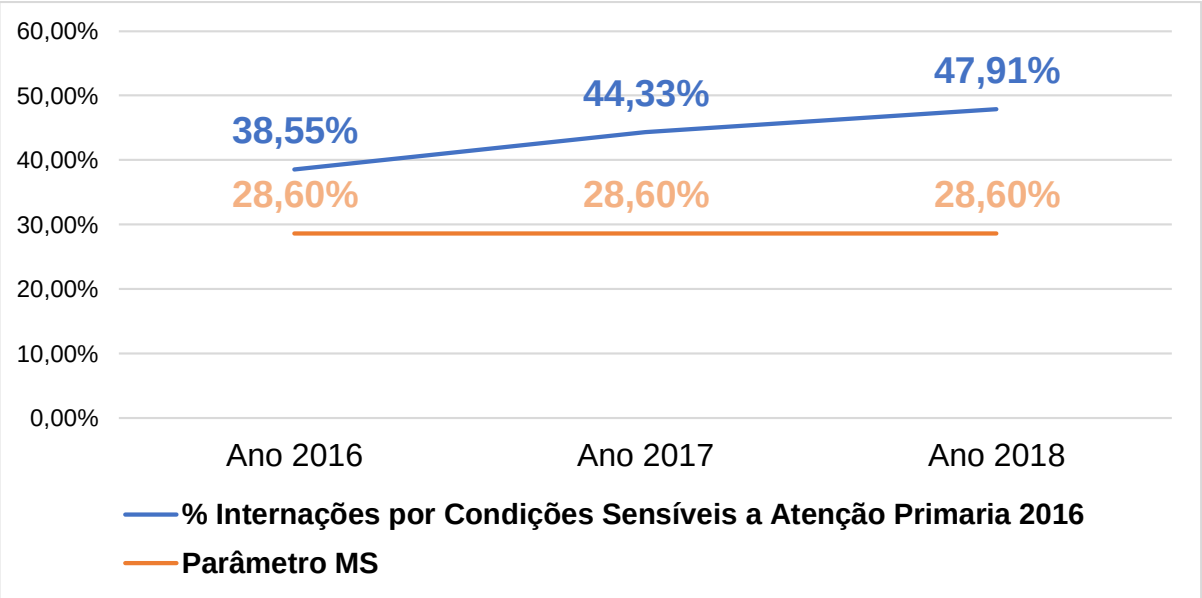
Tabela 13: % Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria no Município de Franca –SP.

% Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria	2016	2017	2018
	38,55	44,33%	47,91%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quando comparado aos parâmetros do Brasil, sobre as internações por condições sensíveis à APS, é possível identificar que Franca- SP, supera todas as taxas anuais (Gráfico 21).

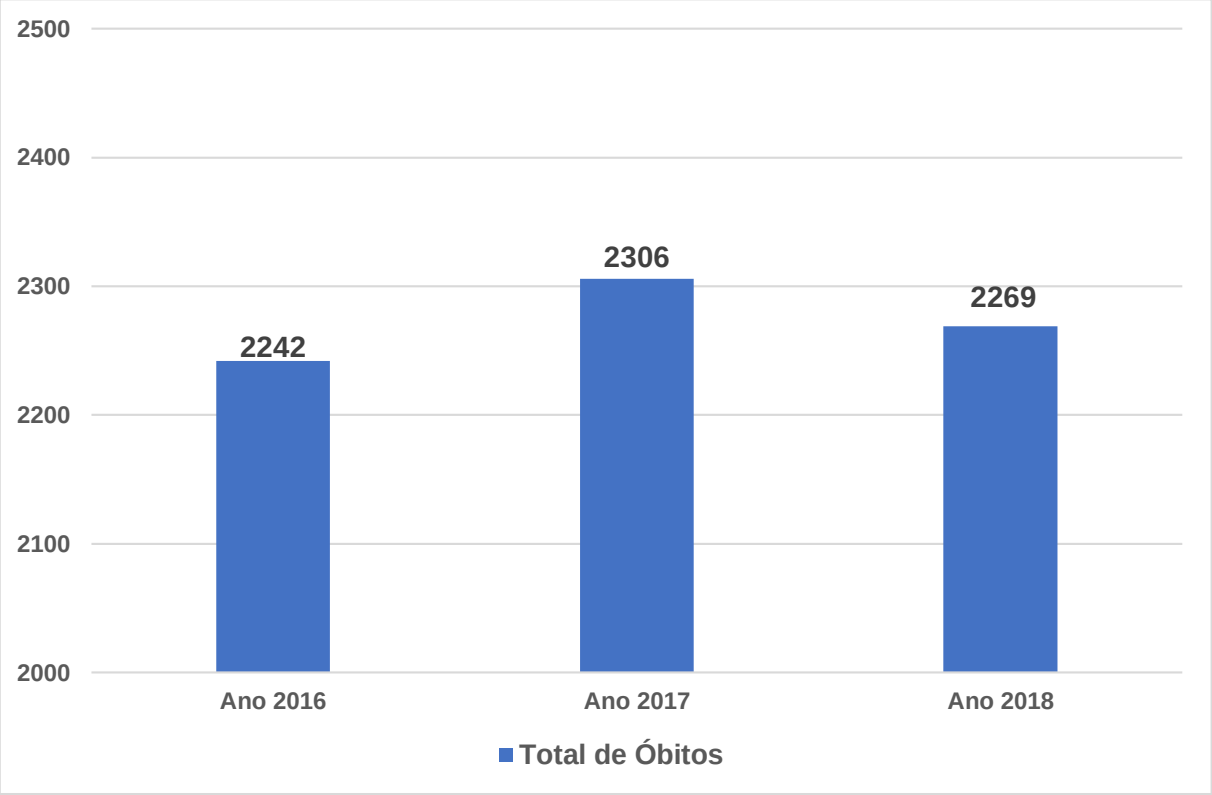
Gráfico 21: Percentual de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria comparado ao parâmetro do Ministério da Saúde no município de Franca –SP.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
*Considerado o parâmetro estabelecido do Ministério da Saúde de 28,60% de ICSAP.

Em relação ao número de óbitos, 2017 foi o ano que teve maior número no município de Franca- SP. As principais causas destes óbitos estão relacionadas com doenças no aparelho circulatório, seguido pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório (Gráfico 22).

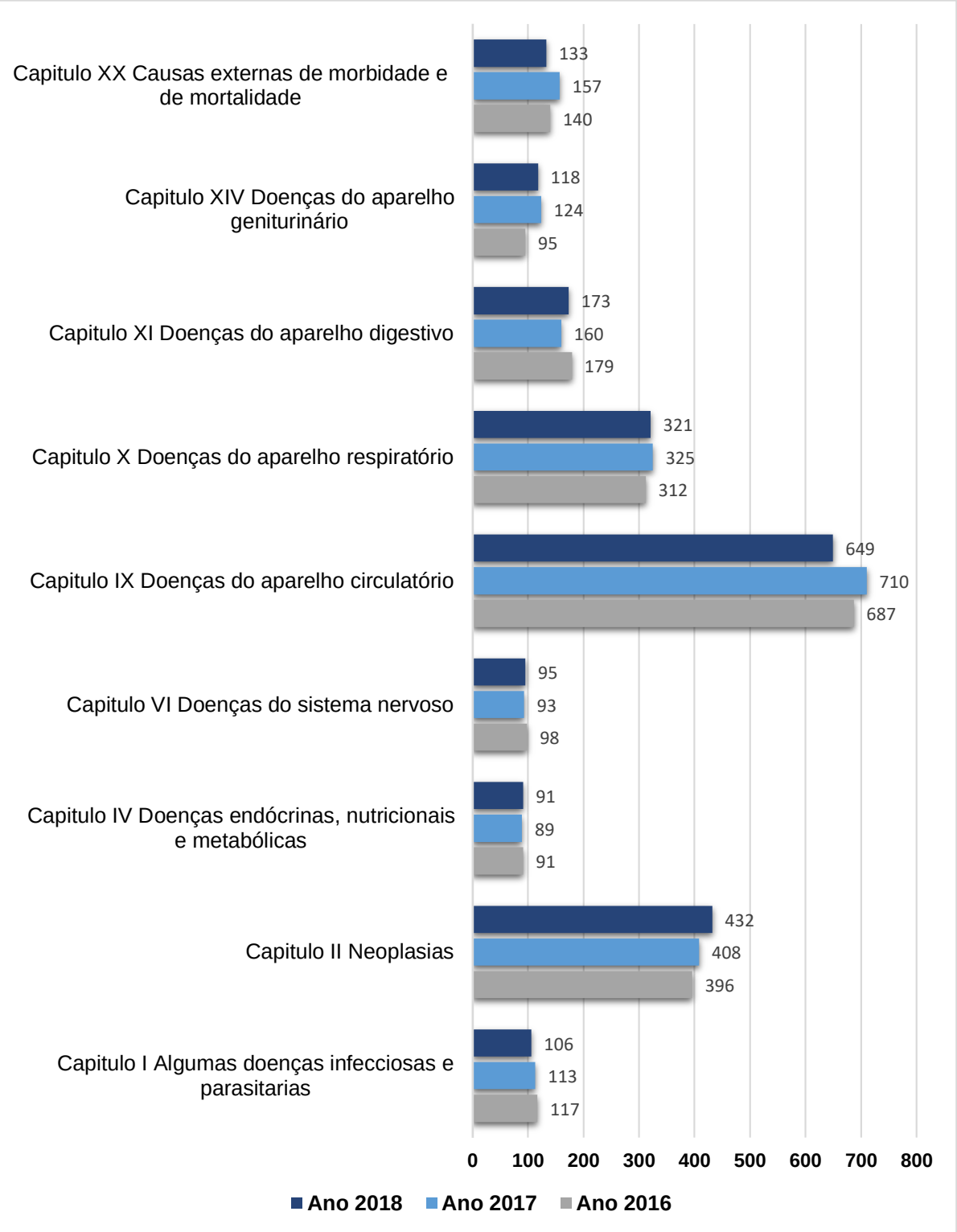
Gráfico 22: Total Geral de Óbitos registrados no município de Franca – SP nos anos de 2016 a 2018.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

É possível observar no Gráfico 22 um aumento significativo no número de óbitos registrados no ano de 2017, seguido posteriormente de uma queda de óbitos no ano de 2018. Para entender essa alteração no número total de óbitos, investigamos quais foram as principais causas de mortalidades registradas nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Gráfico 23: Principais Causas de Óbitos registrados no município de Franca –SP em 2016 a 2018.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

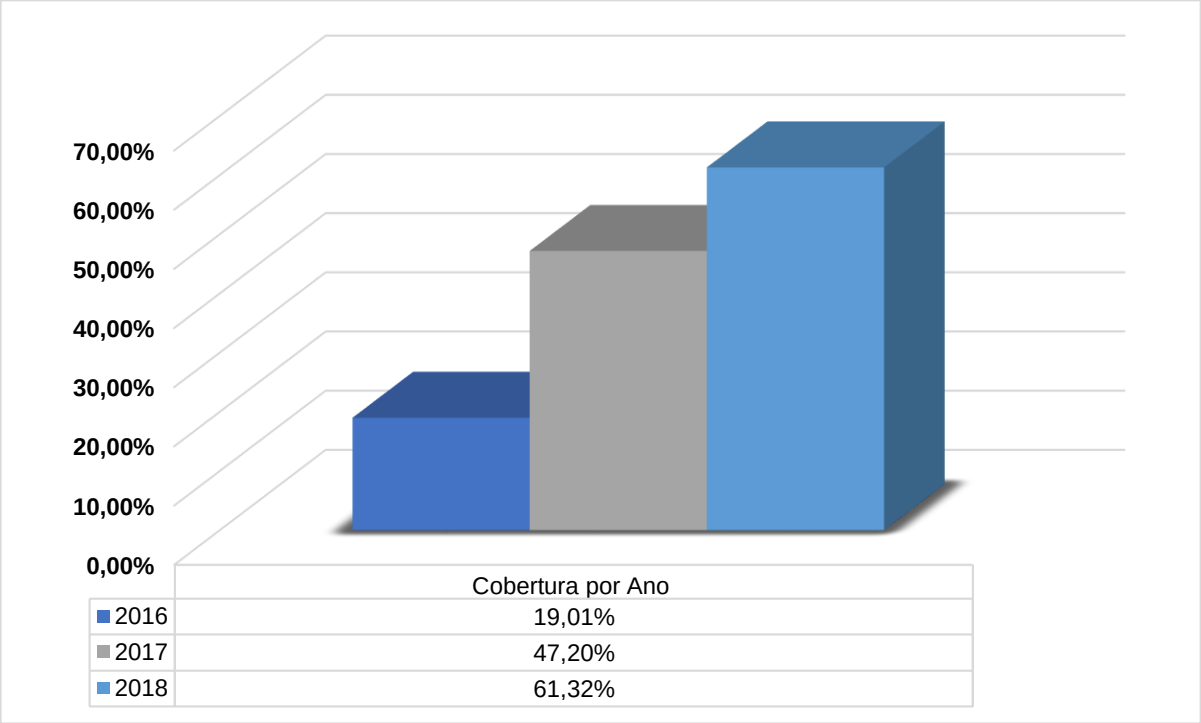
9.2 – EIXO 2: O ACESSO A MEDICAMENTOS E VACINAS ESSENCIAIS

9.2.1- Indicador 03: Percentual de Cobertura de Vacinal

No que se refere ao acesso a medicamentos, por não ter sido estabelecido um indicador para a tal verificação, não foi possível realizar o levantamento desta informação.

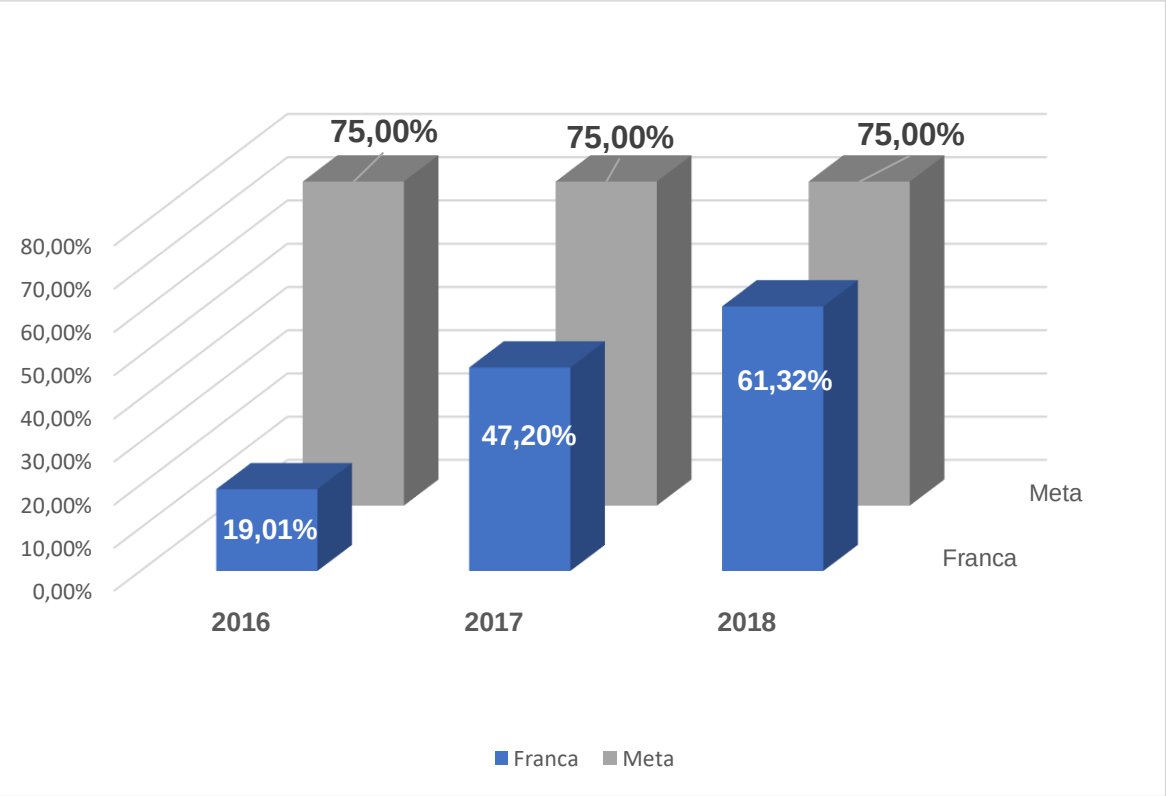
O gráfico a seguir apresenta os valores referentes a cobertura vacinal no município de Franca – SP, nos anos de 2016 a 2018. A cobertura vacinal registrada no ano de 2016 foi 19,01%, observa-se que ocorreu um aumento gradativo nos anos seguintes 2017, 47,20% e 2018 foi 61,32% (Gráfico 24). Quando comparado aos indicadores de Franca com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o município não conseguiu atingir a meta em nenhum ano (Gráfico 25).

Gráfico 24: Percentual de cobertura vacinal referente ao município de Franca –SP referente ao período de 2016 a 2018



Fonte: SI-PNI. Programa Nacional de Imunizações.

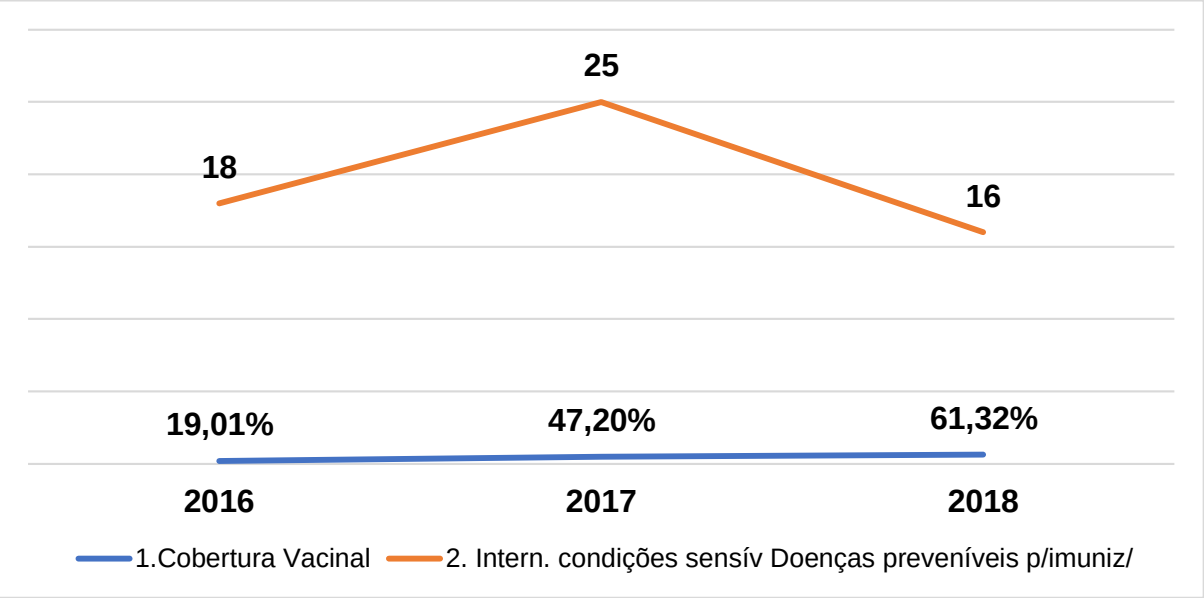
Gráfico 25: Comparativo do percentual de cobertura vacinal do município de Franca –SP relacionado com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde



Fonte: SI-PNI. Programa Nacional de Imunizações.

Diante das informações explicitadas, buscou-se relacionar os resultados sobre a cobertura total de vacinas aos dados apresentados anteriormente sobre as principais causas de internação de doenças evitáveis através de vacinação. Nesse sentido, pode-se analisar a possível interferência da cobertura vacinal nas internações por condições sensíveis a atenção primária relacionadas as doenças preveníveis por imunização (Gráfico 26).

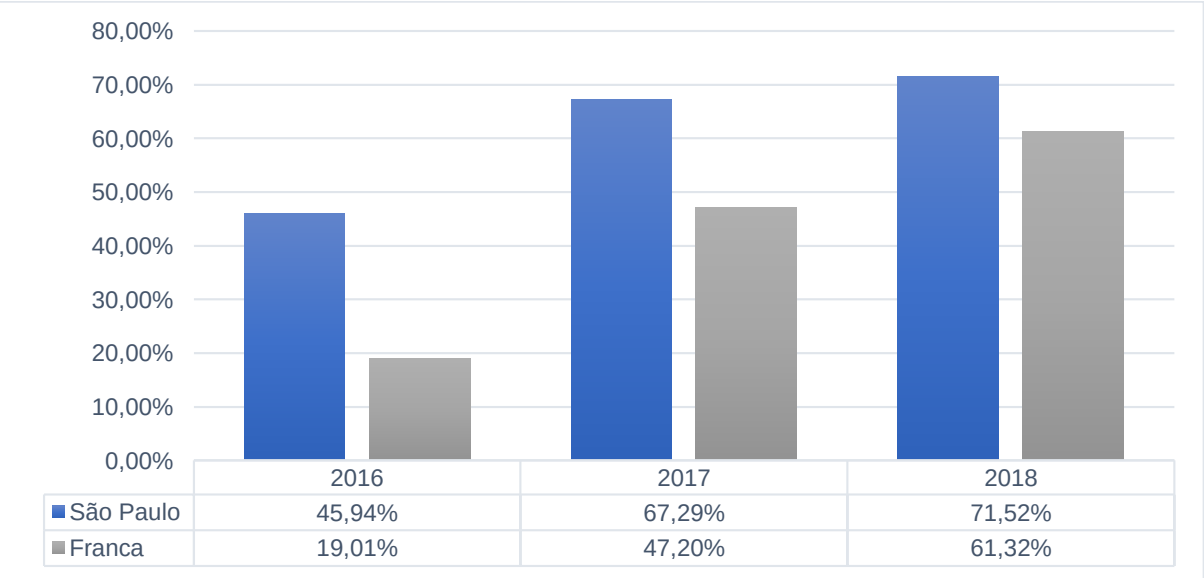
Gráfico 26: Relação entre a ocorrência de Doenças Preveníveis por imunização registradas e as Taxas de Cobertura Vacinal da população de Franca –SP no período de 2016 a 2018.



Fonte: SI-PNI. Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Verificou–se o percentual de cobertura vacinal do Estado de São Paulo, e comparou-se os dados aos resultados alcançados pelo município de Franca nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Gráfico 27: Comparativo dos percentuais de cobertura vacinal referentes ao período de 2016 a 2018 do município de Franca e o Estado de São Paulo



Fonte: SI-PNI. Programa Nacional de Imunizações.

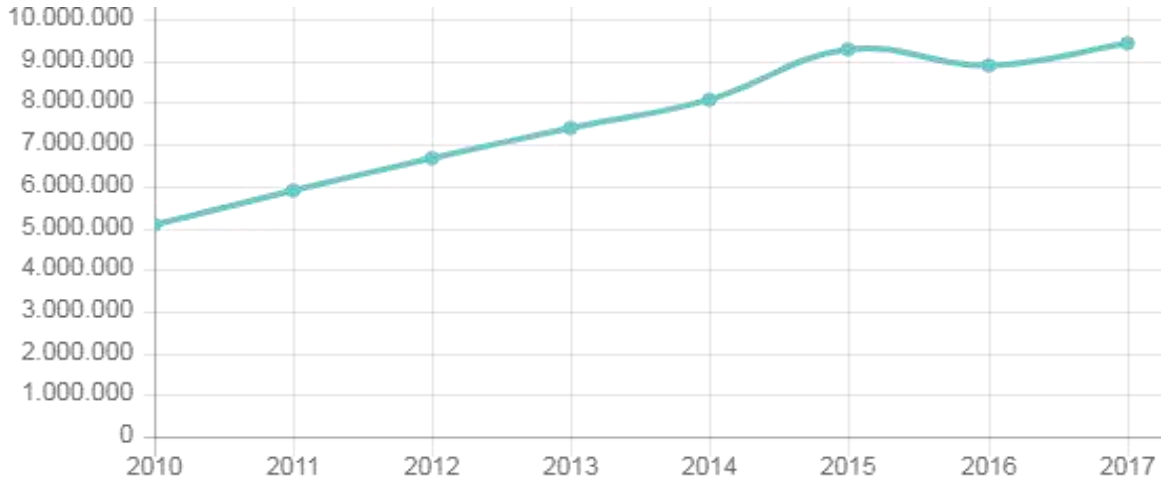
9.3 – EIXO 3: PROTEÇÃO DO RISCO FINANCEIRO

9.3.1 – Indicador 04: Gasto total em saúde como proporção do PIB

Houve uma limitação para definir o resultado deste indicador. Para determinar o valor do gasto total em saúde como proporção do PIB do município é necessário ter acesso à informação sobre o valor do PIB em reais, correntes do ano no município. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável pelo cálculo e pela divulgação do PIB dos municípios, no entanto, o resultado referente ao PIB corrente do ano de 2018 não foi disponibilizado. Frente ao exposto, não foi possível determinar o resultado do indicador referente ao ano de 2018 no município de Franca- SP.

O gráfico abaixo demonstra uma série histórica dos dados disponibilizados pelo IBGE referente ao município de Franca –SP sobre o PIB corrente.

Gráfico 28: Série Histórica / Série revisada (Unidade: R$ x1000) do PIB a preços correntes no município Franca- SP

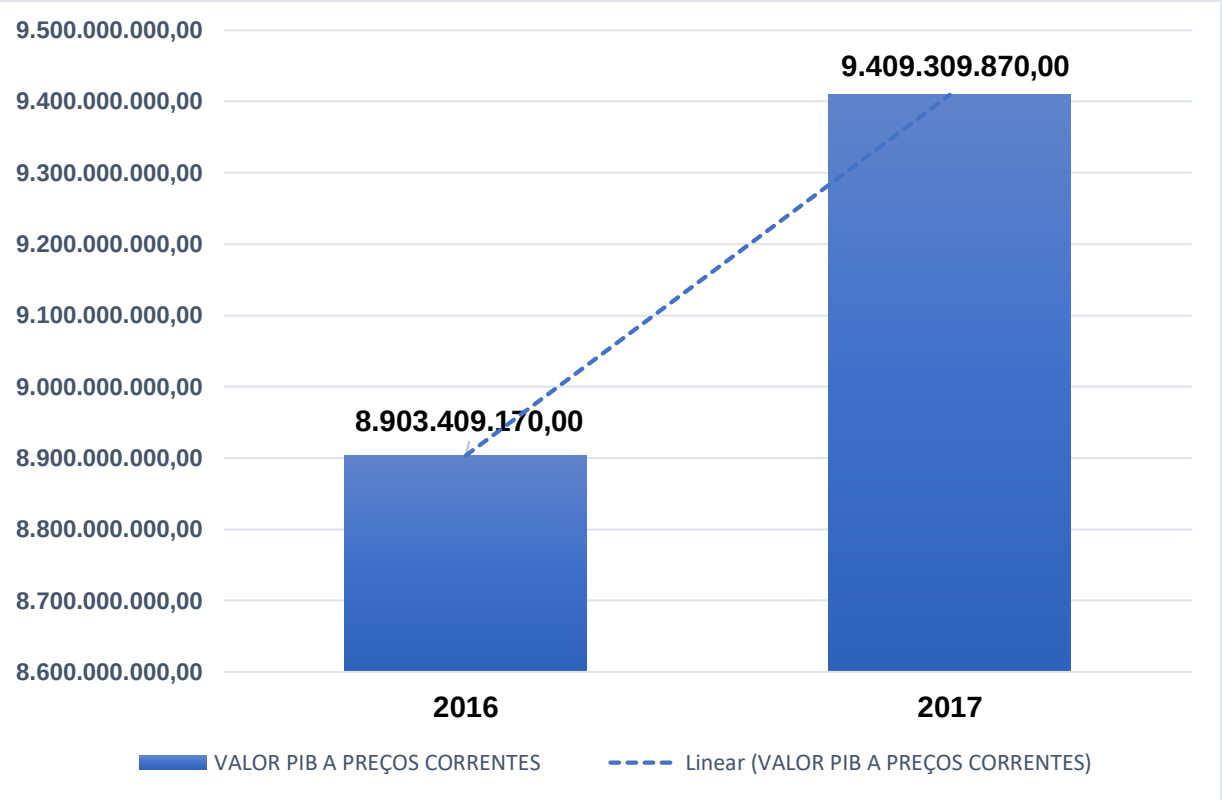


PIB a preços correntes / **Série revisada** (Unidade: R$ x1000)							
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5.056.918	5.893.434	6.650.297	7.400.741	8.075.255.7	9.260.257.15	8.903.408.17	9.409.309.87

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA.

O gráfico a seguir apresenta o valor do PIB – corrente disponibilizado pelo IBGE referente ao município de Franca –SP.

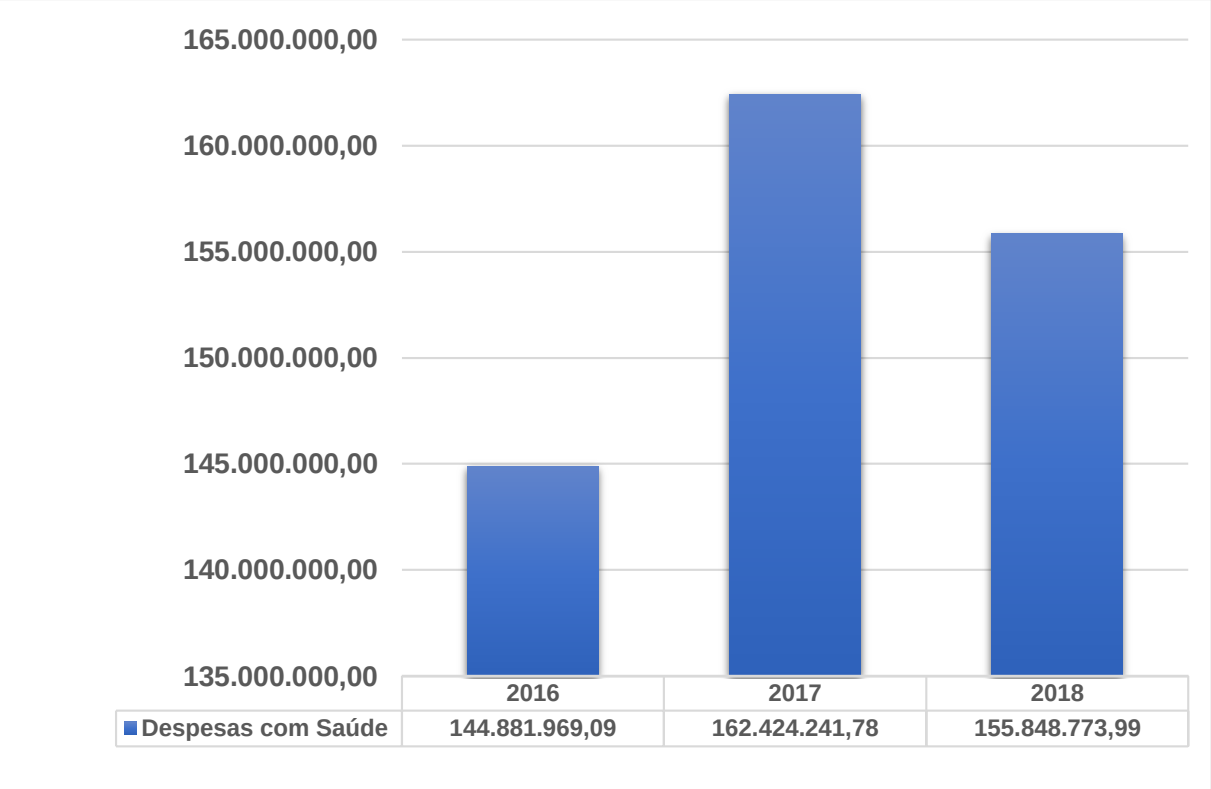
Gráfico 29: PIB – Produto Interno Bruto PER CAPITA referente ao município de Franca – SP dos anos de 2016 e 2017



Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA.

Pelo exposto no Gráfico 30, percebe-se que ocorreu um aumento significativo nas despesas com saúde do ano de 2016 para 2017, entretanto esse cenário não se sustentou no ano 2018, demostrando uma queda nas despesas, apesar da diminuição, permaneceu acima do valor gasto em 2016.

Gráfico 30: Total das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde referente ao período 2016 a 2018 município de Franca –SP



Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

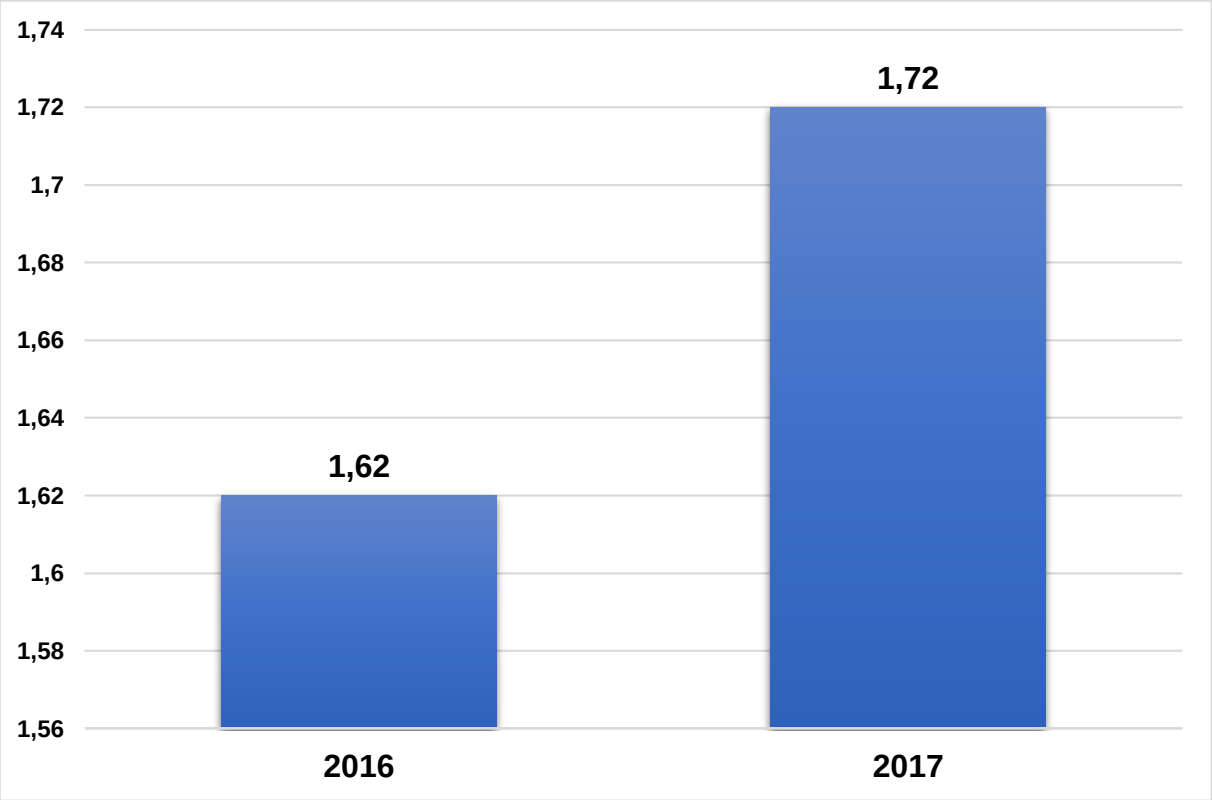
Conforme apresentado na Tabela 14 e Gráfico 31, o percentual de gasto total em saúde 2017 foi de 1,72 e de 2016 de 1,62.

Tabela 14: Cálculo para estabelecer o Percentual Gasto Total em Saúde como proporção do PIB no Município de Franca –SP.

Valor dos gastos com ações e serviços públicos de saúde	**2016**	**2017**	**2018**	
	R$144.881.969,09	R$162.424.241,78	R$155.848.773,99	
Valor do PIB em reais correntes do ano	8.903.409.170,00	9.409.309.870,00	Valores não foram divulgados	X 100
Percentual de Gasto total em saúde como proporção do PIB	1,62	1,72	------	

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Gráfico 31: Gasto total em saúde como proporção do PIB por ano referente ao município de Franca – SP nos anos 2016 e 2017.



Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Quando analisamos as médias apresentadas, é possível observar que o município de Franca, no ano de 2017, aumentou o investimento em saúde referente ao valor total do seu PIB em comparação ao ano de 2016. Neste contexto, é importante ressaltar esse crescimento no valor dos gastos em saúde do município. No entanto, quando se compara o gasto com saúde em relação ao PIB do país com o do município, percebe-se que o investimento do município foi menor, conforme demonstram os dados do IBGE Conta-Satélite de Saúde na Figura abaixo.

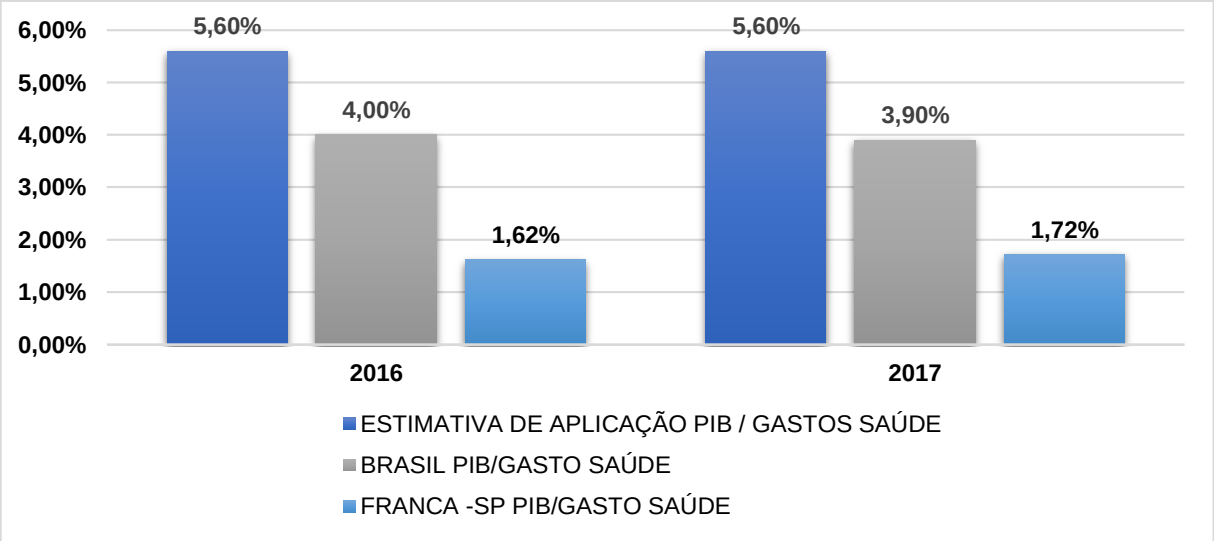
Figura 3: Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB, por setor institucional (%)

Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. 2. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf. Acesso em: maio. 2020.

Contrapondo aos valores investidos tanto pelo Brasil, como pelo município de Franca- SP, fica evidente a necessidade de investimentos financeiros tanto no nível federal quanto municipal (Gráfico 32).

O Gráfico 32 mostra os percentuais de investimento em saúde, em relação ao PIB, feitos pelo município de Franca e pelo país, comparados à estimativa nacional para cada ano.

Gráfico 32: Comparativo de investimento do Gasto Total em Saúde como proporção do PIB referente aos valores atingindo pelo Brasil e o município de Franca.

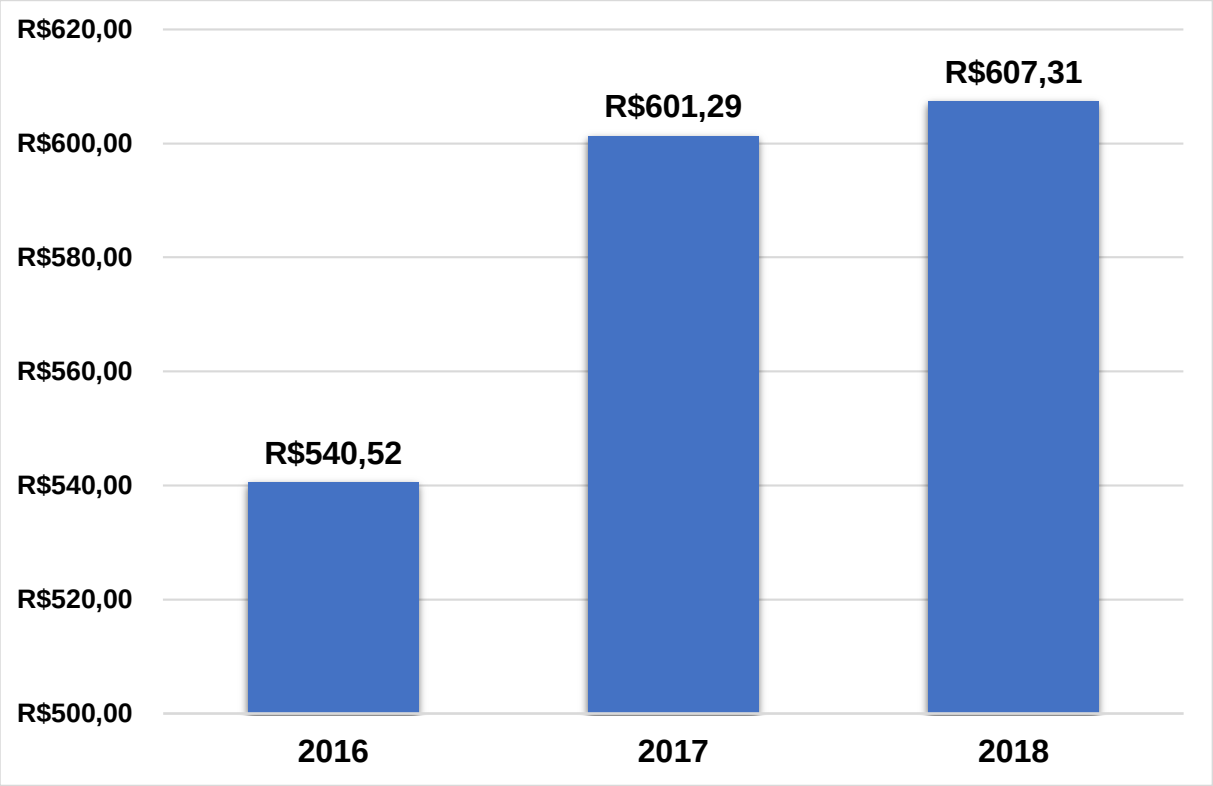


Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

9.3.2 – Indicador 05: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo.

Em relação aos gastos em saúde per capita é possível identificar aumento dos gastos de acordo com o passar dos anos (Gráfico 33).

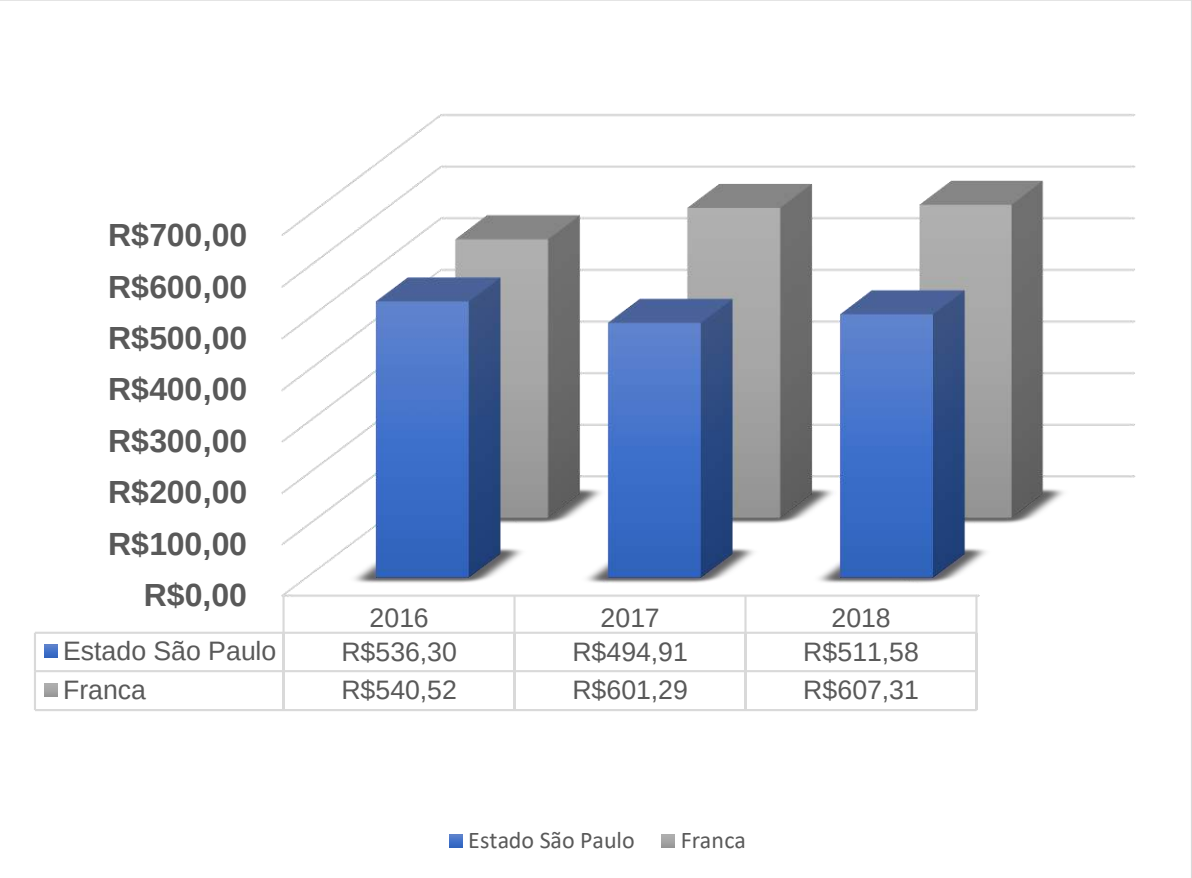
Gráfico 33: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo Município de Franca –SP.



Fonte: SIOPS - INDICADORES MUNICIPAIS.

Com objetivo de comparar a despesa total da saúde por habitante, tabulou-se os dados referentes a este indicador no Estado de São Paulo, gráfico 34:

Gráfico 34: Comparação da Despesa Total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Estado de São Paulo em relação ao município de Franca –SP

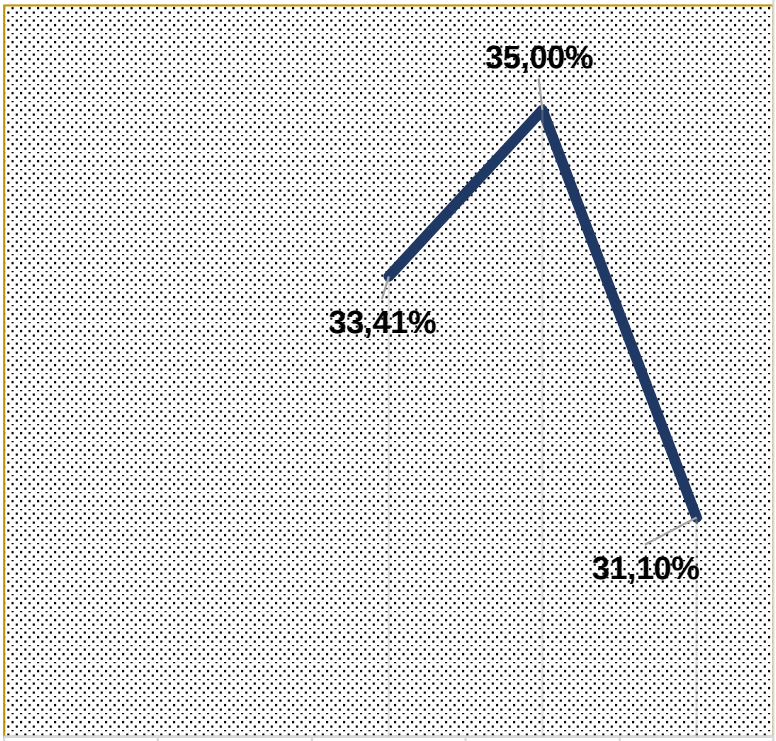


Fonte: SIOPS - INDICADORES ESTADUAIS/ INDICADORES MUNICIPAIS.

9.3.3 – Indicador 06: Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde

O gráfico a seguir demonstra a participação da receita dos valores declarados pelo município de Franca –SP referentes ao 6º bimestre dos anos analisados 2016, 2017 e 2018 sobre a porcentagem dos gastos em saúde como proporção do gasto total, gráfico 35 e 36.

Gráfico 35: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 município de Franca –SP 2016 a 2018.

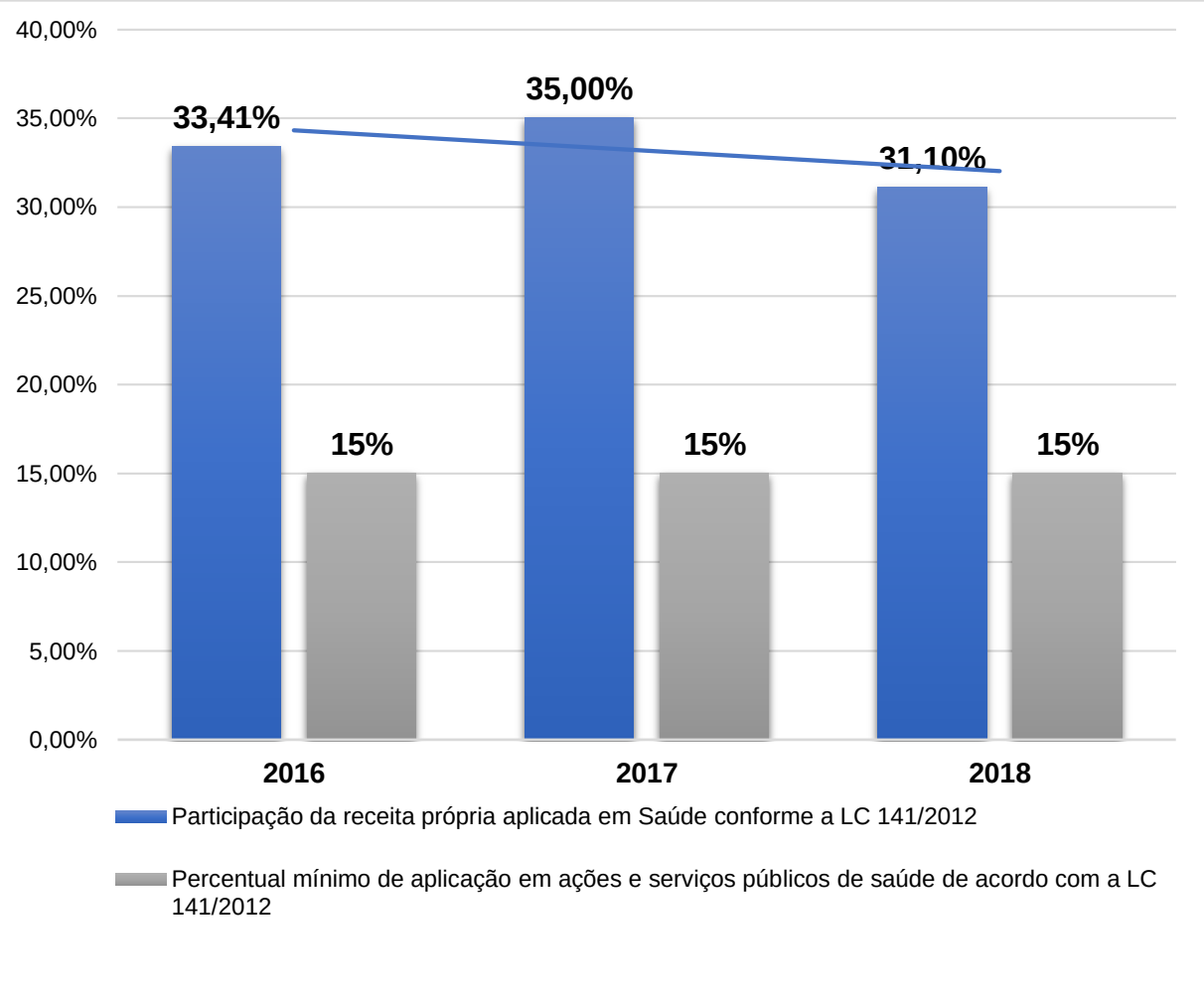


			2016	2017	2018
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012			33,41%	35,00%	31,10%

Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO. Municipal

Pode-se observar aumento no gasto com saúde no ano de 2017 (35,00%), seguida de uma queda em 2018 (31,10%). Nota-se que mesmo com essa variação na aplicação dos recursos de um ano para outro, o município investiu nos três anos analisados, muito além do mínimo legal estabelecido de 15% da sua arrecadação com impostos aplicados em saúde. O gráfico a seguir demonstra esta afirmação.

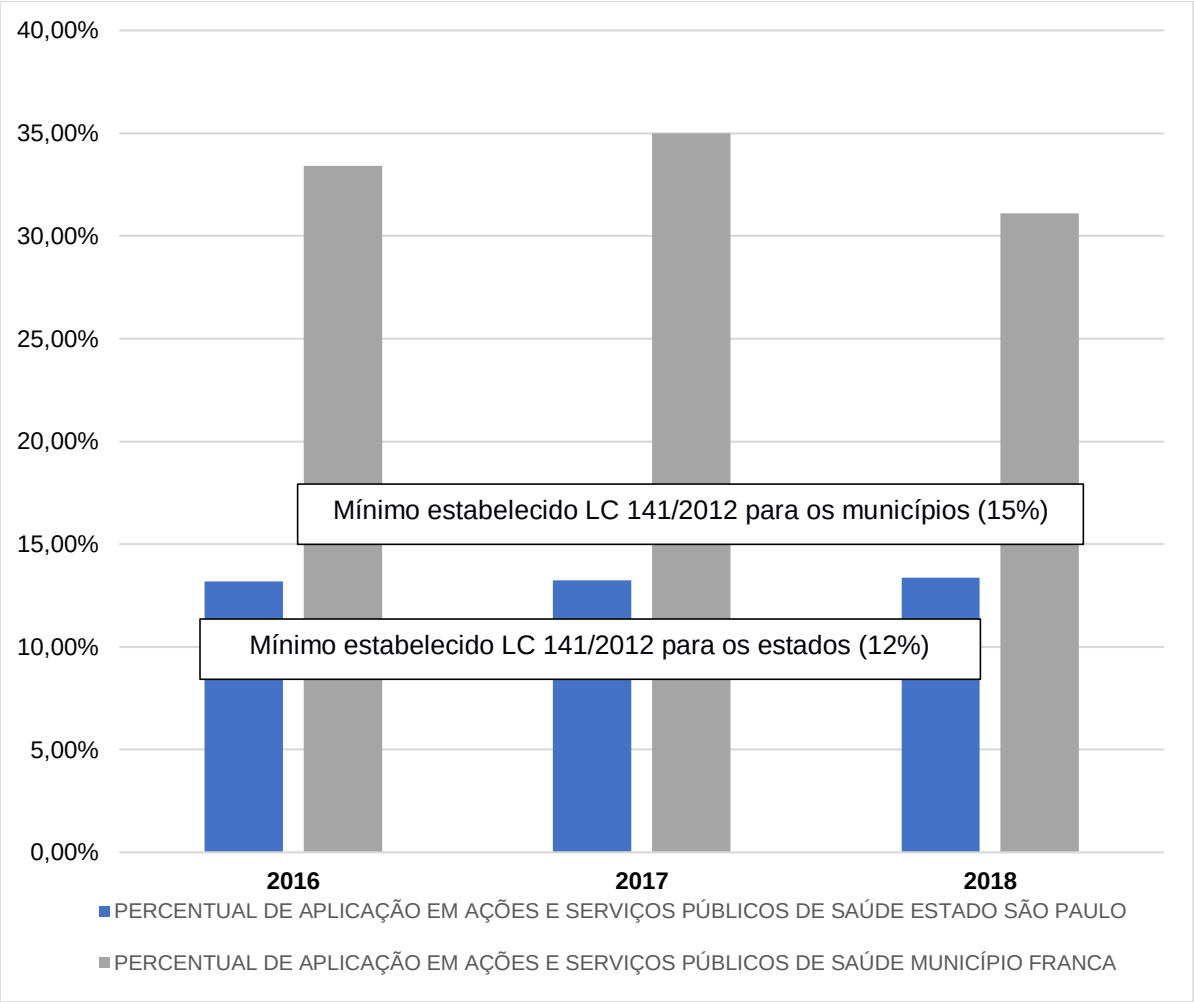
Gráfico 36: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 município de Franca –SP 2016 a 2018.



Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO. Municipal.

No gráfico a seguir, comparou-se os valores gastos da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 referente ao município de Franca –SP e o Estado de São Paulo nos anos de 2016 a 2018.

Gráfico 37: Participação da receita própria aplicada em saúde, em relação do PIB. Estado de São Paulo e município de Franca 2016 a 2018.

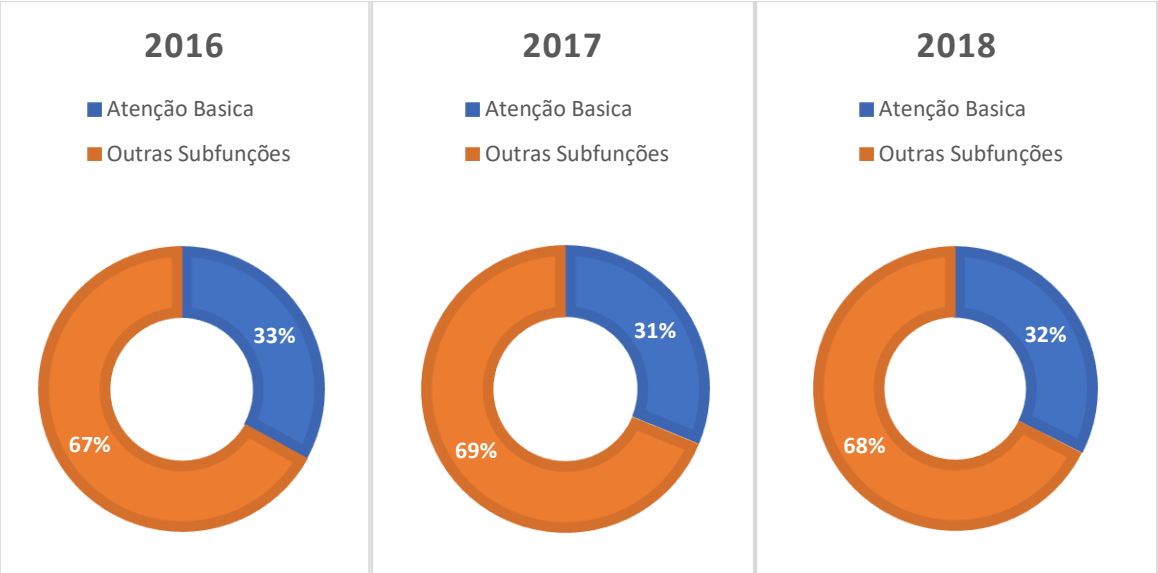


Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO. Municipal / Estadual.
* Conforme a LC 141/2012

9.3.4 – Indicador 07: Gasto em atenção básica

No gráfico a seguir, é possível observar o percentual de Gasto com Atenção Básica referente ao Gasto Total em Saúde do município no período analisado. Durante os três anos o investimento em Atenção Básica ficou semelhante, próximo de 32%.

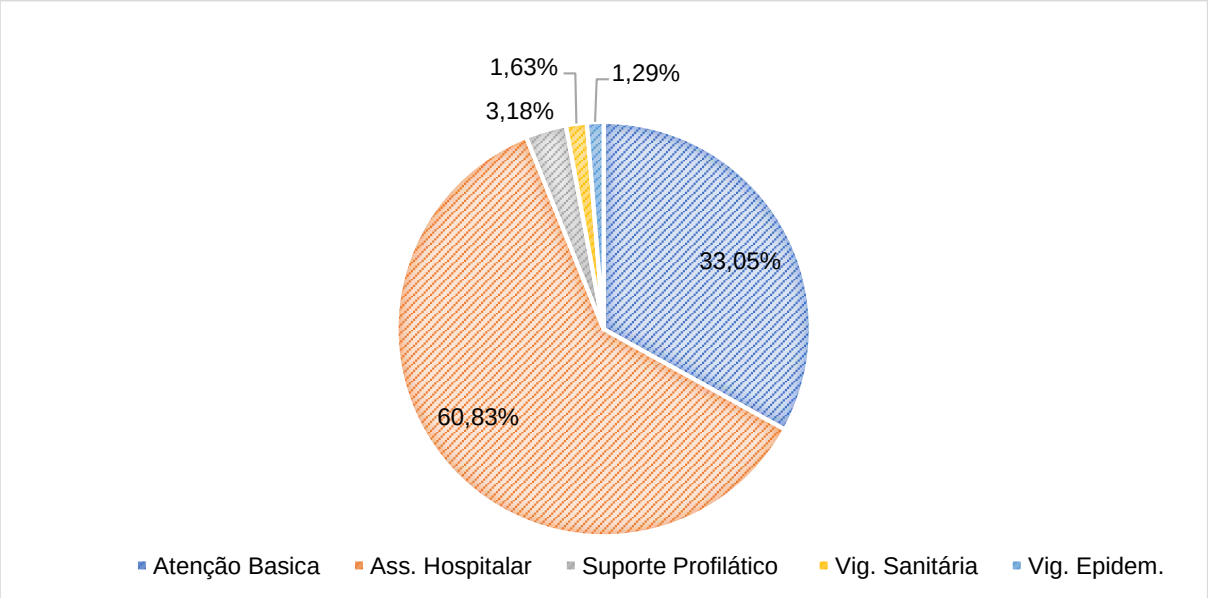
Gráfico 38: Evolução do Percentual do Gasto em Atenção Básica em relação ao Gasto Total com Saúde no município de Franca –SP 2016 a 2018



Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

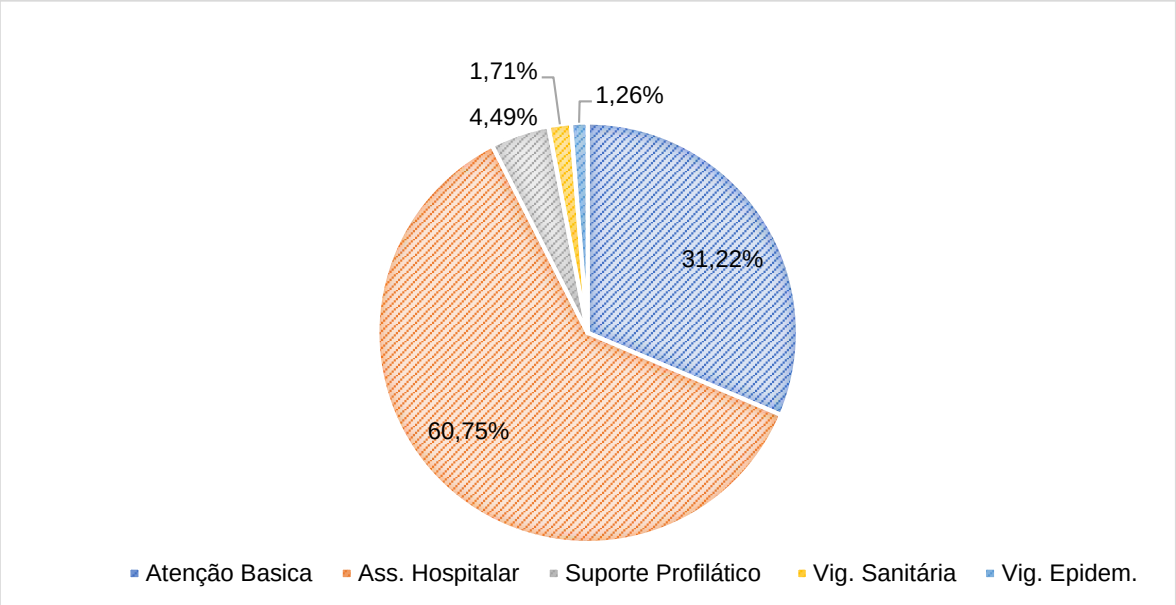
Neste contexto, analisamos de forma detalhada o percentual das despesas totais com a saúde do município de Franca referente a cada subfunção nos anos analisados e 60,8% são gastos com atenção hospitalar, conforme podemos observar nos gráficos a seguir (Gráfico 39, 40 e 41).

Gráfico 39: Despesas com Saúde (por subfunção) município de Franca –SP, ano de 2016.



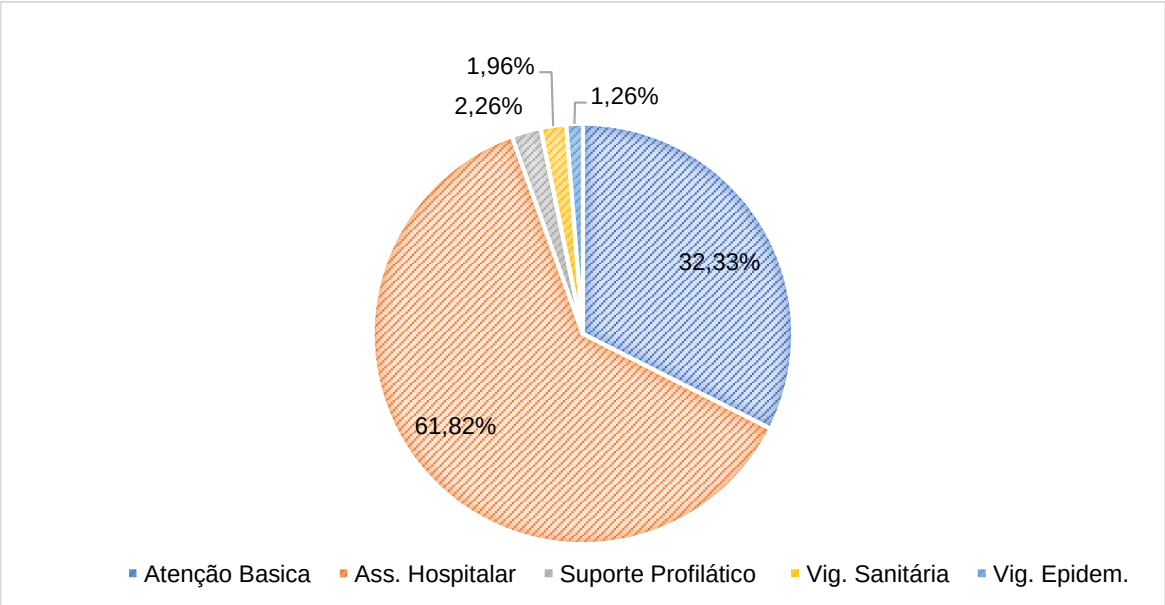
Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

Gráfico 40: Despesas com Saúde (por subfunção) município de Franca –SP, ano de 2017.



Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

Gráfico 41: Despesas com Saúde (Por Subfunção) município de Franca –SP, ano de 2018.



Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

10 DISCUSSÃO

O presente estudo analisa as políticas públicas de saúde para implementação da meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. A meta visa atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas.

Foram utilizados sete indicadores sugeridos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2015) para análise da implementação da meta, sendo: Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família; Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária; Percentual de Cobertura de Vacinal; Gasto total em saúde como proporção do PIB; Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo; Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde; e Gasto em atenção básica.

No primeiro indicador, que aborda a cobertura universal de saúde através da análise do percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família, o município de Franca não apresentou importantes variações durante o período analisado, possuindo uma baixa cobertura nos três anos.

As fragilidades de cobertura e resolução dos problemas de saúde da atenção primária são consideradas as principias barreiras para o controle efetivo das doenças não transmissíveis. A melhora da equidade e a cobertura universal de saúde serão fundamentais para reduzir as mortes evitáveis em nível internacional (CHEN et al, 2019; THAPA et al, 2020; REUQEJO et. al., 2020). No Brasil, a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 estabelece como responsabilidades comuns a todas as esferas de governo o apoio e a estimulação da adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2017e). É necessário um trabalho político e programático considerável para fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde para tornar realidade a cobertura universal de saúde (REQUEIJO et al, 2020).

Neste sentido, a estagnação na ampliação do número de ESF e a cobertura abaixo do parâmetro estabelecido, nos mostram que o indicador não está sendo alcançado pelo município. Tal cenário pode ser identificado como uma limitação

na implementação da meta 3.8 da Agenda 2030. Estabelecer estratégias para fortalecer os arranjos de atenção primária à saúde, caracteriza-se como uma ação prioritária para que o governo alcance as metas referente ao ODS 3 (BENNETT et al, 2020).

A ESF possui um papel fundamental no acesso da população à assistência à saúde, pois é primeiro contato, garante a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, devendo operar como base para a estruturação das redes de atenção à saúde, com o suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (FAUSTO, et al, 2014; BRASIL, 2011). Quando há uma baixa cobertura de ESF, esse fato pode acarretar em consequências negativas para a saúde da população e impactar no financiamento da saúde do município, uma vez que investir em assistência especializada demanda maior recurso financeiro em virtude da maior densidade tecnológica exigida.

Com a implantação do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, ocorrerá uma mudança na forma do financiamento da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, alterando o financiamento por habitantes para habitantes cadastrados numa ESF, sendo assim o município com baixa cobertura populacional de ESF poderá sofrer grandes perdas nos recursos provenientes da União. Essas mudanças entraram em vigor na competência financeira de janeiro até a competência de abril de 2020, momento em se escreve essa dissertação (BRASIL, 2019c).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2020), o município de Franca – SP possui uma população cadastrada vinculada ao ESF (2019) de 27.040 pessoas, o parâmetro estabelecido de cadastros para o município e de no mínimo 82.000 pessoas cadastradas, sendo que para a cidade a tipologia de pessoas cadastradas deve ser de no máximo 4.000 pessoas por equipe de saúde da família (CONASEMS, 2020).

Diante da situação de cobertura das ESF no município de Franca, é possível sugerir investimento para cadastrar 54.960 pessoas, para garantir a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, sendo necessário então a implantação de mais 13 equipes de ESF, totalizando 27 equipes no município. Franca –SP possui um teto de 172 equipes de saúde da família e destas, 24 já estão credenciadas para implantação. Convém destacar que, caso a gestão municipal não se mobilize para realizar tais adequações, o município de Franca poderá perder até

20% dos seus recursos financeiros transferidos pelo governo federal para custeio das ações de saúde da Atenção Básica (Ministério da Saúde. Nota Técnica /SAPS, 2020).

Em relação ao segundo indicador analisado, “Percentual de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária”, destaca-se que o município de Franca apresenta um crescente aumento nas ICSAP. Este cenário pode se relacionar à baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família apresentada no indicador anterior, ou seja, o resultado do indicador 1 “cobertura de ESF” pode estar refletindo no resultado do indicador 2, podendo ser a principal causa do aumento nas internações sensíveis à atenção primária no município.

Este indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções, dentre estas enfermidades, existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica, portanto, parte dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado, desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde. Utiliza-se como parâmetro de 28,6% para avaliação do percentual ICSAP, que equivalem à proporção média de internações sensíveis à atenção básica para residentes dos municípios de referência (Ministério da Saúde – IDSUS, online).

Quanto aos achados apresentados, verifica-se que as internações sensíveis à atenção primária apresentam um aumento relevante e crescente nos anos analisados, distanciando-se assim, a cada ano, o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A proposta sugerida para mudança desse cenário, segue a mesma do indicador anterior, ampliar o número de equipe de saúde da família com objetivo de diminuir as limitações no acesso aos serviços de saúde. E para que seja garantida a efetividade das ações prestadas na atenção primária, poderia ser implantado mais programas e projetos que possam auxiliar na qualidade das ações de saúde desenvolvidas por essas equipes, por exemplo, a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que atualmente o município não possui, como foi apresentado anteriormente (BRASIL, 2010).

Quando se relaciona as principais causas de mortalidade e as ICSAP registradas no município de Franca, o resultado indica que ambas estão relacionadas ao aparelho circulatório. As doenças do sistema circulatório são as principais causas de morte no mundo, com maior impacto em países de baixa e média renda (MENDIS S et. al. 2011). No Brasil, mesmo com redução na mortalidade, as doenças do

aparelho circulatório são consideradas as primeiras causas de morte, sendo também as responsáveis pelas maiores taxas de internações hospitalares (BRASIL, 2011). As doenças do aparelho circulatório têm alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo consideradas um dos problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2010) que carecem de atenção acurada.

Neste contexto, as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primaria à Saúde, correspondem às hospitalizações evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial; são indicadores utilizados para classificar a capacidade de resolução na APS por meio do registro das hospitalizações por algumas doenças específicas, que visam avaliar e monitorar, quanto à entrada e eficiência dos cuidados prestados nesse nível de assistência, servindo, portanto, como marcador de qualidade. Quanto maior o número de ICSAP, entende-se que há uma menor eficiência na APS, indicando lacunas no acesso aos serviços ou na própria assistência (Ministério da Saúde – IDSUS, online).

O fortalecimento da atenção primária à saúde e a reflexão sobre a importância do modelo assistencial que foi regulamentado pelo SUS, preconiza uma contraposição do modelo atual, centrado na doença, em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas, apontando para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde. Deve-se contemplar a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (MENDES, 2011). Tais mudanças de paradigmas são vistas como o caminho a ser seguido pelos governos para o alcance da meta 3.8. (BENNETT et al. 2020).

Analisando as variáveis apresentadas no indicador percentual de cobertura vacinal, o município apresenta um resultado que chama a atenção pelo baixo percentual na cobertura vacinal registrado no ano de 2016, sendo 19%. É importante ressaltar que é preconizado uma cobertura de ≥75%. Sendo assim, mesmo no ano em que se registrou a maior cobertura vacinal - 61% (2018) no município, este resultado ainda é considerado abaixo da meta estabelecida pelo governo federal. O indicador de cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle, para manter em condição de eliminação ou erradicação as doenças imunopreveníveis sob vigilância (BRASIL, 2015).

Este indicador possui ainda o objetivo de mensurar (indiretamente) a capacidade da gestão em captar a população alvo para a vacinação (para cada vacina e grupo alvo). Para estabelecer as causas capazes de explicar a baixa cobertura apresentada por Franca, em especial no ano de 2016. Seria necessário a realização de uma investigação mais profunda junto à gestão de saúde municipal para levantamento de outros problemas que poderiam ter ocorrido neste período, como por exemplo: a falha no registo das informações nos sistemas de informação (Ministério da Saúde – IDSUS, online).

Portanto, frente ao cenário exposto de baixa cobertura vacinal, temos como proposta de intervenção, a ampliação do número de Profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Conforme consta na nota técnica do DAB o município atualmente conta com um total de 50 ACS, possui 88 credenciadas, podendo chegar a um teto máximo de 862 profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). De acordo com Brasil (2009b) para o processo do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o agente comunitário de saúde tem sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade, sendo definido como um “agente de mudança”, enfatizando seu papel de extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Dentre as várias atribuições do ACS, a de promover o alcance da cobertura vacinal através da busca ativa dos faltosos, que se dá de forma permanente e planejada por meio de visitas domiciliares, encaminhando-os ao serviço de referência, caracteriza uma importante função desempenhada por esses profissionais (ALVES et al, 2007).

Nesse sentido, com a finalidade de atender o objetivo especifico proposto por essa pesquisa, pode-se sugerir a adoção de medidas para garantir aumento na cobertura vacinal da população: manejo adequado do banco de dados de vacinação (monitoramento), avaliar os registros de dados - Como, por exemplo: inconsistências; dados históricos de doses aplicadas, comparação do total de doses de vacinas com mesmos esquemas, monitoramento do avanço das doses aplicadas em relação às metas, abandono do esquema vacinal (taxas de abandono); melhoria dos processos de gestão: acesso ao serviço de vacinação, salas de vacinas em horários e dias acessíveis aos responsáveis pela criança e por si; e aumento do

número de equipes de saúde da família implantada no município, com isso o aumento no efetivo de ACS.

Sobre o indicador “Gasto Total em saúde como Proporção do PIB”, pode-se constatar que no Brasil, bem como no município analisado, apesar de identificar um aumento no investimento dos recursos financeiros nos anos analisados, ainda se faz necessário o investimento de mais recursos financeiros para que seja possível atingir a meta 3.8 dos ODS. Pode-se ainda associar os resultados negativos aos indicadores anteriores ao baixo investimento em ações de saúde, uma vez que o subfinanciamento do setor de saúde é um dos principais obstáculos para garantir o acesso universal a saúde a todos. Meurs M, et. al. (2019) enfatizam que, o fato de haver crescimento do PIB ainda não é garantia de aumento dos gastos governamentais em saúde ou redução da pobreza.

Houve uma limitação para definir o resultado desse indicador. Para determinar o valor do gasto total em saúde como proporção do PIB do município é necessário ter acesso à informação sobre o valor do PIB em reais correntes do ano do município. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável pelo cálculo e pela divulgação do PIB dos municípios, no entanto, o resultado referente ao PIB corrente do ano de 2018 não foi disponibilizado. Dessa forma, não foi possível determinar o resultado do indicador referente ao ano de 2018 no município de Franca-SP. Entretanto, a linha apresentada no Gráfico 28 sugere leve crescimento em relação a 2017.

No indicador sobre o gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo, pode-se destacar o aumento no decorrer do período analisado dos valores investidos por habitante do município, caracterizando um acréscimo de R$ 66,79/ano por pessoa, correspondendo aproximadamente a um gasto público diário em média R$ 20,00/ dia per capita para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população. Quando se realiza a comparação com os valores investidos pelo estado, é possível observar que o município teve maior investimento em saúde.

Quando os gastos do governo com saúde aumentam, as pessoas têm mais probabilidade de terem acesso aos serviços de saúde o qual tem direito e necessidade, assim sendo, é fundamental o debate sobre caminhos de se aumentar a eficiência e a equidade do gasto em saúde (SALDIVA; VERAS, 2018).

O indicador 06 que analisa o gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde, se refere ao mínimo de gastos estabelecidos pela Constituição Federal aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (Ministério da Saúde – IDSUS, online). O Município de Franca aplicou respectivamente nos anos analisados 33,41% (2016), 35,00% (2017) e 31,10% (2018) de sua receita corrente líquida em saúde, cumprindo dessa forma, o mínimo constitucional.

A Lei Complementar nº 141, sancionada em janeiro de 2012, define o que pode ser contabilizado como gasto na área da saúde e fixa percentuais mínimos de investimento por parte da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os investimentos dos Estados e do Distrito Federal deverão corresponder a 12% de sua receita e os Municípios deverão corresponder ao percentual de 15%.

Convém destacar que o município de Franca –SP, em todos os anos analisados na pesquisa, não apenas cumpriu o determinado por lei, mas, investiu muito além do esperado em ações e serviços públicos de saúde. Comparado com o Estado de São Paulo, o município de Franca chegou a investir 20% a mais que o preconizado na legislação vigente, e o Estado apenas 1,63% a mais do valor total do seu gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde. Tal situação pode gerar diversas intepretações, sendo necessário uma análise mais aprofundada dos gastos públicos com saúde nas instâncias dos governos. No entanto, é válido ressaltar o esforço do município em manter o sistema de saúde com a alocação de mais de 30% das suas receitas em ASPS. Esse fato aponta a necessidade de uma ampliação do percentual de gastos realizados pela União, impulsionando também maior investimento pelo Estado.

Quando se analisa o indicador referente ao gasto em atenção básica, é possível notar que o município em todo o período analisado utilizou a maior parte dos seus recursos na média e alta complexidade (MAC). A atenção básica teve participação relativa entre 31,22% a 33,05% do gasto total com saúde, quando se realiza a comparação com o financiamento da média e alta complexidade, que correspondeu a um percentual relativo entre de 60,75% a 61,82%. É possível perceber, de forma significativa, a diminuição da participação relativa da atenção básica em favor da prioridade de alocação para a MAC.

A atenção primária deve ser a estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, tendo como funções: recombinar, reorganizar e reordenar todos os

recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população. No entanto, não é possível ter uma APS de qualidade que atenda todas as atribuições a ela conferida com um baixo investimento financeiro (MENDES, 2011).

A importância da atenção primária foi acentuada com a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que a preconiza como estratégia para a cobertura universal. Entretanto, apesar da extensão da APS no Brasil ter sido significativa, com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população, o financiamento parece ainda ser problemático, com elevadas perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios (GIOVANELLA, 2018).

Desde a Declaração de Alma-Ata em 1978 foi reconhecido a necessidade de fortalecimento a atenção primária à saúde em todo o mundo, a partir disso, tem sido reforçada nas políticas subsequentes. No entanto, ainda se faz necessário nos dias atuais, enfatizar a necessidade de investimento na atenção básica para assegurar a cobertura universal à saúde (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2018).

Ainda que o discurso concludente sobre a importância do fortalecimento da atenção básica, assim como apresentação da comprovação dos seus avanços, sendo apontada como a estratégia estruturante para se alcançar sistemas universais e integrais de saúde pública, o município analisado ainda não investe a maior parte dos seus recursos financeiros na média e alta complexidade, com isso a atenção básica não é capaz de produzir resultados satisfatórios a população. Por fim, considera-se importante rever o conceito de Atenção Básica no tocante à dimensão do financiamento. A distribuição dos recursos financeiros por subfunções, deve buscar definir qual será a prioridade do município para os próximos anos.

11 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O estudo realizado apresentou muitas informações importantes sobre o município de Franca, porém é necessário reconhecer a possibilidade de ocorrência de viés de informações em decorrência da utilização de dados de fontes secundárias, as quais podem ser afetadas por erros nos registros.

Quadro 8: Limitações encontradas referentes a cada indicador.

Indicador	Limitações
Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família.	O indicador mensura a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas. Dessa forma, é uma aproximação da potencial oferta de ações e serviços.
Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica.	Por ser uma proporção de todas as internações clínicas realizadas, não mede a adequação da quantidade dessas internações em relação às necessidades epidemiológicas. Assim, podem-se ter proporções adequadas, ou não, em quantidades de internações clínicas muito inferiores ou superiores às de internações clínicas que seriam mais adequadas às necessidades de uma população. Parte dessa limitação, na avaliação pelo IDSUS, é contrabalançada pelos resultados do indicador Razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
Percentual do acesso a medicamentos.	No que se refere ao acesso a medicamentos, o PNUD não estabeleceu um indicador para a verificação do mesmo, não foi possível realizar o levantamento dessa informação.
Percentual de cobertura as vacinas essenciais.	Imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação. A demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal. Imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade, especialmente em anos intercensitários.
Gasto total em saúde como proporção do PIB.	O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo.	Em comparações intertemporais é necessário atualizar os valores para preços de um determinado ano por um índice, de forma a eliminar as variações devidas ao processo inflacionário e medir apenas a variação real dos valores gastos por habitante.
Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde.	O indicador depende da qualidade do preenchimento e agilidade na atualização do SIOPS. Eventuais falhas exigem cautela na interpretação.

Fonte: Elaborada pela autora

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços conquistados pelo Brasil desde a adesão ao Objetivos Desenvolvimento do Milênio até a Agenda 2030 foram significativos. Influenciando positivamente para o enfrentamento dos desafios para implementação das políticas públicas para alcance dos ODS para os próximos anos, a relevância está na temática apresentada e nas intervenções para melhoria da saúde.

A presente pesquisa permitiu a realização de uma investigação sobre as políticas públicas de saúde para implementação da meta 3.8 dos ODS referente ao município de Franca -SP. Está meta visa atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros. Os indicadores utilizados para analisar os resultados alcançados pelo município, foram os sugeridos pelo Programa das Nações Unidas um total de sete indicadores capazes de avaliar a implementação de parte da meta analisada, pois, constou-se que não foi apresentado um indicador para analisar o acesso a medicamentos. Estes indicadores foram agrupados em três eixos: atingir a cobertura universal de saúde, acesso a medicamentos e vacinas e proteção do risco financeiro.

Em relação aos eixos “atingir a cobertura universal de saúde” os resultados sinalizaram que a baixa cobertura da ESF pode ter impactado negativamente em outros indicadores de saúde (percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária e percentual de cobertura de vacinas), apontando para a necessidade de expansão do número de equipes de saúde da família implantadas no município.

São inúmeros os desafios na consolidação da atenção primária tanto no país, como no estado de São Paulo e no município de Franca, sem dúvida, o aumento da cobertura é um passo fundamental, sendo ainda necessários outras ações como a melhoria da gestão em saúde, integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, qualidade da atenção, entre outros, o que é essencial para a garantia do acesso a saúde.

Com a realização dessa pesquisa foi possível constatar que o sistema de saúde de Franca é caracterizado por um sistema fragmentado, onde os pontos de atenção à saúde são isolados, apresenta um alto investimento financeiro na média e

alta complexidade, com isso os indicadores que analisam a atenção básica estão abaixo da meta estabelecida, demonstrando assim a necessidade de fortalecimento da atenção primária à saúde no município. Essas características estão presentes na maioria dos municípios brasileiros, por isso, se caracterizam como problemas complexos que necessitam da articulação do município, estado e nação, para juntos garantirem um acesso universal à saúde a toda população, conforme o SUS preconiza.

O eixo que trata dos indicadores referentes a proteção do risco financeiro, apresenta um dos maiores problemas do SUS, que é a falta de recurso para conduzi-lo, historicamente o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam algumas limitações em relação a utilização dos recursos financeiros pela gestão. Entre esses, destacamos que em todo o período analisado, a gestão investiu a maior parte dos seus recursos na média e alta complexidade, tal priorização do investimento poderia justificar as limitações encontradas nos indicadores relacionados ao alcance da cobertura universal e o acesso a vacinas. No entanto, é importante ressaltar que a gestão municipal de Franca cumpriu com o determinado pela Lei nº 141/2012, investindo mais que o dobro dos recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde.

Embora os esforços dos países em direção à cobertura universal de saúde sejam cada vez mais intensos, espera-se que futuras análises possam acompanhar o progresso em direção ao alcance da cobertura universal a saúde com proteção do risco financeiro, acesso a medicamentos e vacinas de qualidade e essenciais.

Em conclusão, Franca não contribui para que o país alcance a meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O setor saúde não parece contribuir para que o município alcance um bom desenvolvimento social, consequentemente, dificultam o desenvolvimento sustentável.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Sistema Único de Saúde - Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios. Martori. 2a. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

ALVES, J. E. D. Jovens de todo o mundo, uni-vos! Revista Eletronica – EcoDebate. edição nº 3.288, de 23/09/2019. ISSN 2446-9394. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2019/09/23/jovens-de-todo-o-mundo-uni-vos-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves> Acesso em: 20 fev. 2020.

ALVES, M. P.; SANTOS, S. S. C. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde: a visita domiciliar. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 21, n. 1, p. 71-79, jan/abr 2007.

ANDRADE, V. M. NORONHA, K. SÁ, B. E. PIOLA, S. VIEIRA, S. F. VIEIRA, S. R. BENEVIDES S. P. R. CAPÍTULO 26 - DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Desafios da Nação: artigos de apoio, volume 2 / organizadores: NEGRI, A. J.; ARAÚJO, C. B.; BACELETTE, R. – Brasília: Ipea, 2018. v. 1 (702 p.) : il., gráfs. color.ISBN: 978-85-7811-322-3.

ARTAXO, P. A quem interessa atacar a ciência? Revista ECO•21. Ano 2019 Ed. nº 267. Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: <http://www.eco21.com.br/textos/textos.asp?ID=4656> Acesso em: 20 fev. 2020.

BARBIERI, José Carlos. Desenvolvimento e meio ambiente: as estratégias de mudanças na agenda 21.- 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BARBOSA, D. P. VISÕES DO DESENVOLVIMENTO: AS PERSPECTIVAS DE CELSO FURTADO E DOUGLASS NORTH SOBRE O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Dissertação Mestrado em Desenvolvimento Econômico. Universidade Federal do Paraná, Curitiba p.105. 2009. Disponível em: < https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/24257/Dissertacao_DanielPBarbosa_Visoes%20do%20Desenvolvimento.pdf?sequence=1> Acesso em: 16 set 2019.

BASSAN, P.; CARPIGIANI, C. P. H. Apontamentos do movimento ambiental e desenvolvimento sustentável. ANALECTA. Guarapuava, Paraná v.11 n.1 p.35-52. Jan./jun.2010. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/analecta/article/viewFile/2293/1948>. Acesso: 01 ago 2019.

BENNETT S, JESSANI N, Glandon D, et al. Compreendendo as implicações dos objetivos de desenvolvimento sustentável para a pesquisa em políticas e sistemas de saúde: resultados de um exercício de definição de prioridades de pesquisa. Global Health. 2020; doi:10.1186/s12992-019-0534-2. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31918730/> Acesso: 18 abr. 2020.

BOLONINE, V. A.; HASCKEL, A. M. PRÁTICAS SUSTENTÁVEIS: O USO DE RETALHOS TÊXTEIS NA CONFECÇÃO DE ARTIGOS DE VESTUÁRIO PARA ALUNOS DA APAE DE BRUSQUE. Revista de Divulgação Cientifica do Centro Universitario de Brusque - Revista da UNIFEBE v.1 n.11 jan/jul (2013). Disponível

em: < https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/143> Acesso em: 19 fev de 2020.

BRANCO. I. C.; MIEBACH, A. D. Um primeiro olhar sobre a reforma trabalhista e seus impactos econômicos. Panorama Internacional: Volume 3, nº 2, 2018. Disponível em: <http://panoramainternacional.fee.tche.br/article/um-primeiro-olhar-sobre-a-reforma-trabalhista-e-seus-impactos-economicos/>. Acesso: 14 de Fevereiro 2020.

BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> Acesso em: 09 out. 2019.

BRASIL. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (**1990a).** Disponível em:<www.senado.gov.br/legislação> . Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (**1990b)** Disponível em<.www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Disponível em:<www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. DECRETO Nº 8.892, DE 27 DE OUTUBRO DE 2016. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 27 de outubro de 2016; 195º da Independência e 128º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: < http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf> Acesso em: 23 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. POLÍTICAS DE SAÚDE Metodologia de Formulação. Brasília – 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf> Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, **2005.**02 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0959-1. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROGRAMA_FARMACIA_POPULAR.pdf > Acesso em: 4 ago. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, **2006**. 164 p. ISBN 85-89545-07-5. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf > Acesso em: 25 set 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, **2009.** 282 p. ISBN: 978-85-89545-54-9. Disponível em: < https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>. Acesso: 08 de out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, **2010**.152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27) Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf> Acesso 07 de junho de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, **2011**. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 22 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI) : 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, **2013a**. 236 p. : il. ISBN 978-85-334-2048-9. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf>. Acesso em 09.jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, **2013b.** 140 p. – (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 2, v. 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, **2014a**. 176 p. : il. ISBN 978-85-334-2164-6 Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf> Acesso em 09.jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Glossário temático: MANUAL INDICADORES SIOPS, 1. ed.– Brasília: Ministério da

Saúde, **2014b**. 102 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Federal. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/MANUAL--INDICADORES-SIOPS.pdf . Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNI Programa Nacional de Imunizações Coberturas vacinais no Brasil Período: 2010 – 2014. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília - Outubro – **2015**. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf> Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Governo da Presidência da República. *Relatório Nacional Voluntário Sobre Os Objetivos De Desenvolvimento Sustentável – Brasil 2017.* Brasília: Presidência da República, **2017a**. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno. gov.br/snasdocumentos/relatoriovoluntario_ brasil2017port.pdf>. 2017. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Comissão Nacional *ODS Brasil. Plano de Ação 2017 – 2019*. Brasil **2017b**. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/acesso_informacao/institucional/Plano_de_Acao__Comissao_Nacional_para_os_ODS.pdf>. Acesso em: 16 janeiros de 2019.

BRASIL. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030, GT SC A2030, **2017c**. Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Síntese. Brasil. Disponível em: <https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2017/10/relatorio-luz-completo.pdf>. Acesso em 09 .jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017. Brasília, **2017d**. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf> . Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. AGENDA 2030 ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Proposta de adequação. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA **2018a**. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf> Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Agendas ODS no SIOP Relatório Anual de Monitoramento Ano-base 2017. Brasília-DF. Presidência da República, JULHO/**2018b**. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br.> Acesso em 09.jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria

de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, **2018c**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf> Aceso em: 16 mar 2020.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Responsabilidade Socioambiental. Agenda 21. **(2019a)**. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 5 ago 2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **(2019b)** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 09 jun 2020.

BRASIL. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030, GT SC A2030. III Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Síntese. Brasil, **2019c**. Disponível em: < https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2019/09/relatorio_luz_portugues_19_final_v2_download.pdf>. Acesso em 30.jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Redes prioritárias. **2020** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritaria> Acesso 07 de junho de 2020.

BRYANT-LUKOSIUS D, VALAITIS R, MARTIN-MISENER R, DONALD F, MORÁN PEÑA L, BROUSSEAU L. Prática Avançada de Enfermagem: Uma Estratégia para Alcançar a Cobertura Universal de Saúde e o Acesso Universal à Saúde. Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Nursing: 2018;25:e2826. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826> Acesso em: 25 mar 2020.

BRESSER-PEREIRA L. C. Trabalho originalmente preparado para curso de desenvolvimento econômico na Fundação Getúlio Vargas. Versão de 2 de março de 2006. Disponível em:<http://www.bresserpereira.org.br/papers/2006/06.7-conceitohistoricodesenvolvimento.pdf >. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRÜSEKE, J. F. CAPITULO 2 – O PROBLEMA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. DESENVOLVIMENTO E NATUREZA: *Estudos para uma sociedade sustentável,* 2ª edição / organizador: CAVALCANTI, Clóvis. São Paulo: Cortez; Recife, PE: Fundação Joaquim Nabuco, 1998.

BUSS, P. M.; GALVÃO L. A. CAPÍTULO 12- O BRASIL NO ÂMBITO DA COOPERAÇÃO GLOBAL EM SAÚDE. Brasil e o Sistema das Nações Unidas: desafios e oportunidades na governança global / organizadores: Guilherme de Oliveira Schmitz, Rafael Assumpção Rocha. – Brasília : Ipea, 2017. 518 p. : il., gráfs., mapas color. ISBN: 978-85-7811-315-5. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br> Acesso em: 07 out 2019.

CAMARGO, A. L. B. AS DIMENSÕES E OS DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: CONCEPÇÕES, ENTRAVES E IMPLICAÇÕES À SOCIEDADE

HUMANA. Dissertação Mestrado Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2002. Disponível em:< https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/82981/182356.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 4 ago. 2019.

CARTA da Terra. The Earth Charter Initiative. San Jose, 2000. Disponível em: <https://earthcharter.org/virtuallibrary2/images/uploads/Carta%20da%20Terra.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.

CARVALHO, G. C. M. Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001. Tese (doutorado) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002. Disponível em:< https://pdfs.semanticscholar.org/3fa0/7fd516c9218e4aefd6f829b454c246df0efc.pdf> Acesso em: 07 out 2019.

CARVALHO, S. S. UMA VISÃO GERAL SOBRE A REFORMA TRABALHISTA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). mercado de trabalho | 63 | out. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8130/1/bmt_63_vis%C3%A3o.pdf> Acesso: 14 de Fevereiro 2020.

CASTRO, C. M. *Estrutura e apresentação de publicações científicas*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

CNM. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília – 2018. 40 páginas. ISBN 978-85-8418-107-0. Disponível em: < www.cnm.org.br.> Acesso em: 09 out de 2019.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES. 16ª Conferência Nacional de Saúde Democracia e Saúde. Brasília. Agosto **2019**. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf>. Acesso: 08 out 2019.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. *Nosso Futuro Comum*. 2 ed. Rio Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1991.

CONASEMS (2015) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei Complementar 141 Guia prático para a Gestão Municipal. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf> Acesso em: 18 set 2019.

CONASEMS (2020) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Disponível em: < https://www.conasems.org.br/> Acesso em: 01 mar 2020.

CONCEIÇÃO, A. F. OLIVEIRA, C. G. e SOUZA D. B. Capítulo 01 - ROSTOW E OS ESTÁGIOS PARA O DESENVOLVIMENTO. Introdução às teorias do desenvolvimento / organizadores: NIEDERLE, P. A. e RADOMSKY, G. F. W.; coordenado pelo SEAD/ UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016, p. 118. Disponível em :< http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad101.pdf> Acesso em: 16 set 2019.

CORRÊA, S.; ALVES, D. J. E. As Metas de Desenvolvimento do Milênio: grandes limites, oportunidades estreitas?. Rio de Janeiro, Campinas, REBEP – Revista Brasileira Estudo População, v. 22, nº1, p. 177-189, jan/jun. 2005. Disponível em: < https://www.rebep.org.br/revista/article/download/263/pdf_244>. Acesso em: 4 ago. 2019.

CORREIA, A. D. M. S.; GENIOLE, L. A. I.;KODJAOGLANIAN, V. L. VIEIRA, C. C. A. (Org.). Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde. In: Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 3, p. 52-58). Disponível em:< https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15655> Acesso em: 20 set 2019.

CRUMPTON, C. D. et al. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 981-1001, dez. 2016. ISSN 1982-3134. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/64711>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

CHEN S, GUO L, WANG Z, et al. Situação atual e progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde para 2030 na China: uma análise sistemática. PLoS Med. 2019;16(11): e1002975. 2019. Disponível em:< doi: 10.1371/journal.pmed.1002975. Acesso em: 20 mai. 2020.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Nota Metodológica. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf. Acesso em: 16 out 2019.

DI GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas. Caderno de Pesquisa nº 82. Núcleo de Estudos de Políticas públicas. UNICAMP, 2009. Disponível em: < http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dBDzAP7DN50J:www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/%3Fdown%3D105472+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 09 mar. 2020

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP) - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP). Desafios e condicionantes para implementação da Agenda dos ODS na administração pública federal brasileira. -- Brasília: Enap, 2018. 64 p. : il. -- (Cadernos Enap, 57) ISSN: 0104-7078. Disponível em: < http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3411>. Acesso em 09 set de 2019.

FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA INSTRUÇÕES TÉCNICAS PARA SUA ORGANIZAÇÃO. 2001. 1ª edição. Disponível: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=789-asistencia-farmaceutica-na-atencao-basica-instrucoes-tecnicas-para-sua-organizacao-9&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965> Acesso em: 09 out 2019.

FEIL, A. A.; SCHREIBER, D. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. Caderno EBAPE.BR, v.14, nº 3, Artigo 7, Rio de Janeiro, Jul/Set, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/cebape/v15n3/1679-3951-cebape-15-03-00667.pdf. Acesso: 01 ago. 2019.

FILGUEIRAS, V. A.; LIMA, U. M.; SOUZA, I. F. OS IMPACTOS JURÍDICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DAS REFORMAS TRABALHISTAS. Cad. CRH vol.32 no.86 Salvador maio/ago. 2019. Disponível em: < https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30731> Acesso: 14 de Fevereiro 2020.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Políticas Públicas e Modelos de Atenção a Gestão à Saúde. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude> Acesso em: 09 mar. 2020

FLEURY, S, OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. Disponível em: < http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTO_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf> Acesso em: 09 mar. 2020.

FONSECA, J. J. Saraiva da. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UECE, 2002.

FORMENTI. L. Situação do surto de sarampo na Grande São Paulo é de emergência, diz Ministério da Saúde. O Estadão. São Paulo – SP. 28 de Agosto de 2019.Disponivel em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sarampo-faz-ministerio-da-saude-declarar-emergencia-na-grande-sao-paulo,70002986809> Acesso em: 10 de out. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323 p. : il. ; tab. ; graf. ISBN: 978-85-8110-001-2. Disponível: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro-sintese.pdf> Acesso em: 09 out 2019.

FAUSTO MCR, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SEIDL H, GAGNO J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saude Debate 2014; 38(n. esp.):13-33.

FURTADO, Celso. Introdução ao desenvolvimento: enfoque histórico estrutural. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GIL, A. C. Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf> Acesso: 12 maio 2020.

GOMES M. A. S. PARQUES URBANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SUSTENTABILIDADE. Mercator, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 79-90, mai/ago. 2014. Universidade Federal do Ceará. Disponível em: < DOI: 10.4215/RM2014.1302. 0006> Acesso em: 30 jun 2020.

GUIMARÃES, R.; FONTOURA, Y. Desenvolvimento sustentável na Rio+20: discursos, avanços, retrocessos e novas perspectivas. Cad. EBAPE.BR vol.10 no.3 Rio de Janeiro set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512012000300004> Acesso em: 6 ago. 2019.

HALL, N. L; MATTHEWS, S; HICKSON, A; & HILL, P. S. (2019). Saúde e Golos de Desenvolvimento Sustentáveis: Desafios para quatro países do Pacífico. The International journal of health planning and management, 34(1), e844–e859. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2701> Acesso: 19 abr. 2020.

HAYEK, Friedrich August Von. Os fundamentos da liberdade; introdução de Henry Maksoud; tradução de Anna Maria Capovilla e José Ítalo Stelle. São Paulo: Visão, 1983.

HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 101-121, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a06.pdf> Acesso em: 20 set 2019.

IBGE- Conta-Satélite de Saúde: Brasil: 2010-2017. Ministério da Economia. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf. Acesso em: 09 out 2019.

IBGE - CIDADES. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-popul?=&t=o-que-e> Acesso em: 27 de fev 2020.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – 2014 e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208 p.: il., gráfs., mapas color. ISBN: 978-85-7811-201-1. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf> Acesso em: 4 ago. 2019.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Relatório Nacional de Acompanhamento – Brasília: Ipea, 2010. 184p.: il. Disponível em : <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100408_relatorioodm.pdf> Acesso em: : 30 jun 2020.

JAVADI D, Tran N, Ghaffar A. Construindo uma força de trabalho para futuros sistemas de saúde: reflexões da política de saúde e pesquisa de sistemas. Health Serv Res. 2018; 53 Suppl 2 (Suppl Suppl 2): 4024–4033. Disponível em: <doi: 10.1111 / 1475-6773.12978> Acesso: 19 abr. 2020.

JÚNIOR, I. F. B.; PAVANI, M. O direito à saúde na Ordem Constitucional Brasileira. R. Dir. Gar. Fund., Vitória, v. 14, n. 2, p. 71-100, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/viewFile/263/182> Acesso em: 03 out 2019.

K STENBERG O HANSSEN , TT EDEJER , et al. Financiamento de sistemas de saúde transformadores para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da saúde: um modelo para as necessidades projetadas de recursos em 67 países de baixa e média renda. Lancet Glob Health , 5 (2017) , pp. E875 - e887. Acesso: 18 abr. 2020.

KREIN J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. Tempo social. 2018;30(1):77-104. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/ts/v30n1/1809-4554-ts-30-01-0077.pdf> Acesso em: 17 set 2019.

KRUK ME, Gage AD, Arsenault C, et al. Sistemas de saúde de alta qualidade na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: hora de uma revolução. Comissão Global de Saúde Lancet | Volume 6, Edição 11, E1196-E1252. Lancet Glob Health. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3> Acesso: 18 abr. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos metodologia científica*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEAL, E.; BRAGA, V.; SOUZA, R.; BRAGA, A. DESENVOLVIMENTO: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL. Revista eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado. DRd – Desenvolvimento Regional em debate. Ano 2, n. 1, jul. 2012. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/272174428_DESENVOLVIMENTO_UM_CONCEITO_MULTIDIMENSIONAL_1> Acesso em: 09 mai 2020.

MAIMON, D. Passaporte verde: gestão ambiental e competitividade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de marketing*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARTELLO, A. Nova lei trabalhista deve gerar mais de 6 milhões de empregos, diz Meirelles. Brasília, 2017 Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/nova-lei-trabalhista-vai-gerar-mais-de-6-milhoes-deempregos-diz-meirelles.ghtml> Acesso: 14 de Fevereiro 2020.

MARTINS, T. O conceito de desenvolvimento sustentável e seu contexto histórico: algumas considerações. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 382, 2004. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/5490>. Acesso em: 4 ago. 2019.

MARTINI R. G. O Brasil e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Revista do Movimento Nacional pela Cidadania e Solidariedade +Cidadania. ANO 1. Número 1. Maio de 2014. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/arquivos/revista-cidadania> Acesso em: 30 jun 2020.

MEDICI, A. C. COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE – DIREITO OU ASPIRAÇÃO? FIESP. 2018. Disponível em:https://www.fiesp.com.br/indices-pesquisas-e-publicacoes/artigo-andre-medici/. Acesso: 18 abr. 2020.

MEIER, G. M.; BALDWIN, R. E. **Desenvolvimento Econômico**. 1ª Ed. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

MENDES E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, **2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso: 27 abr. 2020.

MENDIS S; THYGESEN K,; KUULASMAA K.; et. al. (2011) grupo de redação em nome dos especialistas participantes da consulta da OMS para revisão da definição da OMS de infarto do miocárdio, definição da Organização Mundial da Saúde de infarto do miocárdio : Revisão de 2008–09, International Journal of Epidemiology , volume 40, edição 1, fevereiro de 2011, páginas 139–146. Disponível em: < https://doi.org/10.1093/ije/dyq165> Acesso: 07 jun 2020.

MENDES E. V. Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, **2007**. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf> Acesso: 19 abr. 2020.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, **2015**. 193 p.: il. Disponível: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso: 18 abr. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, **2011**. 549 p.: il. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf> Acesso: 18 abr. 2020.

MENDES, E. V. IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, **2008**.

MENDES, E. V. Os fundamentos para a construção e os elementos construtivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, **2009**. P.50-56.

MENDES, E.V. DESAFIOS DO SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, **2019**. 193 p.: il. Disponível:< http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/> Acesso: 18 abr. 2020.

MENDES, V. L. P. S.; AGUIAR, F. C. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, p. 1104-1121, nov. 2017. ISSN 1982-3134. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/72849/70043>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

MEURS M, SEIDELMANN L, KOUTSOUMPA M. Quão saudável é uma 'economia saudável'? Incompatibilidade entre os caminhos atuais em direção aos SDG3 e SDG8. Global Health. 2019;15(1):83. Publicado em 2019 Dec 2. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov//> Acesso: 18 abr. 2020.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde IDSUS. Fichas Detalhadas de Indicadores, online (2020). Disponível em:<http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html> Acesso em: 16 mar 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp.> Acesso em: 10 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em 28 fev. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil: **2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf> Acesso em: 20 set 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações e Programas. Política Nacional de Saúde Bucal. Atenção Especializada. Centro de Especialidades Odontológicas. **2017a**. Disponível em:<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/atencao-especializada/centro-de-especialidades-odontologicas> Acesso em 08 de jun 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Relatórios Analíticos do PMAQ. **2017b.** Disponível em:< https://aps.saude.gov.br/noticia/2412> Acesso em 10 de mar 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS). **2020a**. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>Acesso em 29 fev. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia de Saúde da Família. **2020b** Disponível em:<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/> Acesso em 10 de mar 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações e Programas. Estratégia Saúde da Família (ESF). **2020c**. Disponível em:<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia> Acesso em 08 de jun 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações e Programas. Estratégia Saúde da Família (ESF). Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **2020d**. Disponível em:<

https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf> Acesso em 08 de jun 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA INSTRUÇÕES TÉCNICAS PARA SUA ORGANIZAÇÃO. 2001. 1ª edição. Disponível: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=789-asistencia-farmaceutica-na-atencao-basica-instrucoes-tecnicas-para-sua-organizacao-9&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965> Acesso em: 09 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Disponível em< https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops> Acesso em: Acesso em 06 de mar. 2020.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Responsabilidade Socioambiental. Agenda 21. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 5 ago 2019).

MIZUTA, A. H.; SUCCI, G. M.; MONTALLI, V. A. M.; SUCCI, R. C. M. PERCEPÇÕES ACERCA DA IMPORTÂNCIA DAS VACINAS E DA RECUSA VACINAL NUMA ESCOLA DE MEDICINA. Faculdade de Medicina e Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil. 2019. Rev Paul Pediatr. 2019;37(1):34-40. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;1;00008>. Acesso em: 23 set 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York, 2015. Disponível em: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>. Acesso em: 24 outubro 2017.

NASCIMENTO, C. A.; ROEDEL, T. PERCEPÇÃO E CONSCIÊNCIA AMBIENTAL DOS MORADORES DE BRUSQUE. Revista de Divulgação Cientifica do Centro Universitario de Brusque - Revista da UNIFEBE v. 1, n. 11 (2013). Disponível em: <https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/182/83> Acesso em: 19 fev de 2020.

NIEDERLE, P. A. e RADOMSKY, G. F. W. Introdução às teorias do desenvolvimento coordenado pelo SEAD/ UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016, p. 118. Disponível em :< http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad101.pdf> Acesso em: 16 set 2019.

OLIVEIRA, F. G.; VALVERDE, D. O.; ANDRADE, K. R.; ROSA, T. M.; Capítulo 01 - Desenvolvimento Humano nas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs). Vulnerabilidade, pobreza e a evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) do Distrito Federal. Prêmio Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: coletânea de artigos /Brasília: PNUD: IPEA : FJP, 2015. 224 p. : il., gráfs., mapas color. ISBN: 978-85-88201-30-9. Disponível em: < http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5760/1/Pr%c3%aamio%20atlas%20do

%20desenvolvimento%20humano%20no%20Brasil_colet%c3%a2nea%20de%20artigos.pdf> Acesso em: 18 set 2019.

OMS/WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde -1946. Disponivel em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 05 de out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; **2010**. Disponível: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1> Acesso em: 22 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE OPAS/OMS NO BRASIL. Acesso a Medicamentos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=355:acesso-a-medicamentos&Itemid=838>. Acesso em 09.jun.2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? ISBN: 978-92-75-72044-8. Brasília: OPAS; **2018**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5809:opas-lanca-relatorio-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030-e-destaca-importancia-de-atencao-primaria-e-mais-medicos&Itemid=843> Acesso em: 16 set 2019.

ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. Discurso de Greta Thunberg nas Nações Unidas. 23 setembro 2019. Disponível em: < https://news.un.org/pt/story/2019/09/1688042>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ONU. Nações Unidas Brasil. A ONU e o meio ambiente. 2012. Disponível em:<https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente/>. Acesso em: 01 ago. 2019.

ONU. Nações Unidas Brasil. Conferências de meio ambiente e desenvolvimento sustentável: um miniguia da ONU. 2017 online. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conferencias-de-meio-ambiente-e-desenvolvimento-sustentavel-miniguia-da-onu/> Acesso em: 10 set 2019.

PAIM, J; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública,* v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/79/2018/09/Paim-04-10-2018.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

PAIM. J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2013; 29(10):1927-1953.

PANIZ, V. M. V. ACESSO A MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina. Pelotas – RS, 2009. Disponível em:< http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/Tese%20Vera%20Paniz.pdf> Acesso em: 25 jan. 2019.

PIMENTA, M. F. F.; NARDELLI, A. M. B. Desenvolvimento sustentável: os avanços na discussão sobre os temas ambientais lançados pela conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável, Rio+20 e os desafios para os próximos 20 anos. Universidade Federal de Santa Catarina - PERSPECTIVA, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 1257 - 1277, set./dez. 2015. Disponível em: < https://doi.org/10.5007/2175-795X.2015v33n3p1257> Acesso em: Acesso em 19 fev de 2020.

PIOLA S. F.; PAIVA A.B.; SERVO L.M.S. Financiamento Público da Saúde: Uma História a Procura de Rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.

PINTO F. L.; GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018 Acesso em: 09 ago. 2019.

PISANI J. A. D. . Desenvolvimento sustentável - raízes históricas do conceito, Ciências Ambientais. 2006) 3: 2, 83-96. Disponível em: <DOI: 10.1080 / 15693430600688831> Acesso em: 29 abr 2020.

PNUD: IPEA : F.J.P. Prêmio Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: coletânea de artigos / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. – Brasília: **2015**. 224 p.: Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/PREMIO_ATLAS.pdf. Acesso em: 24 set. 2019.

PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Brasília: PNUD Brasil, **2014**. Disponível em: < http://www.secid.ma.gov.br/files/2015/04/Atlas-do-Desenvolvimento-Humanonas-Regi%C3%B5es-Metropolitanas.pdf> Acesso em: 17 set 2019.

PNUD; IPEA; FJP. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. – Brasília, **2013**. 96 p. – (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). ISBN: 978-85-7811-171-7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Disponível em:< http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=19153. Acesso em: 4 ago. 2019.

PORTAL DA SAÚDE DE FRANCA. Disponível em: < https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/apresentacao-saude> Acesso em 10 mar. 2020.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. DOCUMENTO ORIENTADOR 20ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. Democracia e Saúde. São Paulo, 2019. Disponível em:<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Aumento%20de%20fontes%20-%20Orientador%20AMPLIADO.PDF> Acesso em: 09 out 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico* [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo

Hamburgo: Feevale, 2013. ISBN 978-85-7717-158-3. Disponível em:< www.feevale.br/editora. Acesso em: 15 out. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONUBR. (PNUD) **2017a**. Articulando os Programas de Governo com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Orientações para organizações políticas e a cidadania. Disponível em: <https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODS/Articulando%20os%20Programas%20de%20Governo%20com%20a%20Agenda%202030-compressed.pdf> Acesso em 15 de junho de 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO **(PNUD)** Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, **2015**. 291 p. : Il. Color. ISBN: 978-85-88201-29-3. Disponível em: <https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Acompanhando-Agenda2030-Subsidios_iniciais-Brasil-2016.pdf > Acesso em: 18 set 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **2018**. Cartilha de Perguntas e Respostas. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/?start=0&sort=date&view=list>. Acessado em: 07 de jun. 2019.

QIU M, JESSANI N, BENNETT S. Identificando políticas de saúde e prioridades de pesquisa de sistemas para os objetivos de desenvolvimento sustentável: proteção social para a saúde. Int J Equity Health 17, 155 (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0868-z.> Acessado em: Acesso em 06 de mar. 2020.

RAG- RELATÓRIO DE GESTÃO - Período de Janeiro a dezembro de 2017 de Franca –SP. Disponível em:<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01> Acesso em 28 fev. 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Disponível em:< http://fichas.ripsa.org.br/2012/e-6-1/?l=pt_BR> Acesso em 06 de mar. 2020.

REQUEJO, J.; DIAZ, T.; PARK, L.; , CHOU, D.; CHOUDHURY, A.; GUTHOLD R. et al. Avaliação da cobertura de intervenções para saúde e nutrição reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente BMJ 2020; 368 : l6915. Disponível em: < https://doi.org/10.1136/bmj.l6915> Acesso em: 18 mar 2020.

ROMEIRO, Ademar. Ribeiro. Desenvolvimento sustentável: uma perspectiva econômica-ecológica. Estud. av. vol.26 no.74 São Paulo. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142012000100006>. Acesso em: 4 ago. 2019.

SACHS, W. Meio Ambiente. In: Sachs, W. (Ed.). Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 117-131.

SALES, A.P.; et. al. Felicidade Interna Bruta: Aplicação e Discussão no Contexto de Cidades de Porte Médio Brasileiras. Revista CADE: Contabilidade, Administração, Direito e Econômica. Mackenzie vol. 12 n. 1, 2013. Disponível em: <editorarevistas.mackenzie.br › index.php> Acesso em: 16 set 2019.

SANTOS, L. e FUNCIA, F. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. CEE – Centro de Estudos Estratégico da Fio Cruz. Pesquisa, Política e Ação em Saúde Pública. 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude> Acesso em: Acesso em: 18 set. 2019.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estud. av. vol.32 no.92 São Paulo Jan./Apr. 2018. Disponível em< 10.5935/0103-4014.20180005> Acesso em 08 jun 2020.

SCHNEIDER, A.; KUJAWA, H.; ANDRADE J.; BOTH, V.; BRUTSCHER V.; Financiamento do SUS A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde. CEAP Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo, agosto de 2005. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/22361/mod_page/content/12/Financiamento%20SUS.pdf> Acesso em: 08 out. 2019.

SCHUMPETER, J. A. Teoria do Desenvolvimento Econômico: Uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. Tradução de Maria Sílvia Possas, Coleção os Economistas, Editora Nova Cultural, 1996. Disponível em:<http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2009/06/s_Schumpeter_-_Teoria_do_Desenvolvimento_Econ%C3%B4mico_-_Uma_Investiga%C3%A7%C3%A3o_sobre_Lucros_Capital_Cr%C3%A9dito_Juro_e_Ciclo_Econ%C3%B4mico.pdf> Acesso em: 18 set 2019.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso: 21 abr. 2020.

SEADE – Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatística do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/listaprodutos/?tema=economia&abrangencia=municipios&ordem=al> Acesso em 06 de mar. 2020.

SECCHI, L. Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SECCHI, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. [S.l.: s.n.], 2013.

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Departamentos Regionais de Saúde. Disponível em:< http://saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/> Acesso em 28 fev. 2020.

SEN, A. Desenvolvimento como Liberdade. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.

SILVA, J. R. AGENDA 2030 E FELICIDADE INTERNA BRUTA: UMA APROXIMAÇÃO? Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense. Bacharelado em Ciência Ambiental. Niterói – RJ Julho, 2016 p.113. Disponível em:< https://app.uff.br/riuff/handle/1/2819> Acesso em: 18 set 2019.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326> Acesso: 18 abr. 2020.

SUNNY, AK, GURUNG, R., GURUNG, A. et ai. Gastos fora do bolso para cuidados com recém-nascidos doentes em hospitais de referência do Nepal. Matern Child Health J 24, 57–65 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02881-y >Acesso em: 18 mar 2020.

TAN, D T, SIRI, JG, GONG, Y. et al. Abordagens de sistemas para localização dos ODS: coprodução de estudos de caso baseados em locais. Saúde Global 15, 85 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0527-1> Acesso em: 18 mar 2020.

THAPA, J.; BUDHATHOKI, SS, GURUNG, R. et al. Equidade e cobertura no continuum de serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no Nepal - Projetando as estimativas sobre a morte evitada usando a ferramenta LiST. Matern Child Health J 24, 22–30 (2020). Disponível em: < https://doi.org/10.1007/s10995-019-02828-y > Acesso em: 18 mar 2020.

VIEIRA, F. S. Desafios do estado quanto à incorporação de medicamentos no sistema único de saúde. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Rio de Janeiro : Ipea 2019. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/08/td_2500.pdf> Acesso em: 20 set. 2019.

ANEXO

Anexo 1 A – Planilha valores do percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família Município de Franca –SP

Ano	População	Estim. Pop. Cob. ESF	%	Ano	População	Estim. Pop. Cob. ESF	%	Ano	População	Estim. Pop. Cob. ESF	%
Jan/16	342.112	41.400	12,10%	**Jan/17**	344.704	44.850	13,01%	**Jan/18**	347.237	44.850	12,92%
Fev/16	342.112	41.400	12,10%	**Fev/17**	344.704	44.850	13,01%	**Fev/18**	347.237	44.850	12,92%
Mar/16	342.112	41.400	12,10%	**Mar/17**	344.704	44.850	13,01%	**Mar/18**	347.237	44.850	12,92%
Abr/16	342.112	41.400	12,10%	**Abr/17**	344.704	44.850	12,01%	**Abr/18**	347.237	44.850	12,92%
Mai/16	342.112	37.950	11,09%	**Mai/17**	344.704	41.400	12,01%	**Mai/18**	347.237	44.850	12,92%
Jun/16	342.112	37.950	11,09%	**Jun/17**	344.704	41.400	13,01%	**Jun/18**	347.237	44.850	12,92%
Jul/16	342.112	34.500	10,08%	**Jul/17**	344.704	44.850	13,01%	**Jul/18**	347.237	44.850	12,92%
Ago/16	342.112	41.400	12,10%	**Ago/17**	344.704	44.850	13,01%	**Ago/18**	347.237	44.850	12,92%
Set/16	342.112	44.850	13,11%	**Set/17**	344.704	44.850	13,01%	**Set/18**	347.237	44.850	12,92%
Out/16	342.112	44.850	13,11%	**Out/17**	344.704	44.850	13,01%	**Out/18**	347.237	48.300	13,91%
Nov/16	342.112	44.850	13,11%	**Nov/17**	344.704	44.850	13,01%	**Nov/18**	347.237	48.300	13,91%
Dez/16	342.112	44.850	13,11%	**Dez/17**	344.704	44.850	13,01%	**Dez/18**	347.237	48.300	13,91%

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DA

Anexo 1 B - Total de internações por condições sensíveis à atenção primária referente ao município de Franca –SP

Sensíveis At.Bas.3	**2016**	**2017**	**2018**
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	18	25	16
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	57	36	42
3. Anemia	4	6	7
4. Deficiências nutricionais	2	9	4
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	29	23	26
6. Pneumonias bacterianas	158	247	298
7. Asma	68	114	101
8. Doenças pulmonares	355	352	364
9. Hipertensão	20	17	39
10. Angina	252	240	193
11. Insuficiência cardíaca	249	285	226

12. Doenças cerebrovasculares	341	335	318
13. Diabetes melitus	101	94	97
14. Epilepsias	145	145	146
15. Infecção no rim e trato urinário	306	281	313
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	97	129	114
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	47	39	82
18. Úlcera gastrointestinal	74	76	112
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	38	35	75

Fonte: SIH/SUS - Sistemas de Informações Hospitalares

Anexo 1 C Percentual de cobertura de vacinas referente ao município de Franca –SP

Município	2016	2017	2018
Franca - SP	**19,01**	**47,2**	**61,32**

Fonte: SI-PNI/SVS - Programa Nacional de Imunizações

Anexo 1 D Gasto total em saúde como proporção do PIB – Município de Franca – SP

Despesas com Saúde em Franca- SP 2014 – 2018

Anos	Despesas com Saúde
2016	144.881.969,09
2017	162.424.241,78
2018	155.848.773,99

Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO

PIB – Município de Franca – SP

ANO	VALOR PIB A PREÇOS CORRENTES FRANCA -SP
2016	8.903.409.170,00
2017	9.409.309.870,00
2018*	Valores não foram divulgados

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA

Anexo 1 E - Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo – Município de Franca – SP

Ano	Período	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante
2016	6° Bimestre	R$ 540,52
2017	6° Bimestre	R$ 601,29
2018	6° Bimestre	R$ 607,31

Fonte: SIOPS - INDICADORES MUNICIPAIS

Anexo 1 F - Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde – Município de Franca – SP

Ano	Período	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012
2016	6° Bimestre	33,41 %
2017	6° Bimestre	35,00 %
2018	6° Bimestre	31,10 %

Fonte: SIOPS - INDICADORES MUNICIPAIS

Anexo 1 G - Gasto em atenção básica – Município de Franca – SP

Ano	Gasto em atenção básica	Percentual total da despesa do município
2016	R$ 1.206.181,88	33,05%
2017	R$ 1.361.304,58	31,22%
2018	R$ 1.041.052,54	32,33%

Fonte: SIOPS - Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO

Anexo 2 – Ficha de Qualificação Cobertura ESF

Nome do indicador	**Percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família**
Relevância do indicador	Indicador selecionado considerado a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.
Método de Cálculo	$$\frac{n^{o}\ eSF * 3.450 + (n^{o}\ eAB\ param. + n^{o}\ eSF\ equivalentes) * 3.000}{Estimativa\ populacional} * 100$$ nº eSF: número de equipes de Saúde da Família com códigos 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes de 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011 (24 a 26 = 1 equipe; 27 a 29 = 2 equipes; 30 a 32 = 3 equipes; 33 a 35 = 0,85 equipe; 36 a 38 = 0,6 equipe). nº eAB param.: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com códigos de 16 a 21, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (16 e 19 = 1 equipe; 17 e 20 = 2 equipes; 18 e 21 = 3 equipes). nº eSF equivalentes: O mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Considera-se sempre o menor valor entre os quocientes, desde que o resultado seja no mínimo 1. CBOs médicos: 225125 médico clínico; 225170 médico generalista; 225124 médico pediatra; 225250 médico ginecologista e obstetra; 225142 médico da estratégia saúde da família; 225130 médico de família e comunidade. CBOs enfermagem: família 2235 enfermeiros e afins. Crítica da carga horária: não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho. Lotação: profissionais não vinculados a equipes e lotados nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre. Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1040 - órgão público do poder legislativo federal; 1058 - órgão público do poder legislativo estadual ou do distrito federal; 1066 - órgão público do poder legislativo municipal; 1074 - órgão público do poder judiciário federal; 1082 - órgão público do poder judiciário estadual; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1198 - comissão polinacional; 1201 - fundo público; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito

	federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.
Parâmetro	100% de cobertura Considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011. Estimativa populacional: será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.
Observações	Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador. O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a "Estimativa populacional". São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensa por não envio de produção ao SISAB (a partir de janeiro de 2017). Os resultados do indicador estão disponíveis em: http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml
Fontes	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.
Periodicidade	Monitoramento mensal Avaliação anual – referente ao mês de dezembro

Fonte: Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA)/ Departamento de Atenção Básica (DAB) / Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Anexo 3 - Ficha de Qualificação Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

Nome do indicador	**Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica**
Relevância do indicador	Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, de residentes em um determinado município, no período considerado.
Interpretação	Para esse indicador, foram selecionadas as causas em que as ações de promoção prevenção e mesmo de cura e reabilitação, no nível primário da atenção, conseguem, em curto e médio espaço de tempo, diminuir o número de internações clínicas para o tratamento dessas doenças. Os exemplos mais típicos são as doenças evitáveis pela imunização, as infecciosas intestinais, pneumonias, asmas, diabetes e hipertensão entre outras (lista CID 10 abaixo).
Usos	Analisar a efetividade do cuidado na atenção básica, assim como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso às internações hospitalares. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares sensíveis a atenção básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na realização de análises comparativas do adequado uso de recursos médico-hospitalares. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção básica.
Limitações	Por ser uma proporção de todas as internações clínicas realizadas, não mede a adequação da quantidade dessas internações em relação às necessidades epidemiológicas. Assim, podem-se ter proporções adequadas, ou não, em quantidades de internações clínicas muito inferiores ou superiores às de internações clínicas que seriam mais adequadas às necessidades de uma população. Parte dessa limitação, na avaliação pelo IDSUS, é contrabalançada pelos resultados do indicador Razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Método de cálculo	**Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF** Nº de internações por condições sensíveis selecionadas à atenção básica. Em determinado local e período. X 100 Total de internação clínicas, em determinado local e período
Parâmetro	28,6% equivalem à proporção média de internações sensíveis à atenção básica para residentes dos municípios de referência.

Obtenção dos Dados	A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde.

Variáveis	**Seleção**
Ano de internação:	anos avaliados
Tipo de AIH:	Normal
Sexo:	feminino e masculino
Município:	de residência atual
Complexidade do procedimento da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH:	média complexidade
Motivo saída/permanência:	Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acomp do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido.
Faixas etárias:	<1a, 1-4a, 5-9a, 10-14a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a.

Fonte: Ministério da Saúde - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53

1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridiase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus infuenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1

13,2	Com complicações (renais, oftalmicas, neurol., circulat.,periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Eplepsias	
14,1	Eplepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Ministério da Saúde - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Anexo 4 – Ficha de Qualificação Cobertura Vacinal

Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada - F.13 - 2012

Conceito:

- Percentual de crianças vacinadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação:

- Estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.
- O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde1.

Uso:

- Analisar variações geográficas e temporais no percentual de crianças menores de um ano de idade vacinadas com cada tipo de imunizante recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Identificar situações de insuficiência que possam indicar a necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção.
- Contribuir para a avaliação operacional e de impacto dos programas de imunização, bem como para o delineamento de estratégias de vacinação.
- Avaliar a homogeneidade de coberturas vacinais, calculando o percentual de municípios que alcançam as metas epidemiológicas, estabelecidas para cada vacina.
- Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção à saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

Limitações:

- Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças.
- Imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação.
- A demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal.
- Imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade, especialmente em anos intercensitários.

Fonte:

- Origem dos dados: Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API, sistema este gerido pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI, do Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, suas regionais e as Secretarias Municipais de Saúde.
- As Secretarias Municipais de Saúde coletam, por meio do Boletim Diário de Doses Aplicadas de Vacinas, os quantitativos de indivíduos vacinados por faixa etária em cada Estabelecimento de Saúde (salas de vacina), consolidando essas informações nos Boletins Mensais, com registro no Sistema API em todas as instâncias. A base de dados estadual é enviada mensalmente para a CGPNI/DEVEP/SVS/MS, quando então é consolidada a base nacional.

- Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.

Métodos de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina}}{\text{Número de crianças na idade alvo*}} \times 100$$

* O número de crianças na idade-alvo é obtido, de acordo com a unidade da Federação e o ano, da base demográfica do IBGE ou do Sinasc, conforme descrito no Anexo III deste capítulo.

Descrição das variáveis disponíveis para tabulação

- O Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API coleta informações dos Boletins de Doses Aplicadas de Vacina.

- Por meio da Internet, o DATASUS, em conjunto com a CGPNI, disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API.

Cobertura e imunobiológicos

Cobertura da imunização, considerando a população alvo, para os seguintes imunobiológicos e doses:

Imunobiológico	População-alvo	Cobertura com:
BCG (BCG)	< 1 ano	1ª dose
Contra Febre Amarela (FA)	< 1 ano	1ª dose
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)(a)	< 1 ano	3ª dose
Contra Hepatite B (HB)	< 1 ano	3ª dose
Contra Influenza (campanha) (INF)	65 anos e mais (1999) 60 anos e mais (a partir de 2000)	Dose única
Contra Sarampo(b)	< 1 ano	Dose única
Dupla Viral (SR)	1 ano	Dose única
Oral contra poliomielite (VOP)	< 1 ano	3ª dose
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	< 1 ano a partir de 2000: de 0 a 4 anos(4)	Dose única
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	< 1 ano a partir de 2000: de 0 a 4 anos(4)	Dose única
Oral de Rotavírus Humano (RR)	< 1 ano (6 a 24) semanas de vida	2ª dose
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	< 1 ano	3ª dose
Tríplice Bacteriana (DTP)(a)	< 1 ano 2003: 1º e 2º reforços	3ª dose
Tríplice Viral (SCR)	1 ano	1ª dose
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	1 ano(3)	1ª dose

Totais das vacinas contra tuberculose	Corresponde à soma da cobertura por BCG e BCG-Hanseníase, menos os comunicantes de hanseníase
Totais das vacinas contra hepatite B	Corresponde à soma da cobertura por hepatite B (HB), pentavalente (Penta) e hexavalente (HX)

Totais das vacinas contra poliomielite	Corresponde à soma da cobertura por poliomielite (VOP), poliomielite inativada (VIP) e hexavalente (HX)
Totais das vacinas contra coqueluche, difteria e tétano	Corresponde à soma da cobertura por tetravalente (TETRA), pentavalente (Penta) e hexavalente (HX)
Totais das vacinas contra sarampo e rubéola	Corresponde à soma da cobertura por tríplice viral (SCR) e dupla viral (SR)
Totais das vacinas contra difteria e tétano	Corresponde à soma da cobertura por tríplice bacteriana (DTP), tríplice acelular(DTPa), tetravalente (TETRA), pentavalente (Penta), hexavalente (HX) e dupla infantil (DT)
Totais das vacinas contra haemophilus influenzae B	Corresponde à soma da cobertura por haemophilus influenzae B (HiB), tetravalente (TETRA), pentavalente (Penta) e hexavalente (HX)

Dados Estatísticos e Comentários

Cobertura vacinal, por regiões, segundo vacina e ano Brasil, 1995, 2000 e 2005							
Vacina	Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
Tetravalente	1995 (DPT)	80,5	66,1	69,5	97,8	86,2	64,5
	2000 (DPT)	94,7	78,1	89,9	99,8	101,3	97,1
	2005	95,4	91,7	93,8	95,6	99,5	99,7
Poliomielite (rotina)	1995	77,8	50,8	70,3	94,1	86,3	58,9
	2000	101,4	105,9	97,2	102,1	101,3	110,7
	2005	97,8	95,5	96,1	98,6	99,3	102,7
BCG	1995	103,6	102,4	102,4	112,6	96,4	86,2
	2000	111,7	111,7	114,3	110,7	106,9	116,0
	2005	106,5	115,1	107,6	103,3	103,7	110,6
Hepatite B	1995	10,5	39,2	-	5,4	30,7	0,3
	2000	91,1	72,2	85,7	98,2	97,0	88,9
	2005	91,3	85,3	89,2	93,2	95,9	92,4
Tríplice viral	1995 (Sarampo)	86,9	88,6	81,4	93,9	87,1	79,6
	2000 (Sarampo)	105,4	109,6	105,9	106,8	104,0	91,7
	2005	99,7	96,5	100,7	99,0	99,2	105,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

Notas:
1.Dados de 1995 não incluem os estados de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Tocantins.
2.As vacinas tetravalente e tríplice viral passaram a fazer parte do esquema básico de vacinação em 2003. Até então, os dados referem-se respectivamente às vacinas tríplice bacteriana (DPT) e contra sarampo.
3.A vacina contra hepatite B passou a fazer parte da do esquema básico de vacinação em 1997/1998.
4.Cobertura calculada para crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo, a não ser para a vacina tríplice viral, cuja população-alvo é a de crianças de 1 ano.
Os dados indicam que a cobertura de BCG tem atingido a meta recomendada de cobertura de 90% em todas as regiões e em todos os anos, a não ser na região Centro-Oeste em 1995. Para as vacinas tetravalente, oral contra poliomielite e tríplice viral, com meta recomendada de 95%, este valor foi alcançado em 2005 em todas as regiões, com exceção da tetravalente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, a vacina contra hepatite B atingiu a meta de 95% apenas na região Sul, apesar do seu significativo aumento de cobertura.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE / Programa Nacional de Imunizações (PNI) / DATASUS - Departamento de Informática do SUS

Anexo 5 - Ficha de Qualificação Gasto total em saúde como proporção do PIB (RIPSA E.6.1 – 2012)

Conceituação

- Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto com ações e serviços público de saúde, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- Mede a dimensão do gasto com ações e serviços público de saúde no valor total da economia nas três esferas de governo em cada Unidade da Federação.
- Mede a participação relativa de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto com ações e serviços público de saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
- No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar cancelados.
- Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF.

Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva – Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
- Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
- IBGE: Sistema de Contas Nacionais – valor do PIB.

Métodos de Cálculo

$$\frac{\textbf{Valor do gasto com ações e serviços público de saúde*}}{\textbf{Valor do PIB}} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

- Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.
- Gasto estadual: Calculado utilizando três fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.

- Gasto municipal: Calculado a partir da base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2007 e também a partira da análise do Balanço do estado, desde 2008.

Categorias Sugeridas para Análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

Dados Estatísticos e Comentários

Gasto com ações e serviços público de saúde como proporção do PIB, por ano e esfera de governo, segundo regiões Brasil, 2000 e 2004

Região	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil	1,9	0,6	0,7	3,1	1,9	0,9	0,9	3,7
Norte	2,5	1,6	0,6	4,7	1,9	2,0	0,9	4,7
Nordeste	3,2	0,9	0,7	4,8	2,6	1,4	1,2	5,1
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9
Sul	1,4	0,4	0,6	2,3	0,6	0,8	2,5	2,5
Centro-Oeste	1,6	0,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,7	3,1

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Em 2000, a esfera federal era responsável pela maior parte do gasto com ações e serviços público de saúde em todas as regiões do país. Em 2004, esta proporção diminuiu, permanecendo majoritária apenas na região Nordeste e igualitária na região Sudeste. A participação relativa da esfera municipal é maior que a estadual apenas nas regiões Sudeste e Sul.
Em todas as regiões, houve crescimento dos gastos públicos estaduais e municipais com saúde no período de 2000 a 2004, enquanto que, para os gastos federais, houve diminuição.

Fonte: Ministério da Saúde. RIPSA / DATASUS - Departamento de Informática do SUS

Anexo 6 - Ficha de Qualificação: Gasto total em saúde per capita em termos de paridade do poder aquisitivo (RIPSA – E.6.2 - 2012)

Indicador (Despesa total com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante)

Conceituação
Este Indicador visa mensurar a despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante. Resulta do gasto em saúde, por habitante, advindo de todas as fontes, quer sejam impostos, transferências do SUS (União, Estados e outros municípios), operações de créditos e outras.
Gasto com ações e serviços público de saúde por habitante, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado

Interpretação
Mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante

Usos
Analisar variações geográficas e temporais do gasto com ações e serviços público de saúde por habitante, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

Limitações
Em comparações intertemporais é necessário atualizar os valores para preços de um determinado ano por um índice, de forma a eliminar as variações devidas ao processo inflacionário e medir apenas a variação real dos valores gastos por habitante.
No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar que tenham sido cancelados.
Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF.

Fonte
Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
IBGE: base demográfica.

Memória de Cálculo:

$$\frac{\text{Valor do gasto com ações e serviços público de saúde}^{*}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}}$$

* Em reais correntes de cada ano.
Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.
Gasto estadual: Calculado utilizando três fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.
Gasto municipal: Calculado a partir da base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2007 e também a partira da análise do Balanço do estado, desde 2008.

Dados Estatísticos e Comentário

Gasto com ações e serviços público de saúde per capita, por ano e esfera de governo, segundo regiões Brasil, 2000 e 2004

Região	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil*	120	37	44	201	180	88	90	358

Norte	100	64	23	186	120	129	58	307
Nordeste	96	26	21	143	127	68	57	252
Sudeste	112	41	64	217	147	96	118	361
Sul	104	29	44	177	141	66	99	307
Centro-Oeste	106	46	31	183	135	119	72	326

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: base demográfica.

*Inclui o gasto federal per capita de R$15 em 2000 e de R$42 em 2004, não apropriada por Unidade da Federação.

Em 2004, a despesa com saúde por habitante foi de 358 reais nas três esferas de governo: pouco mais da metade, 180 reais, foi financiada pela União, 88 reais pelos estados e 90 reais pelos governos municipais. As regiões Sudeste e Sul receberam mais recursos federais per capita que as demais regiões. Em termos de gastos estaduais, o maior volume de recursos per capita ocorre nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto o maior volume de recursos municipais per capitaé encontrado nas regiões Sul e Sudeste.

Entre 2000 e 2004, o maior crescimento dos gastos públicos com saúde ocorreu na esfera estadual (+137%, em média), sem considerar a inflação do período. Por região, destaca-se o crescimento dos gastos estaduais (+159%) e municipais (+171%) na região Nordeste.

Fonte: Ministério da Saúde. RIPSA / DATASUS - Departamento de Informática do SUS

Anexo 7- Ficha de Qualificação: Gasto governamental em saúde como proporção do gasto total em saúde

Conceituação Participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde conforme LC N° 141/2012 O indicador objetiva demonstrar o percentual de recursos próprios gastos em ações e serviços de Saúde - ASPS. Recursos próprios são os impostos arrecadados diretamente pelo Estado e os transferidos pelas outras esferas de governo, mediante definição constitucional. Ações e serviços públicos em Saúde foram inicialmente definidos na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 08 de maio de 2003. Em 2012 estas definições foram estabelecidas em Lei, através da Lei Complementar 141. Percentual do gasto público municipal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado. Participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde conforme LC N° 141/2012
Interpretação Representa o percentual de aplicação das receitas de impostos e transferências vinculadas à ASPS – mínimo de 15% para os municípios, conforme estabelecido LC N° 141/2012
Finalidade Dimensionar o nível de aplicação dos impostos e transferências dada à obrigatoriedade de se aplicar o limite mínimo de 15% em ASPS conforme LC N° 141/2012.
Métodos de Cálculo $\frac{\text{Valor aplicado em ASPS por fonte}}{\text{Valor das Receitas de Impostos e Transferências Vinculadas à Saúde}} \times 100$ O numerador na fórmula para cálculo do indicador 3.2 é obtido por meio da despesa efetuada pela fonte impostos, demonstrado na linha total das despesas com ações e serviços púbicos de saúde no 4º quadro do Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO, disponível na página do SIOPS – aba “Demonstrativos”. Cabe ressaltar que o cálculo do indicador 3.2 apresenta duas particularidades: a) O estágio da despesa utilizado é o da despesa empenhada que engloba toda a despesa liquidada e os restos a pagar processados. b) são realizadas as seguintes deduções: Restos a pagar não processados inscritos indevidamente sem disponibilidade financeira; Despesas custeadas com disponibilidade de caixa vinculadas a restos a pagar cancelados; Despesas custeadas com recursos vinculados a parcela do percentual mínimo que não foi aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.
Fonte dos dados utilizados na origem: Dados informados pela gestão da unidade federada ao SIOPS;
Limitações O indicador depende da qualidade do preenchimento e agilidade na atualização do SIOPS. Eventuais falhas exigem cautela na interpretação.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. MANUAL INDICADORES DO SIOPS. 2014

Anexo 8- Ficha de Qualificação: Gasto em atenção básica

Descrição do Indicador • Percentual das despesas com a subfunção de atenção básica em relação as despesas totais com a função saúde
Conceito • Representa a participação percentual das despesas com a subfunção de atenção básica em relação às despesas totais com a função saúde
Finalidade • Dimensionar o comprometimento de recursos na subfunção de atenção básica.
Definição da Fórmula $\frac{\text{DESPESAS COM A SUBFUNÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA}}{\text{DESPESAS TOTAIS COM A FUNÇÃO SAÚDE}} \times 100$ Obs: a multiplicação por 100 visa transformar o número obtido em percentual

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. MANUAL INDICADORES DO SIOPS. 2014

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - Instrumento de Organização dos Dados Coletados nos Materiais Científicos

Título do artigo	Identificação de prioridades de pesquisa em políticas e sistemas de saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável: proteção social para a saúde
Citação	Qiu M, Jessani N, Bennett S. Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):155. Published 2018 Sep 27. doi:10.1186/s12939-018-0868-z
Ano de publicação	2018
Autores	Qiu M, Jessani N, Bennett S. (2018)
Resumo	Existe um conjunto estabelecido de evidências que vincula sistemas de proteção social a sistemas de saúde e resultados de saúde. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dão mais ênfase a esse vínculo, conforme necessário para alcançar objetivos de saúde e não relacionados à saúde. A literatura existente sobre proteção social e saúde se concentrou principalmente em transferências de renda.
Objetivos	Reconhecer a interconectividade entre saúde e outros sistemas sociais e ambientais, conforme destacado pelos ODS, este estudo teve como objetivo identificar as prioridades de Políticas e Sistemas de Saúde para os ODS em relação à proteção social e saúde.
Síntese do Método utilizado	As questões prioritárias de pesquisa foram identificadas por duas fontes: 1) análises de pesquisas sobre intervenções de proteção social e saúde; 2) entrevistas com 54 formuladores de políticas dos Ministérios da Saúde, organizações multilaterais ou bilaterais e ONGs. Os dados foram coletados e resumidos usando uma abordagem de análise de estrutura. O refinamento final e a classificação das perguntas foram concluídos por pesquisadores de todo o mundo através de uma plataforma online.
Principais resultados	• A visão geral das revisões identificou cinco categorias principais de intervenções de proteção social: transferências de renda; incentivos financeiros e outras intervenções de financiamento do lado da demanda; ajuda alimentar e intervenções nutricionais; licença parental; e meios de subsistência / assistência social. • Os formuladores de políticas focaram na implementação e prática de proteção social e saúde, como os programas de proteção social podem ser integrados a outros setores e como devem ser monitorados / avaliados. • Os ODS e análises dos ODS destacaram múltiplas ligações entre diferentes objetivos [2] e, em particular, destacaram a ligação entre proteção social e saúde [3]. O ponto de partida para este trabalho foi o reconhecimento de vínculos significativos e extensos entre os sistemas de proteção social e os sistemas de saúde.
Conclusão/ Comentários	• Até a presente data, a literatura examinou, por um lado, como amplos determinantes sociais - como pobreza, qualidade da habitação, emprego etc. afetam a saúde e, por outro, como os sistemas de saúde podem ser melhor organizados para proteger e oferecer acesso à população pobre, mas tem havido muito pouco trabalho que investigou as ligações entre sistemas de saúde e sistemas de proteção social. Existe potencialmente um campo rico de investigação sobre as ligações entre sistemas de saúde e programas de proteção social, mas a pesquisa nesse campo se concentrou em algumas áreas relativamente restritas. Os sistemas de proteção social afetam a saúde e os sistemas de saúde: • A literatura sobre determinantes sociais da saúde explorou em alguns detalhes como fatores estruturais, como emprego e renda, afetam o estado

	de saúde, e há uma base de evidências bem estabelecida que liga a pobreza a resultados de saúde mais ruins. • A proteção social pode facilitar e / ou incentivar a utilização dos serviços de saúde. • Os esquemas de proteção social podem fornecer bens e serviços complementares aos cuidados de saúde, como fornecer alimentos a pacientes em uso de antirretrovirais, abrigar pessoas com problemas de saúde mental ou habilidades para a vida de adolescentes vivendo com HIV. • Pode haver ligações práticas ou logísticas entre os sistemas de saúde e os sistemas de proteção social. Por exemplo, para membros da sociedade vulneráveis, os responsáveis pelo caso podem desempenhar um papel na coordenação de suas necessidades de saúde, moradia e outras necessidades de serviço social, Existe potencialmente um campo rico de investigação sobre as ligações entre sistemas de saúde e programas de proteção social, mas as pesquisas atuais nesse campo se concentraram em algumas áreas relativamente restritas. Os ODS proporcionam um estímulo à expansão de pesquisas dessa natureza. Espera –se que os esforços relatados na pesquisam levem a sistemas fortalecidos de proteção social para a saúde,

Título do artigo	Sistemas de saúde de alta qualidade na era dos objetivos de desenvolvimento sustentável: hora de uma revolução
Citação	Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution [published correction appears in Lancet Glob Health. 2018 Sep 18;:] [published correction appears in Lancet Glob Health. 2018 Nov;6(11):e1162].*Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–e1252. Doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
Ano de publicação	2018
Autores	Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al.
Resumo	• Em resumo, está ficando claro que o acesso aos cuidados de saúde não é suficiente e que é necessária uma boa qualidade de atendimento para melhorar os resultados. • A era dos ODS exige novas formas de pensar sobre os sistemas de saúde. Embora eles sejam apenas um contribuinte para a boa saúde - outros contribuintes importantes são DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, como educação, riqueza, emprego e proteção social, e ações Inter setoriais de saúde pública, como a tributação do tabaco e a melhoria da alimentação, água e transporte rodoviário e rodoviário. • O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE de alta qualidade é um direito humano e um imperativo moral para todos os países. • Apoiaram a definição da OMS de um sistema de saúde como consistindo em "todas as organizações, pessoas e ações cujo principal objetivo é promover, restaurar ou manter a saúde" e focamos esta Comissão no setor de saúde organizado, público e privado, incluindo a comunidade trabalhadores de saúde
Objetivos	Como deve ser um sistema de saúde de alta qualidade em países com restrições de recursos e prioridades de saúde concorrentes que aspiram alcançar os ODS?
Síntese do Método utilizado	*A* Comissão *Global de Saúde Lancet* sobre Sistemas de Saúde de Alta Qualidade na Era dos ODS, composta por 30 acadêmicos, formuladores de políticas e especialistas em sistemas de saúde de 18 países, procura responder a essa pergunta. Nesta Comissão, foi proposto novas maneiras de definir, medir e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Revisamos evidências de abordagens passadas e procuramos estratégias que possam mudar a trajetória dos sistemas de saúde nas LMICs.

Principais resultados	Propõem novas maneiras de DEFINIR, MEDIR e MELHORAR o DESEMPENHO dos SISTEMAS DE SAÚDE. • O princípio de que os sistemas de saúde são para as pessoas. Os sistemas de saúde precisam trabalhar com as pessoas não apenas para melhorar os RESULTADOS DA SAÚDE, mas também para gerar valor não relacionado à saúde, como confiança e benefício econômico para todas as pessoas, incluindo os pobres e vulneráveis. • Segundo o princípio de que as pessoas devem poder receber cuidados de boa qualidade e respeito por qualquer problema de saúde que possa ser enfrentado dentro da CAPACIDADE DE RECURSOS DE SEU PAÍS. • Terceiro, o princípio de que CUIDADOS DE ALTA QUALIDADE devem ser a razão de ser do sistema de saúde, e não uma atividade periférica nos ministérios da saúde. • Finalmente, o princípio de que mudanças fundamentais devem ser priorizadas em relação a ABORDAGENS FRAGMENTADAS. Reconhecemos que os sistemas de saúde são sistemas adaptativos complexos que resistem à mudança e podem ser imunes a intervenções isoladas; de fato, múltiplos esforços em pequena escala podem ser prejudiciais. • A qualidade da assistência é uma propriedade emergente que requer objetivos compartilhados entre todos os atores do sistema de saúde, fundações favoráveis do sistema de saúde e é aprimorada por esforços iterativos para melhorar e aprender com sucessos e fracassos. • Há também um novo interesse em uma atenção primária mais forte, capaz de promover a saúde, prevenir doenças, identificar os doentes com saúde e gerenciar com eficiência as necessidades daqueles com doenças crônicas. • A Iniciativa de Desempenho da Atenção Primária à Saúde, um esforço com várias partes interessadas, está focada em medir e comparar o funcionamento dos sistemas de atenção primária à saúde e identificar caminhos para melhoria. • A atenção primária tem sido a principal plataforma para a prestação de cuidados de saúde nos países de baixa renda, mas existe - como em outros lugares - a carga de doenças em mudança, a urbanização e a crescente demanda por serviços avançados e a excelente experiência do usuário estão desafiando esse modelo atual de atendimento.
Conclusão/ Comentários	• Invista nos sistemas de saúde e torne-os mais responsável perante as pessoas. Os governos nacionais precisam investir em sistemas de saúde de alta qualidade para seu próprio povo, e também devem prestar contas às pessoas por seu desempenho. • Os países saberão que estão a caminho de um sistema de saúde responsável e de alta qualidade quando os formuladores de políticas optarem por receber seus cuidados de saúde em suas próprias instituições públicas. • Os países precisam atualizar os kits de ferramentas de dados do sistema de saúde e podem começar lançando indicadores e instrumentos não informativos e melhorando a qualidade dos dados nos sistemas existentes. • Esta Comissão recomenda que os países considerem quatro ações universais para mudar a trajetória em direção a sistemas de saúde de alta qualidade. Oportunidades adicionais direcionadas em áreas como financiamento da saúde, aprendizado em nível distrital e outras podem complementar esses esforços. Todas as estratégias precisam de monitoramento e avaliação cuidadosos para medir seus efeitos e permitir adaptações locais.

Título do artigo	Construindo uma força de trabalho para futuros sistemas de saúde: reflexões da política de saúde e pesquisa de sistemas
Citação	Javadi D, Tran N, Ghaffar A. Building a Workforce for Future Health Systems: Reflections from Health Policy and Systems Research. *Health Serv Res*. 2018;53 Suppl 2(Suppl Suppl 2):4024–4033. doi:10.1111/1475-6773.12978
Ano de publicação	2018
Autores	Javadi D, Tran N, Ghaffar A.
Resumo	A pesquisa em serviços de saúde (HSR) e a pesquisa em políticas e sistemas de saúde (HPSR) são campos sobrepostos que produzem o tipo de conhecimento necessário para informar a tomada de decisões em todo o sistema. • De cunho antes da em políticas e sistemas de saúde, a pesquisa em serviços de saúde também evoluiu ao longo do tempo para ser definida como "o campo multidisciplinar de investigação científica que estuda como fatores sociais, sistemas de financiamento, estruturas e processos organizacionais, tecnologias em saúde e comportamentos pessoais afetam o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade e o custo dos cuidados de saúde e, finalmente, a nossa saúde e bem-estar. " • A pesquisa sobre políticas e sistemas de saúde (HPSR) é conduzida no cruzamento de sistemas e políticas de saúde, examinando os sistemas que funcionam como resultado de mudanças nas regras e políticas, bem como a influência de interesses e valores dos atores principais. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - interconectados e Inter setoriais - desafiam tomadores de decisão e pesquisadores a olhar além de suas fronteiras disciplinares e colaborar de forma eficaz. O ODS 3, Boa saúde e bem-estar, tem cobertura universal de saúde (UHC) como uma de suas nove metas. No entanto, vários objetivos encontrados em outros ODS são sensíveis à saúde e desempenham papéis importantes na consecução do objetivo geral de boa saúde.
Objetivos	O objetivo foi compartilhar reflexões sobre desafios e estratégias no gerenciamento da força de trabalho políticas e sistemas de saúde (HPSR), a fim de estimular o diálogo e o aprendizado cruzado em campos semelhantes.
Síntese do Método utilizado	Definição e descrição das etapas a serem desenvolvidas nas políticas e sistemas de saúde: • Estratégias para apoiar a força de trabalho políticas e sistemas de saúde; • Clareza Definitiva das Competências Esperadas e Coordenação políticas e sistemas de saúde; • Investimento Nacional em políticas e sistemas de saúde; (O investimento nacional em HPSR não apenas apoiaria a geração da base de evidências necessária para a construção de sistemas fortes de saúde, mas também forneceria financiamento básico para a força de trabalho do HPSR, contribuindo para melhorias nas estruturas de treinamento e incentivo) • Capacidade Institucional de Coprodução de políticas e sistemas de saúde; • Liderança participativa e ampliação de redes de políticas e sistemas de saúde;
Conclusão/ Comentários	• É necessário permitir o compartilhamento de conhecimentos para avançar nesses campos e criar uma força de trabalho capaz de apreciar e responder à natureza dinâmica dos sistemas de saúde. • Discutiu os desafios e estratégias de políticas e sistemas de saúde no apoio a uma força de trabalho que precisa trabalhar em silos tradicionais, não apenas em termos de assunto ou disciplinas, mas também em termos de papéis de pesquisadores, sociedade civil e tomadores de decisão. • Abordagens criativas em treinamento, financiamento, desenvolvimento e liderança de uma força de trabalho tão diversificada podem pavimentar o caminho para que seus membros de período integral e de meio período trabalhem sem problemas e contribuam para os sistemas de aprendizado.

Título do artigo	**Avaliação da cobertura de intervenções para saúde e nutrição reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente**
Citação	Requejo J, Diaz T, Park L, et al. Assessing coverage of interventions for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *BMJ*. 2020;368:l6915. Published 2020 Jan 26. doi:10.1136/bmj.l6915
Ano de publicação	2020
Autores	Requejo Jennifer , Diaz Theresa , Park Lois , Chou Doris , Choudhury Allysha , Guthold Regina et al.
País de origem da pesquisa	Londres, Reino Unido.
Local do estudo	Os dados utilizados para as análises são provenientes de bancos de dados globais da Unicef e da OMS disponíveis ao público, muitos dos quais provenientes da Pesquisa Demográfica e de Saúde (https://dhsprogram.com) e da Pesquisa de Cluster de Múltiplos Indicadores (https://mics.unicef.org /) programas
Resumo	• Incorporado à estrutura dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas para 2030 está o princípio da equidade, com o objetivo de alcançar a cobertura universal de saúde. • É necessário um trabalho político e programático considerável para fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde para tornar realidade a cobertura universal de saúde. • Os resultados de saúde são determinados pela capacidade dos sistemas de saúde de fornecer serviços de alta qualidade a todos, o que, por sua vez, depende de políticas de apoio e recursos suficientes, incluindo financeiro, suprimentos e equipamentos e profissionais de saúde.
Objetivos	• Analisar intervenções prioritárias, para sistemas de medição que incluam todo o curso da vida e ofereçam uma melhor avaliação da equidade da cobertura a saúde. • Examinar quão bem o mundo está fazendo para alcançar todas as mulheres, crianças e adolescentes com intervenções de saúde eficazes, até onde precisamos chegar para alcançar os ODS e identificar lacunas nos dados. • Propor revisões no gráfico de contagem regressiva dos principais indicadores, para que ele reflita melhor as dimensões de sobreviver, prosperar e transformar na estratégia Every Woman Every Child e os vínculos interconectados entre saúde e nutrição reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente
Síntese do Método utilizado	Artigo é parte de uma série proposta pela Countdown to 2030 para a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e a Parceria para a Saúde Materna, Recém nascida e Infantil (PMNCH) organizada pela Organização Mundial da Saúde e encomendada pelo BMJ, que revisado por pares.
Principais resultados	• Os resultados de saúde são determinados pela capacidade dos sistemas de saúde de fornecer serviços de alta qualidade a todos, o que, por sua vez, depende de políticas de apoio e recursos suficientes, incluindo financeiro, suprimentos e equipamentos e profissionais de saúde. • Considera fatores contextuais, como crises humanitárias e ambientais, status social das mulheres e outros fatores políticos e econômicos que influenciam o acesso a serviços, além dos efeitos independentes da educação e de outras oportunidades de vida na saúde. • Dados resumidos mostram que estamos longe de alcançar uma cobertura universal para muitas intervenções, com lacunas maiores nos serviços de planejamento familiar, amamentação e tratamento de doenças da infância. • Mais de 80% de cobertura foi alcançada para intervenções de imunização estabelecidas há muito tempo, atendimento especializado no parto e água potável, mas a cobertura é inferior a 50% para intervenções que exigem mudança substancial de comportamento (por exemplo, amamentação) ou

	que receberam comprometimento e recursos políticos menos consistentes (por exemplo, sais de reidratação oral para diarreia).
Conclusão/ Comentários	- É necessário trabalhar para obter uma cobertura universal de importantes intervenções de saúde e impedir que intervenções com altos níveis de cobertura, como imunizações, sejam desviadas. -As listas de indicadores e os processos de relatório devem evoluir para permanecer relevantes para orientar as ações nacionais e as respostas programáticas. - A cobertura das intervenções é mais alta para aqueles com bons recursos, pode ocorrer em horários planejados (como serviços preventivos) e não depende de um sistema de saúde em funcionamento - Os indicadores para monitorar o progresso necessária em várias frentes: • Aumentar os esforços de coleta de dados e gerar dados mais comparáveis; • Aumentar os investimentos nos sistemas de informação em saúde dos países e promover um melhor uso dos dados existentes; • Coordenar as iniciativas existentes sobre a atualização das listas principais de indicadores para monitorar o progresso em direção às metas para 2030; • Refinar e avançar a agenda de medição; • É necessário um trabalho político e programático considerável para fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde para tornar realidade a cobertura universal de saúde. • A cobertura de intervenções essenciais de saúde é inaceitavelmente baixa em muitos contextos e entre populações específicas;

Título do artigo	**Gastos fora do bolso para cuidados com recém-nascidos doentes em hospitais de referência do Nepal**
Citação	Sunny AK, Gurung R, Gurung A, Basnet O, Kc A. Out of Pocket Expenditure for Sick Newborn Care in Referral Hospitals of Nepal. *Matern Child Health J*. 2020;24(Suppl 1):57–65. doi:10.1007/s10995-020-02881-y
Ano de publicação	2020
Autores	Avinash K. Sunny, Rejina Gurung, ORCID: Abhishek Gurung, Omkar Basnet
País de origem da pesquisa	Nepal
Objetivos	O estudo tem objetivo de para avaliar as despesas do próprio bolso (OOPE) para atendimento de recém-nascidos doentes em hospitais no Nepal.
Resumo	O custo dos cuidados de saúde é um dos fatores que impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade e a cobertura universal de saúde. • O Nepal foi classificado pelas Nações Unidas como um dos países menos desenvolvidos, estimando um quarto da população que vive abaixo da linha da pobreza (US $ 1,25), com um ganho per capita anual de US $ 225 em 2013. Cerca de 6% da despesa total das famílias é gasta em despesas com saúde. • Para aqueles que vivem abaixo da linha da pobreza, as despesas com saúde são responsáveis por mais de 15% do gasto total das famílias, causando gastos catastróficos com a saúde da família.
Síntese do Método utilizado	Estudo transversal realizado em 11 hospitais entre o total de 22 hospitais na região do Nepal entre março e abril de 2015. Usando cada hospital como uma única unidade de amostragem, 50% dos hospitais da região participaram no estudo. Esses hospitais foram selecionados por amostragem aleatória simples. Todos os bebês doentes que foram internados no hospital durante o período do estudo foram incluídos no estudo. Oitocentos e quatorze cuidadores foram entrevistados durante o período do estudo.

Principais resultados	• O artigo destaca as despesas catastróficas do próprio bolso relacionadas ao atendimento ao recém-nascido. • As despesas não estão relacionadas ao status socioeconômico e há uma necessidade urgente de abordar as despesas suportadas pelos cuidadores por acomodações, viagens e medicamentos. • O custo dos cuidados de saúde é um dos fatores que impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade e a cobertura universal de saúde. • As despesas não estão relacionadas ao status socioeconômico e há uma necessidade urgente de abordar as despesas suportadas pelos cuidadores por acomodações, viagens e medicamentos.
Conclusão/Comentários	A meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por mil nascidos vivos até 2030 não será alcançada, a menos que haja acesso a serviços de saúde de alta qualidade em países de baixa e média renda • Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de mais pesquisas em torno do custo do atendimento a recém-nascidos doentes em hospitais de referência e o total de (OOPE) incorrido pelas famílias no cuidado de seus recém-nascidos.

Título do artigo	**Compreendendo as implicações dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a pesquisa em políticas e sistemas de saúde: resultados de um exercício de definição de prioridades de pesquisa**
Citação	Bennett S, Jessani N, Glandon D, et al. Understanding the implications of the Sustainable Development Goals for health policy and systems research: results of a research priority setting exercise. *Global Health*. 2020;16(1):5. Published 2020 Jan 9. doi:10.1186/s12992-019-0534-2
Ano de publicação	2020
Autores	Bennett S, Jessani N, Glandon D, et al.
Resumo	• As metas não relacionadas à saúde têm muitos pontos de conexão com a saúde. (por exemplo, a meta 1 sobre o fim da pobreza inclui metas que dizem respeito ao desenvolvimento de sistemas de proteção social e acesso a serviços básicos; O objetivo 10 sobre desigualdades aborda o empoderamento, inclusive para pessoas com deficiência; As metas 6 e 11 abordam aspectos do fornecimento de água potável, saneamento eficaz e gerenciamento de resíduos. Os dois últimos objetivos transversais sobre Paz, Justiça e instituições fortes (Objetivo 16) e Parcerias para os Objetivos (Objetivo 17) têm implicações para os sistemas de saúde, tendo em vista, entre outras coisas, o desenvolvimento de instituições eficazes, responsáveis e transparentes; garantir tomadas de decisão responsivas, inclusivas, participativas e representativas; garantir o acesso público à informação; e capacitação). • Desafios de financiamento da saúde que enfrentavam e evidenciam necessidades nesse sentido. Reconheceram os baixos níveis contínuos de financiamento do governo para cuidados de saúde, bem como o impacto significativo de choques financeiros nos gastos com saúde como sendo os principais desafios. • Recursos humanos para a saúde, havia preocupações sobre o número e a distribuição desigual de profissionais de saúde, mas um foco particular nas habilidades deficientes da força de trabalho em saúde. • Fortalecimento da atenção primária à saúde e, em particular, à mudança de um sistema de saúde mais orientado a doenças para outro que se concentra principalmente na prevenção de doenças. • Observou que não há um banco de dados único que o governo possa usar para analisar a variedade de diferentes serviços públicos que as famílias estão usando. • O fato de os ODM ainda não terem sido atingidos e havia o risco de que os ODS diluíssem o foco nessa agenda inacabada.

	• 'Prestação de Contas' deve ser conceituada como um processo multifacetado e de longo prazo, e não como uma intervenção limitada de curto prazo; e que, embora a tecnologia possa desempenhar um papel no apoio à prestação de contas no sistema de saúde
Síntese do Método utilizado	- Focaram em três temas que consideram centrais para alcançar os ODS relacionados à saúde: (i) proteger e promover o acesso aos serviços de saúde por meio de sistemas de proteção social (ii) fortalecer as colaborações multissetoriais para a saúde e (iii) desenvolver mais participação e responsabilidade instituições. - Realizaram 54 entrevistas semiestruturadas e duas discussões em grupos focais para investigar as perspectivas dos formuladores de políticas sobre as necessidades de evidências. - Realizam uma visão geral das revisões de literatura em cada tema. As informações desses sub- estudos foram extraídas em uma matriz de possíveis questões de pesquisa e desenvolvidas em três listas específicas de domínios, com 30 a 36 possíveis questões prioritárias. - Abordagem predominantemente interpretativa, apoiada pela Aliança anteriormente em seu trabalho de definição de prioridades de pesquisa. A abordagem está fundamentada em: (i) consultas com formuladores de políticas (ii) revisões da literatura existente e (iii) processos ou workshops de classificação. - O estudo foi um processo participativo de várias etapas que incluiu uma visão geral das revisões de literatura em cada uma das três áreas temáticas, consultas com os formuladores de políticas de todo o mundo, extração e síntese de perguntas de pesquisa das duas fontes anteriores e uma análise digital global. Exercício que inicialmente se concentrou em refinar as questões propostas e, em segundo lugar, classificá-las.
Resultado da Análise Bibliográfica	Uma revisão preliminar da literatura através de pesquisas no PubMed e no Google Scholar que combinaram termos relacionados a (i) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ii) saúde ou sistemas de saúde e (iii) pesquisa, resultou em 28 artigos. A maioria (n = 14) dos artigos eram comentários e editoriais que expressavam as opiniões dos autores e frequentemente procuravam aumentar o perfil de uma questão específica (saúde cardiovascular, saúde ocular, violência contra as mulheres, pesquisa em saúde na África) dentro do contexto de os ODS. Um conjunto adicional de mais artigos analíticos (n = 11) revisou a literatura sobre tópicos específicos relacionados aos ODS (como estratégias para aumentar o desenvolvimento na primeira infância ou cobertura universal de saúde e os ODS) ou analisou os próprios ODS. Havia apenas um punhado de artigos empíricos, geralmente muito vagamente vinculados aos ODS, mesmo que seus títulos sugerissem o contrário. Dos 28 artigos identificados, a Cobertura Universal de Saúde (UHC) foi um tema central de muitos [14 - 20].Documentos adicionais abordaram doenças não transmissíveis (DNTs) que estavam totalmente ausentes nos ODM [12 , 21 - 24], alcançando prioridade política como precursora do financiamento doméstico [10 , 15 , 24, 25] e o envolvimento com atores do setor privado para abordar a comercialização inadequada de produtos nocivos e / ou o acesso a medicamentos e tecnologias que salvam vidas [24 , 26 , 27].
Objetivos	Identificar questões políticas e sistemas de saúde (HPSR) de alta prioridade ligadas à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. • Como objetivo identificar as prioridades de Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde para os ODS em relação a três temas principais: (i) Proteger e promover o acesso aos serviços de saúde por meio de sistemas de proteção social; (ii) Fortalecimento das colaborações multissetoriais para a saúde; (iii) Desenvolvimento de instituições mais participativas e responsáveis.

Principais resultados	• Em termos de FINANCIAMENTO DA SAÚDE, as principais preocupações expressas foram sobre como expandir a cobertura de saúde e / ou incentivar uma maior inscrição nos planos de saúde. • Na questão dos RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, havia preocupações sobre o número e a distribuição desigual de profissionais de saúde, mas um foco particular nas habilidades deficientes da força de trabalho em saúde. • O foco mais forte neste tópico dizia respeito ao fortalecimento da ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE e, em particular, à mudança de um sistema de saúde mais orientado a doenças para outro que se concentra principalmente na prevenção de doenças. • Outros formuladores de políticas discutiram os desafios do COMPARTILHAMENTO DE DADOS E OUTRAS INFORMAÇÕES ENTRE OS SETORES. (Por exemplo, um entrevistado observou que não há um banco de dados único que o governo possa usar para analisar a variedade de diferentes serviços públicos que as famílias estão usando).
Conclusão/ Comentários	Em muitos aspectos, os ODS complexos e abrangentes representam uma mudança de paradigma dos ODM diretos e focados. Acreditamos que, até o momento, a comunidade de pesquisa, incluindo aqueles que trabalham com Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde (HPSR), não processou completamente as implicações dos ODS. O trabalho constatou que muitas das áreas prioritárias existentes para a Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde continuam sendo de grande importância para os formuladores de políticas que buscam alcançar os ODS: continua a haver uma necessidade premente de análises em nível nacional dos mecanismos de FINANCIAMENTO DA SAÚDE, estratégias para FORTALECER A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE, bem como abordagens para fortalecer os arranjos de ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Dado o volume de pesquisas realizadas nesses temas nos últimos 10 anos. Para alcançar os ODS, há uma necessidade contínua de pesquisa em algumas áreas já estabelecidas de Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde bem como nas principais áreas destacadas pelos tomadores de decisão.

Título do artigo	**Quão saudável é uma 'economia saudável'? Incompatibilidade entre os caminhos atuais em direção aos SDG3 e SDG8**
Citação	Meurs M, Seidelmann L, Koutsoumpa M. How healthy is a 'healthy economy'? Incompatibility between current pathways towards SDG3 and SDG8. *Global Health*. 2019;15(1):83. Published 2019 Dec 2. doi:10.1186/s12992-019-0532-4
Ano de publicação	2019
Autores	Meurs M, Seidelmann L, Koutsoumpa M.
Local do estudo	Malawi, Tanzânia e Uganda durante o período 2016–2018
Resumo	• A lacuna de financiamento para a realização do ODS3 para uma boa saúde e bem-estar, no entanto, permanece vasta. Simultaneamente, o crescimento econômico, conforme expresso e medido no ODS8, continua deixando muitas pessoas para trás. • Além disso, as instituições financeiras internacionais, notadamente o Fundo Monetário Internacional (FMI), continuam a influenciar as políticas econômicas e sociais que os países adotam de maneiras que possam prejudicar a consecução dos ODS.

	• As interconexões entre saúde e economia são bem conhecidas e bem documentadas. A lacuna de financiamento para a realização do ODS3 para uma boa saúde e bem-estar, no entanto, permanece vasta.
Objetivos	Examinamos a incoerência entre o crescimento econômico e as metas de saúde dos ODS com referência a três países da África Oriental, Malawi, Uganda e Tanzânia.
Síntese do Método utilizado	• Examinar se os SDG8 e SDG3 eram compatíveis ou contraditórios, revisamos a literatura e os dados de várias fontes. Como parte das análises de políticas e contexto sobre FINANCIAMENTO DA SAÚDE e RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE no Malawi, Tanzânia e Uganda, que faz parte do programa de trabalho de nossa organização, analisamos a literatura sobre os tipos de aconselhamento político que esses países recebem do FMI. E seu impacto nos investimentos em saúde. • Com base neste corpo de literatura sobre políticas econômicas, ajuste e impacto de medidas de austeridade, analisamos os conselhos de política do FMI nesses três países sobre metas de déficits orçamentários, taxas de inflação, contenção de salários e política fiscal. • Os documentos dos países do FMI foram recuperados das páginas da Web específicas do país, e analisamos os documentos relevantes do programa e os relatórios de consulta do artigo IV para o Malawi, Tanzânia e Uganda durante o período 2016–2018. • Além disso, buscaram literatura secundária sobre o impacto do ajuste estrutural nesses países desde o início de seu envolvimento com o FMI. • Em seguida, acessaram informações específicas para os sistemas de saúde de nossos três países focais, usando o Banco de Dados de Despesas Globais em Saúde da OMS para dados de gastos em saúde, o Observatório Global de Saúde da OMS, o banco de dados de Estatísticas sobre Nutrição e População em Saúde do Banco Mundial e os documentos de políticas de saúde pública dos países.
Principais resultados	Nos três países estudados, alguns indicadores de saúde, notadamente a mortalidade infantil e infantil, mostram melhorias, mas outros estão atrasados. • O SUBFINANCIAMENTO do setor de saúde é uma das principais causas de problemas de saúde da população e iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. A ajuda externa está se mostrando insuficiente para diminuir o déficit de financiamento. • Os AUMENTOS DO PIB (como medida do crescimento econômico) não se traduzem automaticamente em aumentos nos gastos com saúde dos países. • Os GASTOS COM SAÚDE com recursos públicos domésticos permanecem muito inferiores ao mínimo internacionalmente recomendado de US $ 86 per capita. • Para atingir esse nível de gastos com saúde apenas com recursos domésticos, o PIB nesses países exigiria um aumento múltiplo irrealista. A ajuda externa está se mostrando insuficiente para diminuir o déficit de financiamento. • As análises do país enfatizam o fato de que o crescimento do PIB ainda não é garantia de aumento dos gastos governamentais em saúde ou redução da pobreza.
Conclusão/ Comentários	Conforme indicado no relatório de progresso do ODS3, a ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE é um dos PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA MELHORAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE e é causada em grande parte por RECURSOS INSUFICIENTES. Na análise de mesa de três países focais da África Oriental confirmou as conclusões de outros estudos, mostrando que o AUMENTO DO PIB NÃO SE TRADUZ AUTOMATICAMENTE EM UM AUMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE, em parte resultado dos programas.

	Para aumentar as chances de alcançar os ODS, notadamente o ODS3, a comunidade internacional deve abandonar o ODS8.1(O objetivo do ODS8 é promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável), escolher indicadores alternativos para medir o desenvolvimento econômico e enfatizar o ODS17.

Título do artigo	**Equidade e cobertura no continuum de serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no Nepal - projetando as estimativas de morte evitada usando a ferramenta LiST**
Citação	Thapa J, Budhathoki SS, Gurung R, et al. Equity and Coverage in the Continuum of Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Services in Nepal-Projecting the Estimates on Death Averted Using the LiST Tool. Matern Child Health J. 2020;24(Suppl 1):22–30. doi:10.1007/s10995-019-02828-y
Ano de publicação	2020
Autores	Jeevan Thapa , Shyam Sundar Budhathoki , Rejina Gurung , Prajwal Paudel, Bijay Jha ,Anup Ghimire , Johan Wrammert , Ashish KC
País de origem da pesquisa	Nepal
Síntese do Método utilizado	Esta é uma análise secundária dos dados quantitativos das pesquisas demográficas de saúde. • Utilizaram os conjuntos de dados das Pesquisas Demográficas de Saúde do Nepal de 2001, 2006, 2011 e 2016 (Ministério da Saúde e População, Nepal 2002; Ministério da Saúde, Nepal 2007; Ministério da Saúde e População, Nepal 2012; Ministério da Saúde, Nepal 2017). • Calcularam a cobertura e a equidade das intervenções RMNCH - Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e o índice de cobertura composta (CCI). • Com base na Taxa de Mudança Anualizada (ARC) na cobertura para indicadores intervenções em saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) selecionados, projetaram a tendência para as intervenções RMNCH até 2030. • Usaram a ferramenta Lives Saved Tools (LiST) para estimar a infância materna, neonatal e abaixo de cinco anos da infância mortes e natimortos evitados. Categorizamos as intervenções em quatro padrões diferentes, com base na cobertura e diferença de desigualdade.
Objetivos	Este estudo avaliou a equidade e a cobertura das intervenções em saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) de 2001 a 2016 no Nepal. Com base na tendência na cobertura das intervenções RMNCH, o estudo também teve como objetivo estimar as mortes maternas, neonatais, menores de cinco anos e óbitos fetais que poderiam ser evitados durante o período dos ODS de 2016 a 2030.
Principais resultados	Os dados da pesquisa demográfica e de saúde do Nepal de 2001, 2006, 2011 e 2016 para fornecer a tendência na estimativa de cobertura das intervenções Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e perfil de patrimônio da cobertura. • A chave para evitar as mortes evitáveis está na redução da diferença de desigualdade e na sustentação da melhoria na cobertura dos serviços.
Conclusão/ Comentários	• Nepal experimentou uma melhoria na cobertura e equidade nas intervenções Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil redução das iniquidades melhorará a cobertura para parteiras qualificadas e assistência pré-natal. • A atual taxa anual de mudança na cobertura de intervenções Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil redução das iniquidades reduzirá ainda mais as mortes maternas, neonatais, menores de cinco anos e os nados-mortos.

	• Melhorar a equidade e a cobertura das intervenções de sobrevivência reprodutiva, materna, neonatal e infantil será fundamental para reduzir as mortes evitáveis globalmente e no Nepal.

Título do artigo	**Situação atual e progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde para 2030 na China: uma análise sistemática**
Citado	Chen S, Guo L, Wang Z, et al. Current situation and progress toward the 2030 health-related Sustainable Development Goals in China: A systematic analysis. *PLoS Med*. 2019;16(11): e1002975. Published 2019 Nov 19. doi: 10.1371/journal.pmed.1002975
Ano de publicação	2019
Autores	Chen S, Guo L, Wang Z, Mao W, Ge Y, Ying X, et al.
Resumo	• Para alcançar as metas dos ODS relacionados à saúde, a China deve tomar uma série de ações concertadas, incluindo AUMENTO DO INVESTIMENTO EM BENS E SERVIÇOS PÚBLICOS PARA A SAÚDE, abordando as desigualdades regionais e enfrentando os novos desafios emergentes da saúde para garantir que ninguém fique atrás. • China alcançou várias metas de ODS relacionadas à saúde. No entanto, a China pode atingir apenas 12 das 28 metas dos ODS relacionadas à saúde até 2030. • A China também terá um desafio formidável para alcançar a meta, particularmente para GARANTIR O ACESSO a cuidados de saúde essenciais para todos e fornecer proteção financeira adequada. • As principais limitações deste estudo são a disponibilidade e a QUALIDADE LIMITADAS DE DADOS PARA VÁRIOS INDICADORES e a adoção de métodos de projeção "como de costume". Particularmente na garantia de acesso a cuidados de saúde essenciais para todos e no fornecimento de proteção financeira adequada. • Com base no sucesso dos ODMs encerrados em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (ONU) constituem a nova agenda de desenvolvimento até 2030. Dos 17 objetivos dos ODS, apenas o objetivo 3, “garantir uma vida saudável e promover o bem-estar”. Sendo para todos em todas as idades”, aborda explicitamente a saúde, embora 10 outras METAS ENVOLVAM INDICADORES RELACIONADOS À SAÚDE. • É importante abordar problemas comuns, abordando questões transversais no avanço dos ODS relacionados à saúde, como FORTALECER A APLICAÇÃO DAS LEIS E REGULAMENTOS, estabelecer estruturas organizacionais eficazes e o desenvolvimento de recursos humanos.
Objetivos	Compreender a situação atual da China e o progresso para alcançar esses objetivos. • É fundamental para o desenvolvimento de soluções práticas para melhorar a saúde da população para seus 1,4 bilhão de pessoas na era dos ODS.
Síntese do Método utilizado	• Coletaram dados quantitativos de agências e instituições governamentais da Comissão Nacional de Saúde da China. Além disso, revisaram a literatura, documentos de políticas e relatórios de pesquisas nacionais para obter dados dos principais indicadores de saúde. • Utilizaram as estimativas do Estudo de Carga Global de Doenças (GBD) de 2016, pesquisas nacionais e dados de vigilância da China e dados qualitativos. • Vinte e oito dos 37 indicadores incluídos no estudo Carga Global de Doenças de 2016 foram analisados. Desenvolvemos um índice de obtenção de ODS relacionados à saúde, uma escala de 0 a 100 com base

	nos valores dos indicadores. O modelo de projeção é ajustado com base no desenvolvido pelos colaboradores do GBD Study 2016 ODS. • Também entrevistaram propositalmente cerca de 120 principais partes interessadas, com conhecimento e experiência em áreas relevantes da saúde dos ODS no nível nacional e em províncias selecionadas, incluindo funcionários do governo, profissionais de saúde. Este estudo obteve apenas aprovação ética do Conselho de Revisão Institucional da Duke University (número do IRB: E0097).
Principais resultados	• A China fez grandes progressos na expansão da cobertura de serviços de saúde para saúde materna, neonatal e infantil; doenças infecciosas; e DNTs, embora a taxa de tratamento e controle para hipertensão e diabetes permanecesse baixa. • A capacidade do serviço melhorou e o número total de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros continuou aumentando, embora urbanos-rurais disparidades permanecem. • O gasto total com saúde (OTS) aumentou desde 2000, e o pagamentos diretos (OOP) diminuiu para 28,8% em 2016. • A China quase alcançou cobertura universal para o seguro básico de saúde. A porcentagem de famílias de baixa renda (quintil mais baixo) com mais de 40% da renda familiar gasta em saúde aumentou de 14,0% em 2008 para 16,4% em 2013. Os residentes nas áreas rurais sofreram um maior ônus financeiro com os gastos em saúde, com o percentual 2,4 vezes maior que o dos residentes urbanos em 2013. • Embora o estudo sugira que a China possa alcançar a meta dos ODS 3, a fraca capacidade do SISTEMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA é uma barreira ao controle efetivo da doença não transmissível (DNTs), incluindo doenças mentais. • A China não alcançará a COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE até 2030 com base nos resultados do índice, seguindo as trajetórias históricas. Os desafios se tornarão ainda mais formidáveis ao considerar a cobertura de proteção financeira. • China precisa urgentemente enfrentar nas próximas décadas é o rápido envelhecimento da população, o que colocará demandas adicionais no sistema de saúde.
Conclusão/ Comentários	Para alcançar as metas dos ODS relacionados à saúde, a China deve tomar uma série de ações concertadas, incluindo aumento do investimento em bens e serviços públicos para a saúde, abordando as desigualdades regionais e enfrentando os novos desafios emergentes da saúde para garantir que ninguém fique atrás. • É importante abordar problemas comuns, abordando questões transversais no avanço dos ODS relacionados à saúde, como fortalecer a aplicação das leis e regulamentos, estabelecer estruturas organizacionais eficazes e o desenvolvimento de recursos humanos. • As crescentes demandas por atendimento à doença não transmissível, especialmente no período de envelhecimento rápido, representarão um desafio adicional para a cobertura universal de saúde eficaz se mecanismos de financiamento equitativos e sustentáveis não forem aprimorados no futuro próximo, incluindo a contenção de custos para os serviços clínicos. • Por fim, será necessária atenção explícita à correção das disparidades entre países e de gênero, disfarçadas pelo progresso nacional agregado, para garantir que ninguém fique para trás e que o cumprimento dos ODS seja significativo para todos os cidadãos da China.

Título do artigo	**Abordagens de sistemas para localização dos ODS: coprodução de estudos de caso baseados em locais**
Citação	Tan DT, Siri JG, Gong Y, et al. Systems approaches for localising the SDGs: co-production of place-based case studies. *Global Health*. 2019;15(1):85. Published 2019 Dec 18. doi:10.1186/s12992-019-0527-1
Ano de publicação	2019
Autores	David T. Tan, José Gabriel Siri, Yi Gong, Benjamin Ong, Shiang Cheng Lim, Brian H. MacGillivray, Terry Marsden
Resumo	• A localização é um desafio generalizado para alcançar o desenvolvimento sustentável. As particularidades contextuais podem tornar as estratégias generalizadas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) inviáveis, impraticáveis ou ineficazes. • Existem dificuldades substanciais na tradução de metas de ODS de alto nível para contextos locais, conforme evidenciado pela literatura sobre lacunas entre indicadores globais e necessidades e entendimentos locais. • Além disso, os indicadores globais podem ser inutilizáveis em escalas locais onde os dados, ou os recursos e a capacidade de obtê-los, não estão disponíveis
Síntese do Método utilizado	• Sete estudos de caso foram coproduzidos por um ou mais parceiros com conhecimento baseado no local da questão do estudo de caso e um Systems Thinker. Em cada caso, o delineamento conjunto de um enquadramento apropriado foi seguido por ciclos de diálogo iterativo para descobrir os principais fatores contextuais, com atenção às estruturas e paradigmas institucionais e sociais e às motivações e restrições de outros atores. Diagramas de loop casual (CLDs) foram desenvolvidos iterativamente para capturar narrativas complexas de uma maneira visual simples.
Principais resultados	• Na implementação local dos ODS, os indicadores locais são importantes não apenas para medir os impactos, mas também para destacar processos importantes que geram os resultados desejados. • Os estudos de caso são ferramentas eficazes para defender posições dos formuladores de políticas. No entanto, as mensagens e os relacionamentos complexos frequentemente inerentes à operacionalização local dos ODS são frequentemente difíceis de se comunicar em uma narrativa acessível.
Conclusão/ Comentários	A tomada de decisão local é fundamental para operacionalizar os ODS. Isso afeta o planejamento urbano, a prestação de serviços de saúde, a educação, a gestão ambiental e muitos outros fatores que moldam a saúde no nível da população. Embora as complexidades das interconexões, aliadas à falta de recursos, tornem a localização dos ODS uma tarefa assustadora, os atores locais têm um vasto conhecimento implícito e tácito, com o qual podem recorrer.

Título do artigo	Saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável: desafios para quatro países do Pacífico
Citação	Hall, N. L., Matthews, S., Hickson, A., & Hill, P. S. (2019). Health and the Sustainable Development Goals: Challenges for four Pacific countries. The International journal of health planning and management, 34(1), e844–e859. https://doi.org/10.1002/hpm.2701
Ano de publicação	2019
Objetivo	O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) enfoca a saúde e o bem-estar. Para entender os desafios de monitoramento no país para os países em desenvolvimento relatarem contra o ODS 3.
Resumo	As ambições ambiciosas da Agenda dos ODS da ONU - incluindo o ODS 3 -, o desafio é se existem DADOS SUFICIENTES para fornecer uma linha de base do

	status da saúde em quatro países. Esses dados podem consumir muitos recursos para coletar e monitorar, mas oferecem oportunidades para identificar necessidades de saúde e serviços futuros.
Síntese do Método utilizado	Esta pesquisa busca coletar e revisar os dados publicados atualmente disponíveis nos quatro países do Pacífico de Fiji, Papua Nova Guiné (PNG), Ilhas Salomão e Vanuatu para entender as necessidades atuais e futuras dos dados de monitoramento dos relatórios para 2030.
Principais resultados	• Esta pesquisa constatou que existem dados limitados recentes, abrangentes e comparáveis com fontes identificadas em relação aos indicadores de resultados do ODS 3 em nível nacional. Sem esses dados, existe o risco de depender de dados que podem ser imprecisos devido à agregação, estimativa e modelagem. • As intenções de monitorar os ODS, incluindo o ODS 3, são múltiplas: o processo permite que cada país compile uma situação básica do estado de saúde, alinhe-as com estratégias e planos nacionais e monitore-as no período de 2030. A resolução da ONU que adotou a Agenda reconheceu que cada país tem abordagens e visões diferentes para alcançar o desenvolvimento sustentável e que o status do desenvolvimento difere entre os países. • Agenda parece incentivar os processos de planejamento doméstico a estabelecer metas nacionais nas circunstâncias de cada país e a implementar a Agenda proporcional à sua capacidade e recursos. • Apesar dessa aparente flexibilidade para adaptar a Agenda e os ODS em cada país, os indicadores fornecem uma estrutura comum globalmente e parecem exigir esses dados comuns de linha de base - que faltam para muitos países em desenvolvimento. Portanto, é provável que a carga de monitoramento de dados constitua uma tarefa nova e dispendiosa para muitos países - mas a negligência em fornecer esses dados pode fazer com que o apoio mais necessário do país para que os ODS sejam "deixados para trás" devido à falta ou sub-representação de dados. • Para compartilhar esse ônus e reduzir a duplicação de esforços, a Agenda da ONU incentiva fóruns regionais de apoio, intercâmbio e apresentação de relatórios ao Fórum Político de Alto Nível da ONU. • Não havia dados abrangentes nem comparáveis para nenhum dos indicadores do ODS 3.8 para nenhum dos quatro países.
Conclusão/ Comentários	• Esta pesquisa procurou coletar dados existentes e publicamente disponíveis para as nove metas de resultados do ODS 3 e seus indicadores associados nos quatro países melanésios de Fiji, PNG, Ilhas Salomão e Vanuatu. • Pretendia-se que isso eliciasse a linha de base atual para os países identificados, e também as lacunas de dados necessárias para preencher, a de monitora o progresso do ODS 3. • No estudo desenvolvido nesses quatro países ODS 3.8 busca alcançar cobertura universal de saúde (UHC), incluindo proteção contra riscos financeiro, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos. NÃO HAVIA DADOS ABRANGENTES NEM COMPARÁVEIS PARA NENHUM DOS INDICADORES DO ODS 3.8 PARA NENHUM DOS QUATRO PAÍSES. • De todos os indicadores de resultado do ODS 3, o ODS 3.8 é o mais complexo. Não havia dados abrangentes nem comparáveis para nenhum dos indicadores do ODS 3.8 atualmente publicados para nenhum dos quatro países. • No geral, os ODS oferecem uma oportunidade para atenção global e a priorização da saúde e outras necessidades de desenvolvimento devido ao processo explícito de monitoramento dos indicadores dedicados aos ODS.

Título do artigo	Prática Avançada de Enfermagem: Uma Estratégia para Alcançar a Cobertura Universal de Saúde e o Acesso Universal à Saúde
Citação	Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Nursing: 2018;25:e2826. [Access 25/03/20]; Available in: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826.
Ano de publicação	2018
Autores	Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L.
Objetivos	Analisar o papel da enfermagem com prática avançada (EPA) a nível internacional para um relatório do seu desenvolvimento na América Latina e no Caribe, para apoiar a cobertura universal de saúde e o acesso universal à saúde.
Resumo	Juntamente com o desenvolvimento de sistemas de saúde mais fortes nos quais a atenção primária é fundamental, o melhor acesso à saúde e a cobertura universal de saúde são prioridades reconhecidas para melhorar a saúde global.
Síntese do Método utilizado	Análise da bibliografia relacionada com os papéis da EPA, sua implantação no mundo e a eficácia da EPA em relação à cobertura universal de saúde e acesso à saúde.
Principais resultados	• Melhorar o financiamento para fornecer uma cobertura integral e universal de saúde é uma questão importante para a região. • Junto com o desenvolvimento dos sistemas de saúde que têm a atenção primária de saúde como fundamento, um melhor acesso à saúde e à cobertura universal da saúde são reconhecidas prioridades para melhorar a saúde global. • O provimento e combinação adequada de profissionais de saúde é fundamental para alcançar a agenda global de saúde e também para a enfermagem com prática avançada e ambos são componentes essenciais de recursos humanos em saúde no nível nacional. • A cobertura universal de saúde visa fortalecer os sistemas de saúde para promover o acesso aos cuidados e melhorar os resultados de saúde, especialmente para as populações desfavorecidas. Inclui o financiamento dos sistemas de saúde para garantir a disponibilidade de serviços de saúde integrais e de boa qualidade, incluindo a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; e o acesso equitativo a esses serviços, independentemente das circunstâncias sociais, sem riscos de dificuldades financeiras. • O reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde em todo o mundo, remonta à Declaração de Alma-Ata em 1978 e tem sido reforçada nas políticas subsequentes, tais como a resolução WHA62.12 da OMS.
Conclusão/ Comentários	• A implementação destas funções pode atender às necessidades de cada país para melhorar a cobertura de saúde universal e de acesso universal à saúde na América Latina e no Caribe. Vários países latino-americanos de renda média e alta que já têm acesso ao ensino de enfermagem de pós-graduação estão posicionados para introduzir esses papéis. • Outros elementos importantes para apoiar a introdução do papel da EPA nesses países incluem o alinhamento dos resultados da EPA com políticas de saúde para a reforma da atenção primária e o desenvolvimento de uma coalizão de líderes de enfermagem para incluir setores de assistência à saúde, acadêmicos e setores políticos e saúde, tanto dentro como fora da América Latina. A expansão desta agenda vai exigir a participação de outros líderes setoriais para fazer avançar a EPA para o futuro.

APÊNDICE 2: Levantamento Bibliográfico - Produção Cientifica sobre as Políticas Públicas de Saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável referente a meta 3.8 Acesso a Cobertura Universal à Saúde/ Proteção Risco Financeiro / Acesso a Medicamentos e Vacinas

Descritores: I - Sustainable Development II - Public Health			
Questão norteadora: Quais são as produções cientificas sobre as políticas públicas de saúde em prol do Desenvolvimento Sustentável?			
TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA BASE DE DADOS PUB MED			
293			
TOTAL DE ARTIGOS APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS DE INCLUSÃO			
132			
TOTAL DE ARTIGOS EXAMINADOS COM LEITURA DINÂMICA			
34			
TOTAL DE ARTIGOS ANALISADOS NA INTEGRA			
12			
Nº	**ANO**	**TÍTULO DO ARTIGO**	**RESULTADOS / CONCLUSÕES**
01	2018	Identificação de prioridades de pesquisa em políticas e sistemas de saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável: proteção social para a saúde	Vinculo significativo e extenso entre os sistemas de proteção social e os sistemas de saúde (Ligação entre ODS 2 e ODS 3); Identifica as prioridades de Políticas e Sistemas de Saúde para os ODS em relação à proteção social e saúde; Os sistemas de proteção social afetam a saúde e os sistemas de saúde.
02	2018	Sistemas de saúde de alta qualidade na era dos objetivos de desenvolvimento sustentável: hora de uma revolução	Importância dos determinantes sociais na saúde (educação, riqueza, emprego e proteção social); O acesso a saúde de alta qualidade como um direito humano e um imperativo moral para todos os países; (Cobertura Universal da Saúde) Investimento na Atenção Primária à Saúde, como formar de promover a saúde, prevenir doenças, identificara os doentes e gerenciar as doenças crônicas; Mudanças em relação a abordagens fragmentadas dos sistemas de saúde.
03	2018	Construindo uma força de trabalho para futuros sistemas de saúde: reflexões da política de saúde e pesquisa de sistemas	Importância da Cobertura Universal a saúde; Interação entre todos os ODS da Agenda 2030; Importância do investimento em pesquisa sobre Políticas e Sistemas de Saúde;
04	2020	Avaliação da cobertura de intervenções para saúde e nutrição reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente	Cobertura Universal como princípio da equidade; Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; Aborda outra meta referente ao ODS 3 – (Saúde Materna); Dificuldade em identificar dos dados sobre indicadores de saúde;

			Necessidade de aumentar os investimentos nos sistemas de informação em saúde dos países e promover um melhor uso dos dados existentes; Importância do aumento do financiamento em saúde para atingir cobertura universal.
05	2020	Gastos fora do bolso para cuidados com recém-nascidos doentes em hospitais de referência do Nepal	O custo da saúde como principal fator que impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade e a cobertura de saúde; (Financiamento da Saúde); Aborda outra meta referente ao ODS 3 – (Mortalidade Infantil).
06	2020	Compreendendo as implicações dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a pesquisa em políticas e sistemas de saúde: resultados de um exercício de definição de prioridades de pesquisa	Interação entre os ODS da Agenda 2030; Relação das metas referente a Saúde com outras metas da Agenda 2030 principalmente as relacionadas ao Sistema de Proteção Social; Dificuldade relacionado ao Financiamento do Sistema de Saúde; Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; Importância da prestação de contas no sistema de saúde; Dados sobre a saúde unificado para os governos analisarem os resultados alcançados; As dificuldades em não ter atingindo os ODM, como obstáculo para atingir os ODS referente a Agenda 2030; Importância dos recursos humanos na saúde.
07	2019	Quão saudável é uma 'economia saudável'? Incompatibilidade entre os caminhos atuais em direção aos SDG3 e SDG8	Interação entre os ODS da Agenda 2030; Interferência de outros ODS (8) no Objetivo 3 Saúde e Bem-Estar; Dificuldade referente ao sub- financiamento da saúde. Falta investimento em recursos financeiro em saúde; Escassez de profissionais e recursos humanos na saúde; O PIB não traduz automaticamente um aumento dos gastos com saúde.
08	2020	Equidade e cobertura no continuum de serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no Nepal - projetando as estimativas de morte evitada usando a ferramenta LiST	A chave para evitar as mortes evitáveis está na redução da diferença de desigualdade e na sustentação da melhoria na cobertura dos serviços.
09	2019	Situação atual e progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde para 2030	A falta de dados sobre os indicadores de saúde como obstáculo para atingir ODS 3; Necessidade de fortalecer as leis e regulamentos; Atenção Primária à Saúde; Aumento do investimento em bens e serviços públicos para a saúde;

		na China: uma análise sistemática	GARANTIR O ACESSO a cuidados de saúde essenciais para todos e fornecer proteção financeira adequada; Qualidade limitadas de dados para vários indicadores.
10	2019	Abordagens de sistemas para localização dos ODS: coprodução de estudos de caso baseados em locais	Importância em definir os indicadores capazes de analisar os resultados alcançados para atingir as metas; Lacunas entre indicadores globais e necessidades e entendimentos locai.
11	2019	Saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável: desafios para quatro países do Pacífico	Dados limitados, abrangentes e comparáveis com fontes identificadas em relação aos indicadores de resultados do ODS 3; Visões diferentes para alcançar o desenvolvimento sustentável e que o status do desenvolvimento difere entre os países; Falta de dados abrangentes e comparáveis para avaliar a meta 3.8 referente ao ODS 3 em nenhum dos países analisados. Falta ou sub-representação de dados referente aos indicadores como dificuldade de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
12	2019	Prática Avançada de Enfermagem: Uma Estratégia para Alcançar a Cobertura Universal de Saúde e o Acesso Universal à Saúde	Atenção Primária como uma das principais formas de alcance das metas referentes ao ODS 3, em especial ao acesso à saúde e à cobertura universal da saúde; O reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde em todo o mundo; Aumento do financiamento para fornecer uma cobertura integral e universal de saúde; Aumento no número de profissionais de saúde como fator fundamental para alcançar a agenda global de saúde.