

Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer?

The resilience of Brazilian Unified National Health System in the context of the COVID-19 pandemic: how to strengthen?

Resiliencia del Sistema Único de Salud brasileño en el contexto de la pandemia del COVID-19: ¿cómo fortalecerse?

José Patrício Bispo Júnior ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT097522

Os frequentes impactos causados por diversas epidemias fizeram crescer o interesse sobre a resiliência dos sistemas de saúde ¹. Com a pandemia da COVID-19, ampliou-se a compreensão da necessidade de tornar os sistemas de saúde mais resilientes ². Embora este debate tenha assumido um papel central no discurso global da saúde, existe uma falta de clareza do que resiliência realmente significa ³. Assim, é necessária a ampliação do debate sobre o tema, com a identificação das ações capazes de fortalecer os sistemas de saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a resiliência tem sido pouco analisada. Diante da pandemia, o discurso sobre a necessidade de fortalecimento do sistema de saúde brasileiro ganhou notoriedade nos meios sociais, acadêmicos e políticos ⁴. Todavia, são escassas as análises que se debruçam sobre os caminhos da resiliência do SUS perante os diversos tipos de ameaça. O presente artigo tem por objetivo discutir a resiliência do SUS no contexto da pandemia da COVID-19.

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.

Correspondência

*J. P. Bispo Júnior
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia.
Rua Hormindo Barros 58,
Vitória da Conquista, BA
45029-094, Brasil.
jpatricio@ufba.br*

O entendimento de choque para o alcance da resiliência

Choques significam tensões e desafios extremos causados por fatores externos ao sistema ⁵. São, portanto, fatores estressores capazes de desajustar a dinâmica do sistema de saúde e afetar os cuidados ofertados. Os choques ampliam as vulnerabilidades existentes e ao mesmo tempo produzem novas fragilidades, tanto para os sistemas de saúde como para as condições de vida da população de uma forma geral.

A ocorrência de choques foi relacionada ao surgimento de epidemias de doenças infecciosas como Ebola, Zika e, mais recentemente, COVID-19. Posteriormente, passou também a ser associado a outras ocorrências, como desastres naturais ou eventos climáticos ⁶.

Para fins de sistematização, considero que os choques nos sistemas de saúde podem ser categorizados em três tipos: agudo; crônico; e político de natureza intencional. O primeiro diz respeito ao choque como evento repentino e de grande impacto ⁵. Os exemplos clássicos são as epidemias surgidas nos últimos anos e os desastres naturais e ambientais, como tsunamis, terremotos e rompimentos de barragens.



O segundo caracteriza-se pelos desafios cotidianos vivenciados nos sistemas de saúde ⁶. Dificuldades estruturais, subfinanciamento contínuo, frágil capacidade técnica e carência de pessoal são alguns exemplos de choques crônicos que perpetuam as vulnerabilidades dos sistemas de saúde.

A terceira tipologia consiste em tensões desencadeadas pela implementação de novas políticas ou reformas de caráter restritivo. Esse tipo é denominado de choque por escolha intencional ⁷ e tem grande potencial de gerar instabilidades no sistema ¹. Novos modos de governança, mecanismos de financiamento e modelos de prestação de serviços podem gerar perturbações e afetar o desempenho dos sistemas sanitários ⁵.

Importante considerar que o risco e a frequência dos choques estão aumentando globalmente, seja pelo aquecimento global, pelas novas epidemias ou pelas mudanças geopolíticas ⁸. Desse modo, a resiliência é fator fundamental para fortalecer os sistemas de saúde diante dos desafios cotidianos e emergentes.

Resiliência nos sistemas de saúde

O conceito de resiliência advém da engenharia com o sentido de retorno ao estado original ¹. Tal perspectiva, quando utilizada no âmbito dos sistemas de saúde, restringe o entendimento à capacidade de recuperação de um choque abrupto, a exemplo de um surto de doença infecciosa. Fridell et al. ⁶ ressaltam a limitação dessa abordagem por considerar um sistema como um processo estritamente linear e por supor que o contexto antes do choque é de estado ótimo ao qual se deve retornar. Desse modo, a resiliência se apresenta apenas como capacidade de absorver os impactos do choque e continuar a prestar os serviços como anteriormente.

Definições mais abrangentes consideram que a resiliência deve ir muito além da capacidade de absorver distúrbios ou buscar retornar ao estado original. Kruk et al. ³ ressaltam que a resiliência de um sistema de saúde envolve a capacidade de se transformar de maneira a melhorar a função perante as condições adversas. Diante dessa perspectiva, resiliência é muito mais do que retorno, significa, antes de tudo, evolução.

Capacidades adaptativas e transformadoras foram incorporadas nas interpretações sobre resiliência, no sentido de tornar o sistema mais preparado para os desafios presentes e futuros. Blanchet et al. ⁹ consideram que a resiliência deve envolver as capacidades de absorção, adaptação e transformação, e ainda manter o controle sobre a sua estrutura e funções.

Outra definição amplamente utilizada considera a resiliência como a capacidade dos atores, instituições e populações de se preparar e responder às crises, manter as funções do sistema de saúde e, a partir das lições aprendidas, remodelar a estrutura e organização do sistema ³. Assim, um elemento relevante para a formação da resiliência é a possibilidade de aprendizado com os choques. Hanefeld et al. ⁵ destacam que resiliência deve envolver o aprendizado com o passado e a preparação para o futuro.

Diante desse contexto, não se pode prescindir da reflexão que os sistemas de saúde serão mais ou menos resilientes a depender das escolhas dos atores políticos, dos modelos de proteção social estabelecidos e da mobilização da sociedade civil na defesa da saúde. Topp ⁷ destaca que a resiliência não deve ser vista como um resultado apolítico, sinônimo de um processo natural e consensual. Ressalta ainda que a resiliência é sempre determinada pelo contexto dos interesses e intenções dos atores e das maneiras pelas quais estes mobilizam os recursos do poder. Assim, a abrangência e robustez das funções de um sistema de saúde é determinada, sobretudo, pelas relações de poder estabelecidas.

Resiliência no SUS no contexto da pandemia da COVID-19

Pensar a resiliência no SUS é antes de tudo pensar na sustentabilidade e ampliação do sistema. Não é aceitável referir-se à resiliência apenas no sentido de retorno, visto que voltar à forma de prestação de cuidados e de vigilância à saúde do período pré-pandêmico não é mais possível. Novas necessidades surgiram e as doenças prevalentes se intensificaram ¹⁰. É preciso que a resiliência no SUS seja compreendida no sentido de transformação do sistema para um estado ampliado e melhorado.

A COVID-19 não pode ser analisada unicamente como choque agudo e intenso. Antes da pandemia, o SUS vivenciava situações características dos outros dois tipos de choques. Situações de subfinanciamento, ausência de uma política de pessoal e suscetibilidade às conveniências políticas momentâneas, dentre outros aspectos, expressam o estado de choque crônico que acompanha o SUS desde a sua gênese. Como agravante, a partir de 2017 o sistema passou também a enfrentar o choque político intencional. Programas de ajustes macroestruturais e reformas no âmbito da saúde¹¹ se constituem em fatores estressores que geram grandes impactos.

Desse modo, é possível afirmar que a pandemia da COVID-19 no Brasil se constitui em um choque que se somou a outros. Evidencia-se assim a gravidade da situação atual e as ameaças sociais e à saúde em larga escala. Tal situação expõe o grandioso desafio de como prover resiliência ao SUS no contexto da pandemia.

As análises sobre a resiliência no SUS diante da pandemia demonstram situações de relativa competência de absorção de impactos e falhas relevantes. Para Massuda et al.¹², o amplo sistema de vigilância em saúde, a capilaridade da rede assistencial e a ampliação dos serviços de emergência expressam a capacidade de resiliência do SUS. Por sua vez, a frágil governança, a atuação omissa do Governo Federal e o subfinanciamento, dentre outros fatores, constituem-se em entraves para o seu alcance.

Em estudo sobre a manutenção dos serviços de saúde não relacionados à COVID-19, evidenciou-se a redução expressiva dos serviços prestados pelo SUS em 2020, a exemplo das consultas médicas (-42,5%), das cirurgias de baixa e média complexidade (-59,7%), e dos transplantes (-44,7%)¹³. A descontinuidade da oferta de serviços sinaliza a frágil resiliência do sistema. Por sua vez, o SUS também demonstrou elementos positivos da resiliência ao atingir, ao final de 2021, mais de 70% da população completamente vacinada mesmo diante da retórica do presidente da república contra a vacinação¹³.

Mesmo com os avanços alcançados, é possível constatar que o Brasil enfrentou a pandemia com o SUS fragilizado e com menor resiliência do que poderia¹². Para Bigoni et al.¹³, o desfinanciamento e o rompimento da gestão colaborativa entre os níveis de governo prejudicaram a funcionalidade do SUS e enfraqueceram a resiliência histórica do país para lidar com novas pandemias.

Diante deste cenário, apresento algumas breves reflexões direcionadas a tornar o SUS resiliente e responsivo no contexto da pandemia e do pós-pandemia. Utilizo como referência o modelo dos blocos estruturantes dos sistemas de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴. Esse modelo tem sido amplamente utilizado para a análise da resiliência em diversos países² e pode também orientar o desenvolvimento da resiliência no âmbito do SUS. Trata-se de um quadro analítico abrangente composto por seis funções: prestação de serviços de saúde, força de trabalho, sistemas de informação, medicamentos e produtos estratégicos, financiamento, e liderança e governança.

A prestação de serviços de saúde deve assumir caráter abrangente e com foco na integralidade. A pandemia demonstrou que a adequada estruturação de serviços em todos os níveis é imprescindível para o enfrentamento das crises. Atenção primária à saúde, serviços secundários, atenção hospitalar e vigilância à saúde necessitam ter suas capacidades ampliadas e atuação integrada.

A força de trabalho constitui-se como um patrimônio do SUS. No entanto, na pandemia se reafirmaram as persistentes fragilidades da precarização do trabalho e do processo de formação em saúde. Estruturar a força de trabalho pressupõe a retomada da discussão sobre a carreira nacional do SUS e o restabelecimento da política nacional de educação permanente.

A identificação precoce do choque e o embasamento para a tomada de decisão política dependem de informações oportunas e confiáveis. Os sistemas de informação do SUS ainda apresentam problemas relativos à qualidade e baixa utilização. Superar a fragmentação dos sistemas de informação e melhorar a qualidade e disponibilidade das informações são elementos essenciais à resiliência do SUS.

Dispor de medicamentos, equipamentos e outros produtos é condição estratégica para a prestação adequada de serviços de saúde. A pandemia ensinou os riscos da dependência tecnológica e da manufatura de produtos essenciais à saúde. É necessário avançar na consolidação do complexo médico-industrial da saúde para garantir a provisão de insumos e equipamentos durante os períodos de crise e atuação regular do SUS.

Não se pode falar de resiliência sem a garantia de recursos financeiros estáveis e suficientes. O subfinanciamento crônico do SUS ameaça o desempenho de todas as outras funções e constitui-se em sério agravante em situações de crises. Amarras fiscais, como a *Emenda Constitucional nº 95*,

precisam ser revogadas. Destaco a necessidade de formação de um grande pacto social para que se estabeleça o financiamento estável do sistema de saúde brasileiro como uma política de Estado.

Por fim, ressalto que os mecanismos de governança e liderança devem ser fortalecidos para o alcance da resiliência. Dentre outros aspectos, o SUS possui peculiaridades relativas ao pacto federativo brasileiro, às grandes desigualdades socioregionais, à multiplicidade de prestadores e à forte ingerência sobre os mecanismos de gestão. É preciso avançar na profissionalização da gestão e no desenvolvimento de mecanismos de governança fundamentados na transparência, equidade e controle público com participação social.

Informação adicional

ORCID: José Patrício Bispo Júnior (0000-0003-4155-9612).

Referências

1. Barasa EW, Cloete K, Gilson L. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan* 2017; 32 Suppl 3:iii91-4.
2. Haldane V, Foo CD, Abdalla SM, Jung A-S, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021; 27:964-80.
3. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; 385:1910-2.
4. Bispo Júnior JP, Morais MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00151620.
5. Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, Martineau F, Karanikolos M, Blanchet K, et al. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan* 2018; 33:1144.
6. Fridell M, Edwin S, Schreeb JV, Saulnier DD. Health system resilience: what are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *Int J Health Policy Manag* 2020; 9:6-16.
7. Topp SM. Power and politics: the case for linking resilience to health system governance. *BMJ Glob Health* 2020; 5:e002891.
8. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
9. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *Int J Health Policy Manag* 2017; 6:431-5.

10. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como síndrome: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00119021.
11. Silva HPD, Lima LD. Política, economia e saúde: lições da COVID-19. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00200221.
12. Massuda A, Malik AM, Vecina-Neto G, Tasca R, Ferreira-Júnior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cartas EBAPE.BR* 2021; 19 spe:735-44.
13. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, Carrera MBM, Schiesari LMC, Gambardella DD, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am* 2022; 10:100222.
14. World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization; 2010.

Recebido em 25/Mai/2022
Versão final reapresentada em 04/Ago/2022
Aprovado em 11/Ago/2022